

ผลการปริกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

นพพร ปานขาว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปริกษา


คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

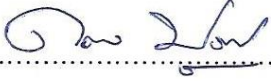
กรกฎาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ นพพร ปานขาว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

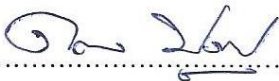
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนาคล)


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ดร.ชลดาว ปุรณานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนาคล)

  
..... กรรมการ  
(ดร.ชลดาว ปุรณานนท์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่..... 7 ..... เดือน..... สิงหาคม..... พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความกรุณาและได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนภาค ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ดร.ชลดาว ปุรณานนท์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมาทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ที่ถูกต้องผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและตระหนักในความกรุณาและความห่วงใยที่ท่านมีให้จึงขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ศ.ท.หญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี ที่ให้อนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้ถูกต้องขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องและสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีค่ายิ่งให้แก่ผู้วิจัย

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมะเร็ंगลพบุรี โรงพยาบาล เจ้าหน้าที และอาสาสมัคร ประจำตำบล ในอำเภอเมืองลพบุรี ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ชนภรณ์ ปานขาว คุณแม่ช่อทิพย์ ศรีสุริย์ และบุคคลอันเป็นที่รักทุกคนที่คอยให้ความรักความห่วงใยให้กำลังใจในการทำวิจัยให้สำเร็จคอยช่วยเหลือคอยสนับสนุนและอยู่เคียงข้างเสมอมาขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิพย์ รองศาสตราจารย์ ดร.อนงค์ วิเศษสุวรรณ และ Professor Joseph J. Moreno (Music in Psychodrama) ที่ให้กำลังใจอันมีค่ามหาศาลขอขอบคุณเพื่อน ๆ และพี่ ๆ สาขาวิชาจิตวิทยา การปรึกษาทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจและให้คำปรึกษาแนะนำกับผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์และคุณค่าอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิต์แด่บุพการีบูรพาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จจนตราบเท่าทุกวันนี้

นพพร ปานขาว

57920413: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา: วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: การยอมรับของภรรยา/ ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม/ ทฤษฎีเผชิญความจริง

นพพร ปานขาว: ผลการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (THE EFFECTS OF REALITY COUNSELING ON WIFE-ACCEPTANCE OF CANCER PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เพ็ญภา กุลนภาค, กศ.ด., คลดาว ปุราณนท์, ศศ.ด. 141 หน้า. พ.ศ. 2561.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้วิจัยคัดเลือกภรรยาที่มีคะแนนการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม น้อยที่สุดขึ้นไป จำนวน 20 คน มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและ โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงดำเนินการทดลองให้การปรึกษาจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองประเภทสององค์ประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งองค์ประกอบแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่มและทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์

ผลการศึกษาพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในกลุ่มทดลองมีการยอมรับ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในกลุ่มทดลองมีการยอมรับในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

57920413: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; M.Sc. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: WIFE-ACCEPTANCE/ WIFE OF CANCER PATIENTS/ REALITY COUNSELING

NOPPORN PANKHAO: THE EFFECTS OF REALITY COUNSELING ON WIFE-ACCEPTANCE OF CANCER PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: PENNAPHA KOOLNAPHADOL, Ed.D., DOLDAO PURANANON, Ph.D. 141 P. 2018.

The purpose of this research was to study the effect of Reality Individual Counseling on wife-acceptance of cancer patients. The sample in this study was a wife of cancer patients. The researcher selects 20 wives of cancer patient with the acceptance score from the lowest and up. The experimental group and the control group consisted of 10 persons each. A questionnaire for wife-acceptance of cancer patients, and the Reality individual counseling programs were the tools for data collection. The research design was two-factor experiment with repeated measures on one factor. The study was divided into 3 phases: the pre-test phase, the post-test phase and the follow-up phase. The data were analyzed by using repeated measures analysis of variance: one between-subjects variable, and one within-subjects variable and tested of pair differences, using Newman-Keul's Method.

The results of this study were that there was a statistically significant interaction at .05 between the method and the duration of the experiment. The score of acceptance of cancer of wives of cancer patients in the experimental and the control group were significantly different at .05 at the post-test and the follow up phases. The wife-acceptance of cancer patients score in the experimental group in the post-test and the follow up phases were significantly different at .05 from the pre-test phase.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	
ที่มาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
2 เอกสารงานและวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปรีกษารายบุคคล ทฤษฎีเผชิญความจริง.....	20
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การดำเนินการทดลอง.....	58
วิธีดำเนินการทดลอง.....	59
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล.....	62
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก.....	85
ภาคผนวก ข.....	130
ภาคผนวก ค.....	134
ภาคผนวก ง.....	136
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	141

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษา รายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษา.....	63
2	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	66
3	ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษารายบุคคล ทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษา.....	68
4	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษา รายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง.....	69
5	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการยอมรับเป็นรายคู่ ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Procedure).....	70
7	ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญ ความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	131
8	ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบวัดการยอมรับ ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	132
9	ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณสมบัติ Sphericity ของข้อมูล โดยใช้วิธีของ Mauchly.....	133



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
2	แบบแผนการทดลอง .....	59
3	แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของ กลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่ม ควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา .....	64
4	แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามในกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา .....	65
5	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อ การยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	67

# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา

รายงานของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2548-2557 พบผู้ป่วย เฉลี่ยปีละ 150,774,116 ราย ซึ่งบางคนเจ็บป่วยด้วยกันหลายโรค บางคนไป ตรวจสถานบริการสาธารณสุข หลายแห่งทำให้จำนวนสูงกว่าจำนวนประชากรที่แท้จริงในประเทศ ในการเจ็บป่วยที่น่าสนใจที่สุด ใน 21 กลุ่มโรค คือ ลำดับที่ 16 เนื้องอก (รวมมะเร็ง) มีผู้ป่วยเฉลี่ย ปีละ 1,095,190 ราย และมีอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งสวนทางกับอัตราการเสียชีวิต ที่เป็นอันดับที่ 1 ที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 48,509 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี เช่นกัน จากข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็งทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า โรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 4,267 ราย ซึ่งมากที่สุด และส่งผลให้มีผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ มากตามไปด้วย ในปี พ.ศ. 2551-2560 โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีจำนวนผู้ป่วย 41,379 ราย มีอัตราการเสียชีวิต จำนวน 21,552 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.08 ในเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 54.45 ซึ่งสูงกว่าเพศชาย แต่ในเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 56.60 ซึ่งสูงกว่าเพศหญิง ที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งก็เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าจะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาที่มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นแล้วก็ตาม ก็ยังไม่สามารถหยุดยั้งการเกิดโรคมะเร็งได้ มีเพียงบางชนิดเท่านั้นที่รู้สาเหตุ หรือมีการคัดกรอง เพื่อป้องกันไม่ให้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการรักษาเพื่อป้องกันการกระจายของตัวโรค เมื่อมะเร็ง กลับมาเป็นซ้ำเป็นเวลาที่เลวร้ายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว การกลับมาเป็นซ้ำทำลาย ความหวังของพวกเขาว่าหายจากการเป็น โรคมะเร็งและมักต้องให้ผู้ป่วยรับการรักษาอีกครั้ง ในหลาย ๆ กรณีเป็นการลดความสามารถมากกว่าการรักษา จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมีรายงานเกี่ยวกับมะเร็งที่เพิ่ง ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมะเร็งที่กลับมาเป็นซ้ำมีคุณภาพ ชีวิตที่ต่ำลง ความเจ็บปวดมากขึ้น ข้อจำกัดที่มากขึ้น ความทุกข์ที่รุนแรงขึ้นและการประเมิน การเจ็บป่วยที่เป็นลบมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวของพวกเขา รายงานความไม่แน่นอนความสิ้นหวัง และปัญหาการปรับตัวมากขึ้น (Laurel et al., 2012) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต (Barbara et al., 2012) Laurel et al., (2012)

กล่าวว่า หลายปีที่ผ่านมามีการสนับสนุนว่ามะเร็งมีผลเพียงเล็กน้อยต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้เป็นคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามในขณะที่การศึกษาตรวจสอบผลกระทบของโรคมะเร็งในครอบครัวเมื่อเวลาผ่านไปผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและคนอื่น ๆ ได้ตระหนักถึงความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ที่มีประสบการณ์โดยสมาชิกในครอบครัวตลอดจนผู้ป่วย Stenberg et al. (2010) พบปัญหามากกว่า 200 ชนิดและความต้องการที่ไม่จำเป็นซึ่งผู้ดูแลรายงานว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกังวลว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าจะไม่มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลง (70%), ไม่สามารถทำงานร่วมกับอุปกรณ์ (64%), มีอุปสรรคทางการเงิน (31%), ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม (70% -80%), 31% พบประสบการณ์การดูแลโดยรวมที่ยากลำบาก และ 50% อธิบายปัญหาการสื่อสารกับผู้ที่ให้บริการทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยรายงานว่าไม่ได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวของตนจากผู้ให้บริการ ผู้ดูแลหลายคนไม่ทราบวิธีการตีความและใช้ข้อมูลที่ได้รับ การหาแผนการรักษาพยาบาลหรือการคาดการณ์ในอนาคตซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้ครอบครัวต้องกังวล มีความกังวลจากครอบครัวที่ขาดการเข้าถึงการดูแลและการสนับสนุนที่จำเป็นเนื่องจากอุปสรรคด้านการเงินและสิทธิการรักษา ผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าตัวเองมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในการกำหนดเป้าหมายการรักษาต่าง ๆ ซึ่งต่างกับเป้าหมายการดูแลหรือมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน โดยสิ้นเชิงซึ่งจะเพิ่มความสับสนและความไม่แน่นอนให้กับสมาชิกในครอบครัว (Barbara et al., 2012) การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลพบว่าญาติผู้ดูแลจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย โดยระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 22

ในกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับความเครียดอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และมีปัญหาอารมณ์แปรปรวนง่ายมากกว่าผู้ป่วยอื่น ๆ (Cassileth et al., 1985) ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยมากขึ้น ญาติผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล คับข้องใจ สิ้นหวัง และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และอาจมีความซึมเศร้ามากขึ้น (Herth, 1993; Oberst et al., 1989 cited in Manning-Walsh, 2005) จากการที่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นผลให้เกิดการปรับตัว และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดี และได้รับผลกระทบจากการดูแลน้อยที่สุด ถ้าญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี จะมีความรู้สึกมั่นคง ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, หน้า 206-207) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิผลระหว่างสมาชิกในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยและกับผู้เชี่ยวชาญ

ด้านสุขภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยใกล้ระยะสุดท้ายและภาวะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ตึกมากกว่าความขัดแย้ง ผู้ดูแลรายงานภาวะผู้ดูแลน้อยลง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพวกเขามีแนวโน้มที่จะได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ในคู่รักที่มีความสัมพันธ์ในเรื่องความสัมพันธ์ที่ตึกขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า น้อยลง และความยากลำบากในการดูแลน้อยลงนอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ตึกขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้ดูแลรายงานสุขภาพที่ตึกขึ้นและรู้สึกรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งน้อยลง (Laurel et al., 2012) ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักยภาพในการดูแลซึ่งเป็นผลดีต่อคุณภาพการดูแลแก่ผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ อาจก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และอาจเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ในที่สุด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อไปด้วย Hodges et al. (2005) ได้ทำการวิเคราะห์ความทุกข์ทางอารมณ์ ที่รายงานโดยผู้ป่วยโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัว พบว่าการตอบสนอง ทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กัน เมื่อผู้ป่วยมีความสุขก็มีแนวโน้มว่าผู้ดูแลของพวกเขาก็มีความสุขและเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ ก็มีแนวโน้มว่าผู้ดูแลของพวกเขาก็มีทุกข์ตามไปด้วย ซึ่งผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดคนหนึ่ง คือ ภรรยา เพราะภรรยาเป็นทั้งเพื่อนคู่คิด และเป็นผู้ที่อยู่ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันไปตลอดชีวิต โกศล คงสมปราชญ์ (2555) กล่าวถึงความสำคัญของภรรยาว่า ในภาวะการณ์ที่ตึกขึ้นหรือภาวะการณ์ที่สำคัญ การได้เพื่อนคู่คิดมาปรึกษา จึงเป็นสิ่งทีประเสริฐ Laurel et al. (2012) กล่าวถึง มุมมองแบบคู่รักว่า เมื่อความต้องการของผู้ดูแลไม่ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตและร่างกายของพวกเขาก็มีความเสี่ยงซึ่งจะนำไปสู่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลที่ดีทีสุดจากผู้ดูแลที่ได้รับการจัดเตรียมอย่างดีและมีความมั่นใจในการศึกษา พบว่าช่วงเวลาสั้น ๆ ระหว่างการวินิจฉัยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น ยิ่งในช่วงท้ายของชีวิตบางรายงานผู้ดูแลผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่เกินหรือเท่ากับเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าทางคลินิก แหล่งที่มาของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ตึกขึ้นรวมถึงความรู้สึกถึงความต้องการภายนอกที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจและความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากอาการที่มากขึ้นในผู้ป่วย สอดคล้องกับ ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ (2556) ได้กล่าวถึงการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งของภายนอกการสูญเสียตามวัยต่าง ๆ การสูญเสียภาพลักษณ์หรืออัตมโนทัศน์และการสูญเสียบุคคลสำคัญหรือบุคคลอันเป็นที่รักจะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้เป็นปกติหลังจากการสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนอง โดยรวมที่มีต่ออารมณ์ที่เป็นทุกข์อันเนื่องมาจากการสูญเสียเมื่อเกิดความรู้สึกเศร้าโศกบุคคลจะผ่านขั้นตอนของความรู้สึกต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปฏิเสธ โกรธต่อรองซึมเศร้าจนกระทั่งเริ่มยอมรับความจริงและพยายามกลับไปตั้งคมอีกครั้ง

การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง ความพึงพอใจในคุณลักษณะต่าง ๆ ที่รวมอยู่ในตนเองได้อย่างจริงใจตรงไปตรงมา ตรงตามสภาพที่เป็นจริง ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ รับรู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน รับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและตระหนักในคุณค่าของตนเอง (ธีราพร สอนจิน, 2557, หน้า 12) Ellis (1980, p. 16) กล่าวถึง ผู้ที่มีการยอมรับตนเองจะไม่ประเมินคุณค่าของตนเองอยู่กับผลสำเร็จภายนอกหรือทัศนคติที่ผู้อื่นมีต่อเขาและพวกเขาจะหลีกเลี่ยงการประเมินตนเองหรือความเป็นตัวเขา ทว่าจะยอมรับสภาพที่เป็นอยู่จริงในตัวเขา (Existences) และมีความสุขกับชีวิตให้มากที่สุด Daniel et al. (2013) ได้ให้คำจำกัดความของการยอมรับตนเองว่าเป็นผลมาจากการนับถือตนเอง ดังนั้น การยอมรับตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับตัวของญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจ เพราะญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ให้ความสำคัญผู้ป่วยทั้งที่บ้านและสถานพยาบาล ซึ่งมากกว่าแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะสถานพยาบาล และผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการให้ครอบครัวอยู่ใกล้ชิดในวาระสุดท้ายของชีวิตอีกด้วย

การปรึกษา เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลคิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร การสร้างความเข้าใจ และการชักจูงให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเอง (เพ็ญนภา กุลนภาค, 2559, หน้า 6) ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยสร้างบรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี ตลอดจนการใช้ทักษะ ขั้นตอนและทฤษฎีของการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้มีปัญหาหรือรับการปรึกษามีความรู้ที่ครอบคลุมใจว่าได้รับการยอมรับและเกิดความรู้สึกไว้วางใจพร้อมที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือปัญหาของตนเกิดการเรียนรู้สาเหตุของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่จนสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการยอมรับตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับตัวของญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีความต้องการที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การให้การปรึกษารายบุคคล จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการยอมรับตนเองของญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การให้การปรึกษารายบุคคล เป็นกระบวนการช่วยเหลือโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกให้ดีที่สุดเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา (ฉรรรท อรพลชัย, 2556, หน้า 37)

การให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงก่อตั้งขึ้น โดยวิลเลียมกลาสเซอร์ (William Glasser) เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการใช้เหตุผลวิเคราะห์การกระทำของตนและมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งใช้ได้ดีทั้งด้านการวางแผน โครงการในอนาคตการแก้ปัญหาและ

การป้องกันปัญหา จึงเป็นที่นิยมนำไปใช้ในโรงเรียนหรือสถาบันสังคมที่มุ่งป้องกันปัญหา  
สุขภาพจิตมีจุดหมายที่จะสนับสนุนให้บุคคลรู้จักตนเองพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริง  
รู้จักประเมินสิ่งถูกผิดและรับผิดชอบที่จะสนองความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ  
โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่นเป็นทฤษฎีที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อนมีหลักการที่พิจารณาว่า  
สาเหตุแห่งทุกข์ของคนอยู่ในระดับความรู้สึก แต่วิธีช่วยให้คลายทุกข์จำเป็นต้องช่วยให้เปลี่ยน  
พฤติกรรมเสียก่อนแล้วความรู้สึกที่ดีจึงจะตามมา (วัชร ทรัพย์มี, 2551, หน้า 274)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษา ผลการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง  
ต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม  
ยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วย  
ได้ตามความสามารถของตนเอง ดูแลสุขภาพตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองกับชีวิต  
ในปัจจุบันและอนาคต

### คำถามการวิจัย

การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงทำให้การยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะลุกลามเพิ่มขึ้นหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วย  
มะเร็งระยะลุกลาม

### สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง
2. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง มีการยอมรับ  
ในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง มีการยอมรับ  
ในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง มีการยอมรับ  
ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
5. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง มีการยอมรับ  
ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

ขอบเขตที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมืองลพบุรีตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 มีจำนวน 52 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติตามข้อ 1 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

1.2.2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็น ภรรยา

1.2.3 เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1.2.4 เป็นผู้ที่ทราบถึงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีการแพร่กระจายแล้ว หรือไม่มีทางรักษาให้หายขาด มีเพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ

1.2.5 ผู้วิจัยให้ประชากรในข้อ (1) ทำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแล้วนำคะแนนจากการทำมาจัดเรียงลำดับจากน้อยไปมาก คัดเลือกภรรยาที่มีคะแนนการยอมรับของภรณาน้อยที่สุดขึ้นไป จำนวน 20 คน

### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรต้นคือ วิธีการปรึกษาและระยะเวลา

2.1.1 วิธีการปรึกษา 2 วิธี ได้แก่

2.1.1.1 การให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

2.1.1.2 การไม่ได้รับการปรึกษา

2.1.2 ระยะเวลาในการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.1.2.1 ระยะก่อนการทดลอง

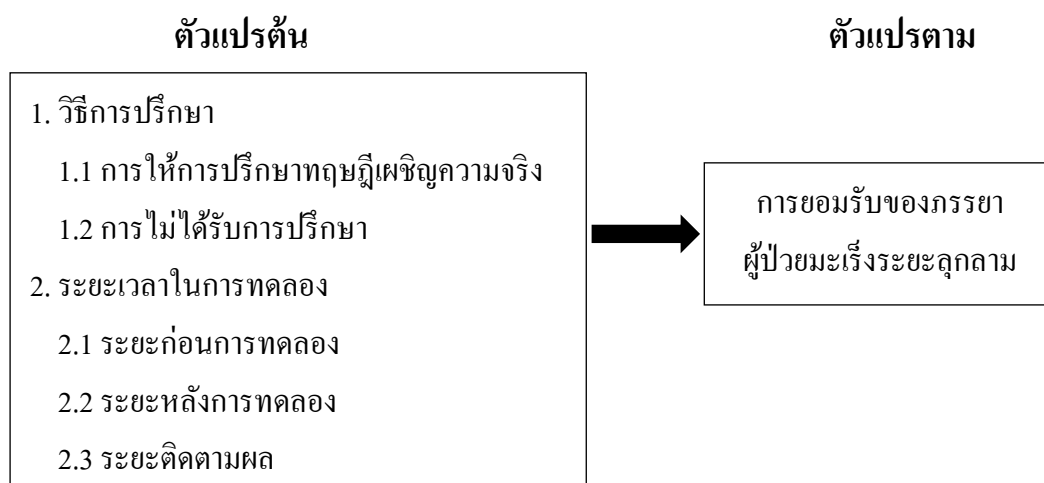
2.1.2.2 ระยะหลังการทดลอง

2.1.2.3 ระยะติดตามผล

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงตามแนวคิดของ วิลเลียม กลาสเซอร์ (William Glasser) โดยเน้นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาใช้เหตุผลวิเคราะห์การกระทำของตนและมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัจจุบัน โดยผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่พยายามช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นหัวใจสำคัญของทฤษฎีเผชิญความจริงคือพยายามให้บุคคลปฏิบัติตน เพื่อให้ได้เชื่อว่าเป็นบุคคลมีพฤติกรรมที่รับผิดชอบ สามารถใช้สติปัญญาของตนเองแก้ไขปัญหาและยอมรับผลที่ตนเองกระทำโดยไม่โทษผู้อื่นและการที่บุคคลจะยอมรับผู้อื่นได้นั้น จำเป็นจะต้องยอมรับตนเองเสียก่อน ส่งผลต่อการพัฒนาการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งจะช่วยให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ในการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง มีกำลังใจในการเผชิญปัญหากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การยอมรับของภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง เรียนรู้ข้อดีข้อเสียข้อจำกัดของตนเอง ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ เห็นคุณค่าในชีวิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง และยอมรับในคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ตนเองมีทำให้สามารถปรับตัว เข้าใจและยอมรับสามีที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข



2. การให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง หมายถึง การช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งใช้เหตุผลวิเคราะห์การกระทำของตนและมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัจจุบัน โดยผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่พยายามหาทางช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งยอมรับในพฤติกรรมและการกระทำของตนเองและสามี เพื่อให้ภรรยากล้าเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตและหาวิธีการที่ช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ประสบกับความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิตโดยไม่ใช้วิธีที่ก้าวร้าวต่อตนเองและไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน หัวใจสำคัญของทฤษฎีเผชิญความจริง คือ พยายามให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อให้ได้เชื่อว่าเป็นบุคคลมีพฤติกรรมที่รับผิดชอบ เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้การปรึกษาที่ช่วยปรับพฤติกรรมของมนุษย์

3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือมีรายงานผลการตรวจที่พบว่า เป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น หรือเคยรักษาหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำ หรือเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ไม่มีทางรักษาโรคให้หายขาดได้ และการรักษามุ่งเน้นเพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการเท่านั้น

4. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง บุคคลที่เป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทั้งทางกฎหมายหรือไม่ก็ตาม

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในกลุ่มทดลองยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ที่ชัดเจน และเป็นระบบกับชีวิตที่เหลืออยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขตามสภาพความเป็นจริง

2. เป็นแนวทางให้แก่บุคลากรด้านการให้การปรึกษารวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง นำไปประยุกต์ใช้ให้การปรึกษาญาติผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

## บทที่ 2

### เอกสารงานและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองและทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง ดังต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง
  - 1.1 ความหมายของการยอมรับตนเอง
  - 1.2 คุณค่าของการยอมรับตนเอง
  - 1.3 ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเอง
  - 1.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง
  - 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับตนเอง
  - 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.1 ความหมายของการให้การปรึกษา
  - 2.2 ความหมายการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.3 ความเป็นมาของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.4 แนวคิดของทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.5 การพิจารณามนุษย์และหลักการของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.6 จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.7 ลักษณะของการให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.8 กระบวนการของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.9 สรุปรูปขั้นตอนของการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.10 เทคนิคการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.11 ข้อดีของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.12 ข้อจำกัดของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง
  - 2.13 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเผชิญความจริง
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 3.1 ความหมายของมะเร็ง
  - 3.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

- 3.3 การรักษาผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลาม
- 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล
- 3.5 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- 3.6 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อญาติผู้ดูแล
- 3.7 บทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- 3.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง

### ความหมายของการยอมรับตนเอง

การยอมรับตนเองเป็นข้อจำกัดระหว่างคนที่ต้องดำเนินชีวิตไปต่อ โดยมีเป้าหมายของชีวิตแต่ต้องปรับตัวให้เข้าภายใต้สภาพของสิ่งแวดล้อมที่กำลังเป็นอยู่อย่างมีจุดยืนของสภาพความเป็นจริงในที่ที่กำลังเป็นอยู่ให้ได้โดยการเป็นอยู่ต้องใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและต้องยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนซึ่งมีนักจิตวิทยาและผู้รู้ได้กล่าวไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้คือ

แซสส์ (Sass, 1978, pp. 40-42) กล่าวถึง การยอมรับตนเอง หมายถึง ความสามารถที่จะพึงพอใจในตนเองอย่างตัวเองเป็นและเรียนรู้ถึงข้อดีข้อเสียรวมถึงข้อจำกัดของตนเองบุคคลสามารถเรียนรู้ข้อจำกัดของตนไม่มองว่าเป็นเรื่องน่าอายและไม่ใช้เวลาไปกับการปกปิดข้อจำกัดของตนหรือป้องกันตนเองแต่จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเสริมสร้างข้อดีของตน

เอลลิส (Ellis, 1980, p. 16) กล่าวถึง ผู้ที่มีการยอมรับตนเองจะไม่ประเมินคุณค่าของตนเองอยู่กับผลสำเร็จภายนอกหรือทัศนคติที่ผู้อื่นมีต่อเขาและพวกเขาจะหลีกเลี่ยงการประเมินตนเองหรือความเป็นตัวเขา ทว่า จะยอมรับสภาพที่เป็นอยู่จริงในตัวเขา (Existences) และมีความสุขกับชีวิตให้มากที่สุด

ฮามาเช็ค (Hamachek, 1992, p. 325) กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่า หมายถึง ความพึงพอใจและการเข้าใจในตนเองที่บุคคลมีต่อตนเองในฐานะที่เป็นบุคคล ๆ หนึ่งและระดับของการยอมรับตนเองของบุคคล จะดูได้จากผลต่างของความคิดเห็นเกี่ยวกับตนที่เป็นจริงและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนในอุดมคติ

จอห์นสัน (Johnson, 1993, pp. 29-30) กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่า หมายถึง การนับถือตนเองอย่างสูง บุคคลที่มีการยอมรับตนเองจะสร้างภาพลักษณ์ของตนเองแตกต่างออกไปจากผู้อื่นและยิ่งบุคคลมีการยอมรับตนเองมากเท่าไรบุคคลก็จะมี ความมั่นใจในเอกลักษณ์ของตนมากขึ้นเท่านั้นทำให้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร้ที่ติเนื่องจากการยอมรับตนเองจะทำให้

ให้มีการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นแบบเปิดเผยและไม่บิดเบือนความจริงซึ่งจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันได้ง่าย

ศรีสมร สุริยาศศิน (2549, หน้า 8) กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่า หมายถึง การมีทัศนคติทางบวกกับตนเอง คนที่ยอมรับตนเอง จะมีความเข้าใจตนเองและรู้จักตนเอง ทราบถึงข้อบกพร่องและส่วนดีของตนเอง การยอมรับตนเองวัดได้จากความแตกต่างระหว่างคนที่เป็นส่วนตัว (Subjective self) และตนตามอุดมคติ (Ideal self) ถ้าความแตกต่างมีน้อย หมายถึง มีการยอมรับตนเองมาก

Daniel et al. (2013, หน้า 447) กล่าวถึง การยอมรับตนเองโดยปราศจากเงื่อนไขว่าเป็นบุคคลยอมรับตัวเองอย่างเต็มที่และไม่มีเงื่อนไข โดยไม่คำนึงว่าเขาจะประพฤติอย่างชาญฉลาด ถูกต้องหรือมีความสามารถหรือไม่และไม่ว่าคนอื่นจะยอมรับ เคารพหรือรักเขาหรือไม่ โดยแบ่งการยอมรับออกเป็น 2 ด้านคือ 1) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขทางปรัชญา ซึ่งปรัชญาการยอมรับตนเองเป็นตัวแทนของความนับถือตนเองทั้งหมดในโลก หรือก็คือ ปรัชญาการยอมรับตนเองเกี่ยวข้องกับความเชื่อทั่วโลกทั่วไปมากกว่าการประเมินตนเองทั้งหมด 2) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขทางจิตวิทยา ซึ่งจิตวิทยาการยอมรับตนเองเป็นตัวแปรที่มีเหตุผลของความนับถือตนเองโดยเฉพาะ

จากเอกสารข้างต้นสรุปได้ว่า การยอมรับตนเองหมายถึงการที่บุคคลมีความเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ข้อดีข้อเสียข้อจำกัดของตนเอง ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ เห็นคุณค่าในชีวิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง และยอมรับในคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ตนเองมีสามารถปรับตัวเข้าใจและยอมรับบุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คิดก็สามารถยอมรับโดยไม่ลดคุณค่าของตนเองลงหากทำได้ก็จะทำให้ตนเองนั้นมีสุขภาพจิตที่ดี

#### **คุณค่าของการยอมรับตนเอง**

Hurlock (1973, p. 339) กล่าวถึง คุณค่าของการยอมรับตนเองว่า เป็นการยอมรับตนเองสามารถทำให้บุคคลยอมรับตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าคนอื่นก็ชอบตน เช่นนั้นทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (Self regard) ในทางบวกอย่างมั่นคงไม่เปลี่ยนแปลงไปตามคำชื่นชมหรือคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

Roger (1974, p. 358) ได้ให้ความเห็นว่า การที่บุคคลมีการยอมรับตนเองบุคคลนั้นจะมีการปรับตัวได้ดีรู้จักตนเองรู้จักคุณค่าของตนเองและความสามารถทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความเข้าใจในตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น

Allport (1990, p. 519) ได้จัดให้การยอมรับตนเองหรือความมั่นคงทางอารมณ์เป็นเกณฑ์หนึ่งในการพิจารณาว่าบุคคลมีวุฒิภาวะหรือไม่บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะยอมรับตนเองในสิ่งที่

เป็นมีความมั่นคงทางอารมณ์สามารถควบคุมตนเองได้ แม้ว่าแผนการที่กำหนดไว้จะไม่เป็นตามที่  
ต้องการก็ยอมรับได้ว่าอารมณ์ขุ่นเคืองกับข้อใจนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่เอาแต่เศร้าใจ

พระบุญเติมวัฒนพรหม (2553, หน้า 12) กล่าวว่า การยอมรับตนเองจะช่วยบุคคลรู้สึก  
เห็นคุณค่าในชีวิตของตนรู้สึกที่ตัวเองมีประโยชน์ต่อสังคมสามารถปรับตัวได้ดีมีวุฒิภาวะ  
ทางอารมณ์และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น

