



ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

โดย

นางสาวภัทรพร กรดแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

โดย

นางสาวภัทรพร กรดแก้ว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON  
THE HOPE OF PATIENTS WITH ADVANCED BREAST CANCER  
RECEIVING RADIATION

BY

MISS PATTARAPORN KRODKAEW



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS  
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE  
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING  
FACULTY OF NURSING  
THAMMASAT UNIVERSITY  
ACADEMIC YEAR 2017  
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวภัทรพร กรดแก้ว

เรื่อง

ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ ธรรมบุตร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....  
นุชนาถ บรรทมพร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....  
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์)

คณบดี

.....  
.....

(ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา
ชื่อผู้เขียน	นางสาวภัทรพร กรดแก้ว
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นุชนาถ บรรทมพร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา
ปีการศึกษา	2560

## บทคัดย่อ อ

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเป็นการบำบัดทางจิต เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ โดยสมาชิกที่มีปัญหาเหมือนกันได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา โดย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในโรงพยาบาล 2 แห่ง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความหวังของเฮิร์ท วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองด้วยสถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด  
ระดับประคอง ( $M=44.79$ ,  $SD=1.60$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=38.59$ ,  $SD=3.55$ ) อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $t=9.644$ ,  $p<.001$ ) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังระหว่างก่อนและ  
หลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของกลุ่มทดลอง ( $\bar{D}_1=6.38$ ,  $SD=3.74$ ) และกลุ่มควบคุม  
( $\bar{D}_2=0.50$ ,  $SD=2.09$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.75$ ,  $p<.001$ )

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่ม  
ความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาได้ ดังนั้นกลุ่มจิตบำบัด  
ระดับประคองจึงเป็นกลุ่มที่มีประโยชน์และมีประสิทธิผล

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

Thesis Title	THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON THE HOPE OF PATIENTS WITH ADVANCED BREAST CANCER RECEIVING RADIATION
Author	Miss Pattaraporn Krodkaw
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Psychiatric and Mental Health Nursing Program, Faculty of Nursing, Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Nuchanart Bunthumporn, Ph.D.
Co-advisor	Assistant Professor Rungsiman Soonthronchaiya, Ph.D.
Academic Year	2017

## ABSTRACT

Group supportive psychotherapy is a form of mental therapy to reduce emotional distress where members with similar problems exchange opinions and experiences within the group. As a result, the hope and encouragement of patients with advanced breast cancer for example that are receiving radiation therapy can be increased. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of group supportive psychotherapy on the hope of patients with advanced breast cancer receiving radiation. The sample consisted of 64 female outpatients diagnosed with advanced breast cancer receiving radiation therapy in 2 specialized cancer hospitals in health service network 4. They were aged between 30 and 60 years. The 2 hospitals were randomly assigned to either the experimental or control group, and then 32 participants were randomly selected from the experimental hospital and 32 participants from the control hospital. The experimental group received the group supportive psychotherapy for 4 weeks, 60 - 90 minutes per session, twice a week continuously, while the participants in the control group received routine nursing care. Personal information forms were used to collect the data. The participants' hope scores were measured using the Herth Hope Index before and after the group supportive psychotherapy. Further, descriptive statistics were used to

represent the personal information about the participants; a dependent t-test was used to compare the mean of the hope scores before and after the intervention in each group; and an independent t-test was used to examine the mean differences in the hope scores between the experimental and control groups.

The study found that 1) there was a significant increase in the mean of the hope scores ( $M=44.79$ ,  $SD=1.60$ ) after participating in the group supportive psychotherapy ( $t=9.644$ ,  $p<.001$ ) and 2) there was a significant difference in the mean difference in the hope scores in the experimental group ( $\bar{D}_1=6.38$ ,  $SD=3.74$ ), and control group ( $\bar{D}_2=0.50$ ,  $SD=2.09$ ) between the pre-post interventions for both groups ( $t=7.75$ ,  $p<.001$ ).

The findings suggest that the beneficial effects of group supportive psychotherapy increase the hope of patients with advanced breast cancer receiving radiation. Therefore, this group supportive psychotherapy is useful and effective for treatment of patients with advanced breast cancer in radiation therapy.