ธีราพร สอนจิน (2557, หน้า 13) กล่าวว่า การยอมรับตนเองจะช่วยบุคคลรู้สึกเห็นคุณค่า  
ในชีวิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง สามารถปรับตัวได้ดี เข้าใจและยอมรับบุคคลอื่นมากขึ้น  
มีความมั่นคงทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมตนเอง หากเกิดความล้มเหลวขึ้น โดยไม่ลด  
คุณค่าของตนเองลง เข้าใจในศักยภาพของตนเอง ดังนั้นการยอมรับตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง  
ที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต

จากเอกสารข้างต้นสรุปได้ว่า คุณค่าของการยอมรับตนเองจะช่วยบุคคลรู้สึกเห็นคุณค่า  
ในชีวิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมตนเอง  
สามารถปรับตัว เข้าใจและยอมรับบุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น  
หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คิดก็สามารถยอมรับโดยไม่ลดคุณค่าของตนเองลง

#### **ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเอง**

การยอมรับตนเองหรือยอมรับพฤติกรรมของตนเองในการแสดงออกทำให้ได้ข้อยืนยัน  
ว่าสุขภาพจิตที่ดีมีปัจจัยหลักมาจากความรู้สึกที่เราเห็นคุณค่าของตัวเองผู้ที่ยอมรับตนเองจึงได้ชื่อว่า  
สุขภาพจิตและสุขภาพกายดีเพราะว่ามีวิธีการมองโลกในทางบวกลดการมองโลกในทางลบซึ่งมี  
ความสอดคล้องกับฮามาชเชค (Hamachek, 1978, pp. 268-270 อ้างถึงใน กุลวดี โสวฒนสกุล, 2547,  
หน้า 9) ได้รวบรวมลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีมีการยอมรับตนเองไว้ ดังนี้

1. มีจุดยืนในหลักการและการประเมินคุณค่าในเรื่องต่าง ๆ อย่างชัดเจนและกล้าที่จะ  
ปกป้องจุดยืนของตนเองต่อหน้ากลุ่มที่มีความเห็นคัดค้านกับเขา อย่างไรก็ตามเขาก็มีความมั่นคง  
ทางจิตใจพอที่จะปรับเปลี่ยนมุมมองของตน หากเกิดการเรียนรู้ใหม่หรือว่ามีหลักฐานยืนยันว่า  
ความคิดนั้นไม่ถูกต้องเขาจะคิดว่า “คุณพูดถูกแต่ไม่ได้หมายความว่าฉันเป็นคนผิด” ซึ่งต่างจาก  
ผู้ที่ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจเขาไม่สามารถยอมรับได้ถ้าต้องเปลี่ยนแปลงตนเองเพราะกลัวว่าทำให้  
เขากลายเป็นคนอ่อนแอหรือไร้ความสามารถ

2. เมื่อได้ลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนพิจารณาว่าดีที่สุดแล้ว หากไม่ได้รับการ  
ยอมรับจากผู้อื่นเขาก็จะไม่มานั่งรู้สึกผิดหรือเสียใจในสิ่งที่กระทำลงไป แม้ว่าถ้าเขารู้สึกผิด  
ก็จะไม่จมอยู่กับอารมณ์นั้นเขาจะคิดได้ว่า “ฉันทำผิดพลาดไปฉันจะปรับปรุง” แทนที่การกล่าวโทษ  
ตนเองว่า “ฉันทำผิดพลาดฉันเป็นคนไม่เอาไหนเสียเลย”

3. เขาจะไม่เสียเวลาไปกับความกังวลว่าพรุ่งนี้จะเป็นอย่างไรหรือหัวเสียกับเรื่องที่เกิดขึ้นวันนี้หรือหมกมุ่นกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเมื่อวาน

4. เขามีความมั่นคงในความสามารถของตนที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ แม้ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ล้มเหลวหรือตกต่ำเขาจะไม่สรุปลง ไปได้ว่า “เพราะฉันทำไม่สำเร็จฉันเป็นคนล้มเหลว” แต่จะพูดกับตนเองว่า “ฉันทำไม่สำเร็จฉันจะพยายามให้มากขึ้น”

5. เขามีความรู้สึกเท่าเทียมกับผู้อื่นในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง โดยไม่ถือว่าตนเหนือกว่าหรือด้อยกว่าใคร ไม่นำตนมาเปรียบเทียบกับผู้อื่นในแง่ของความสามารถพื้นฐาน ครอบครัวหรือความคิดเห็นเขาจะคิดว่า “คุณมีความสามารถในเรื่องบางอย่างที่เหนือกว่าฉันแต่ฉันก็เป็นมนุษย์คนหนึ่งเช่นเดียวกับคุณ” ซึ่งต่างจากผู้ที่ไม่ยอมรับตนเองจะมองว่า “คุณมีความสามารถมากกว่าฉัน ดังนั้น ฉันจึงด้อยกว่าคุณ” เขาสามารถยอมรับความสามารถของผู้อื่นได้โดยไม่นำมาประเมินหรือลดคุณค่าของตนเอง

6. เขามองว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีจุดน่าสนใจและมีคุณค่าต่อผู้อื่นอย่างน้อยก็กับคนที่เขาเลือกจะคบหาด้วยเขาจะไม่พะวงกับตนเองจนทำอะไรไม่ถูกเมื่อพบปะสมาคมกับผู้อื่น โดยมีมุมมองว่า “ฉันโอเค คุณก็โอเค”

7. เขาสามารถยอมรับคำชื่นชมได้โดยปราศจากการเสแสร้งกลบเกลื่อนหรือรู้สึกผิดที่ได้รับคำชมเช่นคิดว่า “โอ้ใครก็ทำได้ทั้งนั้น” “ขอบคุณแต่ฉันไม่คู่ควรกับคำชมนั้นเลย”

8. เขาจะปฏิเสธการบงการของผู้อื่นโดยเฉพาะในหมู่เพื่อนฝูงเขามีมุมมองว่า “ฉันก็มีดีเท่ากับเธอไม่เห็นมีเหตุผลที่ฉันจะต้องเชื่อเธอไปทุกเรื่อง”

9. เขาสามารถยอมรับตนเองและกับผู้อื่นได้ว่าเขามีความรู้สึกและความต้องการที่แตกต่างหลากหลายทั้งสองด้าน เช่น โกรธคุณเฉียว-รักทะนุถนอมเสรี-โศก-เรงรำไม่พอใจอย่างรุนแรง-ยอมรับอย่างจริงใจอย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าต้องแสดงออกตามความรู้สึกและความต้องการไปหมดทุกเรื่อง

10. เขาสามารถมีความสุขกับตนเองในกิจกรรมที่หลากหลายทั้งเรื่องงานเรื่องเล่น การแสดงออกที่สร้างสรรค์การคบหาเพื่อนหรือเรื่องอื่น ๆ โดยมีคิดว่าหาความสำราญจากสิ่งที่ทำ

11. เขามีความรู้สึกที่ไวต่อความเดือดร้อนของผู้อื่นไม่เบียดเบียนล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่นเพื่อหาประโยชน์ใส่ตนเอง

12. เขาจะมองหาข้อดีในตัวผู้อื่นอันเป็นผลพลอยได้จากการที่มองตัวเองในแง่ดีและมองโลกในแง่สวยงามไม่ว่าอยู่ในสถานการณ์เลวร้ายก็ตามซึ่งตรงกับความเห็นของแซสส์ (Sass, 1978, pp. 40-42 อ้างถึงใน กุลวดี โสวัตินสกุล, 2547) ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเองไว้ ดังนี้

12.1 มีค่านิยมและหลักการความเชื่อมั่นของตนเองพร้อมที่จะยืนยันในความคิด ความเชื่อของตนเอง เมื่อเกิดกรณีขัดแย้งในความคิดเห็นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด ของตน เมื่อพบว่าความคิดนั้นไม่ถูกสามารถตัดสินใจในการกระทำของตนและยอมรับการกระทำ ที่ตนเองกระทำ

12.2 เป็นผู้ที่อยู่กับปัจจุบันไม่ใช้เวลาไปกับความกังวลถึงเรื่องในอนาคตหรือ เรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีตเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เมื่อเผชิญกับ ความล้มเหลว

12.3 มีความรู้สึกที่ตนเองเท่าเทียมกับผู้อื่นในฐานะที่เป็นมนุษย์เหมือนกันถึงแม้จะมีความแตกต่างในเรื่องของความสามารถพื้นฐานของครอบครัวทัศนคติต่อผู้อื่นซึ่งมีความรู้สึกที่ ตนเองไม่ได้เหนือหรือด้อยกว่าผู้อื่น

12.4 สามารถที่จะรับการชื่นชมและสรรเสริญจากผู้อื่นได้อย่างไม่รู้สึกเขิน สามารถ ยอมรับความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นและเห็นว่าความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความโกรธ ความรัก ความเศร้า เป็นความรู้สึกธรรมชาติ

Worchel and Goethas (1989, p. 238 อ้างถึงใน กุลวดี โสวัตินสกุล, 2547) ได้นำเสนอว่า บุคคลที่มีการยอมรับตนเองนั้นจะมีแนวโน้มในการยอมรับผู้อื่นได้ง่ายกว่าบุคคลที่ไม่ยอมรับตนเอง และบุคคลที่มีการยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่นเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจัดเป็นบุคลิกภาพแบบ “ฉันดี เธอดี” ตามแนวของทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสาร (Transactional analysis) ของ Harris ซึ่งได้แบ่ง ประเภทของบุคลิกภาพออกเป็น 4 แบบตามเงื่อนไขชีวิตที่ให้คุณค่าแก่ตนเองและผู้อื่นได้ ดังนี้

1. “ฉันไม่ดีเธอดี” เป็นเงื่อนไขในช่วงต้นของชีวิตช่วงอายุ 0-6 เดือน เนื่องจาก ในระยะนี้ทารกไม่มีพลังพลังจะอยู่ที่ผู้ใหญ่

2. “ฉันไม่ดีเธอไม่ดี” ช่วงอายุประมาณ 2 ปีเด็กที่ถูกทอดทิ้งและห่างเหินกับบิดา มารดา เงื่อนไขชีวิตเช่นนี้จะทำให้เด็กรู้สึกทั้งตนเองและผู้อื่นและชีวิต โดยทั่วไปไม่มีค่า เขาแยกตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์

3. “ฉันดีเธอไม่ดี” ช่วงอายุประมาณ 2 ปี เด็กบางคนที่อยู่กับพ่อแม่ที่ชั่วร้าย ทารก จะรู้สึกว่าการอยู่เพียงลำพังเป็นสิ่งดีจึงสรุปว่า “ฉันดีเธอไม่ดี” พฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นแบบ ก้าวร้าวต่อต้านสังคม (Antisocial)

4. “ฉันดีเธอดี” ผู้ใหญ่บางคนมีการคิดพิจารณาและการกระทำแบบยอมรับตนเองและ ผู้อื่นคนกลุ่มนี้จะมีความคิดทางบวกต่อตนเองผู้อื่นและการใช้ชีวิต โดยทั่วไป

Berger (1951, pp. 778-779 อ้างถึงใน โกศล คงสมปราชญ์, 2555, หน้า 15) ได้กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่ามีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. การแสดงออกของพฤติกรรมที่เชื่อมั่นในคุณค่าและมาตรฐานภายในมากกว่ามาจากแรงกดดันภายนอก

2. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาชีวิต

3. ความรับผิดชอบที่จะยอมรับผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง

4. การยอมรับคำยกย่องและวิจารณ์จากผู้อื่นอย่างเป็นกลาง

5. ความไม่พยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือบิดเบือนความรู้สึกใด ๆ เช่น แรงจูงใจข้อจำกัดความสามารถหรือคุณสมบัติที่ดีอื่น ๆ ของแต่ละยอมรับทั้งหมดโดยปราศจากการกล่าวโทษตนเอง

6. การพิจารณาว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับบุคคลอื่น

7. การไม่คาดคิดว่าผู้อื่นจะปฏิเสธตนถึงแม้ว่าความคิดเห็นของตนไม่ตรงกับผู้อื่น

8. การไม่คิดว่าตนประหลาดหรือมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

9. การไม่เป็นข้ออ้างต่อสภาพที่ตนเป็นอยู่

Sheerer (1949, pp. 169-175 อ้างถึงใน โกศล คงสมปราชญ์, 2555, หน้า 28) กล่าวถึงการยอมรับตนเองมีลักษณะ ดังนี้

1. มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการให้คุณค่าในตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่แสดงถึงมาตรฐานของบุคคลอื่น

2. มีการปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกด้านลบต่อผู้อื่นหรือเพื่อเห็นแก่ความถูกต้องแต่จะไม่ปรับปรุงพฤติกรรมเนื่องจากความกลัวที่ไม่มีเหตุผลการตัดสินใจ

3. มีลักษณะการแสดงออกอันเนื่องมาจากมาตรฐานภายในของตนเองเช่น

3.1 เมื่อถูกวิจารณ์หรือตำหนิการกระทำใด ๆ ถึงแม้จะเสียใจจากคำวิจารณ์แต่ก็มีได้ละทิ้งมาตรฐานภายในของตนเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปตามคำวิจารณ์ดังกล่าว

3.2 ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกล่าวขอโทษในทุกพฤติกรรมของตน

3.3 ไม่ตำหนิตนเองถ้าไม่สามารถทำตามมาตรฐานของผู้อื่นได้

4. ไม่กังวลหรือตำหนิตนเองเมื่อผู้อื่นติเตียนหรือปฏิบัติต่อตนไม่ดี

5. รับรู้ถึง “ความเป็นมนุษย์” ที่เท่าเทียมกับผู้อื่น กล่าวคือ ไม่รู้สึกเหนือกว่าหรือด้อยกว่าผู้อื่น

6. สามารถแก้ไขปัญหาที่ตนเผชิญได้อย่างซื่อสัตย์

7. ไม่สงสัยในคุณค่าของตนเองแม้ว่าผู้อื่นจะสงสัยในคุณค่านั้น

8. ไม่สงสัยว่าตนสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

9. เมื่อได้รับคำวิจารณ์จะพิจารณาคำวิจารณ์อย่างเป็นธรรมและไม่เสียใจต่อการวิจารณ์นั้น

10. ไม่คาดเดาล่วงหน้าว่าผู้อื่นจะปฏิเสธตน



11. เมื่อประสบความล้มเหลวในเรื่องใดจะไม่ทำให้ความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าลง
12. ไม่ขี้อาย
13. ไม่ปฏิเสธคำยกย่องและคำชมเชย
14. ไม่คิดว่าตนประหลาดหรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป
15. ไม่ชอบการถูกบงการ
16. ไม่หลีกเลี่ยงหรือมองข้ามความเป็นจริงที่ประสบ
17. มีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเองรวมถึงยอมรับผลที่ตามมาจากการตัดสินใจเหล่านี้ด้วย
18. ไม่ปฏิเสธหรือบิดเบือนความรู้สึกใดๆของตนเองรวมถึงการยอมรับความสามารถและข้อจำกัดของตนและเมื่อพบสิ่งที่ไม่ชอบในตัวเองก็พร้อมจะเปลี่ยนแปลงมากกว่าการหลีกเลี่ยงหรือตำหนิ

19. มีความคิดและการวางแผนล่วงหน้าที่ดี
  20. ไม่มีความรู้สึกผิดทุกครั้งเมื่อใช้เวลาหรือเงินเพื่อการพักผ่อน
- สรุปได้ว่า ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเองจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองกล้าแสดงออกมีความมั่นคงทางอารมณ์ในการยอมรับคำยกย่องสรรเสริญและสามารถใช้สติปัญญาของตนเองแก้ไขปัญหาและยอมรับผลที่ตนเองกระทำโดยไม่โทษผู้อื่น

#### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง

Rogers (1974, p. 358) และ Maslow (1998 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2551, หน้า 125-127) อธิบายเกี่ยวกับการยอมรับตนเองว่า ถ้าบุคคลที่มีการยอมรับตนเองจะปรับตัวได้ดี รู้จักตนเอง รู้ถึงคุณค่าความสามารถ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เข้าใจตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ตลอดจนเข้าใจและยอมรับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งการยอมรับตนเอง บุคคลอื่น และกฎธรรมชาติตามสภาพที่เป็นจริง สอดคล้องระหว่างความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองกับความเป็นจริง เป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ถึงความเป็นคนมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพพัฒนา และเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์

Dryden (1998, pp. 80-90 อ้างถึงใน จิตฐิตา เฟื่องชัย, 2550) สรุปว่า มนุษย์จะเกิดการยอมรับตัวเองโดยประเมินตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและมีความยืดหยุ่นและคิดอย่างมีเหตุผล มองว่ามนุษย์มีความเท่าเทียมกันในฐานะของความเป็นมนุษย์ และสามารถผิดพลาดได้ จะช่วยให้มนุษย์มีการยอมรับตนเองได้ดีขึ้น เกิดความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์

Daniel et al. (2013) สรุปว่าแนวคิดของ “ตนเอง” โดยทั่วไป หมายถึง กลุ่มของความรู้สึกที่ชัดเจนเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของตนเป็นสิ่งที่แยกออกจากคนอื่นและ/ หรือสิ่งแวดล้อม เป็นแนวคิด

แบบหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต (เช่น Costa & McCrae, 1996) ไม่ว่าเราจะสร้างแนวความคิดของตัวเองอย่างไรก็มักจะเกี่ยวข้องกับการประเมินผล ซึ่งการประเมินผล การประเมินความเป็นตัวของตัวเองนี้เป็นส่วนสำคัญของความนับถือตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับความนับถือตนเอง แสดงถึงการสร้างแบบหลายมิติ อันที่จริงแล้วมันอาจหมายถึงการที่ตนเองชื่นชมในโลก กล่าวคือเป็นการประเมินทั้งหมดของตัวเอง (เช่น “ฉันเป็นคนไร้ค่า”) และ/ หรือหมายถึงความนับถือตนเองเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองโดยเฉพาะ (เช่น “ฉันเป็นแม่ที่ไม่ดี”)

การแก้ปัญหาการประเมินตนเองในการนับถือตนเองเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์อย่างหนึ่ง คือ การทำงานต่อการยอมรับตนเองโดยปราศจากเงื่อนไข หมายความว่า “... บุคคลยอมรับตัวเองอย่างเต็มที่และไม่มีเงื่อนไขโดยไม่คำนึงว่าตัวเองจะประพฤติดังชาญฉลาดหรือไม่ ถูกต้องหรือมีความสามารถหรือไม่และไม่ว่าคนอื่นจะยอมรับ เคารพหรือรักเขาหรือไม่ ...” (Ellis, 1977, p. 101 cited in Daniel et al., 2013)

เราเชื่อว่าการยอมรับตนเองโดยปราศจากเงื่อนไขที่ได้รับการเสนอให้เป็นทางเลือกให้กับปัญหาความนับถือตนเองสามารถเข้าใจได้ทั้งในด้านปรัชญาหรือจิตวิทยา (David et al., 2013)

ปรัชญาการยอมรับตนเองเป็นตัวแทนของความนับถือตนเองทั้งหมดในโลก หรือก็คือปรัชญาการยอมรับตนเองเกี่ยวข้องกับความเชื่อทั่วโลกทั่วไปของตนเอง มากกว่าการประเมินตนเองทั้งหมด ปรัชญาการยอมรับตนเองระบุว่าจะดีกว่าถ้าพวกเขาไม่ได้ประเมินผลด้วยตัวเอง (เช่น ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงานของเราและ/ หรือสิ่งที่คนอื่นพูดและคิดเกี่ยวกับเรา)

ในขณะที่จิตวิทยาการยอมรับตนเองเป็นตัวแปรที่มีเหตุผลของความนับถือตนเอง โดยเฉพาะ (เช่น “แม้ว่าฉันจะเป็นแม่ที่ไม่ดี แต่ฉันไม่ได้ประเมินตัวเองและยอมรับตัวเองทั้งหมดโดยไม่มีเงื่อนไขและแม้กระทั่งการทำงานเพื่อพัฒนาบทบาทของฉันในฐานะมารดา”) การยอมรับตนเองในทางจิตวิทยา หมายถึง การยืนยันถึงคุณค่าของมนุษย์แม้จะมีคุณลักษณะที่ไม่ครบถ้วนหรือล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ต้องการก็ตาม (Daniel et al., 2013) กระบวนการที่ไม่เหมาะสมควรหลีกเลี่ยงจะดีที่สุด เพื่อให้สอดคล้องตามเหตุผล เราควรจะประเมินพฤติกรรมของตนเองเท่านั้น (Ellis, 1977)

### **ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับตนเอง**

ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับตนเองเฮอร์ล็อก (Hurlock, 1973, pp. 540-541) ได้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการยอมรับตนเอง ได้แก่

1. การตอบสนองความหวังและความต้องการภายในที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามความเป็นจริงจะต้องไม่ตั้งเป้าหมายที่สูงเกินกว่าศักยภาพของตน

2. การเข้าใจในตนเองทำให้ลดความแตกต่างของคนที่เป็จริงและตนตามอุดมคติ การเข้าใจตนเองจะควบคู่ไปกับการยอมรับตนเองคนที่เข้าใจตนเองดีจะทำให้การยอมรับตนเอง มีอึดทนโนที่ศน์ขึ้น

3. การมองตนเองและสิ่งที่ผู้อื่นมองตนคนที่มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้อื่นมองตนจะทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม

4. อึดทนโนที่ศน์คนที่มีความมั่นคงและพอใจในอึดทนโนที่ศน์จะมีการยอมรับตนเอง ส่วนคนที่อึดทนโนที่ศน์ไม่ดีจะปฏิเสธตนเอง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง

พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ (2542, หน้า 55) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อการยอมรับตนเองของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุดรธานี ผลปรากฏว่า เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมีการยอมรับตนเอง โดยส่วนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมศรี ทัยศิริ (2545) ได้ทำการศึกษาการยอมรับของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ผลปรากฏว่า เงื่อนไขที่มีผลต่อการยอมรับ เกิดจากการที่คนในชุมชนได้รับรู้ เรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้อง ความรู้ที่ีกรังเกียจ การไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อลดน้อยลง ครอบครัวและญาติให้การดูแล ให้ความรัก ให้กำลังใจกับผู้ติดเชื้อในครอบครัว พฤติกรรมก่อนและหลังการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อ ระดับความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และการมีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้สังคมเกิดการยอมรับผู้ติดเชื้อ

กุลวดี โสวฒนสกุล (2547, หน้า 56-57) ได้ทำการศึกษาผลของการให้โปรแกรมเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการเพิ่มการยอมรับตนเองของนักศึกษา: กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์ เป็นการดำเนินการทดลองกับนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3-4 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์ไม่จำกัดคณะ เพศหญิง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองของแต่ละกลุ่มและผ่านการทำแบบวัดการยอมรับตนเองได้ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง หรือต่ำ โดยคัดเอาผู้ที่ได้คะแนนต่ำที่สุด เรียงขึ้นมาแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 6 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้วิจัยดัดแปลงโปรแกรมมาจากบทความเรื่อง “Running self-acceptance groups” ของไครเดน โดยมีการดำเนินกลุ่มรวม 8 ครั้ง ๆ ละ 1.5-2 ชั่วโมง รวม 14 ชั่วโมง ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมผลปรากฏว่า นักศึกษา

ที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมมีคะแนนการยอมรับตนเองสูงขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

จิตฐิตา เฟื่องชัย (2550) ได้ทำการศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการรู้สำนึกภาวะชีวิตที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้ป่วยโรคไต ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนวันนอน 3 วันขึ้นไป แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริสะเกษ จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า คือแบบสอบถามการยอมรับตนเอง ที่สร้างขึ้นโดยอ้างอิงมาจากแบบวัดการยอมรับตนเองของ Beger จำนวน 27 ข้อ และโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาเองจำนวน 9 ครั้ง ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการรู้สำนึกภาวะชีวิต มีการยอมรับตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Daniel et al. (2013) ได้ทำการศึกษา วิเคราะห์และพัฒนาตัวชี้วัดการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขระหว่างการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขทางปรัชญาและจิตวิทยา ซึ่งปรัชญาการยอมรับตนเองเป็นตัวแทนของความนับถือตนเองในระดับโลก หรือก็คือ ปรัชญาการยอมรับตนเองเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อทั่วโลกทั่วไปมากกว่าการประเมินตนเองทั้งหมด ในขณะที่จิตวิทยาการยอมรับตนเองเป็นตัวแปรที่มีเหตุผลของความนับถือตนเอง โดยเฉพาะ เราได้รายงานการพัฒนาเบื้องต้นและคุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบสอบถามการรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional acceptance questionnaire : UAQ) การวัดขนาดการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขของตัวเองคนอื่น ๆ และชีวิตและความแตกต่างระหว่างการยอมรับทางจิตวิทยาและการยอมรับปรัชญา โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นอาสาสมัครนักศึกษา จำนวน 591 คน เป็นผู้หญิง จำนวน 542 คน เป็นผู้ชาย จำนวน 49 คน ไม่พบความแตกต่างระหว่างชายและหญิงในการวิเคราะห์ใด ๆ จากการศึกษาครั้งนี้สุดท้ายเราพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและส่งผลกระทบต่อในเชิงบวก  $R(589) = 0.26, P < .001$

จากการศึกษาข้อค้นพบงานวิจัยข้างต้นสรุปว่าตนเอง คือ กลุ่มของความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของตนเป็นสิ่งที่แยกออกจากคนอื่นและ/ หรือสิ่งแวดลอม เป็นแนวคิดแบบหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ไม่ว่าเราจะสร้างแนวความคิดของตัวเองอย่างไรก็มักจะเกี่ยวข้องกับการประเมินผล ซึ่งการประเมินผลการประเมินความเป็นตัวของตัวเองนี้เป็นส่วนสำคัญของความนับถือตนเองซึ่งความนับถือตนเอง จะนำไปสู่การยอมรับตนเองได้ในที่สุด ถ้าภรรยามีการยอมรับตนเองจะทำให้สามารถปรับตัวได้ดี รู้จักตนเอง รู้ถึงคุณค่าความสามารถ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เข้าใจตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น จะนำไปสู่การยอมรับผู้อื่นมากขึ้น

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการรายบุคคล ทฤษฎีเผชิญความจริง

### ความหมายของการให้การปรึกษา

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2546) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่าเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมกับผู้รับบริการ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองเข้าใจผู้อื่นและเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น

Nystul (2003 อ้างถึงใน จิตฐิตา เฟิงชัย, 2550) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่าเป็นกระบวนการพลวัตระหว่างผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษา ที่มีเรื่องกังวลใจในกระบวนการนี้ผู้ให้การปรึกษาจะใช้กลวิธีต่าง ๆ ซึ่งอาจทำเป็นรายบุคคล เป็นกลุ่มหรือกับครอบครัว เพื่อเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนการปรับปรุงการมีสัมพันธภาพ

มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ (2552) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคล ด้วยการสนทนาหรือการพูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย โดยผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยสร้างบรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี ตลอดจนการใช้ทักษะขั้นตอนและทฤษฎีของการให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้มีปัญหาหรือรับการปรึกษามีความรู้สึกอบอุ่นใจว่าได้รับการยอมรับ และเกิดความรู้สึกไว้วางใจพร้อมที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือปัญหาของตนเกิดการเรียนรู้สาเหตุของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่จนสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

เพ็ญนภา กุลนภาดล (2559) กล่าวว่า การให้การปรึกษา เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลคิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ด้วยการใช้นวัตกรรมต่าง ๆ ในการสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร การสร้างความเข้าใจ และการชักจูงให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเอง

จากเอกสารข้างต้นสรุปได้ว่า การให้การปรึกษา เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลอย่างมีเป้าหมายระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยสร้างบรรยากาศ สร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร สร้างความเข้าใจ และการชักจูงให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเอง ด้วยการใช้นวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษามีความรู้สึกอบอุ่นใจว่าได้รับการยอมรับ และเกิดความรู้สึกไว้วางใจพร้อมที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือปัญหาของตนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองสามารถสำรวจหาสาเหตุของปัญหารวมทั้งตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

### ประเภทของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้การปรึกษารายบุคคล และการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งได้กล่าวถึงแนวคิดในการให้การปรึกษาแต่ละประเภท ดังนี้ (สายชล กังศศิเทียม, 2550)

1. การให้การปรึกษารายบุคคล เป็นกระบวนการช่วยเหลือรายบุคคล โดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา (วัชร ทรัพย์มี, 2550) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเฉพาะระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา โดยดำเนินการตามความต้องการของผู้รับการปรึกษา ในกระบวนการให้การช่วยเหลือ จะเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา (จูไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) ด้วยบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถที่จะเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถที่จะตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ เจียรนัย ทรงชัยกุล และคณะ (2542) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้การปรึกษาไว้ว่า ผู้รับการปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาของพวกเขาจากผู้ให้การปรึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุมและรอบคอบ จึงทำให้ในการเข้ารับการปรึกษาแต่ละครั้งผู้รับการปรึกษาจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่

2. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาจัดขึ้น เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 4-8 คน ซึ่งเป็นผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกันหรือมีความต้องการเหมือนกันมารวมกลุ่มกัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะและบุคลิกภาพที่เหมาะสมในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในกลุ่มมีความอบอุ่นเป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัยจนทำให้สมาชิกรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง (จูไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547) โดยที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นที่มีความรู้สึกขัดแย้งหรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่ตนเองคนเดียวที่มีปัญหา (วัชร ทรัพย์มี, 2550) และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดประโยชน์เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก พฤติกรรมเกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพมากขึ้น รวมทั้งประยุกต์สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน (Corey, 1995)

จากประเภทของการให้การปรึกษาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกการให้การปรึกษารายบุคคลเนื่องจากการยอมรับของญาติผู้ป่วยมะเร็งแต่ละราย มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ ลักษณะการดูแล ความรู้ที่ได้รับ การรับรู้และประสบการณ์ในอดีต อีกทั้งผู้ดูแลแต่ละรายยังมีเวลาและกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละวันที่แตกต่างกัน

### **ความหมายของการให้การปรึกษารายบุคคล**

Backham (1977, p. 7 อ้างถึงใน ฤชุตตา โมเหล็ก, 2557) กล่าวว่าไว้ว่า การให้การปรึกษารายบุคคลเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะตัวที่ให้โอกาสในการเรียนรู้ รู้สึกคิด มีประสบการณ์ และการเปลี่ยนแปลงไปในวิถีทางที่น่าพอใจ

เจียรนัย ทรงชัยกุล และคณะ (2542, หน้า 244) กล่าวว่า การให้การปรึกษารายบุคคล คือ กระบวนการที่ผู้ให้บริการปรึกษาที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการให้บริการปรึกษาได้อย่างเหมาะสม ให้บริการปรึกษาแก่ผู้มารับบริการเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้มารับบริการเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และพัฒนาตนด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

มัลลวีร์ อุดุลพัฒนศิริ (2552) กล่าวว่า กระบวนการที่ช่วยให้มีการสำรวจและหาข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและสถานการณ์ที่เป็นความต้องการของแต่ละบุคคล โดยผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ที่มารับการปรึกษาเข้าใจตนเองและโลกอย่างถูกต้องชัดเจนจากการที่ผู้ให้และผู้รับการปรึกษาสารวจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาสารวจสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นตลอดจนหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกให้ดีที่สุดเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา

จากเอกสารข้างต้นสรุปได้ว่า การให้การปรึกษารายบุคคล หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลเพียงบุคคลเดียวในแต่ละครั้ง อย่างมีเป้าหมายระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยสร้างบรรยากาศ สร้างความสัมพันธ์ การสื่อสารสร้างความเข้าใจ และการชักจูงให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเอง ด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกอบอุ่นใจว่าได้รับการยอมรับและเกิดความรู้สึกไว้วางใจพร้อมที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือปัญหาของตนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองสามารถสำรวจหาสาเหตุของปัญหา รวมทั้งตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

### **จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษารายบุคคล**

เจียรนัย ทรงชัยกุล และคณะ (2542, หน้า 270) กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษารายบุคคลเป็น 2 ลักษณะ คือ

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้การปรึกษารายบุคคล คือ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษารู้จักตนเองอย่างถูกต้อง ยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง สามารถแก้ปัญหา และพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้การปรึกษารายบุคคลขึ้นอยู่กับปัญหา และความต้องการ ได้รับความช่วยเหลือของผู้มารับบริการแต่ละราย โดยทั่วไปวัตถุประสงค์เฉพาะของการให้การปรึกษารายบุคคลมักจะครอบคลุมการช่วยให้ผู้รับบริการมีความสามารถ หรือมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ตัดสินใจได้ถูกต้อง และการช่วยให้รับบริการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

Arbuckle (1970, p. 195 อ้างถึงใน จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก, 2547, หน้า 9) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. ช่วยแก้ไขปัญหของผู้มารับการปรึกษา
  2. ช่วยให้เกิดความสุขความพอใจ
  3. ส่งเสริมมีความสุขความพอใจกับผู้มารับการปรึกษา
  4. ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกที่จะคำนึงถึงแต่เพียง “ความถูกต้อง” เท่านั้น
- ข้อดีของการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล**

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529, หน้า 411 อ้างถึงใน สุดารัตน์ รักษาเคน, 2550, หน้า 10) กล่าวถึง ข้อดีของการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล ไว้ดังนี้

1. ผู้มารับการปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขา จากผู้ให้การปรึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุมและรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้มารับการปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้การปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้มารับการปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้การปรึกษาซึ่งจะช่วยให้เกิดการวินิจฉัยปัญหา และหาทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้มารับการปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้การปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้การปรึกษา
5. ผู้มารับการปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้การปรึกษาเพียงผู้เดียวในระหว่างการให้การปรึกษา

#### **ความหมายการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง**

การให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงถูกสร้างขึ้น โดยกลาสเซอร์ (Glasser) จิตแพทย์ที่มีแนวคิดที่จะให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ความรับผิดชอบของตนมาพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองซึ่งปัจจุบันทฤษฎีเผชิญความจริงได้ถูกนำมาพัฒนาผู้รับการปรึกษาในแวดวงต่าง ๆ



ทั้งในการให้การปรึกษานักเรียนนักศึกษาผู้มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้เสพยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ผู้ที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงทฤษฎีนี้ไว้ ดังนี้

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2542, หน้า 153) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงอยู่บนรากฐานของเหตุผลที่ว่า มนุษย์มีความต้องการด้านจิตใจเพียงอย่างเดียวตั้งแต่เกิดจนตาย และไม่ว่าจะเป็นชนชาติใดก็ตามจะมีความต้องการเหมือนกัน ความต้องการดังกล่าวแล้วคือ ความต้องการมีเอกลักษณ์ (Need for and identity) ซึ่งเป็นความต้องการของบุคคลที่จะได้รับรู้ว่าตัวเรานั้นมีความต้องการแตกต่างจากบุคคลอื่น ๆ และแยกออกจากบุคคลอื่น

วัชร ทรัพย์มี (2551, หน้า 274) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงก่อตั้งขึ้นโดยวิลเลียมกลาสเซอร์ (William Glasser) เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการใช้เหตุผลวิเคราะห์การกระทำของตนและมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งใช้ได้ทั้งด้านการวางแผน โครงการในอนาคต การแก้ปัญหาและการป้องกันปัญหา จึงเป็นที่นิยมนำไปใช้ในโรงเรียนหรือสถาบันสังคมที่มุ่งป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีจุดหมายที่จะสนับสนุนให้บุคคลรู้จักตนเองพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงรู้จักประเมินสิ่งถูกผิดและรับผิดชอบที่จะสนองความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่นเป็นทฤษฎีที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อน มีหลักการที่พิจารณาว่าสาเหตุแห่งทุกข์ของคนอยู่ในระดับความรู้สึกแต่วิธีช่วยให้คลายทุกข์จำเป็นต้องช่วยให้เปลี่ยนพฤติกรรมเสียก่อนแล้วความรู้สึกที่ดีจึงจะตามมา

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา (2557, หน้า 150) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาแบบจิตบำบัดที่เน้นความจริง เป็นการให้บริการปรึกษาโดยเน้นที่พฤติกรรมปัจจุบัน ผู้ให้บริการปรึกษาอาจทำหน้าที่เป็นครูหรือเป็นแบบแผน โดยพยายามหาทางช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษากลับเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตและหาวิธีการที่ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ประสบความสำเร็จความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิตโดยไม่ใช้วิธีการก้าวร้าวต่อตนเองและไม่ทำให้อื่นเดือดร้อน หัวใจสำคัญของทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบจิตบำบัดที่เน้นความจริงก็คือ การพยายามให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นบุคคลมีพฤติกรรมที่รับผิดชอบ (Responsible person) ซึ่งในความหมายโดยทั่วไปนั้นหมายถึง การเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี (Mental health) และได้อธิบายถึงกฎและขบวนการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้คนเราสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตวิธีการของทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบจิตบำบัดที่เน้นความจริงสามารถประยุกต์ใช้ได้โดยทั่วไปกับกระบวนการของจิตบำบัด (Psychotherapy) การให้การปรึกษา (Counseling) การเรียนการสอน การทำงานกลุ่ม การให้บริการปรึกษาแก่คู่สมรสและองค์การบริหารต่าง ๆ เพราะทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบจิตบำบัดที่เน้นความจริงเป็นรูปแบบหนึ่งของการปรับพฤติกรรมของมนุษย์ (Behavior modification) ในองค์การ

ดังนั้น สรุปได้ว่า การให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นการให้การปรึกษาโดยเน้นการช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งใช้เหตุผลวิเคราะห์การกระทำของตนและมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปัจจุบัน โดยผู้ให้การปรึกษานำที่พยายามหาทางช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งยอมรับในพฤติกรรมและการกระทำของตนเองและสามี เพื่อให้ภรรยาคล้าเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตและหาวิธีการที่ช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ประสบความสำเร็จตามความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิต โดยไม่ใช้วิธีที่ก้าวร้าวต่อตนเองและไม่ทำให้อีกฝ่ายอื่นเดือดร้อน หัวใจสำคัญของทฤษฎีเผชิญความจริง คือ พยายามให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อให้ได้เชื่อว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมที่รับผิดชอบ เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้การปรึกษาที่ช่วยปรับพฤติกรรมของมนุษย์

### ความเป็นมาของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

วิลเลียม กลาสเซอร์ จิตแพทย์ชาวอเมริกันเป็นผู้ริเริ่มวิธีการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเผชิญความจริง (Reality approach to counseling) กลาสเซอร์ เกิดเมื่อ ค.ศ. 1925 ในสหรัฐอเมริกาจบปริญญาตรีทางวิศวกรรมเคมีและได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต เขามีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกาซึ่งขณะนั้นนิยมใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์ในการบำบัดรักษาคนไข้กลาสเซอร์พิจารณาว่าประสิทธิภาพของวิธีการแบบดั้งเดิมที่นิยมใช้รักษาคคนไข้ นั้นยังไม่มีประสิทธิภาพพอจึงเริ่มคิดหาทางพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาแบบใหม่ขึ้น

ในปี ค.ศ. 1957 กลาสเซอร์ ได้รับตำแหน่งหัวหน้าจิตแพทย์ประจำสถาบันยูอาชญากรในรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้พัฒนาวิธีการช่วยเหลือยูอาชญากรเหล่านั้น ด้วยวิธีการของเขาเองโดยเน้นการฝึกให้เด็กมีความรับผิดชอบ ให้เด็กวางโครงการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสัญญาว่าจะดำเนินการตามโครงการนั้น เขาจะไม่ยอมรับข้อแก้ตัวใด ๆ ทั้งสิ้นของเด็ก ถ้าเด็กไม่ปฏิบัติตามสัญญาแต่พยายามหลีกเลี่ยงการลงโทษ ผลปรากฏว่าวิธีนี้ได้ผลดี อัตราความไม่เซ็ดหลายของเด็กลดลงถึงร้อยละ 20 โครงการของกลาสเซอร์ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดี เขาได้ไปช่วยวางโครงการบำบัดแบบเผชิญความจริงให้แก่โรงพยาบาล จิตเวชที่เขาเคยทำงานอยู่ซึ่งได้ผลดีและอัตราการหวนกลับโรงพยาบาลอีกของคนไข้ลดลงมาก

ใน ค.ศ. 1960 กลาสเซอร์ ได้พิมพ์ตำราเล่มแรกออกเผยแพร่ คือตำรา เรื่อง “Mental health or mental illness” และใน ค.ศ. 1965 เขาได้พิมพ์ตำราอีกเล่ม คือ “Reality therapy: A new approach to psychiatry” และในปีเดียวกันนี้กลาสเซอร์ได้จัดตั้งสถาบันการบำบัดแบบเผชิญความจริงขึ้น เพื่อฝึกหัดการใช้วิธีที่เขาคิดค้นนี้สถาบันต่าง ๆ ให้ความสนใจกับวิธีการนี้และได้เชิญเขาเป็นที่ปรึกษากลาสเซอร์ได้ปรับปรุงวิธีให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถาบันการศึกษาเขาได้เน้นว่าในวัยเด็กอาจเกิดระยะวิกฤตขึ้นได้ครั้งแรกเกิดในช่วงที่เด็กอายุ 2 ขวบ ถึง 5 ขวบ เป็นช่วงที่

เด็กเริ่มใช้คำพูดจะเรียนรู้ทางสังคมจะแสดงความอยากรู้อยากเห็นและความคิดเด็กต้องการความรักและความสนใจจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงเด็ก ๆ ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเองที่จะเผชิญปัญหาไม่ควรปกป้องเด็กจากความเป็นจริงในชีวิตระยะช่วง 6 ปี ถึง 10 ปีเป็นวัยที่เด็กเริ่มเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากขึ้นเด็กเริ่มเข้าโรงเรียนได้รับการศึกษาได้เรียนรู้ทักษะได้รับสถานะและความสำเร็จส่วนตัวที่โชคร้ายจะได้รับความล้มเหลว

การให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริงเปรียบเสมือนเป็นก้าวใหม่ของการผสมผสานแนวคิดของเอลลิส (Ellis) ในเรื่องของบริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมและแนวคิดของโรเจอร์ส (Rogers) ในเรื่องของการให้บริการปรึกษาเป็นศูนย์กลางได้เป็นอย่างดี น่าสนใจและมีชีวิตชีวานอกจากตำราดังกล่าวแล้ว กลาสเซอร์ยังได้แต่งตำราขึ้นอีก 2 เล่ม คือ “The identity society” และ (Positive addition) กลาสเซอร์และเพื่อนร่วมงานของเขาได้จัดทำวารสารชื่อ “Journal of reality therapy” ขึ้นในปี ค.ศ. 1981 คำพูดที่ว่า “จงรับผิดชอบและควบคุมชีวิตของท่านและเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำของท่าน” คำพูดนี้เป็นตัวแทนของการให้บริการแบบเผชิญความจริง

#### แนวคิดของทฤษฎีเผชิญความจริง

แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีเผชิญความจริงนั้น Glasser มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ว่าชีวิตของคนเรามีความต้องการทางจิตใจที่สำคัญอยู่ประการหนึ่งคือความต้องการที่จะแสวงหาเอกลักษณ์ (Identity) ของตนเองให้สำเร็จความต้องการดังกล่าวจะเป็นกลไกให้พฤติกรรมต่าง ๆ แสดงออกมาซึ่งการสนองตอบความต้องการของคนเราสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2557, หน้า 150)

1. ความต้องการที่จะรักและได้รับความรัก (Need to love and to be loved)
2. ความต้องการที่จะเป็นผู้มีคุณค่าทั้งต่อตัวเราเองและผู้อื่น (สังคม) (Need to feel worth while to ourselves and other)

เมื่อมนุษย์กระทำในวิถีทางซึ่งช่วยให้เขาได้รับความรักและความรู้สึกว่าเขาเองมีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่นพฤติกรรมของเขาก็จัดว่าเหมาะสมและชอบธรรมชาติความต้องการทางจิตวิทยาที่เป็นพื้นฐานนี้ปัจจุบันได้รวมเป็นหนึ่งและเรียกว่าเอกลักษณ์ (Identity) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีความเห็นว่าเอกลักษณ์เป็นสิ่งเดียวที่เป็นความต้องการเบื้องต้นของมนุษย์ทั้งหมด ซึ่งหมายความว่ามนุษย์มักจะมองตนเองว่ามีความแตกต่างจากผู้อื่น จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาโดยยึดถือทฤษฎีการเผชิญความจริง คือ การสอนให้ผู้มารับการปรึกษาสามารถผ่านความยุ่งยากของตนและช่วยให้ผู้มาขอรับสามารถที่จะรู้วิธีการค้นพบความต้องการของตนโดยใช้วิธี 3 ประการซึ่งได้แก่ 1) หลักความจริง (Reality) 2) หลักความรับผิดชอบ (Responsibility) และ 3) หลักความถูกต้อง (Right or wrong) (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2544, หน้า 127)

## การพิจารณามนุษย์และหลักการของการให้การศึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

ทฤษฎีการให้การศึกษาเผชิญความจริง มีการพิจารณามนุษย์และมีหลักการ ดังนี้

1. พฤติกรรมของมนุษย์มีเป้าหมาย คือ การสนองความต้องการและควบคุมวิถีชีวิตของตนความต้องการหลักของมนุษย์ คือความต้องการเป็นส่วนหนึ่ง ความต้องการอำนาจ ความต้องการเป็นอิสระ ความต้องการความสนุกสนาน ความต้องการความอยู่รอด สมองของมนุษย์ทำหน้าที่เป็นระบบควบคุม เพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการเมื่อเราไม่ได้สิ่งที่ต้องการ เราจะรู้สึกเจ็บปวดเมื่อเราสามารถสนองความต้องการได้ เราจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกในทางที่ดีกับตนเอง (วัชร ทรัพย์มี, 2556, หน้า 207)

2. การควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ มีพื้นฐานมาจากการที่มนุษย์สร้างโลกส่วนตัวสามารถควบคุมชีวิตของตนได้และสามารถป้องกันปัญหาของตนได้ ทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริงเน้นการกระทำในปัจจุบันและความคิดในปัจจุบันมากกว่าประสบการณ์ที่ผ่านไปแล้ว หรือการจูงใจโดยไม่รู้ตัว มนุษย์สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองได้ด้วยการประเมินตนเองตามที่เป็นจริงอะไรที่ดีแล้วก็เก็บไว้เป็นความภูมิใจอะไรที่ยังไม่ดีก็วางแผนเปลี่ยนแปลงและมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงนั้น

3. มนุษย์มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาและใช้วิจารณญาณเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ มนุษย์แต่ละคนมีความสามารถที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองมากกว่าขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรือสภาพการณ์ต่าง ๆ มนุษย์มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จมีความรับผิดชอบต่อนวัตกรรมของตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น

4. มนุษย์รู้สึกว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้หรือความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จ และสร้างกำลังใจให้บุคคลกล้าผู้ปัญหาการที่จะทำตนให้มีค่าขึ้นอยู่กับการกระทำของบุคคลนั่นเอง ว่าทำสิ่งต่างได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด

5. การได้รับความรักและโอกาสให้ความรักแก่ผู้อื่น เป็นความต้องการของมนุษย์บุคคลที่รักผู้อื่นจะได้รับความรักจากผู้อื่นจะรู้สึกว่าตนมีค่า กลาสเซอร์พิจารณาความรักจากการกระทำของบุคคลมากกว่าความรู้สึกของบุคคลความเหว่เหว้เป็นผลมาจากการประสบความสำเร็จล้มเหลวในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นการจัดความเหว่เหว้ทำได้โดยการที่บุคคลนั้นมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยความเป็นจริงใจซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ลดความคับข้องใจ

6. ปัญหาในการปรับตัวหลายประการเกิดจากการไร้ความสามารถในการตอบสนองความต้องการอาการจากการปรับตัวจะไม่ได้หายไปเมื่อบุคคลสามารถสนองความต้องการของตนเองได้ บุคคลที่ไม่สามารถสนองความต้องการมีแนวโน้มที่จะบิดเบือนสภาพความเป็นจริง

เขาจะตำหนิผู้อื่นและลืมนว่าเขามีความรับผิดชอบที่จะแก้ไขปัญหาโดยพิจารณาจากสภาพความเป็นจริง

7. แม้ว่าอารมณ์จะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่พ้นแต่เหตุผลเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลมีประสิทธิภาพและทำให้บุคคลประสบความสำเร็จการปล่อยให้อารมณ์ครอบงำจะนำไปสู่ความล้มเหลว อารมณ์ส่งผลถึงพฤติกรรมดังนั้นการจะปรับปรุงพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

8. คนที่มีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ (Success identity) คือ คนที่ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดความรู้สึกดี มีความไว้วางใจ รู้สึกว่าตนมีความสำคัญต่อผู้อื่น ตนมีค่า ตนมีความเข้มแข็งมีความคิดที่มีเหตุผลและแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อสุขภาพอันดี เช่น รับประทานอาหารและออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ดีเป็นบุคคลที่รู้สึกอิสระ รู้สึกรักผู้อื่น และรู้สึกว่าผู้อื่นรักตน มีความรู้สึกว่าคุณค่า

9. คนที่มีเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว (Failure identity) คือ บุคคลที่ยอมแพ้ต่อความรับผิดชอบที่จะมีพฤติกรรมตามที่คาดหวัง เนื่องจากความล้มเหลวทั้งหลายทำให้เขาเกิดความหงุดหงิด รู้สึกอ้างว้าง มีความรู้สึกตำหนิตนเอง ไม่มีเหตุผล ไม่มีความสุข ไม่มีควมรับผิดชอบ ไม่ยึดหยุ่น ปฏิเสธความเป็นจริง

10. ความอบอุ่นและบรรยากาศที่ยอมรับผู้รับบริการเป็นหลักการที่สำคัญของทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง

11. การให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเน้นการพูดคุยเหตุผลกับผู้ที่มาใช้บริการผู้ให้บริการปรึกษาจะสนทนากับผู้รับบริการเกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้มารับบริการตระหนักในพฤติกรรมของตนเอง สามารถพิจารณาสิ่งถูกสิ่งผิด สิ่งที่ควรทำหรือพึงละเว้น ตลอดจนสามารถวางโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากการสนทนากันถึงเรื่องราวผู้รับบริการแล้ว ยังมีการอภิปรายกันในประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจรอบตัว ซึ่งก่อให้เกิดความคิดแตกฉาน มีทักษะในการคิด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา และวางโครงการของผู้รับบริการต่อไป

12. มนุษย์เลือกพฤติกรรมของเราเอง ดังนั้น ต้องรับผิดชอบต่อการเลือกนั้นคนที่รับผิดชอบคือ คนที่รู้ว่าต้องทำอะไรในชีวิตและวางแผนเพื่อให้ได้สิ่งนั้น กลาสเซอร์ให้คำจำกัดความว่า “ความรับผิดชอบ” (Responsibility) คือ การที่บุคคลสามารถสนองความต้องการของตน ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่นบุคคลต้องมีความรับผิดชอบในการสนองความต้องการของตน โดยไม่มีข้อแก้ตัวถึงอุปสรรคในอดีต ปัจจุบัน หรืออุปสรรคที่เกิดจากบุคคลอื่นเป็นผู้กระทำ กลาสเซอร์กล่าวว่าบุคคลไม่มีความรับผิดชอบ ก็จะไม่เกิด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เราต้องสอนเด็กให้มีความรับผิดชอบที่จะช่วยตนเองเสียตั้งแต่เล็ก ๆ ความรับผิดชอบที่จะตอบสนองความต้องการเกิดจากการเรียนรู้และได้รับการสั่งสอนคนที่ไม่สามารถที่จะรับผิดชอบได้คือคนที่มีความบกพร่องทางจิต ทางประสาท หรือมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ความรับผิดชอบนี้ยิ่งเกิดขึ้นเร็วเท่าใดจะทำให้เป็นคนที่มีคุณภาพ (วัชร ทรัพย์มี, 2556, หน้า 210)

13. การเผชิญสภาพความเป็นจริง (Reality) คือ การที่บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ถ้าเขาเผชิญสภาพความจริงพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นจริงและตระหนักถึงความจริงว่าเขามีหน้าที่ต้องหาทางสนองความต้องการของเขาเอง โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่น แม้ว่าหนทางที่จะสนองความต้องการนั้นมีอุปสรรคขวางอยู่ก็ตาม (วัชร ทรัพย์มี, 2556, หน้า 210)

14. การประเมินความถูกต้องของพฤติกรรม (Right and wrong) บุคคลจะต้องรู้จักพิจารณาสิ่งถูก สิ่งผิดการประเมินพฤติกรรมจะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่ถูกต้องแม้ว่ากลาสเซอร์จะไม่ได้ตั้งเกณฑ์ขึ้นมาว่าอะไรถูก อะไรผิด อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำก็ตาม แต่เขาเชื่อว่าผู้ให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริงควรสนับสนุนหลักการของศีลธรรมจรรยาที่ยอมรับกันทั่วไป เช่น การคดโกงเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ความซื่อสัตย์เป็นสิ่ง ที่ถูกต้อง และในเวลาเดียวกันผู้ให้บริการปรึกษาก็ควรทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ เช่น สนใจ ห่วงใยทุกข์สุขของผู้อื่น ซื่อสัตย์ มีความมุ่งมั่นในการกระทำตามที่ได้วางโครงการไว้แล้ว แต่ถึงกระนั้นก็ตาม กลาสเซอร์ระมัดระวังที่จะไม่นำค่านิยมของตนไปมอบให้ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการไม่มีโอกาสได้กลั่นกรอง เขาให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ให้การปรึกษาอาจอภิปรายกับผู้รับบริการถึงการเลือกค่านิยมและชี้ให้ผู้รับบริการพิจารณาผลที่ตามมาจากการเลือกค่านิยมนั้น

15. ผู้ให้บริการปรึกษาควรนำวิธีการของทฤษฎีผู้ให้บริการแบบเผชิญความจริงไปปฏิบัติ อย่างยืดหยุ่นโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพของผู้รับบริการแต่ละราย

#### **จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง**

ทฤษฎีผู้ให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีจุดมุ่งหมาย ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2556, หน้า 213)

1. ช่วยให้ผู้คลรับผิดชอบที่จะแก้ปัญหาและมีทักษะในการคิดแก้ปัญหาโดยพิจารณาความเป็นจริง
2. ป้องกันไม่ให้บุคคลปล่อยชีวิตล่องลอยโดยสนับสนุนให้วางโครงการในอนาคตและมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามโครงการที่วางไว้
3. ส่งเสริมให้ผู้คลมีวุฒิภาวะ คือเป็นตัวของตัวเองและสามารถช่วยตนเองได้
4. ช่วยให้ผู้คลรู้จักตนเองว่าตนเป็นใครเขาต้องการอะไรในชีวิต

5. ช่วยให้ผู้คลั่งคนพบวิธีการที่จะสนองความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่น

6. ให้บุคคลตระหนักในคุณค่าของตน โดยแนะแนวทางให้รู้จักวิธีสร้างสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น ให้ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความผูกพันทางสังคม

7. ช่วยให้ผู้คลั่งรู้จักประเมินค่านิยมรู้จักพิจารณาว่า อะไรถูก อะไรผิด สิ่งใดควรกระทำ หรือพึงละเว้น

#### ลักษณะของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2550, หน้า 251) กล่าวถึง ลักษณะของการให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงมีลักษณะสำคัญ 8 ประการ ได้แก่

1. ไม่ใช้วิธีการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต (Mental illness) ของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Behavior disorder) การให้การปรึกษาถือว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ขาดความรับผิดชอบ (Irresponsibility) และถือว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี (Mental health) เป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ

2. เน้นพฤติกรรมที่แสดงออกในปัจจุบันมากกว่าจะเน้นที่ความรู้สึกหรือทัศนคติ การให้การปรึกษาเน้นให้บุคคลได้รู้ตัวเองในขณะที่แสดงพฤติกรรมในขณะนั้น โดยเชื่อว่าทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนไป

3. เน้นที่ปัญหาปัจจุบันไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีตเพราะอดีตบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้สิ่งที่เปลี่ยนได้คือ ปัจจุบันและอนาคต เมื่อมีการพูดถึงอดีตในขณะให้การปรึกษาก็จะมีการเชื่อมโยงกับพฤติกรรมปัจจุบันเสมอกลาสเซอร์ (Glasser) เห็นว่าเป็นการเสียเวลาที่จะพูดถึงความผิดพลาดในอดีตของผู้รับการปรึกษากลาสเซอร์ (Glasser) แนะนำว่าผู้ให้การปรึกษาควรมองถึงศักยภาพของผู้รับการปรึกษา

4. เน้นการตัดสินใจด้วยค่านิยม (Value judgment) เป็นการเน้นความสำคัญถึงบทบาทของผู้รับการปรึกษา โดยการตัดสินใจในคุณค่าของพฤติกรรมทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าอะไรคือความล้มเหลวของชีวิตพฤติกรรมที่แสดงออกมาทำให้เกิดความสุขหรือความทุกข์ให้พิจารณาพฤติกรรมถ้าผู้รับการปรึกษาตระหนักได้ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นการทำลายตัวเองก็จะเกิดความรับผิดชอบและจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี

5. ไม่เน้นเทคนิคการถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) การให้การปรึกษาจะเน้นแนวทางที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษาโดยการเป็นตัวของตัวเองไม่แสดงบทบาทเป็นบิดาหรือมารดาของผู้รับการปรึกษากลาสเซอร์ (Glasser) แนะนำว่าผู้รับบริการไม่ต้องการมองความล้มเหลวในอดีต

แต่จะแสวงหาความพอใจในความเป็นมนุษย์กับบุคคลที่เขาเคยมีในอดีตผู้ให้การปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือได้แต่ต้องมีสัมพันธภาพที่อบอุ่นและมีความจริงใจ

6. เน้นที่จิตสำนึก (Conscious) แต่ไม่สนใจจิตไร้สำนึก (Unconscious) กลาสเซอร์ (Glasser) เห็นว่าหากผู้ให้การปรึกษาสนใจจิตสำนึกผู้รับการปรึกษาจะยกขึ้นมาแก้ตัวในเวลาที่เกิดพฤติกรรมที่ไม่รับผิดชอบออกมาการให้การปรึกษาเน้นว่าจิตไร้สำนึกเป็นศูนย์กลางที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่ไม่รับผิดชอบและใช้คำว่าขอภัยหรือขอโทษเพื่อหลีกเลี่ยงสภาพความเป็นจริง

7. ไม่ใช้วิธีการลงโทษ (No punishment) Glasser กล่าวว่า การลงโทษเป็นวิธีการที่นำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไร้ประสิทธิภาพ ยิ่งกลับทำให้เพิ่มความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตเกิดผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาควรปล่อยให้ผู้รับการปรึกษาได้ประสบกับผลที่ตามมาจากการกระทำของตัวเองดีกว่า

8. มุ่งถึงความรับผิดชอบ (Responsibility) กลาสเซอร์ (Glasser) เห็นว่าความรับผิดชอบในการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตเราทุกคนต้องการที่จะรักหรือเป็นที่รักและต้องการให้ตัวเองเป็นผู้ที่มีคุณค่าทั้งต่อตัวเองและผู้อื่นกลาสเซอร์ (Glasser) แนะนำว่าเราต้องเรียนรู้ที่จะแก้ไขให้ถูกต้องเมื่อเวลาที่เราทำผิดและมีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้องหน้าที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษาคือเป็นครูผู้แนะแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความรับผิดชอบและตรงกับความ เป็นจริงเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพบกับสิ่งที่เขาต้องการในชีวิตและเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อไป

#### กระบวนการของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

วัชร ทรัพย์มี (2551, หน้า 252) ได้อธิบายกระบวนการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงว่าประกอบด้วยขั้นตอนการให้บริการปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง ดังนี้

1. ขั้นตอนสร้างสัมพันธภาพหรือเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทั้งในความคิดและอารมณ์ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการจนผู้รับบริการตระหนักว่าผู้ให้บริการปรึกษายอมรับเข้าใจและสนใจให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2. ขั้นตอนช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความต้องการของตนหลังจากที่ผู้ให้การปรึกษาได้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการแล้วผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความต้องการของเขาว่าจะทำอะไรคือ สิ่งที่เขาอยากทำ



3. ขั้นตอนการช่วยให้ผู้รับบริการอธิบายวิถีชีวิตของเขาในแต่ละวัน ผู้ให้การปรึกษานั้น สภาวะปัจจุบันว่ามีเหตุการณ์หรือการกระทำในปัจจุบันอะไรบ้างในชีวิตของผู้รับบริการ ผู้ ให้บริการแบบเผชิญความจริงไม่เชื่อว่าวิเคราะห์ข้อดีจะช่วยแก้ปัญหาได้แต่ยังคงทำให้ผู้รับบริการ หาข้อแก้ตัวให้กับปัญหาในปัจจุบันของตน

4. ขั้นตอนการช่วยผู้รับบริการได้ประเมินพฤติกรรมของตนเองผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะร่วมกันอภิปรายร่วมกันว่าพฤติกรรมใดถูกต้องพฤติกรรมใดผิด ควรทำหรือไม่ควรทำอย่างไร การใคร่ครวญหรือการประเมินพฤติกรรมของตนจะเป็นการนำผู้รับบริการเข้าสู่สภาพความเป็นจริง ได้พิจารณาสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นไม่ใช่เพื่อฝืนหรือถ่วงลอย