**Keywords:** patients with advanced breast cancer receiving radiation, hope, group supportive psychotherapy



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาและให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ ต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ พร้อมทั้งให้กำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความ กรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร ประธานกรรมการ สอภวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ กรรมการสอภวิทยานิพนธ์ ที่ได้ กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่อนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของแผนการทำกิจกรรม กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา เจ้าหน้าที่ศูนย์มีตรภาพบำบัด ผู้ช่วย ผู้วิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการ วิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน รวมถึงท่านอื่นๆที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ที่ได้ สละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดีจนงานวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงได้

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประเภท ทุนวิจัยทั่วไป ประจำปีงบประมาณ 2561 ที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ใน ระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัย ขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทิตาแต่บุพการี บุรพอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ภัทรพร กรดแก้ว

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2561

## สารบัญ

	หน้า
หน้าอำนวยการ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	7
1.5 ขอบเขตการศึกษา	7
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
1.8 สมมติฐานการวิจัย	11
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 โรคมะเร็งเต้านม	14
2.1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม	14
2.1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	15
2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม	16
2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม	16
2.1.5 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา	18
2.1.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย	18
2.1.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	19
2.1.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา	20
2.1.6.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษา	20
2.1.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างได้รับรังสีรักษา	21
2.1.6.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษา	25
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง	26
2.2.1 ความหมายของความหวัง	26
2.2.2 องค์ประกอบของความหวัง	27
2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง	29
2.2.4 กระบวนการของความหวัง	32
2.2.5 ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา	34
2.2.6 การเสริมสร้างความหวัง	35
2.2.7 การประเมินความหวัง	38

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดระดับประคอง	40
2.3.1 ความหมายของจิตบำบัดระดับประคอง	40
2.3.2 จุดมุ่งหมายของจิตบำบัดระดับประคอง	41
2.3.3 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง	42
2.3.4 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง	43
2.3.4.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง	43
2.3.5 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของของยาalom	44
2.3.5.1 องค์ประกอบกระบวนการกลุ่ม	47
2.3.5.2 บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่ม	48
2.3.5.3 บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม	49
2.3.6 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา	51
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	56
3.1 รูปแบบการทดลอง	56
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
3.4 การตรวจสอบของคุณภาพเครื่องมือ	64
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	66
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	70
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	72
4.1 ผลการวิจัย	72
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	79

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	86
5.1 สรุปผลการวิจัย	86
5.2 ข้อเสนอแนะ	89
รายการอ้างอิง	90
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	99
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	100
ภาคผนวก ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น	110
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย	112
ภาคผนวก ง เอกสารอนุมัติจริยธรรมวิจัยในคน	128
ประวัติผู้วิจัย	132

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	แสดงอายุเฉลี่ย และเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	73
4.2	แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล	73
4.3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง	77
4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม	77
4.5	เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
3.1 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	59
3.2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล	69



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง (American Cancer Society [ACS], 2017) และมีแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี โดยในปี ค.ศ. 2017 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 316,120 คน และพบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 40,610 คน (ACS, 2017) สำหรับในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีรายงานทะเบียนมะเร็งสำหรับโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงรายใหม่ จำนวน 842 คน คิดเป็นร้อยละ 39.43 ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งในมะเร็งที่พบได้ในเพศหญิง และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศชายรายใหม่ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.19 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) และช่วงอายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษารโรคมะเร็งเต้านมคือ 30-60 ปี (WHO, 2017)

มะเร็งเต้านม หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนที่มีการเจริญเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระดูก ตับ ปอด สมอง เป็นต้น มะเร็งเต้านมมีทั้งหมด 5 ระยะ คือ ระยะที่ 0-4 ซึ่งมะเร็งเต้านมระยะลุกลามคือ ระยะที่ 3 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดต่างๆ พบเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ที่รักแร้หรือพบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง หรือถ้าพบที่รักแร้อย่างเดียวจะเป็นแบบติดแน่นกับอวัยวะอื่นด้วย และเซลล์มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (ACS, 2017) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี ค.ศ. 2017 จะมีสตรีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามประมาณ 252,710 คน และพบว่าประมาณ 63,410 คน เป็นมะเร็งเต้านมเฉพาะที่ที่ไม่ได้มีการแพร่กระจาย และพบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 40,610 คน (WHO, 2017) สำหรับข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2559 จำแนกมะเร็งตามระยะของโรค พบมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 31.57 ซึ่งพบมากกว่าระยะที่ 1 และระยะที่ 4 ถึง 2 เท่า (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559)

สำหรับวิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมีอยู่ 5 วิธี คือ 1. การรักษาโดยการผ่าตัด 2. การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) 3. การรักษาโดยยาต้านฮอร์โมน 4. การรักษาโดยยาเคมีบำบัด 5. การรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555; ACS, 2017; WHO, 2017) ซึ่งการรักษาโดยรังสีรักษานั้น เป็นวิธีหนึ่งที่ยอมรับใช้มากในปัจจุบัน โดยรังสีจะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมาก ดังนั้นจึงจะถูกทำลายมากกว่า (ธนุตม์ ก้วยเจริญพานิชก์ และคณะ, 2556; ACS, 2017; WHO, 2017) การฉายรังสีที่เต้านมมักจะได้รับ



หลังการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast-conservative surgery) และผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนใหญ่กว่า 5 ซม. มีมะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อหน้าอกซึ่งอยู่ในชั้นลึก หรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมาก การฉายรังสีจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและช่วยลดโอกาสที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นด้วย (Badri, Ramakrishnan, & Leder, 2015; Janssen & Rades, 2015; Rutqvist, Rose, & Cavallin-Stahl, 2003; WHO, 2017)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามด้วยรังสีรักษานั้น โดยทั่วไปต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 4-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วันติดต่อกัน เมื่อเริ่มฉายรังสีในระยะแรก ผิวหนังของผู้ป่วยมักจะแดง บวม ต่อมาจะมีสีคล้ำลง จนอาจจะเป็นสีดำ แห้ง ทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน และการฉายรังสีที่รักแร้อาจจะทำให้เกิดข้อไหล่ติดและแขนบวมได้ (ACS, 2017) หลอดอาหารบางส่วนอาจได้รับรังสีด้วย ทำให้เกิดอาการเจ็บเวลากิน บางครั้งจะรู้สึกกลืนลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลียมากขึ้น และนอกจากนี้ การได้รับรังสีรักษาบริเวณเต้านม อาจทำให้เกิดการอักเสบบริเวณส่วนบนของหลอดลม ทำให้เกิดการระคายเคืองและมีอาการไอ (ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์ และคณะ, 2556) ผลกระทบจากผลข้างเคียงของรังสีรักษานี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย วิตกกังวลกลัว ซึ่งถ้าหากได้รับผลข้างเคียงของรังสีรักษามากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง หหมดกำลังใจในการรักษาขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยหมดโอกาสที่จะหายหรือทุเลาจากโรค

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณอีกด้วย ซึ่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ การรักษาที่ยาวนานประกอบกับการที่ผู้ป่วยเกิดผลกระทบจากการรักษาแต่ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย กลัว ท้อแท้ ไม่มั่นใจในการรักษา ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ คุณภาพชีวิตก็แย่ลง ในที่สุดแล้วความหวังในการต่อสู้กับโรครักลดลงไปด้วย ยิ่งผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคมะเร็งเต้านมที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้นอยู่ในระยะลุกลาม ก็จะเพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้น เกิดความรู้สึกสูญเสีย หหมดกำลังใจ หหมดหวังในชีวิต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) จากการศึกษาของบัตต์ (Butt, 2011) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสัญลักษณ์ของโรคที่หมดหวังในการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งบั่นทอนและทำลายความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาถึงการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบว่าระยะของโรคที่ลุกลามขึ้นมีผลต่อระดับความหวังที่ลดลง (Mok et al., 2010; Butt, 2011; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014) และจากการศึกษาของฮีร์ท (Herth, 1989) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวังและระดับการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กันในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระดับความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะการเจ็บป่วยที่นานขึ้น ส่วนผลกระทบต่อทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ

เมื่อต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจว่ารังสีรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากโรคมะเร็งได้หรือไม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแย่ ขาดที่พึ่ง ที่ปรึกษา แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ความหวังในการที่จะเผชิญกับโรคลดลง (Butt, 2011; Tae, Heitkemper, & Kim, 2012; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014)

ความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล เป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่างๆที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ความหวังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ (Herth, 1990) หากผู้ป่วยมีความหวังในการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป และสามารถที่จะริเริ่มการกระทำและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ของตนเองในการดำเนินชีวิตและต่อสู้กับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ สำหรับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับการฉายรังสีนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่หวังที่จะหายจากโรค หวังว่าตนเองจะไม่ต้องทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจอีกหลังจากที่รักษาครบกระบวนการแล้ว บางคนหวังว่าขอให้ตนเองได้อยู่กับครอบครัวและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขให้ได้นานที่สุด และบางคนหวังให้ตนเองไม่ต้องกลับมาเป็นมะเร็งด้านมซ้ำอีก เป็นต้น ซึ่งการมีความหวังของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ไม่ย่อท้อต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เชื่อมั่นว่าตนเองต้องผ่านอุปสรรคไปได้ ซึ่งความหวังของแต่ละบุคคลนั้นก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น ระยะของโรค การได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง การมองโลกในแง่บวก การเห็นคุณค่าของตนเอง การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ให้กับตนเอง และการมีความเชื่อมั่นในศาสนา เป็นต้น (Mok et al., 2010; Butt, 2011; Pehlivan, Ovayolu, Sevinc, & Camci, 2012; Tae, Heitkemper, & Kim, 2012; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014)

การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม มีหลายปัจจัย เช่น การสนับสนุนทางสังคม เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว การได้รับความรักและการให้ความรักเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความหวัง (Herth, 1990) ความเชื่อทางศาสนา เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจต่างๆที่อยู่เหนือการทำนาย จะช่วยให้ความหวังสามารถบรรลุผลได้ (Dufault & Martocchio, 1985) การมีเป้าหมายในชีวิต การที่บุคคลจะทำเป้าหมายในชีวิตให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องมีความหวังและความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งที่ทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายได้ และการกำหนดเป้าหมายในชีวิตนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งการมีเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (Snyder, 1994; Herth, 1990)

การมองโลกในแง่ดี/มองโลกทางบวก การเป็นคนมองโลกในแง่ดี คิดบวกกับชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความหวัง หากบุคคลตระหนักถึงวิธีการคิดและพูดกับตนเองที่ตนใช้อยู่ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม จะก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปทางที่ดี (Butt, 2011; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb & Grossman, 2014) การเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการหาความหมายของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสุขภาพหรือการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวล ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความหวังในการดำรงชีวิตได้ (Khater & Alkwiese, 2013; Lichwala, 2014) เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เมื่อนำมาส่งเสริมให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง เกิดกำลังใจในการที่จะต่อสู้กับปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ เกิดความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเป้าหมายนั้นก็ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความ เป็นจริงด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความหวังนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การให้การปรึกษา การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสนับสนุน กลุ่มจิตบำบัด กระบวนการเสริมสร้างความหวัง การพูดกับตนเองทางบวก การสวดมนต์ การให้ความรู้ เป็นต้น (รัศมี วิบูลย์กุล, 2542; ชลธิดา สิมะวงศ์, 2545; ดวงทิพย์ ก่อกิจงาม, 2551; กฤษณา สังขมณีจินดา, 2554; Mok et al., 2010) ซึ่งการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ให้ผลที่มีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของมัลลิแกนและคานาส (Mulligan & Kanas, 2016) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า กระบวนการกลุ่มสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็งได้ ซึ่งการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาคือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจาหรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อสารความหมายทางอื่น เช่น อากัปกริยา ท่าทาง สีหน้า สัมพันธภาพในการรักษา ระหว่างผู้ให้การบำบัด และผู้ที่มาขอรับการบำบัด เป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาคือความผิดปกติทางจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) การบำบัดทางจิตมีหลายวิธี ได้แก่ จิตบำบัดไดนามิกหรือจิตบำบัดอิงจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นต้น และลักษณะของการทำจิตบำบัด แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดกลุ่ม (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545; อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Group supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองคือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เกิด การเข้าใจตนเอง ยอมรับในความเป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น และยอมรับผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยน

ความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มโดยมีผู้ป่วยคนอื่นๆที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จึงเป็นการเริ่มต้นสัมพันธ์ทางสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในกลุ่มแล้ว จะทำให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในกลุ่ม ซึ่งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำ กำลังใจ หรือการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความหวังในการต่อสู้และดำเนินชีวิตต่อไป และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังให้กับตนเองได้ต่อไป ดึงการศึกษาของ มรรยาท รุจิวิษญ์ (2556) ที่ศึกษาถึงการเปรียบเทียบระหว่าง การมีปฏิสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่งกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อระดับของความหวัง ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การสูญเสียอวัยวะพบว่า กระบวนการจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความหวัง ลดความวิตกกังวลและเพิ่มการดูแลตัวเองได้มากกว่ากลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง

ในงานวิจัยนี้ได้นำแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) มาประยุกต์ใช้กับการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเพื่อเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วย โดยยาลอมกล่าวว่า หัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกแยกแยะและเข้าใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคมาจำลอง โดยสมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับสังคมาที่เขาอยู่ (Yalom, 1995) การดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่มจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ซึ่งหนึ่งในปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยนั้น ก็คือเมื่อผู้ป่วยมีการเข้ากลุ่มแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่กำลังท้อแท้หรือหมดหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจจากผู้ที่มีปัญหาหรืออุปสรรคเช่นเดียวกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าจะอาจจะมีผู้อื่นที่มีปัญหามากกว่าตนเอง ส่งผลให้เกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดกำลังใจในชีวิต เชื่อว่าตนเองจะดีขึ้นและเกิดความหวังขึ้นมาใหม่

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา มีความรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน รู้สึกสูญเสีย อยู่ใกล้ความตาย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวัง ร่วมกับหากมีอาการของโรคที่แสดงเพิ่มมากขึ้น ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม มีการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำกับสมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือเพื่อให้สมาชิกได้มีการระบายออกของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ มีแนวทางการแก้ปัญหา ได้รับกำลังใจจากสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง ทำให้เกิดมีการมองโลกในแง่ดี และมีความหวังในการต่อสู้กับโรคและการรักษาต่อไปได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของคิสเซนและคณะ (Kissane et al., 2007)

ที่ศึกษาถึงกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเน้นการระบายนปัญหาในผู้หญิงมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม พบว่ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเน้นการระบายนปัญหาสามารถลดความสิ้นหวังของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของดาวลาทาบาดีและคณะ (Dowlatabadi et al., 2016) ที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของจิตบำบัดกลุ่มในเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้าและความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าหลังเข้ากลุ่มผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง มีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อาทิเช่น วรวิภา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) ได้ศึกษาถึงเรื่องการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ศิริพร สวยพริ้ง (2551) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการนำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองไปใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยหลายๆกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น (นภาพร ตั้งพุลผลวนิชย์, 2543; จินตนา เกษมโชติพันธุ์, 2546; พุทธิดา ชัยพงษ์, 2551; ศิริพร สวยพริ้ง, 2551; กฤษณา สังขมณีจินดา, 2554; Kissane et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและทางจิตสังคมไปในทางที่ดีขึ้น และการเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกริดกักรวาล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตน์มณี, และประกอบ ชันทอง, 2552) ซึ่งจากเหตุผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค มีความมั่นใจในการเผชิญอุปสรรคที่เกิดขึ้น เชื่อมั่นว่าตนเองต้องผ่านอุปสรรคไปได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จึงสนใจนำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

### 1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

### 1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสูงกว่าก่อนทดลองหรือไม่

1.3.2 ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## 1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ความหวัง

## 1.5 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา โดยกลุ่มประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีช่วงอายุระหว่าง 30–60 ปี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล คือ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

## 1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

**1.6.1 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการโดยใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) ซึ่งกระบวนการกลุ่มเน้นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเจตคติโดยสมาชิกกันเองในกลุ่ม และมีการคัดเลือกสมาชิกที่มีปัญหาเหมือน หรือคล้ายกันมาเข้ากลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้ที่มีทักษะและได้รับการฝึกฝนมาแล้วเป็นอย่างดี และผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อการสนทนาที่กำหนดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างความหวังจากโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ของรัศมี วิบูลย์กุล (2542) และโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของศิริพร สวยพริ้ง (2551) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยกระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานกลุ่มและระยะยุติกลุ่ม กระบวนการกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

**1.6.2 ความหวัง** หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่างๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ โดยใช้แบบวัดความหวัง Herth Hope Index (HHI) (1992) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุนทร วัฒนเบญจโสภา (2543) จำนวน 12 ข้อ ประเมินความหวังในด้านต่างๆ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก และด้านความสัมพันธ์ภายในตนเองและระหว่างตนเองกับผู้อื่น