5. การช่วยให้ผู้รับบริการ ได้วางโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมของตน ขั้นนี้จะกินเวลามาก จะเริ่มเมื่อผู้รับบริการ ได้มีการพิจารณาอย่างมีเหตุผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเขาแล้วมี การวางโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น การวางโครงการควรเป็นโครงการที่เฉพาะเจาะจงไม่ใช่ วางไว้กว้างเกินไปมีขั้นตอนและอยู่ในลักษณะที่มีแนวโน้มจะทำให้จริง

6. ขอข้อผูกพันหรือคำมั่นสัญญาว่าผู้รับบริการจะปฏิบัติตามโครงการที่วางไว้หลังจาก มีการวางโครงการไว้ไม่ได้หมายความว่า ผู้รับบริการจะปฏิบัติตามนั้นเสมอไป ดังนั้นผู้ให้บริการ จึงควรขอข้อผูกพันหรือคำมั่นสัญญาว่าผู้รับบริการจะปฏิบัติตามโครงการที่วางไว้

7. ผู้รับบริการไม่ปฏิบัติตามสัญญาผู้ให้บริการไม่รับฟังข้อแก้ตัวใด ๆ ทั้งสิ้นผู้ให้บริการ ปรึกษาจะใช้คำถาม “หนูคิดว่าโครงการที่วางไว้นั้นยังมีประโยชน์หรือไม่และจะเริ่มลงมือ ดำเนินการตามโครงการอีกเมื่อใด” แทนที่จะตั้งคำถามว่า “ทำไมหนูจึงไม่ทำ” ถ้าโครงการล้มเหลว ก็จะช่วยกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุแห่งความล้มเหลวและวางโครงการมาใหม่

8. ไม่มีการลงโทษถ้าผู้รับบริการไม่ดำเนินการตามโครงการการลงโทษนอกจากไม่ได้ให้ ผลดีแล้วยังก่อให้เกิดผลเสียด้านอารมณ์แก่ผู้รับบริการด้วย

### **สรุปขั้นตอนของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง**

ขั้นตอนของการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงมี 4 ขั้นตอน คือการใช้ระบบ ดับเบิลยู ดี อี พี (W D E P System) สามารถช่วยให้ผู้รับบริการมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นเป็นบุคคลที่กล้าเผชิญ ความจริงและประพฤติดนได้อย่างเหมาะสม

โดยกำหนดกระบวนการเป็นลำดับขั้นตอนและใช้ชื่อว่า วิธี WDEP (The WDEP system) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Wubbolding, 1996 อ้างถึงใน อัจฉนนท์ ทินกระ โทก, 2547) W = Explore the client's wants and perceptions คือ การสำรวจความต้องการและการรับรู้ของผู้รับบริการปรึกษาหาสิ่งที่เขาต้องการที่มีพลังเพราะความต้องการที่แท้จริง คือ สิ่งสำคัญของความสำเร็จ ผู้รับบริการปรึกษา จะต้องประเมินความยากง่ายของการได้มาในสิ่งที่เขาปรารถนา รวมทั้งอุปสรรค

ที่จะทำให้เขาไม่สมหวัง นอกจากนี้ผู้ให้การศึกษา ควรช่วยผู้รับการปรึกษาสำรวจความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งทุกคนมีอยู่แล้ว แต่คนส่วนใหญ่มักยอมให้อำนาจจากสิ่งภายนอกเหนือกว่า และอ้างเหตุจากภายนอกเมื่อไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ให้การศึกษาต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เปลี่ยนทัศนคติว่าอุปสรรคที่ขัดขวางความต้องการ ไม่ได้เกิดจากสิ่งที่มีอยู่ภายนอก เช่น

1. งานทำให้เครียด
2. จราจรทำให้ก้าวร้าว
3. อากาศแบบนี้ทำให้รู้สึกแย่

D = Explore doing; actions, thinking and feelings คือ การสำรวจการกระทำความคิด และความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การศึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจความรู้สึกและความคิด โดยให้บอกเป็นพฤติกรรม (การกระทำ) ผู้รับการปรึกษาอธิบายว่าเขาดำเนินชีวิตอย่างไร (เกิดอะไรบ้าง) เป็นฉาก ๆ ตอน ๆ ไป (เน้นที่การกระทำ) ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปิดเผยตัวเองโดยเจ็บปวดน้อยที่สุด เหตุผลที่ย้ำการกระทำเป็นพฤติกรรม โดยรวม ก็เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถควบคุมตนเองได้ในเบื้องต้น

E = Help clients self-evaluate คือ การช่วยผู้รับการปรึกษาประเมินตนเองซึ่งเป็นหัวใจของการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริงด้วยวิธี WDEP โดยผู้ให้การศึกษาจะต้องใช้คำถามเพื่อประเมินที่เฉพาะเจาะจง เช่น

1. การกระทำของคุณแบบนั้นเป็นการช่วยหรือทำร้ายตัวคุณเอง
2. การที่คุณทำอย่างนั้น ทำให้คุณได้รับสิ่งที่ปรารถนาแน่หรือ
3. การที่คุณทำอย่างนั้นช่วยให้คุณได้รับประโยชน์สูงสุดหรือยัง
4. การที่คุณทำอย่างนั้น ช่วยครอบครัวของคุณอย่างไร
5. การดำเนินชีวิตแบบนั้นเป็นสิ่งที่คุณต้องการหรือไม่
6. สิ่งที่คุณต้องการเป็นจริงได้แค่ไหนหากคุณยังคงปฏิบัติแบบเดิม

การประเมินตนเองของผู้รับการปรึกษาจะช่วยให้เขาเข้าใจว่าพฤติกรรมใดเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการบรรลุความต้องการ และเมื่อรับรู้แล้วก็จะทำให้เขายอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น เพราะเขาเกิดการตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่สามารถนำเขาไปสู่เป้าหมายได้

P = Help clients make plans คือ การช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้หลัก SAMIC ดังรายละเอียดต่อไปนี้

S (Simple) คือ ปฏิบัติได้ง่าย

A (Attainable) คือ สามารถบรรลุผลได้ตรง

M (Measurable) คือ สามารถวัดได้

I (Immediate) คือ ทำได้ทันที

C (Controlled) คือ ควบคุมได้โดยผู้วางแผน

Wubbolding (1996 อ้างถึงใน ช่อพกา จันประดับ, 2554) ได้ประยุกต์กระบวนการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหาความต้องการ (Wants) ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ค้นหาแรงจูงใจ ความต้องการที่ผู้รับการปรึกษาต้องการด้วยตนเอง ค้นหาภาพจินตนาการ การทำความเข้าใจในจินตนาการของตนเอง

2. บอกทิศทางพฤติกรรม (Direction) ขั้นตอนนี้ให้ผู้รับการปรึกษาบอกพฤติกรรมที่ตนเองใช้เพื่อไปถึงภาพในจินตนาการผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษา อธิบายถึงพฤติกรรมทั้งหมดที่ตนเองทำการกระทำความคิดความรู้สึกและสรีระผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมที่ตนเองทำ

3. การประเมิน (Evaluation) ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตัดสินพฤติกรรมที่เขาทำประเมินพฤติกรรมด้วยตนเองผู้รับการปรึกษาประเมินประสิทธิภาพของพฤติกรรมในขณะนั้น

4. การวางแผน (Plans) ขั้นตอนนี้ ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาวางแผนแนวทางปฏิบัติ เพื่อบรรลุความต้องการของตนเองซึ่งผู้รับการปรึกษาต้องให้สัญญาว่าต้องปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

### เทคนิคการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

1. เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (Building relationship technique) ในการสร้างสัมพันธภาพนั้น ผู้ให้การปรึกษาจะทักทายแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการจะมีความจริงใจ มีเมตตาอยากที่จะช่วยผู้รับบริการพันทุกข์ ยอมรับผู้รับบริการ โดยปราศจากเงื่อนไขเสมือนผู้รับบริการเป็นลูกหลาน

2. เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning technique) การใช้คำถามที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ผู้รับบริการสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเองได้ประเมินพฤติกรรมของตน ประเภทของคำถามมีการตั้งคำถามให้ตอบสั้น ๆ เฉพาะเจาะจงและคำถามแบบเปิดเป็นการตั้งคำถามที่ให้ผู้รับบริการตอบโดยไม่จำกัดขอบเขต

3. เทคนิคการพูดแบบเผชิญหน้า (Confrontation technique) ผู้ให้การปรึกษาจะพูดเผชิญหน้ากับผู้รับบริการการพูดเผชิญหน้าจะต้องรอให้สัมพันธภาพดีเสียก่อน มิฉะนั้นจะกลายเป็นการทำลายสัมพันธภาพ

4. เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor technique) ผู้ให้การปรึกษาจะพูดเกี่ยวกับแง่มุมหนึ่งของชีวิตของผู้รับบริการหรือสิ่งอื่น ๆ ในลักษณะของอารมณ์ขันซึ่งคลายความตึงเครียดลงไป

5. เทคนิคการชี้ประเด็น (Point out technique) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้ปรึกษาชี้ประเด็นให้ผู้รับบริการได้เห็นความไม่รับผิดชอบของตน

6. เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ (Advice technique) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้รับบริการว่าจะสนองความต้องการของตน ได้อย่างไร

7. เทคนิคการเปิดเผย (Self disclosure) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้ปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการเปิดเผยประสบการณ์ความคิดอุปสรรคของเขา

8. เทคนิคการตีความ (Interpretation) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้ปรึกษาตีความพฤติกรรมของผู้รับบริการหรือตีความสีหน้าท่าทาง คำพูดของผู้รับบริการเพื่อผู้รับบริการเข้าใจและมองสิ่งต่าง ๆ กว้างขึ้น

#### ข้อดีของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

การให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีข้อดีดังต่อไปนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2556, หน้า 234)

1. การให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริงไม่เน้นอดีตและความรู้สึกมากเกินไปช่วยให้ผู้รับบริการไม่ใช่ข้ออ้างว่าเหตุการณ์ในอดีตเป็นสาเหตุของปัญหาและช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำเนินเร็วขึ้น

2. ทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริง ไม่เน้นว่าการเข้าใจสภาพการณ์ต่าง ๆ เพียงอย่างเดียวจะช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่เน้นการวางโครงการและความมุ่งมั่นในการดำเนินโครงการเป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การให้การปรึกษาแบบนี้ เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ประเมินพฤติกรรมของเขาได้พิจารณาค่านิยมของตนและนำเรื่องนี้มาอภิปรายกับผู้ให้บริการปรึกษาเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงพฤติกรรมของตน และได้พิจารณาพฤติกรรมในขอบข่ายที่กว้างขึ้น

4. เน้นความรับผิดชอบในการหาที่สนองความต้องการของตนควบคุมชีวิตตนได้โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของบุคคลอื่นเป็นวิธีช่วยให้บุคคลรับผิดชอบที่จะช่วยตนเองและเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่บุคคลอื่นด้วย

5. การให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริง เป็นการช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองโดยไม่ใช้เฉพาะการวางแผนเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้นแต่เป็นการปฏิบัติจริงด้วย

6. การให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริง นอกจากจะเหมาะสำหรับการให้บริการปรึกษาบุคคลที่มีปัญหาในระดับจิตสำนึก เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการกล้าเผชิญปัญหาหากกล้าเผชิญความจริง

ฝึกการคิดวิเคราะห์ปัญหา และวางโครงการแก้ปัญหาของตน ตลอดจนฝึกความรับผิดชอบ และฝึกควบคุมตนเองช่วยให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองเกิดความภาคภูมิใจ

7. การให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริงสามารถนำไปใช้กับการให้บริการปรึกษารายบุคคล การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม การให้บริการปรึกษารอบครัว การแก้ไขและฟื้นฟู การพัฒนาชุมชน และใช้ได้ดีในสถาบันการศึกษาในสถาบันแก้ไขปัญหา ในโรงพยาบาลโรคจิตโรคประสาท ในบ้านกึ่งวิถี ในสถาบันบำบัดรักษาคนติดยาเสพติด ติดสุราและสามารถนำไปใช้ได้ทั้งกับเด็กวัยรุ่น และผู้ใหญ่ปัญหาการหย่าร้างของพ่อแม่ผู้รับบริการที่ซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ติดสุราได้พบชีวิตใหม่ ช่วยให้วัยรุ่นที่คิดฆ่าตัวตายมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ช่วยคนพิการให้เพิ่มความรับผิดชอบในการช่วยตนเอง

### ข้อจำกัดของการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริง

ทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2556, หน้า 235)

1. เนื่องจากวิธีการปรึกษาแบบเผชิญความจริงใช้การสื่อความหมายด้วยภาษาและเหตุผล ฉะนั้นจะใช้ไม่ค่อยได้ผลกับผู้ขาดทักษะทางภาษา และขาดทักษะทางการใช้วิจารณ์ญาณ
2. ทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริงมุ่งเฉพาะแรงจูงใจในระดับจิตสำนึก ไม่ได้กล่าวถึงแรงจูงใจในระดับจิตไร้สำนึก ดังนั้น จึงไม่เหมาะกับผู้ที่ปัญหาในระดับจิตไร้สำนึก
3. ทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นการแก้ปัญหาปัจจุบันทันด่วน เป็นการตอบคำถามว่าจะทำให้วิถีชีวิตเป็นอย่างไร อะไรที่เป็นไปได้ อะไรที่เป็นไปไม่ได้ อะไรคือพฤติกรรมที่ถูกต้อง อะไรคือสิ่งที่ผิดไม่ควรทำ ไม่ได้สำรวจว่ามีอะไรในอดีตที่ยังค้างคาใจ อยู่หรือไม่ ไม่ได้เน้นประสบการณ์ในอดีต ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมปัจจุบัน

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเผชิญความจริง

นิตยา ตะนะสอน (2546) ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเผชิญตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ต่อการดูแลตนเอง และการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งได้มาจากการให้ตอบแบบสอบถามดูแลตนเองและการยอมรับความตาย แล้วคัดเลือกผู้ที่ได้รับคะแนนต่ำมา จำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 8 คน ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มเผชิญตามทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 8 คน ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ทำการทดลอง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.30-2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ยังต้องการการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามเผชิญตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองดีขึ้น ส่วนปัญหาของการยอมรับ

ความตายนั้น โรงพยาบาลมหาสารคาม ควรเลือกใช้การให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามเผชิญตาม ทฤษฎีเผชิญความจริง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีพัฒนาการด้านการปรับตัวได้เร็ว ช่วยให้ยอมรับ ความตายได้ดีกว่าการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อผูก จันประดับ (2554) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของ โปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบในการได้รับโปรแกรมการให้ การปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัว ของรอย (Roy, 1999, p. 429) และทฤษฎีการเผชิญความจริงของกลาสเซอร์ (Glasser, 2000, p. 2 อ้างถึงใน ฤชดา โมเหล็ก, 2557) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 40 ราย ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับตั้งแต่ปานกลางถึงต่ำ มารับ บริการในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-เดือนเมษายน พ.ศ. 2554 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีเผชิญความจริง ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการ พยายามตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมเป็นแบบสอบถามการปรับตัว ด้านบทบาทหน้าที่ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (โสภาสินี เอี่ยมสะอาด, 2553, หน้า 94) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมให้การปรึกษา แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับตัว ด้านบทบาทหน้าที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิรัตน์ ชาญวิรัตน์ (2555) ได้ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงต่อ การกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นการวิจัยเชิงทดลองในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ที่มีการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25 จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบวัดการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของเบนดูรา และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปร ภายในกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญ ความจริงมีการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามสูงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง มีการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### ความหมายของมะเร็ง

จากคู่มือการให้บริการปรึกษาโรคมะเร็งกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2543, หน้า 3 อ้างถึงใน วิรัตน์ วัฒนวิรัตน์, 2555) ให้ความหมายของมะเร็ง ดังนี้

มะเร็ง หมายถึง กลุ่มของโรคที่เซลล์มีการเจริญเติบโตเร็วกว่าปกติ พ้นจากการควบคุมของร่างกายเซลล์เหล่านี้จะเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วจนเป็นก้อนหรือแตกเป็นแผลและมีความสามารถในการเบียดตัวหรือแทรกไปยังอวัยวะข้างเคียงและอาจแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย เช่น กระจายไปตามกระแสเลือดหรือทางเดินน้ำเหลือง หากการแพร่กระจายนั้นไปยังอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด ตับ สมองผู้ป่วย มักมีชีวิตอีกไม่นาน ปัจจุบัน ได้มีการศึกษาเรื่องราวของมะเร็งลึกลงไปถึงระดับของพันธุกรรม (DNA) ทำให้ทราบว่าความผิดปกติพื้นฐานที่สำคัญ คือ การทำงานของสารพันธุกรรม มีความผิดปกติไปโดยเฉพาะส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์ ขั้นตอนในการเกิดและลุกลามของมะเร็งพอจะกล่าวได้คร่าว ๆ คือ

1. ขั้นเริ่มต้น (Initiation) สารพันธุกรรมได้รับสารก่อมะเร็งหรือมีขบวนการอื่นที่ทำลายหน้าที่ตามปกติของสารพันธุกรรมเป็นขั้นตอนแรกของการเกิดเซลล์มะเร็ง

2. ขั้นส่งเสริม (Promotion) ขั้นตอนนี้จะทำให้สารพันธุกรรมมีความผิดปกติมากขึ้น เกิดขึ้นตลอดเวลา

3. ขั้นเปลี่ยนแปลงเป็นโรคมะเร็ง (Conversion) ขั้นตอนนี้ มีการดำเนินการโรค ดังได้กล่าวมาแล้ว หากไม่ได้รับการตรวจค้นมะเร็งระยะเริ่มแรกและรักษาขบวนการเกิดโรคมะเร็ง ก็จะดำเนินต่อไป

4. ขั้นลุกลาม (Progression) เซลล์มะเร็งจากต้นกำเนิดจะแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียงและอาจแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายผ่านทางกระแสเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองและทำให้การทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ล้มเหลวซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

มะเร็งเกิดขึ้นได้กับเกือบทุกอวัยวะของร่างกายแต่จะพบที่ส่วนหนึ่งส่วนใดมากน้อยขึ้นอยู่กับเหตุผลหลาย ๆ ประการ เช่น เชื้อชาติ สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรม เป็นต้น และสามารถเกิดได้กับทุกอายุแต่ส่วนมาก มักพบในวัยกลางคนหรือสูงกว่านั้นมะเร็งบางชนิดก็พบได้เท่า ๆ กันทั้งในทั้งเพศชายและหญิงแต่มะเร็งบางชนิดอาจจะพบในเพศหนึ่งมากกว่าก็ได้

มะเร็ง (Cancer) คือ กลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์บางส่วนของร่างกายมีความผิดปกติหลายขั้นตอน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สารพันธุกรรมของเซลล์บริเวณนั้น ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต และมีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อที่มีความสามารถในการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกายได้โดยจะเรียกชนิดของมะเร็งตามตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งสมอง มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น (วิษณุ บุญรอด, 2557)

มะเร็งในระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยปกติมักมีการแพร่กระจายจากอวัยวะเริ่มต้นไปตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งเราเรียกว่ามะเร็งแพร่กระจาย แต่มะเร็งระยะลุกลามไม่จำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเสมอไป เช่น มะเร็งสมอง บางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดก็จัดเป็นมะเร็งระยะลุกลาม แม้ยังไม่มีการแพร่กระจายในขณะเดียวกัน มะเร็งที่มีการแพร่กระจายก็ไม่จำเป็นต้องเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งของอัมตะแม้ว่าจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว แต่ก็ยังมีวิธีรักษาได้ ในบางครั้งมะเร็งมีการกระจายเฉพาะที่ แต่ไม่ได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย เราก็เรียกว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งของตับอ่อน เป็นต้น (National comprehensive cancer network, 2011 อ้างถึงใน ฤชดา โมเหล็ก, 2557)

### การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้มักมีปัญหาความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากโรคและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม มีดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ (Heidrich, 2007 อ้างถึงใน วรางคณา คำยิ่ง, 2555)

1. อาการเจ็บปวด เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก พบได้มากถึงสองในสามของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม บริเวณที่เกิดการเจ็บปวดในผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่ กระดูก อวัยวะภายใน เช่น ตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้ และมดลูก เป็นต้น ระบบประสาทที่ถูกกดทับหรือถูกทำลายและเนื้อเยื่ออื่น ๆ เช่น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การบวมในที่ต่าง ๆ ซึ่งพบบ่อยเนื่องจากภาวะโปรตีนต่ำ การไหลเวียนในหลอดเลือดดำขัดข้อง หรือมีการอุดตันในระบบน้ำเหลือง เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้ อาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด เป็นต้น และอาจไม่ใช่ผลจากโรคมะเร็งโดยตรงก็ได้ เช่น ภาวะการฉีกขาด การเสื่อมถอยหรือหักของกระดูก เป็นต้น ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปซึ่งจะมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดมีสาเหตุหลายประการดังกล่าว การประเมิน



และการควบคุมอาการให้ได้ผลดีจึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและใช้หลายวิธีร่วมกัน จึงเป็นเรื่องค่อนข้างยากมากแม้แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีและการแพทย์ตาม

2. อาการคลื่นไส้ และอาเจียน พบในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามได้มากถึงหนึ่งในสาม ซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ในสมอง และสารเคมีในเลือด เช่น แคลเซียม และยูริกในเลือดสูง โขเดียมในเลือดต่ำ เป็นต้น จากการรักษา เช่น รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด และยาอื่น ๆ รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัว วิตกกังวล เห็นภาพหรือ ได้กลิ่นรบกวน เป็นต้น

3. การขยับถ่ายผิดปกติ อาจเป็นได้ทั้งท้องผูกและท้องเสีย รวมทั้งการคลื่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะอาการท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ประมาณร้อยละ 50 และเป็นปัญหาที่รักษาได้ยากกว่าการบรรเทาอาการเจ็บปวด เกิดได้จากสาเหตุหลายประการทั้งจากความผิดปกติของโรค ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา เช่น การใช้ยาช่วยให้อ่อนหลับ ยาแก้อาเจียน และยาเคมีบำบัดบางชนิด เป็นต้น รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้รับอาหารและน้ำน้อย ได้รับอาหารที่มีกากน้อย และการเคลื่อนไหวน้อย เป็นต้น รวมไปถึงอาการด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และลำบากใจ

4. การหายใจลำบาก พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามทั่วไปประมาณร้อยละ 50 เป็นความผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจและกลัวมาก ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการร่วมกัน ได้แก่ จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อน เช่น การกั่งของสารน้ำในช่องท้อง ช่องปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ การอุดกั้นในหลอดเลือดดำใหญ่สุฟพีเรีย หรือการอุดกั้นในทางเดินหายใจ ภาวะโลหิตจางจากการรักษา เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับยา Bleomycin หรือ Adriamycin เป็นต้น รวมทั้งจากความผิดปกติอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

5. การติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามถึงร้อยละ 35.79 ผู้ป่วยเหล่านี้จะติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากแผลมะเร็ง หรือการอุดกั้นของก้อนมะเร็งที่อวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากการรักษา เช่น รังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม แล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

6. การพอมแห่ง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งอาจเกิดจากการรับประทานอาหารและการดูดซึมอาหารได้น้อยลง และเซลล์มะเร็งมีการใช้กลูโคสมากขึ้น ทำให้ตับต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อช่วยเปลี่ยนกรดแลคติกเป็นกลูโคสและทำให้สมรรถภาพของตับเสียไป สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่ อาการเบื่ออาหารทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลด และการรับรส

อาหารเปลี่ยนแปลงโดยมีความทนต่อรสหวานได้มากขึ้นแต่ทนต่อรสขมได้น้อยลง จึงรู้สึกว่าการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารพวกเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง

7. ภาวะซีด ซึ่งอาจเกิดจากการเสียเลือดจากแผลมะเร็งเรื้อรัง เม็ดเลือดแดงแตกง่าย และมีอายุสั้น และมีการสร้างน้อยลง หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษา

8. ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการบกพร่องของปัจจัยต่าง ๆ ในการแข็งตัวของเลือด มีเกร็ดเลือดน้อย และอาจมีแผลร่วมด้วย การมีเลือดออกจะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตกใจมาก และพบว่า เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 6

9. อาการอ่อนเพลีย พบได้มากถึงร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทางเมตบอลิซึม และชีวเคมีในร่างกาย การได้รับอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาต้านความซึมเศร้า เป็นต้นอาจทำให้เกิดอาการอ่อนล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

10. การนอนไม่หลับ สับสน และเพ้อ ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังสมอง มีความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก เป็นต้น ความกลัวหรือความวิตกกังวล หรืออาจเกิดจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาควบคุมอาการเจ็บปวดอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ เป็นต้น (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541)

จากการที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ซึ่งต้องเลือกวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมกับแต่ละราย (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541)

ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งส่วนใหญ่มีความรู้สึกตกใจ กลัว โกรธ ท้อแท้ หมดหวัง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ก่อให้เกิดความเครียดและสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความวิตกกังวล (Halldordottir & Hamrin, 1996 อ้างถึงใน วิรัตน์ วัฒนวิรัตน์, 2555) รู้สึกถอยหนีจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง กลัวเป็นที่รังเกียจของสังคม ขาดที่พึ่งพา รู้สึกไม่แน่นอนจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานและชีวิตครอบครัว (รัชนีพร คนชุม, 2547) เมื่อโรคดำเนินไปจนสุขภาพทรุดโทรมมาก ทำให้ต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างจำกัดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสีย ว่าแห้ว รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่สามารถทำอะไรได้ มีความโกรธ กังวล กลัว ซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบมากในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 25 และมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วย (Kemp, 1995 อ้างถึงใน ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541)

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทั้งค่าเดินทาง ค่าที่พักอาศัย ค่าอาหารและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเงินเพิ่มมากขึ้น (Dodd, Thomas & Dibble, 1993)

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางจิตวิญญาณทั้งในด้านบวกและด้านลบ ในด้านบวกผู้ป่วยจะมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนี้เป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีความศรัทธาในศาสนาเข้มแข็งขึ้น ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Taylor, 2005; Manning-Walsh, 2005) ส่วนในด้านลบผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองถูกลงโทษ โดยการตั้งคำถามกับตนเองว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” (Mizuno, Kakuta, & Inoue, 2009) มีความรู้สึกโกรธ ในระยะแรกจะนึกถึงความตายและความสูญเสีย ต่อมาจะรับรู้ถึงอนาคตที่ไม่แน่นอน วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวัง (Ferrell, Grant, Funk & Otis-Green, 1998; อัญชลี แสพนพรม และคณะ, 2549)

#### การรักษาผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลาม

การรักษาผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามนั้นถึงแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่นับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากตัวโรค เพื่อชะลอการลุกลามของเซลล์มะเร็งและช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ซึ่งมีหลายแนวทางทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งก้อนมะเร็งปฐมภูมิและการแพร่กระจายของโรค โดยต้องพิจารณาถึงความสมดุลระหว่างภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและความต้องการของผู้ป่วยและญาติควบคู่กัน (National Comprehensive Cancer Network, 2011) ดังนี้

1. การผ่าตัดในผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามนั้นไม่ได้เป็นการรักษาหลัก แต่เพื่อบรรเทาอาการ ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่มะเร็งมีการแพร่กระจายทำให้เกิดลำไส้อุดตันเฉียบพลัน การผ่าตัดเปิดอุ้งทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระจะช่วยให้ลำไส้กลับมาทำงานได้อีกครั้ง การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการปวดในกรณีที่ก้อนมะเร็งกดทับเส้นประสาท การใช้คลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation) เป็นการใช้คลื่นวิทยุเพื่อทำให้เกิดความร้อนปริมาณสูงขึ้นในก้อนมะเร็งเป็นต้น (National Comprehensive Cancer Network, 2011)

2. การใช้รังสีรักษาเป็นการใช้รังสีในปริมาณสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือลดขนาดของก้อนมะเร็งและเพื่อบรรเทาอาการปวดจากก้อนมะเร็งที่กระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งวิธีการฉายแสงระยะไกล (External beam radiation) คือ การฉายรังสีจากแหล่งกำเนิด รังสีที่มีอำนาจทะลุทะลวงสูงและอยู่ห่างจากตัวผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกาย ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย

และผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสี มีลักษณะแดงไหม้ส่วนการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอผู้ป่วย มักจะมีอาการปากแห้ง เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก ไม่รู้รสชาติอาหาร การฉายรังสีบริเวณช่องท้อง อาจทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และการฉายรังสีบริเวณสมองอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความคิดความจำ ส่วนการฉายรังสีระยะใกล้ (Brachytherapy) คือ การใส่แร่เข้าไปในบริเวณก้อนมะเร็งโดยตรงเพื่อให้ก้อนมะเร็งได้รับรังสีในปริมาณที่สูงซึ่งวิธีนี้จะช่วยลดผลแทรกซ้อนของเนื้อเยื่อปกติที่อาจถูกทำลายจากรังสีได้ (National Comprehensive Cancer Network, 2011)

### 3. การรักษาโดยการให้ยา (Drug treatment) ได้แก่ ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

อาจให้โดยการฉีดทางหลอดเลือดดำ การรับประทานหรือการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้าสู่ตับโดยเมื่อยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดกระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีผลยับยั้งการเจริญเติบโตหรือทำลายเซลล์มะเร็ง แต่มีข้อเสีย คือ จะทำลายเซลล์ปกติด้วย สำหรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมร่วง (เมื่อหยุดการให้ยาเคมีบำบัดผมจะขึ้นมาใหม่) เจ็บปาก ท้องเสีย เสี่ยงต่อการติดเชื้อเลือดออกง่าย หนองง่าย อ่อนเพลีย (National Comprehensive Cancer Network, 2011)

### 4. การใช้ฮอร์โมน (Hormonal therapy) เพื่อหยุดยั้งการทำงานหรือลดการสร้างฮอร์โมน

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเช่นการให้ยา Tamoxifen เพื่อยับยั้งผลของ Estrogen ซึ่งจะทำให้เซลล์หยุดการเจริญเติบโตทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงหรือการใช้ฮอร์โมนเพศชาย Testosterone เพื่อหยุดการเจริญของเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวจะแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะทำให้มีอาการร้อนวูบวาบ เกิดลิ้มเลือดได้ง่าย และความต้องการทางเพศลดลง (National Comprehensive Cancer Network, 2011)

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากโรคและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและทุกข์ทรมาน ยิ่งได้ทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากขึ้นไปอีก ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไปหากเลือกใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการแก้ไขให้ความเครียดลดลงอาจเป็นสิ่งที่เพิ่มระดับความเครียดให้มากขึ้น ยิ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เป้าหมายหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้นับจากนี้จนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องเลือกวิธีการที่สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งต้องการและความเหมาะสมของญาติผู้ป่วยแต่ละรายด้วยเช่นกัน

### แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

“ญาติผู้ดูแล” หรือ “Family caregiver” เป็นสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 86) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย เช่น เป็นคู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดคนอื่น ๆ เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541)

ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregivers) Horowitz ได้แบ่งประเภทผู้ดูแล โดยแบ่งตามลักษณะการดูแล ได้ 2 ประเภท (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน วิภา วิเส โส, 2545) ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าญาติผู้ดูแลคนอื่น ๆ ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติจะมุ่งเน้นที่การดูแลเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ แต่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก

ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีทั้งญาติผู้ดูแลหลักและญาติผู้ดูแลรองช่วยกันทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่าใคร คือ ญาติผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลรองนั้น จะพิจารณาถึงปัจจัยหลายด้านประกอบกัน เช่น ความพร้อมด้านเวลา ความสามารถในการดูแล หรือความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจวางแผนให้คนใดคนหนึ่งหรือหลาย ๆ คนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน เป็นต้น

ส่วน Bell and Gibbons ได้แบ่งลักษณะของผู้ดูแล ออกเป็น 2 ประเภท (Bell & Gibbons, 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549) ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่าง ๆ ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น พยาบาล ทีมสุขภาพ ลูกจ้างดูแล องค์กรต่าง ๆ รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมง

ต่อมา ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

กลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการนี้ Parker ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์และปริมาณการช่วยเหลือ (Parker, 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549) ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) พบได้บ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทนเป็นการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นมาจากความรักความผูกพันหรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลมาก่อนในอดีต

### แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

#### ญาติผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณ โณ, 2541) ที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537 อ้างถึงใน กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552)

1. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย บกพร่องทางความคิดสติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย

2. การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลจัดเตรียมต่าง ๆ เช่น การเตรียมอาหาร เสื้อผ้า ของใช้ต่าง ๆ เป็นต้น

3. เป็นบุคคลกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อรักษาพยาบาล หรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามแผนปัจจุบัน และการรักษาแผนโบราณ

4. ตัดสินในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การแสวงหาแหล่งการรักษา เลือกรักษา รักษาและบุคคลที่จะขอความช่วยเหลือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

5. รับภาระงานอื่น ๆ เช่น การเงิน งานบ้าน การจัดการทำนิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

Barbara et al. (2012) กล่าวถึง คำนิยามของการดูแลในบทความของตนเองว่า บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพ สำหรับคนที่ต้องการความช่วยเหลือหรือผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและไม่สามารถดูแลตนเองได้เองหรือต้องการความช่วยเหลือในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือการรักษามะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวในระหว่างการรักษาและในรักษาโรคมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในหลายแง่มุมของการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต วิธีของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีรายการกิจกรรมมากกว่า 30 รายการ เช่น การซื้อยา การจ่ายยา การจัดการกับอาการ อาหารและความช่วยเหลือด้านโภชนาการ การดูแลรักษา ค่าใช้จ่าย การสนับสนุนทางอารมณ์ การดูแลประสานงาน และการสื่อสารกับผู้ให้บริการ ผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยระดับมืออาชีพด้านโรคมะเร็งผู้ป่วยมีครอบครัวที่มีผู้ดูแลที่คอยผู้ดูแลช่วงเวลาที่หลากหลายและแตกต่างกัน ในระหว่างการรักษาอาจใช้เวลา 14 ถึง 24 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยมักให้การดูแล (เฉลี่ย 8.8 ชั่วโมงต่อวัน) อาจใช้เวลาประมาณ 4 ปี สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระหว่างช่วงการรักษาแบบเฉียบพลันและในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลไม่มีวันสิ้นสุด (ซึ่งดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์) ระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ การรักษาที่จำเป็น ระยะของโรคหรือใกล้เสียชีวิต

ญาติผู้ดูแลแต่ละคนอาจมีบทบาทในการทำกิจกรรมดังกล่าวแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่ง Lubkin (1998 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ได้จำแนกผู้ให้การดูแลไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะของกิจกรรมการดูแล ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider) และผู้จัดการดูแล (Care manager) ผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นผู้ให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายและส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมักยึดติดกับแบบแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้ยาตามเวลา เป็นต้น ส่วนผู้จัดการดูแลเป็นผู้จัดการหรือประสานงานให้ผู้ผู้ป่วยได้รับบริการและการสนับสนุนต่าง ๆ อย่างดีที่สุด และอาจช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยไปซื้อของ ไปพักผ่อน เป็นต้น หากสมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบในการดูแลหลายคน ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นผู้ให้

การดูแลโดยตรง และผู้ซายจะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลในด้านต่าง ๆ ที่เป็นการจัดการ เช่น การติดต่อประสานงาน การจัดหาค่าใช้จ่าย การพาผู้ป่วยไปตรวจและรักษา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดต่างจากการดูแลโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งเฉพาะกิจกรรมการรักษาพยาบาลเท่านั้น

### ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อญาติผู้ดูแล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม นอกจากจะมีผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทำให้ต้องมีการปรับตัว เพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต้องมีความอดทนในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์และสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแล เกิดความรู้สึกลากหลายแตกต่างกันไป เช่น บางรายเกิดความรู้สึกว่าเป็นการทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น เป็นการทดแทนบุญคุณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549; Yang et al., 1992) แต่บางรายเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ลดลง (ชนิดา มณีวรรณและคณะ, 2536) ซึ่งมีผลกระทบในแง่ลบหลายประการที่การดูแลรักษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยรวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อสุขภาพทางอารมณ์และผลกระทบทางการเงิน เช่นการสูญเสียรายได้ (Barbara et al., 2012) ผลด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยนั้น มาจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมสัมพันธ์กับบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2539; สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541 อ้างถึงใน กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552)

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลบางคนทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยขา ไหล่ คอและกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาวะการดูแลส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล บางส่วนสูญเสียการควบคุมโรคเรื้อรังของตนเอง เช่น โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ บางรายมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต, ไขมัน มีการศึกษาหนึ่งแสดงการตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่เปลี่ยนแปลงไป และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป การออกกำลังกายน้อยลง ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มีกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วย จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552; Barbara et al., 2012) จะเห็นว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวทางร่างกาย เช่น ไม่มีเวลาพักผ่อน รู้สึกเหนื่อยล้าและเบื่อหน่าย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 66 ของญาติผู้ดูแล นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ พบได้ร้อยละ 53 และร้อยละ 42-49 มีอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดท้อง ไข้หวัด อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล รับประทานอาหาร



ไม่ได้และใจสั้น นอกจากนี้ยังทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือจัดการกับความเจ็บป่วยได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความคับข้องใจส่งผลทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมา

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่าง ในขณะเดียวกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของญาติผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าความทำอะไรดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการและความวิตกกังวลที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเกิดจากการขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลของ Clavarino et. al. (2002) พบว่า ญาติผู้ดูแลจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย โดยระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 22 ภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลจะทรุดลงเมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นระยะเวลานาน (Collin et. al., 1994 อ้างถึงใน กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552) ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระบุว่าเป็นผลเสียเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจใช้จิตวิญญาณเป็นวิธีในการเผชิญความเครียดเพื่อลดระดับความรู้สึกซึมเศร้าผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตวิญญาณผ่านทางวิถีชีวิตของการเจ็บป่วยมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แต่จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมักไม่ได้รับการพิจารณาจากทีมดูแลสุขภาพ (Barbara et al., 2012) จากหลายผลการวิจัยพบว่า คะแนนการทดสอบทางด้านจิตใจทั้งด้านความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ และภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตอย่างไร ญาติผู้ดูแลก็มีสภาพจิตเช่นนั้นด้วย (Given et. al., 1993; Davis, Cowley & Ryland, 1996 อ้างถึงใน กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552) และเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่าง ๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะประคับประคอง พบว่าปัญหาทางจิตใจมากขึ้นเมื่อ โรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้ความตายมากยิ่งขึ้น Hodges et al. (2005) พบว่า การตอบสนองของผู้ดูแลต่อมะเร็งนั้นมีความพึงพากันและส่งผลกระทบต่อกันและกัน อารมณ์ดี การแทรกแซงในช่วงต้นจะแนะนำสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันความทุกข์ทางจิตในภายหลัง

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น ต้องใช้เวลานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537 อ้างถึงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ไม่ว่าจะเป็น

ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับในการดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งญาติผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย อีกทั้งการเจ็บป่วยยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงอีกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ การดูแลยังมีผลต่อรูปแบบการทำงาน มีญาติผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการะในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา ญาติผู้ดูแลบางรายเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น มีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือในรายที่ญาติผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้ (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549) ทำให้ขาดการเข้าสังคมพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นหรือทำให้การทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองลดลง

ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีเครือข่ายสังคมเพื่อให้การสนับสนุน พื้นที่ของผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพทางสังคม ได้แก่ ความเครียดจากการจ้างงานและการใช้ทรัพยากรทางการเงิน Mazanec et al. (2011) ซึ่งให้เห็นความสำคัญของผู้ดูแล ระยะเวลาและความต้องการในการสื่อสาร ผู้ดูแลอาจต้องการคำแนะนำในการตอบสนองต่อระดับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละระดับ (เช่น ผู้ให้บริการครอบครัวเพื่อน) เครือข่ายสังคมในปัจจุบันอาจเป็นจุดแข็งหรือคำสาปแห่งหากผู้ดูแลไม่พบการโต้ตอบที่สนับสนุน บางครอบครัวใช้เว็บไซต์ในการเชื่อมต่อกับผู้อื่นและถ้าสถานการณ์การดูแลยืดเยื้อไปตามเวลาอาจทำให้เกิดการสูญเสียการสนับสนุนทางสังคมได้ การบำบัดที่กำหนดเป้าหมายบางอย่างอาจเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 60,000 เหรียญถึง 100,000 เหรียญต่อปีและความคุ้มครองจะแตกต่างกันไป ผู้ดูแลรายงานการใช้ทรัพยากรทางการเงิน การขายบ้าน การกู้ยืมเงินและแม้กระทั่งการประกาศล้มละลาย อันเป็นผลมาจากการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่มีราคาแพงความสำคัญของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ทำงานจะต้องได้รับการพิจารณา การสูญเสียค่าจ้างและการสูญเสียผลประโยชน์ด้านสวัสดิการสังคมอันเนื่องมาจากการลาออกของพนักงานในช่วงต้น และ/หรือการลดชั่วโมงการทำงานเนื่องจากการดูแลรักษาเป็นสิ่งสำคัญ นโยบายสถานที่ทำงานควรได้รับการพิจารณาเพื่อสนับสนุนผู้ดูแล (Barbara et al., 2012)

#### **บทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**

มะเร็งถือเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลให้ได้รับการทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรักษามะเร็งผู้ป่วยจึงเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากกว่าการที่จะรักษาให้หายขาด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก อบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียดและความวิตก

กังวล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านอื่น ๆ เช่น การรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการกำลังใจมากที่สุด การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การทำงานบ้าน การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย การจัดหาผู้ที่มาช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ การวางแผนและการเตรียมกิจกรรมต่าง ๆ การทำงานเพื่อหารายได้ การช่วยเหลือติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในการรักษา การพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลในการสอบถามอาการ และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งการให้การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล ได้ดังนี้ (Krach & Brooks, 1995 อ้างถึงใน ยูพาพิณ ศิริ โพธิ์งาม, 2539)

1. ด้านการรักษาพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย คือ จัดการให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ การจัดหาที่อยู่จากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากกลางบ้าน รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา การประสานงานในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลด้านร่างกายต่าง ๆ ได้แก่ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พยุงเข้าห้องน้ำ ดูแลปิดกวดที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น การแบ่งเบาภาระงานบ้าน

3. ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนคุยหรือนอนเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงการให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความเชื่อด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรม เช่น ใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเซ่นไหว้วิญญาณของบรรพบุรุษ เป็นต้น

4. การดูแลพิเศษอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาหรือเกิดจากการดำเนินของโรคที่มากขึ้น เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลให้ออกซิเจน การดูแลขณะผู้ป่วยมีอาการปวด เป็นต้น

5. การให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามแม้จะมีระดับการดูแลอย่างหนัก แต่ระบบการดูแลสุขภาพไม่ค่อยประเมินความต้องการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย Stenberg et al. (2010) พบปัญหา

มากกว่า 200 ชนิดและความต้องการที่ไม่จำเป็นซึ่งผู้ดูแลรายงานว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกังวลว่า ผู้ดูแลรู้สึก  
ว่าไม่มีความสามารถในการเปลี่ยนแผล (70%) , ไม่สามารถทำงานร่วมกับอุปกรณ์ (64%), มี  
อุปสรรคทางการเงิน (31%), ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม (70% -80%), 31% พบประสบการณ์การดูแล  
โดยรวมที่ยากลำบาก และ 50% อธิบายปัญหาการสื่อสารกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย  
รายงานว่าจะไม่ได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวของตนจากผู้ให้บริการ  
ผู้ดูแลหลายคนไม่ทราบวิธีการตีความและใช้ข้อมูลที่ได้รับ การหาแผนการรักษาพยาบาลหรือ  
การคาดการณ์ในอนาคตซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้ครอบครัวต้องกังวล มีความกังวลจากครอบครัว  
ที่ขาดการเข้าถึงการดูแลและการสนับสนุนที่จำเป็นเนื่องจากอุปสรรคด้านการเงินและสิทธิ  
การรักษา ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ตัวเองมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในการกำหนด  
เป้าหมายการรักษาต่าง ๆ ซึ่งต่างกับเป้าหมายการดูแลหรือมีเป้าหมายที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง  
ซึ่งจะเพิ่มความสับสนและความไม่แน่นอนให้กับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลแต่ละครั้ง  
มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพประเภทต่าง ๆ (แพทย์,  
พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, นักวิทยาศาสตร์การแพทย์, นักรังสีวิทยา) ในการดูแลและการเปลี่ยน  
ผ่านเหล่านี้สำหรับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยเป็นเรื่องใหญ่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็น  
อันตรายถึงชีวิตหรือสถานการณ์ที่จำกัดการดูแล การประสานกันของความท้าทายด้านการดูแล  
สุขภาพสำหรับสมาชิกในครอบครัวกลายเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดในการรับผิดชอบในการดูแลหลาย  
อย่างนี้ สมาชิกในครอบครัวมักจะกลายเป็นหัวหน้าประสานงาน โดยปราศจากความรู้และทักษะ  
และไม่มีระบบสนับสนุนด้านสุขภาพ จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประเภทของการดูแล  
ความยาวของการดูแล สุขภาพของผู้ดูแลและวิธีการดูแลรักษาโรคมะเร็ง (Barbara et al., 2012)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิผลระหว่างสมาชิกในครอบครัวระหว่างผู้ป่วย  
และผู้ดูแลผู้ป่วยและกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยใกล้ระยะ  
สุดท้ายและภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีมากกว่าความขัดแย้ง ผู้ดูแล  
รายงานภาระผู้ดูแลน้อยลงส่วนหนึ่งเป็นเพราะพวกเขามีแนวโน้มที่จะได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติม  
จากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ในคู่รักที่มีความสัมพันธ์ในเรื่องความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วย  
มีภาวะซึมเศร้าที่น้อยลงและความยากลำบากในการดูแลน้อยลง นอกจากนี้ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมี  
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดีขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้ดูแลรายงานสุขภาพที่ดีขึ้นและรู้สึก  
ว่าถูกทอดทิ้งน้อยลง

จากการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey et al., 1991 อ้างถึงใน ยูพาพิณ ศิริโพธิ์งาม,  
2539) พบว่า ความต้องการการดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยมะเร็งเป็น  
ความต้องการการดูแลที่มากที่สุด และยากลำบาก จากการศึกษาของ Iconomou et.al. (2001) พบว่า

ญาติผู้ดูแลมีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ โดยมีความวิตกกังวลร้อยละ 64.6 และความซึมเศร้า ร้อยละ 63.1 และพบว่า ญาติผู้ดูแลให้คะแนนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เวลาพักผ่อน การเงิน ตารางเวลาในแต่ละวัน รวมทั้งผลต่อร่างกายและอารมณ์ในระดับที่สูง ให้คะแนนภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ จากที่กล่าวทั้งหมด จะเห็นว่าความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ความอดทนและความพยายามอย่างมากในการที่จะตอบสนองความต้องการและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้การกลัว การสูญเสียผู้ป่วยไปก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลคิดตระหนกอยู่ตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552)

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Hodges et. al. (2005) ได้ทำการวิเคราะห์ความทุกข์ทางอารมณ์ ที่รายงานโดยผู้ป่วยโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษา 21 ครั้ง จากกลุ่มตัวอย่าง 1,098 คน โดยมีผู้ดูแลตรวจสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ที่รายงานโดยผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัวของพวกเขา พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความทุกข์ที่รายงาน ซึ่งบ่งชี้ว่าการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กัน เมื่อผู้ป่วยมีความสุขก็มีแนวโน้มว่าผู้ดูแลของพวกเขาที่มีความสุขและเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ก็มีแนวโน้มว่าผู้ดูแลของพวกเขาที่มีทุกข์ตามไปด้วย

Hagedoorn et al. (2008) ได้ทำการวิเคราะห์จาก 46 การศึกษาที่ตรวจสอบความทุกข์ที่รายงานในคู่มือที่รับมือกับโรคมะเร็ง ( $N = 2,468$  ราย) พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ที่รายงานของผู้ป่วยและคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.29, P < .001$ ) แม้จะมีการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น ระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การค้นพบของพวกเขาชี้ให้เห็นว่าคู่มือตอบสนองต่อโรคมะเร็งเป็น “ระบบอารมณ์” และผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องถูกมองว่าเป็นหน่วยดูแล

กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพรเกรสซีฟต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพรเกรสซีฟกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 40 ราย (โดยมีสถานะเป็นสามีหรือภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 18 คน ซึ่งมากที่สุด) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกันมากที่สุดในเรื่องของ ระดับคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ และระยะเวลาในการให้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ความวิตกกังวลหลังได้รับ โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฤชดา โมเหล็ก (2557) ได้ศึกษาความรุนแรงของอาการในผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม ศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการในผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามก่อน และหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง และศึกษาความพึงพอใจของญาติ โดยใช้กรอบแนวคิด The nursing role effectiveness model ของ Irvine และคณะ ในการออกแบบให้พยาบาลที่ผ่านการอบรม Palliative care เป็นผู้นำในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการและญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วย 7A โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 30 ราย (โดยมีสถานะเป็นสามีหรือภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 8 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมิน Palliative performance scale version 2 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองเพื่อจัดการกับอาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหารและหอบเหนื่อย 3) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน 4) แบบประเมิน ESAS และ 5) แบบวัดความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ Wilcoxon Signed Ranks test ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองทั้ง 5 อาการลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และพบว่า ญาติผู้ดูแลทุกรายมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ผลการวิจัยสนับสนุนประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง ข้อเสนอแนะ ควรนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป และควรศึกษาติดตามระยะยาวภายหลังการจำหน่าย

Laurel et al. (2012) ได้สรุปการทบทวนงานวิจัยว่า มะเร็งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้หลายวิธี แต่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านจิตวิทยา ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอารมณ์จะเห็นได้ชัดในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย แต่มีความสำคัญ

มากกว่าในบางช่วง (การวินิจฉัย) มากกว่าคนอื่น (การรอดชีวิต) แม้ว่าจะมีการแทรกแซงจากการวิจัยซึ่งสามารถลดความทุกข์ทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ แต่ความท้าทายอย่างต่อเนื่องก็คือ การหาวิธีที่จะใช้การแทรกแซงตามหลักฐานในการตั้งค่าการปฏิบัติ ขั้นตอนแรกที่สำคัญคือการประเมินความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อช่วยในการลดความทุกข์ทางอารมณ์เป้าหมายสูงสุดคือ การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยไม่กระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแล (ภรรยา) เป็นผู้ที่มึนบอบท้ออย่างมากในการที่จะดูแล สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย ในหลายแง่มุมของการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิตไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดก็ตาม การที่ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล จากการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ก็มีความเครียด วิตกกังวล เช่นเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ก็มีความเครียด วิตกกังวล สูงกว่าผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้สภาพร่างกายและจิตใจทรุดโทรม จากงานวิจัยในมุมมองแบบคู่รักก็ไม่ได้กล่าวถึงสุขภาพจิตและร่างกายของผู้ดูแล ยิ่งถ้าญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ไม่มีผู้ผลัดเปลี่ยนหรือมีผู้ให้การช่วยเหลือน้อยก็ยิ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) มีสภาพร่างกายทรุดโทรมเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับความคิดของญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ให้ยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงจะทำให้สภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ดีขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แล้วจะแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้นเช่นกัน เป็นผลให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะมองและเห็นใจญาติผู้ดูแล (ภรรยา) ทำให้ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) สามารถดูแลดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นเพราะผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแล ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) มีเวลาพักผ่อนเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (ภรรยา) จะค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นลำดับตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และอาการของโรคขณะนั้น แม้ว่าจะเป็นการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยา ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมืองลพบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 มีจำนวน 52 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติตามข้อ 1 โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
2. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็น ภรรยา
3. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
4. เป็นผู้ที่ทราบถึงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีการแพร่กระจายแล้ว หรือไม่มีทางรักษาให้หายขาด มีเพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ
5. ผู้วิจัยให้ประชากร ทำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนำคะแนนจากการทำ มาจัดเรียงลำดับจากน้อยไปมาก คัดเลือกภรรยาที่มีคะแนนการยอมรับของภรณาน้อยที่สุดขึ้นไป จำนวน 20 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. โปรแกรมการพิจารารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง



## การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

1. แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้
  - 1.1 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขั้นตอนการสร้างแบบวัดการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยสร้างจากกรอบแนวคิดของ Daniel David et al. (2013) มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการปรึกษาและสังคมไทย จากนั้นกำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย โดยกำหนดนิยามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
    - 1.2 สร้างแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และนำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ตรวจสอบ แล้วนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไข จนเป็นแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
    - 1.3 นำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ (ค่า IOC = 0.5-1) จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ (ดังภาคผนวก ก)
    - 1.4 นำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง
    - 1.5 นำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับ ภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
    - 1.6 นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-0.90 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .878 (ดังภาคผนวก ข)
    - 1.7 ผู้วิจัยนำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปดำเนินการวิจัยต่อไป

แบบสอบถามการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (เช่น ตัวเอง คนอื่น ๆ และ/ หรือชีวิต) ของ Daniel David et al. (2013) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถาม โดยทบทวนวรรณกรรมของ Daniel David et al. (2013) ที่ได้ทำการศึกษาออกแบบแบบสอบถามการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional acceptance questionnaire: UAQ) และหาความสัมพันธ์ เพื่อกำหนดความน่าเชื่อถือและความถูกต้องมีการวัดขนาดการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขของตัวเอง คนอื่น ๆ และชีวิตและ

ความแตกต่างระหว่างการยอมรับทางจิตวิทยาและการยอมรับปรัชญา มาปรับปรุงและพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยของการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีจำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความเป็นจริงได้เพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของตนเองมากที่สุด โดยเป็นข้อคำถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 7 ระดับตามแนวทางของลิเคอร์ท (Likert rating scale) คือ ไม่จริงที่สุด ไม่จริง ไม่จริงมากกว่าจริง จริงบ้างไม่จริงบ้าง จริงมากกว่าไม่จริง จริง และจริงที่สุด ซึ่งมีคำถามด้านบวก 15 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ

ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 และ 20

ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15 และ 19

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อคำถามด้านบวก		ข้อคำถามด้านลบ	
ตอบ ไม่จริงที่สุด	ให้	1 คะแนน	ให้	7 คะแนน
ตอบ ไม่จริง	ให้	2 คะแนน	ให้	6 คะแนน
ตอบ ไม่จริงมากกว่าจริง	ให้	3 คะแนน	ให้	5 คะแนน
ตอบ จริงบ้างไม่จริงบ้าง	ให้	4 คะแนน	ให้	4 คะแนน
ตอบ จริงมากกว่าไม่จริง	ให้	5 คะแนน	ให้	3 คะแนน
ตอบ จริง	ให้	6 คะแนน	ให้	2 คะแนน
ตอบ จริงที่สุด	ให้	7 คะแนน	ให้	1 คะแนน

## 2. โปรแกรมการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการศึกษารายบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีเผชิญความจริง แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับของภรรยา เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีการในการสร้างโปรแกรมการศึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับการปรึกษา ผู้วิจัยจะทำการทดลองทั้งหมด 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการให้การศึกษาดังนี้

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 3 สำรวจผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ (Want) ของภรรยาผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 4 ติดตามผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ (Want) ของภรรยาผู้ป่วย  
มะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 5 ดำเนินผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การกระทำ (Doing) ของภรรยาผู้ป่วย  
มะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 6 ติดตามผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การกระทำ (Doing) ของภรรยาผู้ป่วย  
มะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 7 ประเมินผลคุณค่าของพฤติกรรม (Evaluation) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลาม

ครั้งที่ 8 ติดตามผลคุณค่าของพฤติกรรม (Evaluation) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลาม

ครั้งที่ 9 การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 10 ติดตามผลเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 11 ติดตามผลการดำเนินการตามแผน

ครั้งที่ 12 สรุปและยุติการให้การปรึกษา

2.2 ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความตรง  
เชิงโครงสร้าง (Construct validity) ระหว่างนิยามศัพท์ จุดมุ่งหมาย เนื้อหา และวิธีการดำเนินการ  
และแก้ไขข้อบกพร่อง ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.3 นำโปรแกรมการให้การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่ผ่านการตรวจสอบ  
จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษาจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ  
คุณภาพของโปรแกรม

2.4 ผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำโปรแกรม  
การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง ไปทดลองใช้ (Try out) กับ ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งที่มี  
คุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ด้านภาษา  
วิธีดำเนินการ อุปกรณ์และเวลาในการให้การปรึกษา แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนดำเนินการ  
ทดลองในการวิจัย

### การดำเนินการทดลอง

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาการยอมรับ  
ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษา  
รายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญ

ความจริง โดยแบ่งระยะเวลาในการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองประเภทสององค์ประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งองค์ประกอบ (Two-factor experimental with repeated measures on one factor) โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้

	b1	...	b2	...	b3
a1	G1	...	G1	...	G1
a2	G2	...	G2	...	G2

ภาพที่ 2 แบบแผนการทดลอง (Winner, Brown & Michels, 1991)

### ความหมายของสัญลักษณ์

- a1 แทน กลุ่มทดลอง (วิธีการให้การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง)
- a2 แทน กลุ่มควบคุม
- b1 แทน ระยะก่อนการทดลอง
- b2 แทน ระยะหลังการทดลอง
- b3 แทน ระยะติดตามผล
- G1 แทน จำนวนคนที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง
- G2 แทน จำนวนคนที่ใช้ชีวิตประจำวันปกติ

### วิธีดำเนินการทดลอง

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เสนอแบบฉบับมติทำวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรม เพื่อตรวจสอบขั้นตอนในการทดลองมิให้กระทบต่อสิทธิ และเสรีภาพ หรือมีอันตรายใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง

1.2 นำหนังสือจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึง กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

#### 2. ขั้นดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

##### 2.1 ระยะก่อนการทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยติดต่อประสานงานกับกลุ่มประชากรเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จำนวน 20 ชื่อ นำคะแนนที่ได้มาจัดเรียงลำดับจากน้อยไปมากเพื่อพิจารณาคัดเลือกกรรยาที่มีคะแนนการยอมรับของกรรยาน้อยที่สุดขึ้นไป จำนวน 20 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ โดยการสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## 2.2 ระยะเวลาทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองได้รับการให้การศึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง ตาม โปรแกรมที่ได้ผ่านการตรวจสอบแล้วจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ส่วนมารดาและบุตรที่อยู่ในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการให้การศึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง

## 2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการให้การศึกษาในครั้งที่ 12 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนในระยะหลัง การทดลอง

## 2.4 ระยะเวลาติดตามผล

ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการให้การศึกษา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซ้ำอีกครั้ง คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนในระยะติดตามผลจากนั้นทำการประเมินผลการทดลองโดยการสัมภาษณ์รายครอบครัว เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและประเมินผลการศึกษากลับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการอนุมัติในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2560 จากนั้นผู้วิจัยได้ตามหากกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเองและให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมกับแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรรยาสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนั้นจะเป็นความลับและในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้ในรูปแบบเอกสารในระบบคอมพิวเตอร์

ข้อมูลที่ตอบเป็นรายบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับผู้ที่เข้าถึงได้ คือ ผู้วิจัยเพียงคนเดียวและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการปรึกษาไปใช้กับกลุ่มควบคุมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มควบคุม เพื่อนำไปสู่การยอมรับของภรรยา ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งการช่วยเหลือนี้ ล้วนขึ้นอยู่กับความสนใจของกลุ่มตัวอย่างและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองดังรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ทำการลงรหัส ป้อนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนจากแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ได้แก่
  - 2.1 ค่าความเที่ยงตามเนื้อหา โดยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: Item objective congruence index)
  - 2.2 ความเชื่อมั่น โดยการหาค่าอำนาจจำแนก และสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟา ของครอนบาค
  - 2.3 ทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measure analysis of variance: one between-subjects variable and one within-subject variable) (Howell, 2007, pp. 461-466) และเมื่อพบความแตกต่าง ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Procedure)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$n$	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
$SD$	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
$F$	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงค่าเอฟ ( $F$ - distribution)
$SS$	แทน ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวยกกำลังสอง (Sum squares)
$MS$	แทน ค่าความแปรปรวน (Mean squares)
$df$	แทน องศาแห่งความเป็นอิสระ (Degrees of freedom)
$p$	แทน ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน (Probability)
*	แทน การมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
$I$	แทน ระยะเวลาของการทดลอง
$G$	แทน วิธีการ
$I \times G$	แทน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการและระยะเวลาของการทดลอง

#### การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ

**ตอนที่ 2** การทดสอบผลหลัก การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

**ตอนที่ 3** การทดสอบผลย่อย การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง

และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

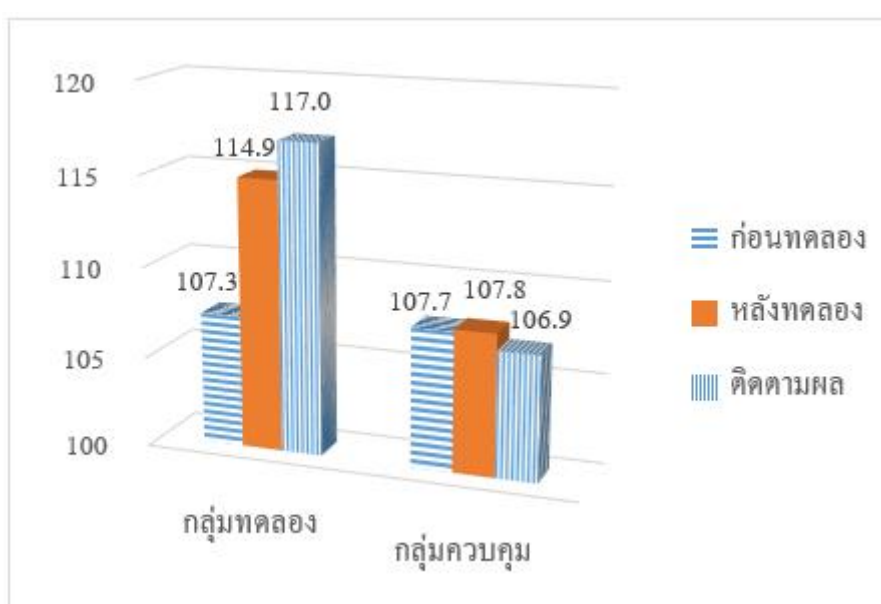
**ตอนที่ 1** ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาพยาบาลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา

ตารางที่ 1 คะแนนการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาพยาบาลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา

คนที่	กลุ่มทดลอง ( $n = 10$ )			คนที่	กลุ่มควบคุม ( $n = 10$ )		
	ระยะก่อนทดลอง	ระยะหลังทดลอง	ระยะติดตามผล		ระยะก่อนทดลอง	ระยะหลังทดลอง	ระยะติดตามผล
1	107	114	114	1	103	103	103
2	111	123	124	2	110	102	100
3	102	108	113	3	109	109	109
4	111	111	111	4	111	112	113
5	109	118	118	5	111	116	113
6	99	114	117	6	108	108	108
7	110	119	121	7	109	113	109
8	108	115	120	8	110	106	105
9	108	112	117	9	99	99	99
10	108	115	115	10	107	110	110
รวม	1073	1149	1170	รวม	1077	1078	1069
$\bar{X}$	107.30	114.90	117.00	$\bar{X}$	107.70	107.80	106.90
$SD$	3.89	4.28	3.94	$SD$	3.86	5.33	4.98



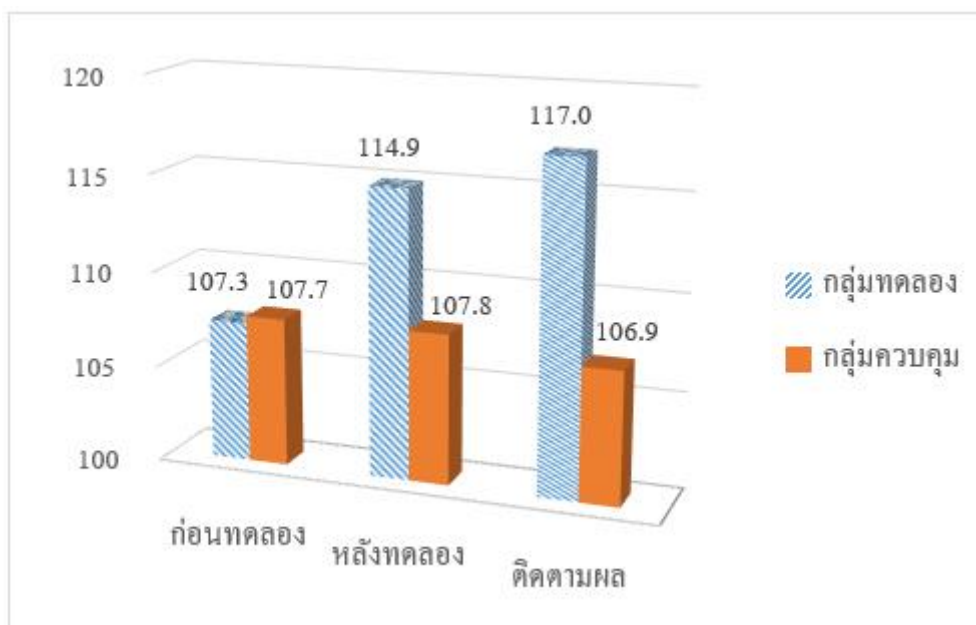
จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองเป็น 107.3 และ 107.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3.89 และ 3.86 ในระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับ ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็น 114.9 และ 107.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 4.28 และ 5.33 ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามเป็น 117.0 และ 106.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 3.94 และ 4.98 ตามลำดับ



ภาพที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบริการพยาบาลบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ

จากภาพที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการพยาบาลบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลองเป็น 107.3 ระยะหลังการทดลองเป็น 114.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 7.6 ส่วนระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเป็น 117.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 9.7 และเพิ่มขึ้นจากระยะหลัง การทดลองเท่ากับ 2.1 สำหรับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลองเป็น 107.7 ระยะหลังการทดลองเป็น 107.8 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก

ระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 0.1 ส่วนระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเป็น 106.9 ซึ่งลดลงจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 0.8 และลดลงจากระยะหลังการทดลองเท่ากับ 0.9



ภาพที่ 4 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ

จากภาพที่ 4 พบว่า ระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.4 ระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.1 และในระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.1

ตอนที่ 2 การทดสอบผลหลัก การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

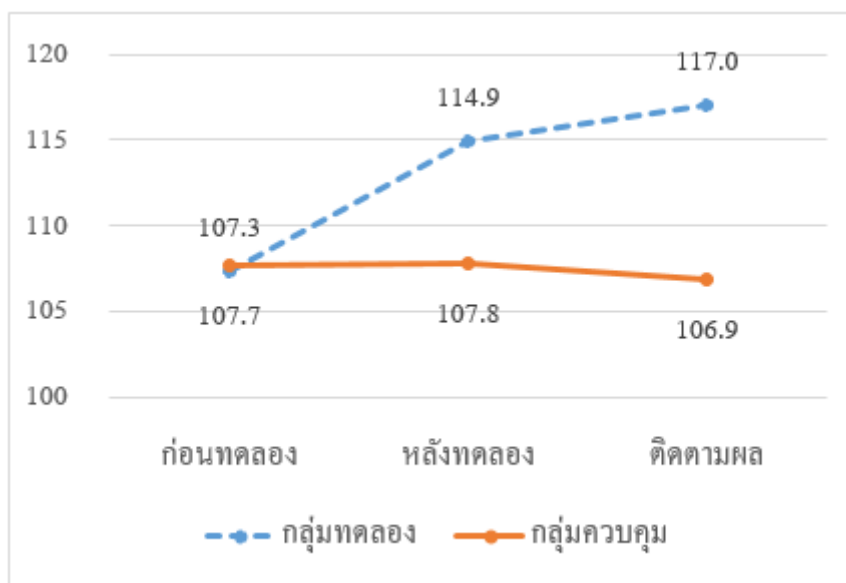
ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

<i>Source of variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Between subject</b>	19	1295.733			
<b>Group (G)</b>	1	470.400	470.400	10.259*	.005
<b>SS w/in group</b>	18	825.333	45.852		
<b>Within subject</b>	26.482	754.000			
<b>Interval</b>	1.324	233.233	176.141	18.392*	.000
<b>IxG</b>	1.324	292.500	220.900	23.065*	.000
<b>I x SS w/in groups</b>	23.834	228.267	9.577		
<b>Total</b>	45.482	2049.733			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา (IxG) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Interval) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุม (Group) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือวิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลรวมกันต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ โดยการนำเสนอในรูปแบบกราฟ ได้ผลดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากภาพที่ 5 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง และกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกัน คือ ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สูงกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน

แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลต่อการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร่วมกันจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนสูงขึ้น

**ตอนที่ 3** การทดสอบผลย่อย การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการยอมรับของกรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์การทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และทดสอบผลย่อยของระยะเวลาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ

	Source of variation	df	SS	MS	F
ระยะก่อนทดลอง	Between Groups	1	0.800	0.800	0.041
	Error	41.834	1053.6	19.511	
ระยะหลังทดลอง	Between Groups	1	252.050	252.050	12.918*
	Error	41.834	1053.6	19.511	
ระยะติดตามผล	Between Groups	1	510.050	510.050	26.142*
	Error	41.834	1053.6	19.511	

ปรับค่า  $df$  เป็น 28,  $f_{0.05}(1, 28) = 4.20$  ด้วยวิธีของ Welch-Satterwaite (Howell) (2007, p. 459)

\* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ย = 107.3) และกลุ่มควบคุม (คะแนนเฉลี่ย = 107.7) ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ในระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ในระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง (คะแนนเฉลี่ย = 114.9) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการ (คะแนนเฉลี่ย = 107.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง (คะแนนเฉลี่ย = 117) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา (คะแนนเฉลี่ย = 106.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบผลย่อยของของระยะเวลาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง					
Between subjects	9	309.200			
Interval	2	520.867	260.433	35.568*	.000
Error	18	131.800	7.322		
Total	29	961.867			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการยอมรับเป็นรายคู่ ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Procedure)

$\bar{X}$	ระยะก่อนทดลอง	ระยะหลังทดลอง	ระยะติดตามผล
	<b>107.30</b>	<b>114.90</b>	<b>117.00</b>
107.30	-	7.60*	9.70*
114.90		-	2.10
117.00			-
r		2	3
$q_{.95}(r,18)$		2.97	3.61
$q_{.95}(r,18) \sqrt{\frac{MS_{error}}{n}}$		6.20433	7.54129

\* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า การยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยการยอมรับในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการยอมรับ ใน ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองลพบุรี มีจำนวน 52 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็น ภรรยา เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน เป็นผู้ที่ทราบถึงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีการแพร่กระจายแล้ว หรือ ไม่มีทางรักษาให้หายขาด มีเพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ และมีระดับคะแนนจากแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่กลุ่มตัวอย่างทำ มาจัดเรียงลำดับจากน้อยไปมาก คัดเลือกภรรยาที่มีคะแนนการยอมรับของภรรยา น้อยที่สุดขึ้นไป จำนวน 20 คน เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและ โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest) ทั้งสองกลุ่ม ในระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน จะได้รับการให้การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ครั้ง ดำเนินการปรึกษาครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้ารับการปรึกษาจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated measures analysis of variance: One between-subjects variance and one within subjects variance) ของฮาวเวล (Howell, 2007, p. 461) เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Procedure) โดยสรุปผลการวิจัย ดังนี้



## สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยไว้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอายุ 36-40 ปี มีจำนวน 1 คน อายุระหว่าง 41-45 ปี มีจำนวน 1 คน อายุระหว่าง 46-50 ปี มีจำนวน 8 คน อายุระหว่าง 51-55 ปี มีจำนวน 5 คน อายุระหว่าง 56-60 ปี มีจำนวน 2 คน อายุ 61-65 ปี มีจำนวน 2 คน และอายุระหว่าง 66-70 ปี มีจำนวน 1 คน
2. คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง มีค่าเป็น 107.3, 114.9 และ 117.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเป็น 107.7, 107.8 และ 106.9 ตามลำดับ
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการศึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้  
เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### สมมติฐานข้อ 1 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าวิธีการทดลองและระยะเวลาในการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ดังจะเห็นได้จากผลที่แสดงในตารางที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของวิธีการทดลองและเวลาของการทดลอง คือ การปรึกษารายบุคคล ทฤษฎีเผชิญความจริงในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับการไม่ได้รับการปรึกษาในกลุ่มควบคุม ซึ่งวัดผลแสดงคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในช่วงระยะเวลา ก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองที่จะได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษามีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลอง ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษา และในระยะติดตามผล ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษามีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน

แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้การปรึกษาภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ สามารถช่วยพัฒนาการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ โดยช่วยให้ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง ได้พัฒนาการยอมรับ ช่วยให้ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สามารถเผชิญความเป็นจริงในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม โดยการที่ภรรยาที่มีความเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง เรียนรู้ข้อดีข้อเสียข้อจำกัดของตนเอง ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ เห็นคุณค่าในชีวิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ทำให้สามารถปรับตัว เข้าใจและยอมรับสามีที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขสอดคล้องกับ Daniel et al. (2013) ที่กล่าวถึง การยอมรับตนเอง อย่างไม่มีเงื่อนไขว่าตนเอง คือ กลุ่มของความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของตนเป็นสิ่งที่แยกออกจากคนอื่นและ/ หรือสิ่งแวดล้อม เป็นแนวคิดแบบหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ไม่ว่าเราจะสร้างแนวความคิดของตัวเองอย่างไรก็มักจะเกี่ยวข้องกับการประเมินผล ซึ่งการประเมินผลการประเมินความเป็นตัวของตัวเองนี้เป็นส่วนสำคัญของความนับถือตนเอง

ซึ่งความนับถือตนเอง จะนำไปสู่การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะไม่ได้  
รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงทำให้ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มนี้ไม่ได้  
เรียนรู้และพัฒนาการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการยอมรับ  
ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ  
การปรึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนต่างกัน

### สมมติฐานข้อ 2 และ 3

สมมติฐานข้อ 2 ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษารายบุคคล  
ทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในระยะหลัง  
การทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อ 3 ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษา  
รายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม  
ในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยพบว่า ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับ  
ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.1 และในระยะติดตามผลของ  
กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.1 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 และ 3  
อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถเพิ่ม  
การยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้โดยรวมกรอบแนวคิดของ Daniel et al. (2013)  
ที่ได้ทำการศึกษาออกแบบแบบสอบถามการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (เช่น ตัวเอง คนอื่น ๆ และ/  
หรือชีวิต) และแบ่งเป็นทางปรัชญาและจิตวิทยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านกิจกรรมและเทคนิค  
ต่าง ๆ มีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย เพื่อให้ภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง  
เกิดกระบวนการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเอง ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกอย่างมี  
ประสิทธิภาพ เพื่อที่จะส่งผลต่อการยอมรับของภรรยาเอง ทำให้เกิดมุมมองใหม่ที่จะสามารถดูแล  
ผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง ดูแลสุขภาพตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง  
กับชีวิตในปัจจุบันรวมถึงอนาคต มีความมั่นใจจนกระทั่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตจริงและ  
สามารถจัดการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองกับชีวิตในปัจจุบันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น  
ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันแม้ว่าจะผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ หากผู้รับการปรึกษาเรียนรู้  
วิธีการแก้ปัญหา ไม่ว่าจะเวลาจะผ่านไปเท่าใด เมื่อประสบปัญหาอีกครั้ง ผู้รับการปรึกษาจะมีทักษะ  
ในการจัดการกับปัญหานั้น ๆ ได้

กรณีของคุณ ม.ม้ำ (นามสมมติ) ในใบงานความต้องการของฉัน ต้องการให้ลูกบวชให้  
พ่อของเขาขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และอยากดูแลสามีให้ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน ถ้าฉัน ไม่ได้มีคนมาช่วยคิดคง

คิดไม่ได้ และคุณม.ม้า (นามสมมติ) ได้เขียนแสดงความรู้สึกในครั้งที่ 12 ว่า สิ่งที่เราทำมาตั้งแต่วันแรก มันทำให้เรามีความคิด มีสติ พร้อมทั้งจะก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างมั่นใจและไม่ลังเล จะทำดีทำวันข้างหน้าให้ดีที่สุด จะดูแลเขาไปตลอดชีวิต

#### สมมติฐานข้อ 4 และ 5

สมมติฐานข้อ 4 ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อ 5 ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยพบว่า ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 7.6 และระยะติดตามผลหลังทำการยุติการปรึกษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ เพิ่มจากคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 9.7 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 และ 5 อภิปรายได้ว่า ทฤษฎีเผชิญความจริง จากแนวคิดของกลาสเซอร์ (Glasser) ที่จะให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ใช้ความรับผิดชอบของตนเองมาพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองการที่กลุ่มทดลองได้มีการเรียนรู้และได้รับการฝึกทักษะตามโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะประเมินตนเอง เพื่อปรับความคิด อารมณ์ และความรู้สึก เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแม้ว่าจะผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองนี้ยังคงอยู่ซึ่งแตกต่างจากก่อนได้รับการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง

กรณีของคุณบุปผา (นามสมมติ) ได้เขียนแสดงความรู้สึกในครั้งที่ 12 ว่า การที่เราคิดวางแผนชีวิตไว้ว่า เกิดมาแล้วทุกคนต้องเจ็บ ป่วย ตาย เกิดก็ต้องอยู่ เจ็บก็ต้องรักษา ตายก็เผา อยู่ก็หาเลี้ยงลูกกันไป ถ้อยแต่ไม่คิดถอย ต้องก้าวเดินต่อไปไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นข้างหน้าก็ตาม ใช้สติปัญญา มองปัญหาที่เกิดว่าคืออะไรกำลังทำอะไรอยู่ อยู่ที่ไหน เชื่อมมันในตัวเองว่าเราจะต้องทำได้ การเจ็บป่วยไม่ใช่ปัญหา มีทางออก แม้บางครั้งอาจจะเหน็ดเหนื่อยบ้าง แต่ก็ตั้งใจที่เรายังมีโอกาสได้ดูแลคนที่เรารักที่เหลือเวลาอยู่น้อยนิด บางทีก็คิดท้อแต่ฉันก็ไม่ยอมถอย ฉันพร้อมที่จะต่อสู้ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในวันข้างหน้า

กรณีของคุณवास (นามสมมติ) ได้เขียนแสดงความรู้สึกในครั้งที่ 12 ว่านับจากวันแรกที่มีความรู้สึกเสียใจ ท้อ หมดกำลังใจ เมื่อรู้ว่าสามีเป็นมะเร็งและจนถึงวันนี้ความรู้สึกที่เคยท้อและหมด

กำลังใจ ก็รู้สึกได้ว่าลดลงไปเกือบครึ่ง เพราะเริ่มมองเห็นทางที่จะทำตัวเองให้เข้มแข็ง ไม่ย่อท้อ และอดทน เริ่มหันไปมองรอบๆตัว และไตร่ตรองความคิด นึกถึงเหตุและผลที่เกิดขึ้นให้มากขึ้น เริ่มมองเห็นภาพอนาคต ประกอบกับได้กำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนๆหลายคน ซึ่งแต่ละครอบครัวประสบปัญหาต่างๆกัน แต่พวกเขาผ่านมาได้ เราก็ต้องทำได้ ขอให้เชื่อมั่นในตัวเองว่าทำได้

กรณีของคุณเกด (นามสมมติ) เมื่อหน้าที่สามีเอาแต่ใจ ได้เขียนแสดงความรู้สึกในครั้งที่ 12 ว่า เราต้องทำในแต่ละวันให้ดีที่สุด ไม่ว่ามันจะเกิดสิ่งใดตามมาก็ต้องพยายามยอมรับมันให้ได้ และคิดว่าการกระทำของเราต้องทำในสิ่งที่ดี เราคิดว่าจะทำอะไรแล้วต้องทำโดยไม่หวังผลตอบแทน มันก็จะมีสิ่งที่ดีตอบแทนกลับมาบ้างไม่ว่าจะน้อยหรือมาก

กรณีของคุณมะลิ (นามสมมติ) ได้เขียนแสดงความรู้สึกในครั้งที่ 12 ว่า มีความรู้ที่จะกล้าคิด กล้าทำ รู้สึกดีที่ได้ความรู้เพิ่ม จะได้ก้าวไปข้างหน้าโดยมีจุดมุ่งหมาย ทำให้ตนเองมีความสุข ครอบครัวเจริญก้าวหน้า ไม่มีความทุกข์

กรณีของคุณจันทร์ (นามสมมติ) ได้เขียนแสดงความรู้สึกในครั้งที่ 12 ว่า ความรู้สึกของเราคือได้แลกเปลี่ยนความคิดและได้ข้อคิดจากเรื่องต่าง ๆ ที่เราได้คิดได้เขียนจากความรู้สึก จะได้เอาไปปรับตัวเองและจะได้สู้กับทุกสิ่งไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ในวันข้างหน้าเราจะต้องก้าวเดินผ่านไปให้ได้ด้วยความมั่นใจ ไม่ย่อท้อ

กรณีของคนที 4 ของกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เท่ากับ 111 เนื่องจาก ช่วงแรกในการเข้ากลุ่มผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ด้วยโรคประจำตัว และเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยมีอาการแยลงเรื่อย ๆ แม้ว่าคนที่ 4 จะยังเข้าร่วมกระบวนการให้การปรึกษาอยู่ก็ตาม แต่ก็ขอเวลายังไม่ปฏิบัติ เพราะมีความคิด กังวลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา แม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามให้คนที่ 4 อยู่กับการกระทำในปัจจุบันก็ตาม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนี้ สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใดที่สนใจนำแบบวัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ควรนำข้อคำถามมาปรับรายละเอียดให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ

2. การที่จะนำโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงไปใช้ ควรมีการศึกษาสภาพการณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ศึกษาหลักการ กระบวนการ และเทคนิค

ต่าง ๆ ของทฤษฎี และฝึกฝนทักษะให้เกิดความชำนาญ เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในประเด็นการยอมรับในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น สามี พี่ น้อง พ่อ แม่ ลูก เนื่องจากการยอมรับรายบุคคล หรือครอบครัว สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกสภาพครอบครัว ไม่เฉพาะกับภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเท่านั้น แต่อาจรวมถึงสภาวะโรคที่รุนแรงโรคอื่น ๆ หรือ ครอบครัวที่ประสบกับปัญหา หรือ การสูญเสียต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ แนวคิดที่แตกต่างของแต่ละกลุ่มบุคคล

2. ควรทำศึกษาการยอมรับในรูปแบบของการให้การศึกษาครอบครัว หรือการให้การศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในมุมมองความคิดที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการศึกษาให้ดียิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

- กาญจนา ไชยพันธุ์. (2541). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- กาญจนา มยุระสุวรรณ. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลวดี โสวัณนสกุล. (2547). ผลการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการเพิ่มการยอมรับตนเองของนักศึกษา: กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- โกศล คงสมปราชญ์. (2555). ความสำคัญของภรรยา. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/139494>.
- คมเพชร ฉัตรศุกกุล. (2542). มนุษย์สัมพันธ์. วารสารการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา, 5(15), 153.
- จิราภรณ์ อารยะรังสฤษดิ์. (2541). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ท.: ม.ป.พ.).
- จิตจิตตา เฟื่องชัย. (2550). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการรู้สำนึกภาวะชีวิตที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้ป่วย ไร้ญาติ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล และคณะ. (2542). การแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.
- จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก. (2547). การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อพัฒนา ความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ช่อผกา จันประดับ. (2554). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุซดา โมเหล็ก. (2557). ความรุนแรงของอาการในผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ณรรท อรพลชัย. (2556). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคล ที่มีต่อความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.
- ทิพย์สุดา สานียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 21, 7(พิเศษ), 658-667.
- ธีราพร สอนจิน. (2557). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการยอมรับตนเองของนักเรียนที่ครอบครัวแตกแยก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นิตยา ตะนะสอน. (2546). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเผชิญตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ต่อการดูแลตนเองและการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พระบุญเต็ม วัฒนพรหม. (2553). การศึกษาและการพัฒนาโปรแกรมการยอมรับตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท 4. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญนภา กุลนภาค. (2559). การปรึกษาครอบครัว. ชลบุรี: เนติกุลการพิมพ์.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2544). ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.



- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2557). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการยอมรับตนเองของเด็กวัยรุ่น* ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ. (2552). *เทคนิคการให้คำปรึกษา: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน*. *รามาศิษตีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.
- โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. (2561). *ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เสียชีวิต*. ลพบุรี: ฝ่ายสถิติโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี.
- วัชร ทรัพย์มี. (2550). *กระบวนการปรึกษาขั้นตอนสัมพันธภาพทักษะ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2556). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภา วิเสโส. (2545). *การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2537). *การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(4), 33-37.
- วรางคณา คำอึ้ง. (2555). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิรัตน์ ชัญวิรัตน์. (2555). *ผลการปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์*. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 65(2), 119-126.
- ศรีสมร สุริยาศนิน. (2549). *บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2551). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2549). ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางแก้ไขในการดูแล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศรี ทัยศิริ. (2545). การยอมรับของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ปรินญาณิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อัญชลี แสนพรหม ทิพาพร วงศ์หงส์กุล พิภูด บุญช่วง. (2549). ความหวังกังวลที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *พยาบาลสาร*, 33(2), 131-142.
- อन्नันทน์ ทินกระโทก. (2547). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง ด้วยวิธี WDEP ต่อความรับผิดชอบด้านการศึกษาเล่าเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Backham, G. S. (1977). *Counseling: Theory process and practice*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Barbara, A. G., Charles, W. G., & Paula, S. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 205-212.
- Clavarino, A. M., John, B. L., Sue-Ann, C., & Kevin, B. (2002). The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. *Australian Journal Rural Health*, 10(2), 188-195.
- Daniel, D., Carmen, D., Cotet, A. S., James, M., & Raymond, D. (2013). Philosophical versus Psychological unconditional acceptance: Implications for constructing the unconditional acceptance questionnaire. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13(2a), 445-464.
- Dodd, M. J., Thomas, M. L., & Dibble, S. L. (1993). Predictor of concerns and coping strategies of Cancer chemotherapy outpatients. *Applied Nursing Research*, 6(1), 2-7.
- Dryden, I. L. (1998). *Statistical shape analysis*. London: John Wiley.
- Ellis, A. (1980). *Rational emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., & Otis-Green, N. (1998). Quality of life in breast cancer part II: Psychosocial and spiritual wellbeing. *Cancer Nursing*, 21(11), 1-9.

- Hagedoorn, M., Sanderman, R., & Bolks, H. N. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psycho Bull*, *134*, 1-30.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their careers. *Soc Sci Med*, *60*(8), 1-12.
- Hurlock, E. B. (1973). *Adolescent development* (4<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology* (6<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson Brook-Cole / Wadsworth.
- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it. Patient's experiences. *Cancer Nursing*, *14*(5), 240-245.
- Laurel, L., Northouse, M. C., Katapodi, A. M., & Schafenacker, A. (2012). The impact of care giving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, *28*(4), 236-245.
- Manning-Walsh, J. (2005). Spiritual struggle: Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *Journal Holistic Nursing*, *23*(12), 120-140.
- Mazanec, P., Daly, B. J., & Ferrell, B.R. (2011). Lack of communication and control: experiences of distance caregivers of parents with advanced cancer. *Oncol Nurs Forum*, *38*, 307-313.
- Mizuno, M., Kakuta, M., & Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, Demands of Illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology Nursing Forum*, *36*(3), 145-152.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho oncology*, *19*(5), 1013-1025.
- Taylor, E. J. (2005). Spiritual complementary therapies in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, *21*(3), 159-163.
- Winner, J. B., Brown, R. D., & Michels, M. K. (1991). *Statistic principles in experimental Design*. (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Wubbolding, R. E. (1996). Professional issues: The use of questioning in reality. *Journal of reality therapy*, *16*(1), 122 - 127.

Yang, C. T., (1992). Exploration of factors related to direct care and outcomes of care giving:  
Care givers of terminally ill person. *Cancer Nursing*, 15(5), 173-181.

ภาคผนวก

#### ภาคผนวก ก

- แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- โปรแกรมการให้การปรึกษารายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริง

## แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำชี้แจง

แบบวัดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 20 ข้อ

โปรดอ่านข้อคำถามอย่างรอบคอบและเลือกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด  
เพียงข้อเดียว

คำตอบของแบบวัดนี้ไม่มีถูก ไม่มีผิด และแบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์ในการยอมรับของ  
ภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อนำมาศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งไม่ส่งผลเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณที่ให้ข้อมูล

(นายนพพร ปานขาว)

ผู้วิจัย

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม**

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วนตามความเป็นจริง

อายุ  21-25 ปี       26-30 ปี       31-35 ปี       36-40 ปี  
 41-45 ปี       46-50 ปี       51-55 ปี       56-60 ปี  
 61-65 ปี       66-70 ปี       มากกว่า 71 ปีขึ้นไป ระบุ.....

โรคประจำตัว.....

ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ     ประถมศึกษา     มัธยมศึกษาตอนต้น  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย     ปวส., อนุปริญญา     ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

สถานภาพ     โสด     สมรส     หม้าย     หย่าร้าง

สมาชิกในครอบครัว จำนวน.....คน

โปรดระบุ .....

บุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน.....คน

โปรดระบุ .....



## ตอนที่ 2 แบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่งเพียงช่องเดียว โดยให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อนั้นเป็นจริงมากน้อยเพียงใดสำหรับตัวท่าน

ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่จริงมากกว่าจริง	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงมากกว่าไม่จริง	จริง	จริงที่สุด
1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	ข้อความ	1	2	3	4	5	6	7
1	การที่ฉันต้องมีชีวิตเพื่อดูแลสามีที่ป่วยซึ่งไม่ใช่ชีวิตที่ฉันต้องการ ฉันคิดว่าชีวิตไม่ยุติธรรม							
2	ฉันยอมรับได้อย่างไม่มีเงื่อนไขว่าชีวิตเป็นแบบนี้							
3	แม้ว่าฉันจะเห็นสามีคนอื่นแข็งแรง มีความสุขมากกว่าสามีของฉัน แต่ฉันก็ยอมรับในสิ่งที่เป็นไปได้							
4	แม้ว่าสามีของฉันจะเจ็บป่วยมากเพียงใดแต่ฉันก็ยอมรับว่าเขามีค่าสำหรับฉัน							
5	ฉันมีความสามารถในการดูแลสามีของฉันได้น้อยกว่าคนอื่น							
6	ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ฉันสามารถต่อสู้ ฝ่าฟัน และดำเนินชีวิตต่อไปได้							
7	แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการไม่ดีขึ้นฉันก็ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้							
8	เมื่อฉันมีความเครียดในการดูแลสามีที่ป่วย ฉันจะมีวิธีการจัดการเพื่อให้อาการเครียดลดลงได้							
9	ชีวิตฉันมีคุณค่า เมื่อได้ดูแลคนที่ฉันรัก							
10	ฉันสามารถดูแลสามีได้ดี ไม่ว่าเขาจะเจ็บป่วยมากมายเพียงใด							
11	ไม่ว่าร่างกาย จิตใจ ของสามีจะเปลี่ยนไปอย่างไร ฉันยอมรับได้ทุกอย่าง							
12	สามีและฉันมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันเสมอ แม้ว่าเขาจะเจ็บป่วยเพียงใด							
13	ฉันมีความสุขที่ได้ดูแลคนที่ฉันรักยามเจ็บป่วย							
14	ฉันมองภาพอนาคตไม่ออก ว่าฉันจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร หากไม่มีเขา							
15	ความสุขของฉันลดลง เมื่อฉันทราบว่าสามีฉันป่วยด้วยโรคมะเร็ง							
16	ฉันยอมรับได้ทุกเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิต และจะทำทุกอย่างให้ดีที่สุด							
17	ฉันปฏิบัติต่อสามีเป็นอย่างดี สม่่าเสมอ ทั้งในยามทุกข์ และยามสุข							
18	ฉันและสามี ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการดำรงชีวิตอยู่เสมอ							
19	บ่อยครั้งที่ฉันเบื่อก่อนหน้าในการดูแลคนที่เจ็บป่วย							
20	ชีวิตที่มีความสุขคือ ชีวิตที่ได้ดูแลคนที่รักจนวาระสุดท้าย							

โปรแกรมการให้การบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิคที่ใช้
1	การปฐมนิเทศ และการสร้าง สัมพันธภาพ เวลา 45-60 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา</li> <li>2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของกระบวนการให้การปรึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้การปรึกษา และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีการกำหนดไว้ร่วมกัน</li> <li>3. เพื่อกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึก</li> <li>- การให้ข้อมูล</li> <li>- การให้กำลังใจ</li> <li>- การสรุปความ</li> </ul>
2	การสัมพันธภาพ เวลา 45 - 60 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา</li> <li>2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ของกระบวนการให้การปรึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้การปรึกษา และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีการกำหนดไว้ร่วมกัน</li> <li>3. เพื่อกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึก</li> <li>- การให้กำลังใจ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การให้ข้อเสนอแนะ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิคที่ใช้
3	สำรวจพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ (want) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45 - 60 นาที	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประสบการณ์ เหตุการณ์ที่ผ่านมาและสำรวจความต้องการ (Want) ของตนเองในปัจจุบัน</p> <p>2. เพื่อให้เข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้นโดยยึดหลักว่าก่อนที่จะเข้าใจผู้อื่นต้องเข้าใจตนเองเสียก่อนเพื่อนำไปสู่การยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผน การดำเนินชีวิต</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึกล</li> <li>- การให้กำลังใจ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การมอบหมายงาน</li> </ul>
4	ติดตามผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ (Want) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประสบการณ์ เหตุการณ์ที่ผ่านมาและทบทวนความต้องการ (Want) ของตนเองในปัจจุบัน</p> <p>2. เพื่อให้เข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้นโดยยึดหลักว่าก่อนที่จะเข้าใจผู้อื่นต้องเข้าใจตนเองเสียก่อนเพื่อนำไปสู่การยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผน การดำเนินชีวิต</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาข้อสรุปถึง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึกล</li> <li>- การให้กำลังใจ</li> <li>- การสรุปความ</li> </ul>

		ความต้องการของผู้รับการปรึกษา จากใบงานครั้งที่ 3	
--	--	--	--

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิคที่ใช้
5	สำรวจพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การกระทำ(Doing) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจการกระทำ (Doing) ของตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อน ความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ - การมอบหมายงาน
6	ติดตามผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การกระทำ (Doing) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนการกระทำ (Doing) ของตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาข้อสรุปถึงการกระทำของผู้รับการปรึกษา จากใบงานครั้งที่ 5	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อน ความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ
7	ประเมินคุณค่าของพฤติกรรม (Evaluation) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ในการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินพฤติกรรมจากการกระทำของตนเอง	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อน ความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ

			- การมอบหมายงาน
--	--	--	-----------------

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิคที่ใช้
8	ติดตามผลคุณค่าของพฤติกรรม (Evaluation) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนเรื่องการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้ 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินพฤติกรรมจากการกระทำของตนเอง และร่วมกันหาข้อสรุปถึงการกระทำของผู้รับการปรึกษา จากใบงานครั้งที่ 7	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อนความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ
9	การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้กับพฤติกรรมของตนเอง และวางแผนปฏิบัติ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง และลองกลับไปลงมือทำ เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อนความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ - การมอบหมายงาน
10	ติดตามผลการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนวิธีปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ตนเองได้ลองกลับไปลงมือทำ และปรับให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของ	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อนความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ

		ผู้ป่วย ไม่กล้าวโทษตนเอง สามารถดูแล ผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต	- การสรุปความ
--	--	--	---------------

ครั้ง ที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/ เทคนิคที่ใช้
11	ติดตามผล การดำเนินการ ตามแผน เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนงาน ต่าง ๆ โดยการทบทวนกระบวนการ WDEP 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับต่อ การเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของ ผู้ป่วย ไม่กล้าวโทษตนเอง สามารถดูแล ผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อน ความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ
12	สรุปและยุติการให้ การปรึกษา เวลา 45-60 นาที	1. เพื่อสรุปผลการให้การศึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินตนเอง หลังจากได้รับการปรึกษา 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึก ที่ดีและมีกำลังใจในการนำสิ่งที่ได้จาก การเรียนรู้ไปปฏิบัติ 4. เพื่อยุติการให้การศึกษา และนัด เพื่อติดตามผลหลังการทดลองโดยให้ ผู้เข้ารับการปรึกษาทำแบบวัดอีกครั้งต่อไป	- การฟัง - การใช้คำถาม - การตีความ - การสะท้อน ความรู้สึก - การให้ข้อมูล - การให้กำลังใจ - การสรุปความ

## รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 1

เรื่อง การปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 45-60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานในการสร้างกระบวนการปรึกษา โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ด้วยการสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่เข้ารับการปรึกษา โดยที่ผู้ให้การปรึกษานั้นมีหน้าที่ สร้างแรงผลักดัน และช่วยแนะแนววิธีการ โดยการสำรวจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อที่ผู้เข้ารับการปรึกษานั้น สามารถหาทางออกในปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการพบกันครั้งแรกนั้น ผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นผู้วิจัย จะแจ้งในวัตถุประสงค์ของกระบวนการโดยละเอียด ดังเช่น ระยะเวลา จำนวนครั้ง และรูปแบบในการดำเนินการเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจตรงกันและร่วมกัน ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน โดยที่ ข้อมูลต่างๆในการให้การปรึกษานั้น จะถูกเก็บไว้เป็นความลับทั้งสิ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ของกระบวนการให้การปรึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้การปรึกษา และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีการกำหนดไว้ร่วมกัน
3. เพื่อกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง

### อุปกรณ์

1. ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. แผ่นกระดาษเปล่าเพื่อกรอกความรู้สึก

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

การเริ่มต้นด้วยการกล่าวแนะนำตนเองทั้งผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปโดยสังเขป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง เพื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดี จากนั้น ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ กฎเกณฑ์ วิธีการ รวมถึงระยะเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการปรึกษา รวมทั้งเรื่องของการรักษาความลับและขออนุญาตบันทึกเสียง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง กล่าวถึงความรู้สึกของตนเอง ในกรณีที่ได้เข้าร่วมกระบวนการให้การปรึกษา รวมถึงความตั้งใจและความคาดหวังจากการเข้าร่วมการให้การปรึกษา
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกันในการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ลงชื่อในใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการเข้ารับการปรึกษาในแต่ละครั้ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านรายละเอียด หากไม่เข้าใจส่วนใดสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา และหากไม่สะดวก สามารถถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลาเช่นกัน

#### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยแจกแผ่นกระดาษเปล่าเพื่อกรอกความรู้สึก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเขียนถึงสิ่งที่ตนเองต้องการบอกกล่าว ความรู้สึกในครั้งนี้อะไรหรือสิ่งที่ได้รับในการรับการปรึกษา เพื่อให้เก็บไว้ในการได้รับการปรึกษาแต่ละครั้ง
2. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลาในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากแผ่นกระดาษเปล่าเพื่อกรอกความรู้สึก



**รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**

**ครั้งที่ 2**

**เรื่อง**           **สร้างสัมพันธภาพ**

**ระยะเวลา**   **45-60 นาที**

**แนวคิดสำคัญ**

สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานในการสร้างกระบวนการปรึกษา โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา ด้วยการสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่เข้ารับการปรึกษา โดยที่ผู้ให้ศึกษานั้นมีหน้าที่ สร้างแรงผลักดันและช่วยแนะแนววิธีการ โดยการสำรวจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เข้ารับการปรึกษานั้นสามารถหาทางออกในปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้การศึกษาจะแจ้งทบทวน ในวัตถุประสงค์ ของกระบวนการโดยละเอียด ดังเช่น ระยะเวลา จำนวนครั้ง และรูปแบบในการดำเนินการเพื่อให้ผู้เข้ารับการปรึกษาเกิดความเข้าใจ ตรงกันและร่วมกัน ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน โดยที่ ข้อมูลต่าง ๆ ในการให้ศึกษานั้น จะถูกเก็บไว้เป็นความลับทั้งสิ้น

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ของกระบวนการให้การศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้การศึกษา และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีการกำหนดไว้ร่วมกัน
3. เพื่อกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง

**อุปกรณ์**

ภาพทุก ๆ วันคุณเลือกได้ และ ภาพพื่อใจในสิ่งที่มีอยู่

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายรวมทั้งพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปโดยสังเขป เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง เพื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดี
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง กล่าวถึงการใช้ชีวิตของครอบครัวตั้งแต่ก่อนทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หลังจากทีทราบ จนถึงปัจจุบัน ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างความรู้สึกของตนเอง ความรู้สึกในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจและไว้วางใจ
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกันในการให้การปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างคุณภาพ “ทุก ๆ วันคุณเลือกได้” และ “พอใจในสิ่งที่มีอยู่” โดยให้ดูทีละภาพ พร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ

### ขั้นสรุป

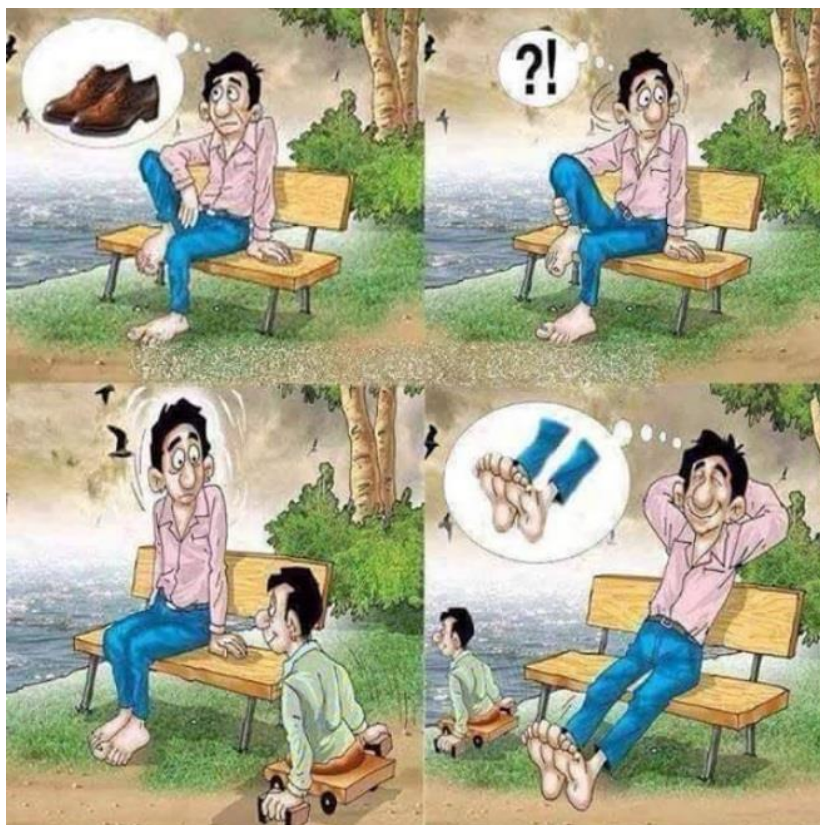
1. ผู้วิจัยสรุปการอธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวในส่วนของวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีซึ่งกันและกัน การเปิดใจ การไว้วางใจ และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อสำรวจพฤติกรรมความต้องการ (Want) ของตนเอง
4. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลาในการปรึกษาครั้งต่อไป

## การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากภาพ “ทุก ๆ วันคุณเลือกได้” และ “พอใจในสิ่งที่มีอยู่”

ภาพประกอบการให้การปรึกษา ครั้งที่ 2





รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 3

เรื่อง ตำรวจพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ (Want) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะเวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ

การสำรวจพฤติกรรมของผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมายและความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของความต้องการ W (Want) ถามสมาชิกว่าต้องการอะไร คำถามพิจารณาถึงวัฒนธรรม และความมุ่งมั่นของบุคคลในกลุ่ม ผู้นำจะเน้นเฉพาะคำตอบของความมุ่งมั่น ซึ่งชี้บ่งว่าบุคคลอุทิศตน โดยเต็มที่เพื่อให้บรรลุผลตามที่ต้องการจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายในที่สุด (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2555)

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประสบการณ์ เหตุการณ์ที่ผ่านมาและสำรวจความต้องการ (Want) ของตนเองในปัจจุบัน
2. เพื่อให้เข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยยึดหลักว่าก่อนที่จะเข้าใจผู้อื่นต้องเข้าใจตนเองเสียก่อนเพื่อนำไปสู่การยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา

## อุปกรณ์

1. ใบงานครั้งที่ 3 ความต้องการของฉันในปัจจุบัน

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษารั้งที่ 3 เพื่อเริ่มต้นให้การปรึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างคิดทบทวนเรื่องราวการใช้ชีวิตของครอบครัวตั้งแต่ ก่อนทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หลังจากที่ได้รับทราบ จนถึงปัจจุบัน ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง รวมทั้งความหวัง ความเชื่อความรู้สึกและการกระทำของตนเอง ความรู้สึกในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อตนเองเพื่อสำรวจถึงความต้องการ (Want) ของตนเอง
2. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราว ด้วยทักษะการฟัง โดยการที่ผู้วิจัยสามารถแทรกแซงคำถามเข้าไปได้ในจังหวะที่เหมาะสม เพื่อเป็นการสะท้อนความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่รวบรวมเรื่องราวมาเพื่อสรุปความ ด้วยทักษะการสรุปความ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับฟังจนเกิดความเข้าใจ
3. ผู้วิจัยให้ใบงานครั้งที่ 3 กับกลุ่มตัวอย่างเขียนความต้องการ (Want) ความรู้สึก ความหวัง และความเชื่อ ของตนเองในปัจจุบัน และให้กลับไปเขียนเพิ่มเติม แล้วให้นำมาส่งในครั้งต่อไป

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเรื่องความต้องการ (Want) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งความรู้สึก ความหวัง และความเชื่อที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อทบทวน และติดตามผลพฤติกรรมความต้องการ (Want) ของตนเอง

3. ผู้วิจัยขอคำแนะนำ ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลา ในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 3 ความต้องการของฉันในปัจจุบัน

## ใบงานครั้งที่ 3 ความต้องการของฉันในปัจจุบัน

ความต้องการของฉันในปัจจุบัน / วันนี้ คือ

.....

.....

.....

.....

.....

ความรู้สึก ของฉันกับความต้องการนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ความหวัง ของฉันกับความต้องการนี้

.....

.....

.....

.....

ความเชื่อ ของฉันกับความต้องการนี้

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 4

เรื่อง ติดตามผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการ (Want) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ

การสำรวจพฤติกรรมของผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมายและความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของความต้องการ W (Want) ถามสมาชิกว่าต้องการอะไร คำถามพิจารณาถึงวัฒนธรรม และความมุ่งมั่นของบุคคลในกลุ่ม ผู้นำจะเน้นเฉพาะคำตอบของความมุ่งมั่น ซึ่งชี้บ่งว่าบุคคลอุทิศตน โดยเต็มที่เพื่อให้บรรลุผลตามที่ต้องการจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายในที่สุด (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2555)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประสบการณ์ เหตุการณ์ที่ผ่านมาและทบทวนความต้องการ (Want) ของตนเองในปัจจุบัน
2. เพื่อให้เข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยยึดหลักว่าก่อนที่จะเข้าใจผู้อื่นต้องเข้าใจตนเองเสียก่อนเพื่อนำไปสู่การยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาข้อสรุปถึงความต้องการของผู้รับการปรึกษา จากใบงานครั้งที่ 3

### อุปกรณ์

ภาพสิ่งที่มีอยู่เป็นสิ่งที่คนอื่นฝัน

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 4 เพื่อเริ่มต้นให้การปรึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูภาพสิ่งที่มีอยู่เป็นสิ่งที่คนอื่นฝัน พร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการคิดทบทวนความต้องการ (Want) ของตนเอง
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างคิดทบทวนเรื่องราวการใช้ชีวิตของครอบครัวตั้งแต่ ก่อนทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หลังจากที่ได้รับทราบ จนถึงปัจจุบัน ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง รวมทั้งความหวัง ความเชื่อ ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง ความรู้สึกในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อตนเองเพื่อทบทวนและติดตามผลความต้องการ (Want) ของตนเอง จากใบงานครั้งที่ 3 ที่ได้เขียนไว้



3. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราว ด้วยทักษะการฟัง โดยการที่ผู้วิจัยสามารถแทรกแซงคำถามเข้าไปได้ในจังหวะที่เหมาะสม เพื่อเป็นการสะท้อนความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่รวบรวมเรื่องราวมาเพื่อสรุปความ ด้วยทักษะการสรุปความ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับฟังจนเกิดความเข้าใจ

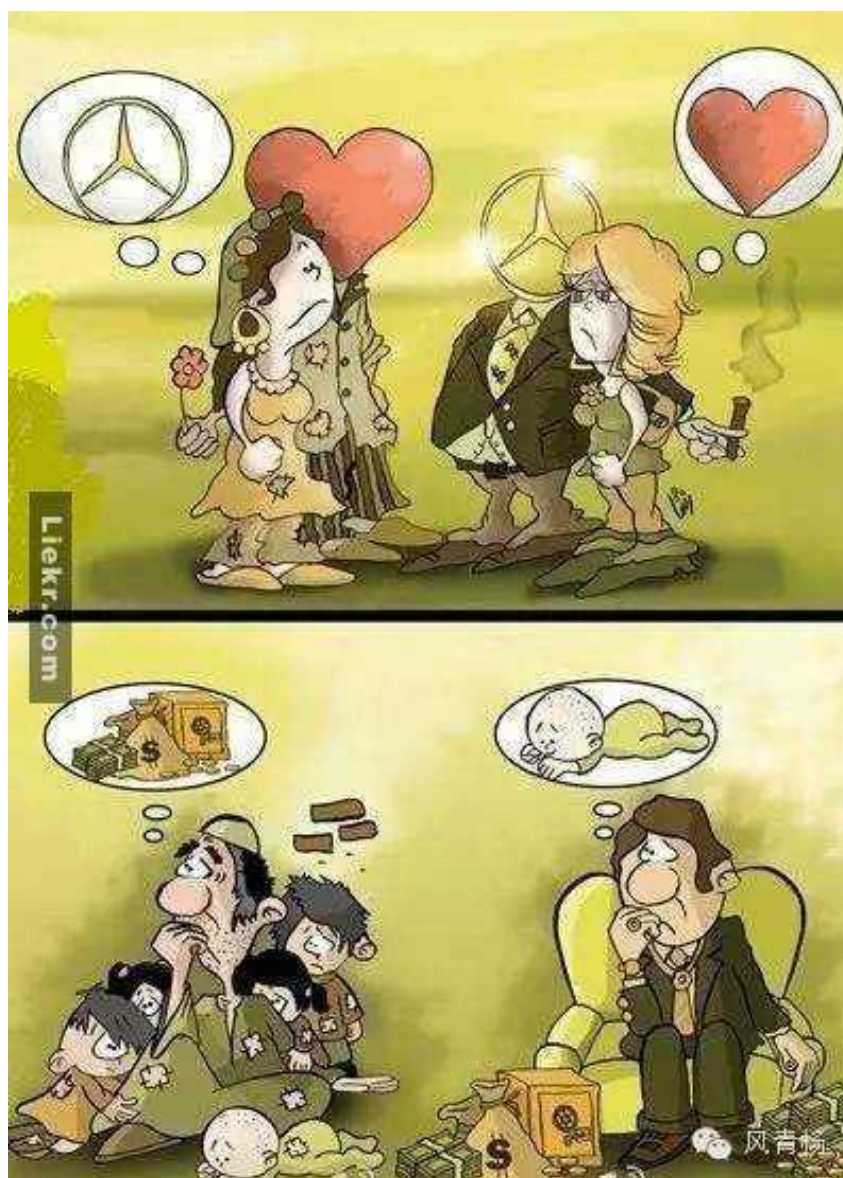
### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องความต้องการ (Want) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งความรู้สึก ความหวัง และความเชื่อที่ส่งผลกระทบต่อถึงกลุ่มตัวอย่างว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อสำรวจการกระทำ (Doing) ของตนเอง
3. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลา ในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากภาพสิ่งที่มีอยู่เป็นสิ่งที่คนอื่นฝัน
3. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 3 ความต้องการของฉันในปัจจุบัน

ภาพประกอบการให้การศึกษา ครั้งที่ 4



รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## ครั้งที่ 5

เรื่อง ตำรวจพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การกระทำ (Doing) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

การสำรวจพฤติกรรมของผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมายและความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของการกระทำ D (Doing) เน้นว่าบุคคลจะทำอะไรและจะเป็นไปในทิศทางไหน จากความเป็นจริงในปัจจุบัน (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2555)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้สำรวจการกระทำ (Doing) ของตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา

### อุปกรณ์

ใบงานครั้งที่ 5สำรวจการกระทำของฉันในปัจจุบัน

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษาครั้งที่ 5 เพื่อเริ่มต้นให้การศึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนเรื่องราวการใช้ชีวิตของครอบครัวตั้งแต่มก่อนทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หลังจากที่ทราบ จนถึงปัจจุบัน ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร บ้างรวมทั้งความหวัง ความเชื่อความรู้สึกและการกระทำของตนเอง ความรู้สึกในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง แล้วได้สรุปความต้องการ (Want) ของตนเองไว้ในครั้งที่ผ่านมา เพื่อนำมาสำรวจถึงการกระทำ (Doing) ของตนเอง

2. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราว ด้วยทักษะการฟัง โดยการที่ผู้วิจัยสามารถแทรกแซงคำถามเข้าไปได้ในจังหวะที่เหมาะสม เพื่อเป็นการสะท้อนความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่รวบรวมเรื่องราวมาเพื่อสรุปความ ด้วยทักษะการสรุปความ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับฟังจนเกิดความเข้าใจ

3. ผู้วิจัยให้ใบงานครั้งที่ 5 กับกลุ่มตัวอย่างเขียนถึงเรื่องราวการกระทำ (Doing) ของตนเอง ที่แตกต่างกันระหว่างก่อนกับหลังทราบถึงการเจ็บป่วย รวมถึงการกระทำของบุคคลใกล้ชิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง และให้กลับไปเขียนเพิ่มเติม แล้วให้นำมาส่งในครั้งต่อไป

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเรื่องของการกระทำ (Doing) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งความรู้สึก ความหวัง และความเชื่อของตนเอง รวมถึงการกระทำของบุคคลใกล้ชิด ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อทบทวนและติดตามผล การกระทำ (Doing) ของตนเอง

3. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลา ในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 5 สสำรวจการกระทำของฉันในปัจจุบัน

## ใบงานครั้งที่ 5 สสำรวจการกระทำของฉันในปัจจุบัน

กระทำของน้อง ที่แตกต่างกันระหว่าง ก่อน กับ หลัง ทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย  
มะเร็ง เช่น การกระทำของน้อง, การแสดงออกของน้อง, การแก้ไขปัญหาของน้อง

<p><b>ก่อน</b>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>หลัง</b>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

การกระทำของบุคคลใกล้ชิดที่ส่งผลกระทบต่อถึงน้อง

.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## ครั้งที่ 6

เรื่อง ติดตามผลพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นไปที่การกระทำ (Doing) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

การสำรวจพฤติกรรมของผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมายและความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของการกระทำ D (Doing) เน้นว่าบุคคลจะทำอะไรและจะเป็นไปในทิศทางไหน จากความเป็นจริงในปัจจุบัน (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2555)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ทบทวนการกระทำ (Doing) ของตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้เรียนรู้ที่จะเผชิญความจริง และร่วมกันหาข้อสรุปถึงการกระทำของผู้รับการศึกษา จากใบงานครั้งที่ 5

### อุปกรณ์

ภาพทุกคนควรรู้จักตัวเอง และควรอยู่กับปัจจุบัน

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษาครั้งที่ 6 เพื่อเริ่มต้นให้การศึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดู ภาพทุกคนควรรู้จักตัวเองและควรอยู่กับปัจจุบันพร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการคิดทบทวนการกระทำ (Doing) ของตนเอง

2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนความต้องการ (Want) การกระทำ (Doing) ในครั้งที่ 5 ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ที่รวมทั้งความรู้สึก ความหวัง ความเชื่อ และการกระทำของตนเอง ความรู้สึกในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วย ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดถึงการกระทำของตนเองจากใบงานครั้งที่ 5 ที่ได้เขียนเพิ่มเติมขึ้นมาเกี่ยวกับการกระทำ (Doing) ของตนเอง เพื่อทบทวนและติดตามผล การกระทำ (Doing) ของตนเอง

3. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราว ด้วยทักษะการฟัง โดยการที่ผู้วิจัยสามารถแทรกแซงคำถามเข้าไปได้ในจังหวะที่เหมาะสม เพื่อเป็นการสะท้อนความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่รวบรวมเรื่องราวมาเพื่อสรุปความ ด้วยทักษะการสรุปความ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับฟังจนเกิดความเข้าใจ

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การกระทำ (Doing) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งความรู้สึก ความหวัง และความเชื่อของตนเอง รวมถึงการกระทำของบุคคลใกล้ชิด ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว ในเรื่องการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเอง

3. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลา ในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ข้อมูลจากภาพทุกคนควรรู้จักตัวเอง และควรอยู่กับปัจจุบัน

3. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 5 สำนวนการกระทำของฉันทันในปัจจุบัน

## ภาพประกอบการให้การปรึกษา ครั้งที่ 6



ที่มาของภาพ <http://www.manyum.com/post/detail/129268.html>

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา



## ผู้ปวยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 7

เรื่อง ประเมินคุณค่าของพฤติกรรม (Evaluation) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

การประเมินคุณค่าพฤติกรรมผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมาย และความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของ E (Self Evaluation) เป็นการประเมินตนเองใกล้เคียงกับการแปลความหมายของจิตวิเคราะห์ การประเมินตนเองด้านพฤติกรรม อารมณ์ การรู้จัก สิ่งสำคัญของการประเมิน คือ จะต้องทำด้วยความสุจริตใจ สอดคล้องกับความเป็นจริง เพื่อส่งผลไปในทางที่เหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ศิริบุรณ์ สายโกสม, 2555)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้เรียนรู้ในการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมจากการกระทำของตนเอง

### อุปกรณ์

1. ใบงานครั้งที่ 7 ประเมินพฤติกรรม หรือการกระทำของฉันทันปัจจุบัน

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา ครั้งที่ 7 เพื่อเริ่มต้นให้การปรึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวถึงการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเองที่มีต่อตนเองและผู้อื่น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงเหตุการณ์ การกระทำ พฤติกรรม ความรู้สึก รวมทั้งทบทวนการกระทำของตนเองจากใบงานที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยใช้ทักษะการใช้คำถาม สอบถามเรื่องการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเองที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ว่าเป็นอย่างไร ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อตนเองและผู้อื่นนั้น ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมที่มีต่อการกระทำแล้วให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงความรู้สึก ความคิด หรือเหตุผล ของพฤติกรรม หรือการกระทำนั้น จากนั้นให้พิจารณาถึงความสมเหตุสมผลของการแสดงออกของตนเอง และตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการกระทำใดมากที่สุด ด้วยตนเองแล้วเขียนลงในใบงานครั้งที่ 7 และให้กลับไปเขียนเพิ่มเติม แล้วให้นำมาส่งในครั้งต่อไป

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเรื่องของการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเองที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งความรู้สึก แนวคิด หรือเหตุผลที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อทบทวนและติดตามผล เรื่องการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเอง

3. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลา ในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 7 ประเมินพฤติกรรม หรือการกระทำของฉันทันในปัจจุบัน

**ใบงานครั้งที่ 7 ประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำของฉันทันในปัจจุบัน**

พฤติกรรม หรือการกระทำ ของฉันที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

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

ความรู้สึก ของพฤติกรรม/ การกระทำนี้

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

ความคิด ของพฤติกรรม / การกระทำนี้

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

เหตุผล ของพฤติกรรม/ การกระทำนี้

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

ความสมเหตุสมผลของการแสดงออกของฉัน

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

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา

ผู้ปวยมะเร็งระยะลุกลาม

## ครั้งที่ 8

เรื่อง ติดตามผลคุณค่าของพฤติกรรม (Evolution) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

การประเมินคุณค่าพฤติกรรมผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมาย และความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของ E (Self evaluation) เป็นการประเมินตนเองใกล้เคียงกับการแปลความหมายของจิตวิเคราะห์ การประเมินตนเองด้านพฤติกรรม อารมณ์ การรู้คิด สิ่งสำคัญของการประเมิน คือ จะต้องทำด้วยความสุจริตใจ สอดคล้องกับความเป็นจริง เพื่อส่งผลไปในทางที่เหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2555)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ทบทวนเรื่องการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ประเมินพฤติกรรมจากการกระทำของตนเองและร่วมกันหาข้อสรุปถึงการกระทำของผู้รับการศึกษา จากใบงานครั้งที่ 8

### อุปกรณ์

ภาพโครมิด

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษาคั้งที่ 8 เพื่อเริ่มต้นให้การปรึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดู ภาพวิเคราะห์พร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการคิดทบทวนเรื่องการประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเอง
2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนเรื่องการประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำในครั้งที่ 7 จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายถึงรายละเอียดของความรู้สึก ความคิด หรือเหตุผลของพฤติกรรม หรือการกระทำนั้น ที่ได้เขียนเพิ่มเติมขึ้นมาในใบงานครั้งที่ 7 เพื่อทบทวนและติดตามผล
3. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราว ด้วยทักษะการฟัง โดยที่ผู้วิจัยสามารถแทรกแซงคำถามเข้าไปได้ในจังหวะที่เหมาะสม เพื่อสอบถามเรื่องการใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเองที่มีต่อตนเอง และผู้อื่นว่าเป็นอย่างไร โดยรวมความรู้สึก ความคิด หรือเหตุผล ของพฤติกรรม หรือการกระทำนั้น ด้วย เพื่อเป็นการสะท้อนความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่รวบรวมเรื่องราวมาเพื่อสรุปความ ด้วยทักษะการสรุปความ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับฟังจนเกิดความเข้าใจ โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินเรื่องราวและร่วมกันหาข้อสรุป

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การใช้เหตุผลในการประเมินพฤติกรรมตนเองที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งความรู้สึก แนวคิด และความเชื่อที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว ในเรื่องการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง
3. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลาในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากภาพวิเคราะห์
3. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 7 ประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำของฉันทันปัจจุบัน

## ภาพประกอบการให้การปรึกษา ครั้งที่ 8



ที่มาของภาพ <https://plus.google.com/107887535208989069936/posts/TdQxdyxAtdk>

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา

## ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

### ครั้งที่ 9

เรื่อง การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

#### แนวคิดสำคัญ

การประเมินคุณค่าพฤติกรรมผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมาย และความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของ P (Planning) คือ แผนของการกระทำ มีทิศทางเป็นพื้นฐาน บรรลุผลได้ง่าย วัดได้ทันที และสามารถควบคุมเพื่อที่จะสามารถดำเนินแผนการ ไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2555)

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้เรียนรู้กับพฤติกรรมของตนเอง และวางแผนปฏิบัติ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง และลองกลับไปลงมือทำ เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษายอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต

#### อุปกรณ์

ใบงานครั้งที่ 9 วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง

#### วิธีดำเนินการ

##### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษาคั้งที่ 9 เพื่อเริ่มต้นให้การปรึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

##### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวถึงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการยอมรับและพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การยอมรับ พร้อมทั้งยกตัวอย่างที่สอดคล้องกับเรื่องราวของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยใช้ทักษะการใช้คำถามสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นอย่างไร เพื่อที่จะนำไปสู่การยอมรับ ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ
3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการใช้มุมมองที่ต่างไป ให้กลุ่มตัวอย่างมองพฤติกรรมที่ปฏิบัติในแง่มุมมองอื่น เพื่อเพิ่มการยอมรับ สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงแนวทางการแก้ไขอื่น ๆ เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติ ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้กับพฤติกรรมของตนเอง และวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำ จากใบงานครั้งที่ 7 และข้อสรุปครั้งที่ 8 เพื่อให้ไปสู่สิ่งที่ตนเองต้องการ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง
4. ผู้วิจัยให้ใบงานครั้งที่ 9 กับกลุ่มตัวอย่างได้เขียนถึง วิธีปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ ที่ต้องการ และสามารถทำได้จริง โดยให้ทบทวนเรื่องราวการให้การศึกษาในครั้งที่ผ่าน ๆ มา และให้กลับไปเขียนเพิ่มเติม แล้วให้นำมาส่งในครั้งต่อไป

#### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อทบทวนและติดตามผล รูปแบบการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง
3. ผู้วิจัยบอกนัยหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลาในการปรึกษาครั้งต่อไป

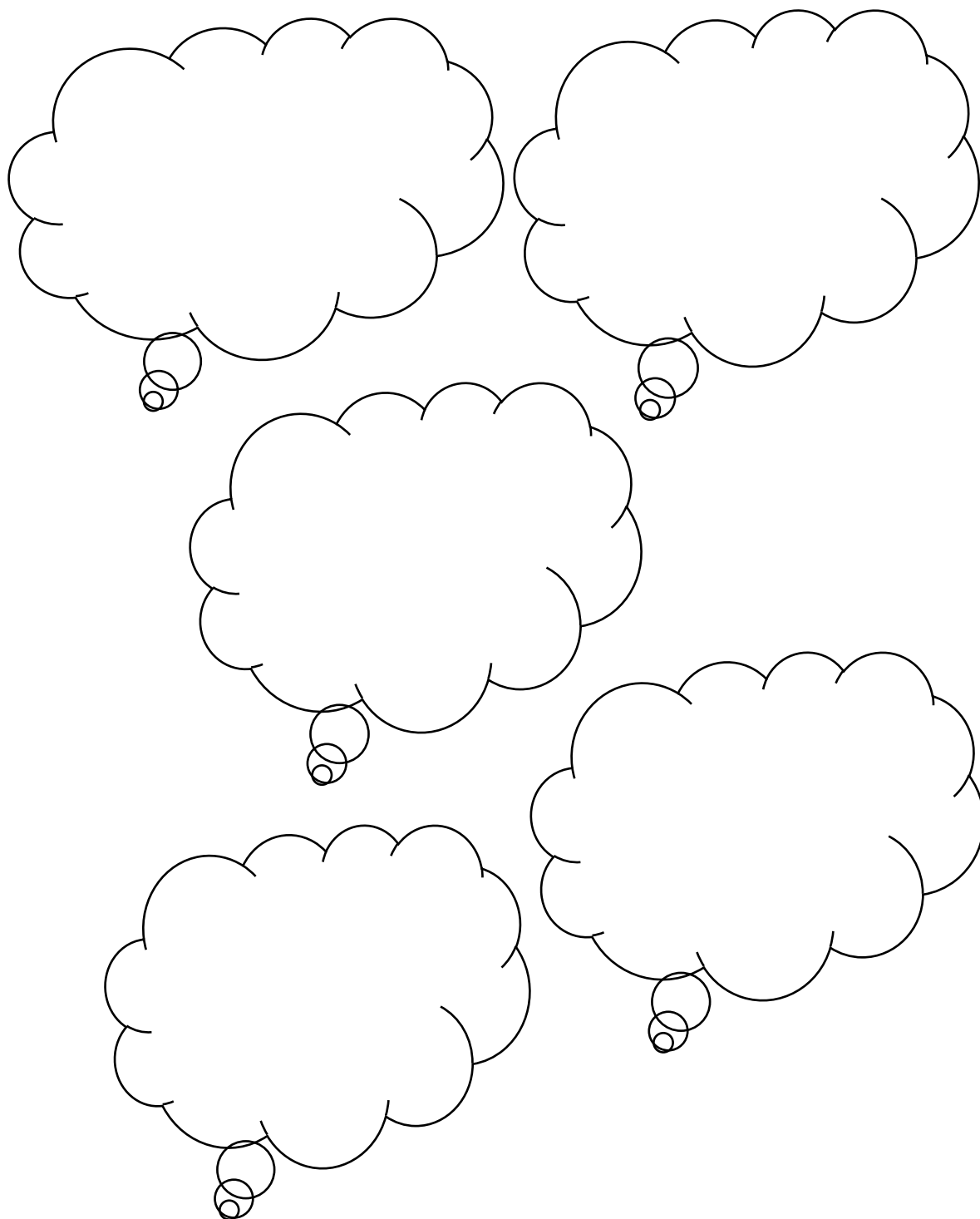
#### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 9 วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง

### ใบงานครั้งที่ 9 วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง



วิธีปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ ที่ันต้องการ และันสามารถทำได้



รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา

## ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่ 10

เรื่อง ติดตามผลการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของภรรยาผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะเวลา 45-60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

การประเมินคุณค่าพฤติกรรมผู้เข้ารับการศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการมองหาเป้าหมาย และความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษา ในองค์รวมของรูปแบบโครงสร้าง WDEP ในส่วนของ P (Planning) คือ แผนของการกระทำ มีทิศทางเป็นพื้นฐาน บรรลุผลได้ง่าย วัดได้ทันที และสามารถควบคุม เพื่อที่จะสามารถดำเนินแผนการ ไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริบุรณ์ สายโกสม, 2555)

การใช้การบำบัดพิจารณาตามความเป็นจริงในกลุ่ม โดยกระบวนการพื้นฐานเป็นกระบวนการที่เป็นประโยชน์และมีเหตุผล โดยเน้นปัจจุบันในพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ ผู้นำกลุ่มประยุกต์การบำบัดพิจารณาตามความเป็นจริง โดยใช้โครงสร้างของ WDEP เข้ามาเป็นกระบวนการสำคัญ ในรูปแบบของความต้องการและการกระทำ เพื่อเน้นไปสู่การประเมินพฤติกรรมตนเอง เพื่อวางแผนที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมาย (ศิริบุรณ์ สายโกสม, 2555)

ในส่วนของการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับภัยคุกคามต่าง ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางร่างกายและจิตใจ เป็นความแปรปรวนต่อระบบความสมดุล ส่งผลต่อพฤติกรรม และอาจนำไปสู่ปัญหาความเครียดและอาการเจ็บป่วยได้ (ระพีพันธ์ ฉายวิมล, 2559)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้ทบทวนวิธีปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ ที่ตนเองได้ลองกลับไปลงมือทำ และปรับให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่ความต้องการของตนเอง

2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษายอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต

### อุปกรณ์

## ภาพคตินอกกรอบ

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษาครั้งที่ 10 เพื่อเริ่มต้นให้การศึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดู ภาพคตินอกกรอบพร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการคิดทบทวนการวางแผน เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Plan) ของตนเอง
2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนวิธีปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ ในครั้งที่ 9 จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายถึงรายละเอียด ที่ได้เขียนเพิ่มเติมขึ้นมาในใบงาน ครั้งที่ 9 เพื่อทบทวนและติดตามผล
3. ผู้วิจัยสอบถามถึงความคืบหน้าในการฝึกปฏิบัติตน ตามแผนที่วางไว้
4. ผู้วิจัยใช้ทักษะการใช้คำถามสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่จะให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ
5. ผู้วิจัยใช้ทักษะการใช้คำถามถึงความรู้สึก และความคาดหวัง เพื่อทบทวนให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และรู้จักที่จะยอมรับและปรับตัว กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หลังจากที่ได้ฝึกปฏิบัติตนตามรูปแบบที่วางไว้ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังเกิดความกังวลใจและไม่สามารถที่จะปฏิบัติตนได้ เพื่อร่วมกันหาทางออกและพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่เป้าหมายที่ดี

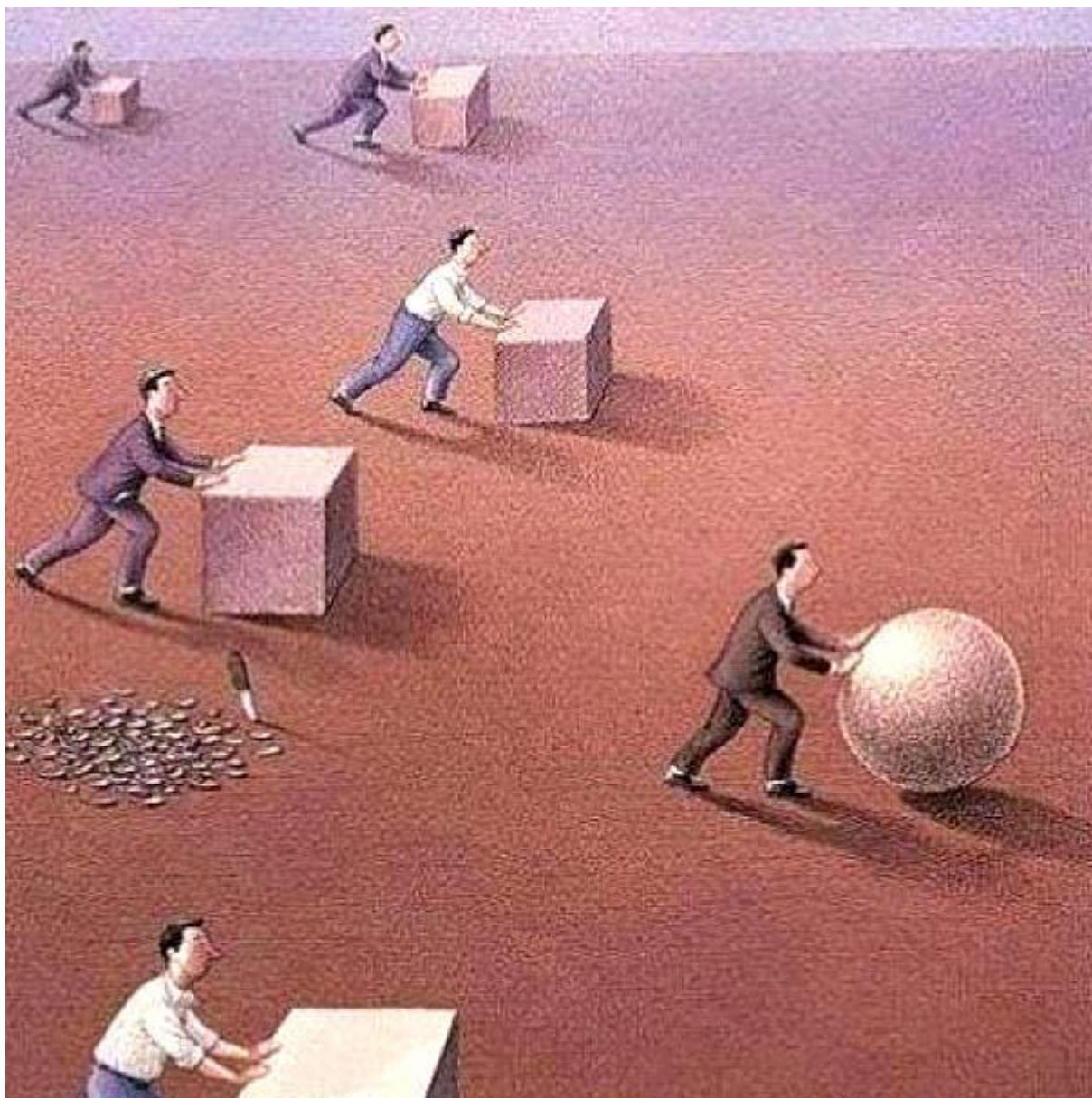
#### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงว่าทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้าง
2. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับเป้าหมาย เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติอย่างเต็มที่
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อทบทวนและติดตามผล รูปแบบการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง

4. ผู้วิจัยบอกนัยหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลาในการปรึกษาครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากภาพทัศนอกกรอบ
3. ข้อมูลจากใบงานครั้งที่ 9 วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง



ที่มาของภาพ [http://www.liekr.com/post\\_137343.html](http://www.liekr.com/post_137343.html)

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## ครั้งที่ 11

เรื่อง ติดตามผลการดำเนินการตามแผน

ระยะเวลา 45- 60 นาที

### แนวคิดสำคัญ

การติดตามผลการปฏิบัติ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่เป้าหมาย โดยการประยุกต์การบำบัดพิจารณาตามความเป็นจริง โดยหาวิธีที่ดีขึ้นในการตอบสนองความต้องการ เพื่อเปลี่ยนการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นไปในทางทำลาย และเพื่อวางแผนในทางบวกที่ดีขึ้นตามลำดับ โดยที่เน้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัจจุบัน โดยที่ยกเว้น ในส่วนของ ข้อแก้ตัวที่เกิดขึ้น ไม่มีการลงโทษ หากไม่ได้ทำตามแผน และเน้นย้ำในเกิดการสู้ต่อหรือไม่ยอมแพ้ โดยให้ระยะเวลาเป็นองค์ประกอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวก

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนงานต่างๆ โดยการทบทวนกระบวนการ WDEP
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต

### อุปกรณ์

ภาพกล้าที่จะก้าวไป

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 11 เพื่อเริ่มต้นให้การปรึกษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย พร้อมทบทวนเนื้อหาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-10 เพื่อเตรียมพร้อมมอบหมายงานให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดู ภาพกล้าที่จะก้าวไป พร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง

2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนความต้องการ (Want) การกระทำ (Doing) การประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำและวิธีปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยสอบถามถึงความคืบหน้าในการฝึกปฏิบัติตน ตามแผนที่วางไว้

4. ผู้วิจัยใช้ทักษะการใช้คำถามสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่จะให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ

5. ผู้วิจัยใช้ทักษะการใช้คำถามถึงความรู้สึก และความคาดหวัง เพื่อทบทวนให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และรู้จักที่จะยอมรับและปรับตัว กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หลังจากที่ได้ฝึกปฏิบัติตนตามรูปแบบที่วางไว้ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังเกิดความกังวลใจและไม่สามารถที่จะปฏิบัติตนได้ เพื่อร่วมกันหาทางออกและพูดให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่เป้าหมายที่ดี

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตนเองเพื่อเป็นข้อตกลงว่าจะมีความมุ่งมั่นและพยายามในการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองไปในทางบวก และเพื่อเป็นพันธะสัญญาร่วมกัน โดยไม่ยอมรับข้อแก้ตัว และไม่ใช้การลงโทษ

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับเป้าหมาย เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงโปรแกรมในครั้งต่อไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมตัว เพื่อสรุปและยุติ

การให้การปรึกษา

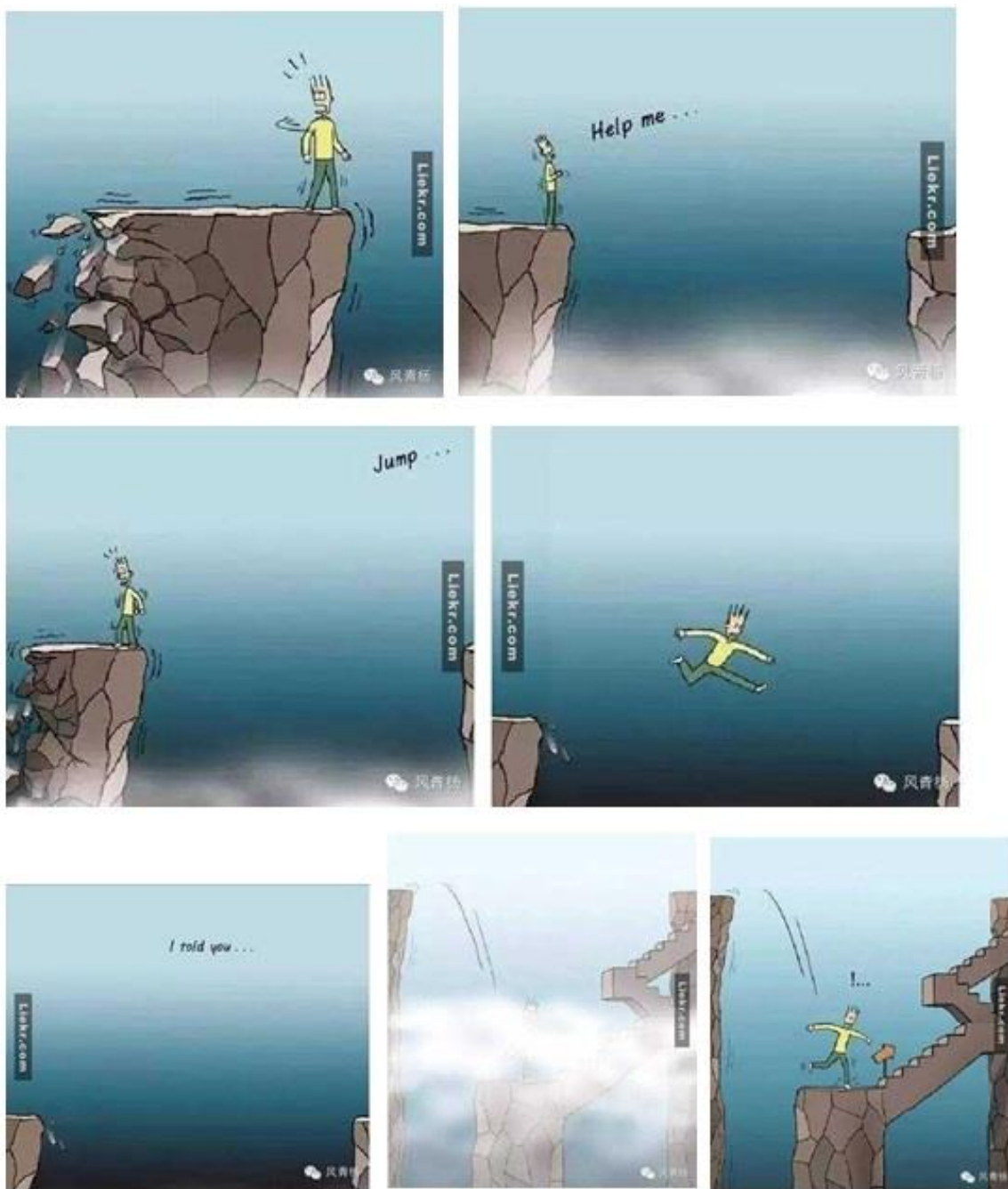
3. ผู้วิจัยบอกนัดหมาย ในส่วนของรายละเอียด เรื่องของสถานที่ วันและเวลาในการปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ข้อมูลจากภาพกล้าที่จะก้าวไป

## ภาพประกอบการให้การปรึกษา ครั้งที่ 11



ที่มาของภาพ <http://www.manyum.com/post/detail/129268>

รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยา  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



## ครั้งที่ 12

เรื่อง           สรุปและยุติการให้การปรึกษา

ระยะเวลา   45-60 นาที

## แนวคิดสำคัญ

การสรุปกลุ่มเพื่อยุติการให้การปรึกษา โดยการอธิบายเพื่อหาข้อสรุปให้กับสมาชิกกลุ่ม หรือผู้ให้การปรึกษาจัดรูปแบบให้ผู้รับการปรึกษาช่วยกันทำความเข้าใจในสิ่งที่เขาได้อภิปราย และหาวิธีทางช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การยุติช่วยให้กลุ่มหรือสมาชิกแต่ละคนจะทราบถึงแนวทางออกที่จะจัดการและปฏิบัติต่อไป ซึ่งหลังจากยุติการให้การปรึกษาแล้วผู้ให้การปรึกษาจะติดตามผลเพื่อประเมินผลและสร้างประสิทธิภาพในกระบวนการให้เกิดผลต่อผู้รับการปรึกษา ให้เกิดความเจริญก้าวหน้าต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปผลการให้การปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินตนเองหลังจากได้รับการปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกที่ดีและมีกำลังใจในการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติ
4. เพื่อยุติการให้การปรึกษา และนัดเพื่อติดตามผลหลังการทดลอง โดยให้ผู้รับการปรึกษาทำแบบวัดอีกครั้งต่อไป

## อุปกรณ์

1. แผ่นกระดาษเปล่าเพื่อกรอกความรู้สึก
2. ภาพถ้าคุณยอมแพ้ง่ายๆ คุณก็จะไม่มีวันรู้หรือกว่าตัวเองพลาดอะไรไปบ้าง

## วิธีดำเนินการ

## ขั้นนำ

ผู้วิจัยพูดคุยเรื่องทั่วไปพร้อมกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 12 เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันและยุติการให้การปรึกษาในครั้งสุดท้าย

## ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดู “ภาพถ้าคุณยอมแพ้ง่าย ๆ คุณก็จะไม่มีวันรู้หรือกว่าตัวเองพลาดอะไรไปบ้าง” พร้อมทั้งให้อธิบายความคิด ความรู้สึก และความหมายของภาพ เพื่อบอกว่าอย่ายอมแพ้
2. ผู้วิจัยสอบถามถึงความคืบหน้าในการฝึกปฏิบัติตน ตามแผนที่วางไว้ เพื่อที่จะให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความสามารถของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หลังจากที่ได้ฝึกปฏิบัติตนตามรูปแบบที่วางไว้ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังเกิดความกังวลใจและไม่สามารถที่จะปฏิบัติตนได้ เพื่อร่วมกันหาทางออกและพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงผลักดันไปสู่เป้าหมายที่ดีต่อไปในภายภาคหน้า
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิญาณตนเพื่อเป็นข้อตกลงว่าจะมีความมุ่งมั่นและพยายามในการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองไปในทางบวก และเพื่อเป็นพันธะสัญญาร่วมกัน โดยไม่ยอมรับข้อแก้ตัว และไม่ใช้การลงโทษ

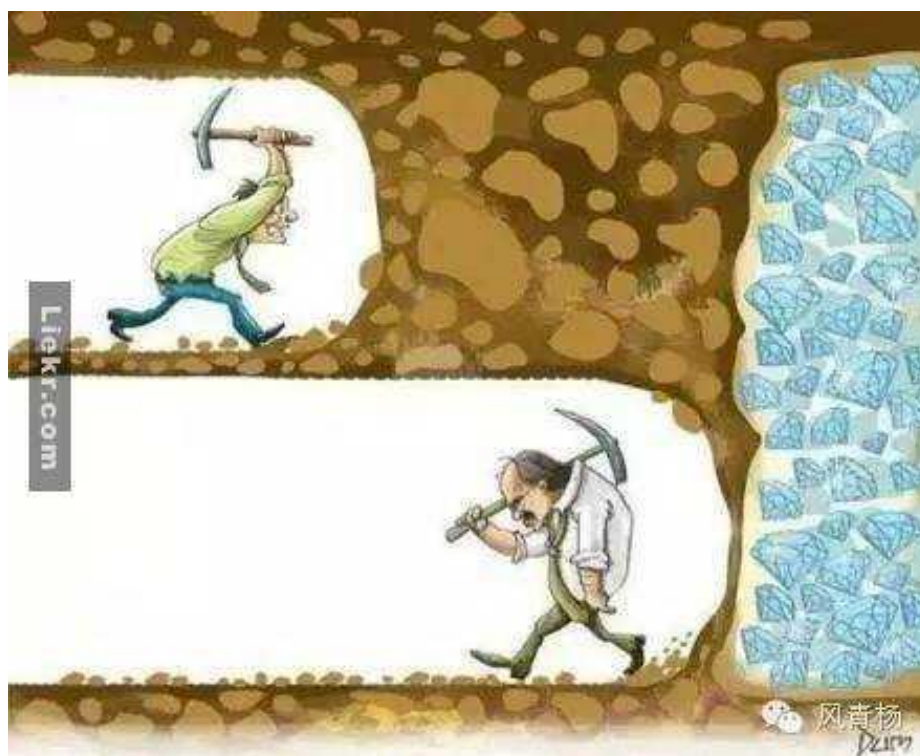
### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับเป้าหมาย เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
2. ผู้วิจัยรวบรวมแผ่นกระดาษเปล่าเพื่อกรอกความรู้สึก ในแต่ละสัปดาห์ เพื่อนำมาย้อนถึงครั้งแรกที่กลุ่มตัวอย่างได้เขียนไว้ จนกระทั่งสัปดาห์สุดท้ายในการให้การศึกษา แล้วแจกกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างได้ อ่านถึงพัฒนาการของตนเอง ในส่วนของความรู้สึกที่เขียนระบายออกมา ในแต่ละสัปดาห์
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยอีกครั้งก่อนยุติการให้การศึกษา
4. ติดตามผลหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามอีกครั้ง เพื่อประเมินก่อนและหลังการทำกลุ่ม

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงออก ความสนใจ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ข้อมูลจากแผ่นกระดาษเปล่าเพื่อกรอกความรู้สึก
3. ข้อมูลจากภาพถ้าคุณยอมแพ้ง่ายๆ คุณก็จะไม่มีวันรู้หรือกว่าตัวเองพลาดอะไรไปบ้าง

## ภาพประกอบการให้การศึกษา ครั้งที่ 12



ที่มาของภาพ [http://www.liekr.com/post\\_137343.html](http://www.liekr.com/post_137343.html)

#### ภาคผนวก ข

- ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของโปรแกรมการบริการรายบุคคลทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบวัดการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- ผลการตรวจสอบการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของ Mauchly's Test of Sphericity

ต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ครั้งที่	ค่าคะแนนความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่			รวม	ค่า IOC	การแปลผล
	1	2	3			
1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
3	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
4	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
5	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
6	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
7	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
8	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
9	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
10	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
11	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

เกณฑ์การให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ

การกำหนดคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิอาจจะเป็น +1 หรือ 0 หรือ -1 ดังนี้

เห็นด้วย	ให้	+1	คะแนน
ต้องปรับปรุง	ให้	0	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	-1	คะแนน

ตารางที่ 7 ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบวัดการยอมรับของภรรยา

## ผู้ช่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.21	11	0.90
2	0.34	12	0.45
3	0.66	13	0.80
4	0.20	14	0.47
5	0.39	15	0.47
6	0.35	16	0.74
7	0.35	17	0.45
8	0.58	18	0.84
9	0.29	19	0.63
10	0.59	20	0.70

## ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Statistics)

Cronbach's Alpha	N of Items
.878	20

ผลการวิเคราะห์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของผลหลัก

ในการทดสอบค่า F สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ 2 ประการคือ 1) ความแปรปรวนของประชากรในการทดสอบระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลจะต้องเท่ากัน 2) ความแปรปรวนร่วมระหว่างคู่ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล และหลังการทดลองกับติดตามผล ต้องเท่ากัน ทั้งนี้สามารถทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณสมบัติ Sphericity ของข้อมูลโดยใช้วิธีของ Mauchly ผลการทดสอบดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณสมบัติ Sphericity ของข้อมูล โดยใช้วิธีของ Mauchly

Mauchly's Test of Sphericity <sup>a</sup>							
Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>b</sup>		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Lower- bound
Interval	.490	12.142	2	.002	.662	.734	.500

จากตารางที่ 8 ผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมพบว่าค่า Mauchly's Test of Sphericity,  $W = 0.490$  ค่า Chi-Square = 12.142 และ  $P = 0.02$  แสดงว่าไม่เป็น Compound Symmetry หมายความว่า ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำ (Correlation) และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง (Variance) ของ Treatment แต่ละกลุ่มต่างกัน ซึ่งถือว่าการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA สามารถปรับแก้โดยใช้สถิติ Greenhouse-geisser Epsilon, Huynh-feldt Epsilon หรือ Lower-bound Epsilon ในที่นี้เลือกใช้ Greenhouse-geisser Epsilon เพื่อลด Type I Error (Munro, 2005, p. 215, 223)

**ภาคผนวก ค**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม  
ผู้ช่วยอธิการบดี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์  
อาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยา  
การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี  
อาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยา  
การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ภาคผนวก ง**

- สำเนาหนังสือราชการ
- แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศธ ๖๒๑๘/๖๘๔๐

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการสาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพนพร ปานขาว นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการปรึกษา ทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” ในความควบคุมดูแลของ ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนาคล ประธานกรรมการ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอน การสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย ในกรณี คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เพื่อการวิจัยของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)  
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน  
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๙-๓๙๐๔-๙๒๔๕



ที่ ศธ ๖๒๑๘/๑๘๗/๘

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๘ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายนพพร ปานขาว นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการปรึกษา ทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” ในความควบคุมดูแลของ ในความควบคุมดูแลของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา กุลนภาตล ประธานกรรมการ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย ในกรณีนี้ คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย ของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)  
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน  
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๙-๓๙๐๔-๙๒๔๕



ที่ ศธ ๒๒๑๘/๑๘๕๒

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโคร่งยอวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายนพพร ปานขาว นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการปรึกษา ทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” ในความควบคุมดูแลของ ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนภาดล ประธานกรรมการ ขณะนี้ อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย ในกรณีนี้ คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความ อนุเคราะห์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เพื่อการวิจัยของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)  
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน  
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๙-๓๙๐๔-๙๒๔๕