**1.6.3 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงระยะที่ 3 ซึ่งมะเร็งมีการกระจายไปบริเวณข้างเคียงของเต้านม เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อ ต่อมน้ำเหลือง หรือกระดูกบริเวณหน้าอก แต่ไม่พบมะเร็งกระจายไปบริเวณอื่นของร่างกาย ที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา มุ่งเน้นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเพิ่มขึ้น โดยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีช่วงอายุระหว่าง 30-60 ปี

**1.6.4 การดูแลตามปกติ** หมายถึง การดูแลทั่วไปที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาทุกคนได้รับจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยด้วยกันเอง เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มฝึกอาชีพ กลุ่มทำอาหาร กลุ่มสวดมนต์ กลุ่มความรู้ เป็นต้น

## 1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) โดยเฮิร์ทกล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล เป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่างๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ความหวังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ โดยเฮิร์ทแบ่งองค์ประกอบความหวังออกเป็น 3 ด้านและกล่าวถึงวิธีต่างๆ ในการเพิ่มความหวัง โดยแยกวิธีเพิ่มความหวังให้เข้ากับมิติการเพิ่มความหวัง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าการที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต ซึ่งการเพิ่มความหวังในมิตินี้คือ การสร้างเป้าหมายในการดำรงชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต การคิดและพูดกับตนเองในทางบวก การวางแผนชีวิตล่วงหน้า โดยความหวังต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง การยอมรับว่าความหวังในอนาคตอาจเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ไม่ได้ การทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเผชิญสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่รู้สึกกลัวหรือท้อแท้ 2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ ซึ่งการเพิ่มความหวังในมิตินี้คือ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้น ความมุ่งมั่นพยายามกระทำเพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย การสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การได้ระลึกถึงความสุขความทรงจำที่ดีในอดีต 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น (Inner connectedness with self and others) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ ซึ่งการเพิ่มความหวังในมิตินี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นรอบข้าง การดูแลเอาใจใส่ การได้รับกำลังใจ การได้รับการประคับประคองทางอารมณ์ การมีความศรัทธาถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ การมีความเข้มแข็งในการมองโลก

ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความหวังสามารถทำได้ด้วยวิธีการของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองตามแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) ซึ่งยาลอมกล่าวว่า หัวใจสำคัญของกลุ่มบำบัดคือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกแยกแยะและเข้าใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง โดยสมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับสังคมที่เขาอยู่ (Yalom, 1995) การดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะ จะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เกิดความหวังขึ้นในชีวิต ได้แก่ 1) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เป็นกระบวนการ



ที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ

2) การผูกพันจิตใจต่อกัน การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความไว้วางใจกันเองภายในกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยความทุกข์ให้สมาชิกคนอื่นฟัง เมื่อได้มีการระบาย ออกของปัญหา และได้รับคำแนะนำหรือกำลังใจจากสมาชิกกันเองแล้ว จะทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยว อ่างว่างหมดไป เกิดกำลังใจและมีหวังต่อการใช้ชีวิตในภายภาคหน้า

3) การมีความเป็นสากล การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกตระหนักว่าตนเองมิได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด บางคนอาจ มีปัญหามากกว่าตนเอง แต่ยังสามารถสร้างความหวังให้ทั้งตนเองและผู้อื่นได้

4) การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ การเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น ได้รู้ว่าตนเองพูดและ แสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง การสะท้อนกลับของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิก เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

5) การให้ข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่าง สมาชิกในกลุ่ม มีการอภิปรายถึงปัญหานั้น เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับคนอื่น จะเกิด ความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองยังมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้

6) การได้ระบายออก การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดการระบายออกของปัญหา สมาชิกจะมีการเปิดเผยตนเองสูงเนื่อง จาก การความไว้วางใจภายในกลุ่ม เมื่อมีการระบายออกจะทำให้สมาชิกเกิดความสบายใจ และคิดหาทางออก ของปัญหาได้ด้วยตนเอง หรืออาจได้รับคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่ม

7) การได้เลียนแบบ การเข้ากลุ่มทำให้ สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพึงพอใจ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ กับตนเองได้ และทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่า พฤติกรรมไหนควรเลียนแบบหรือพฤติกรรมไหนควรหลีกเลี่ยง

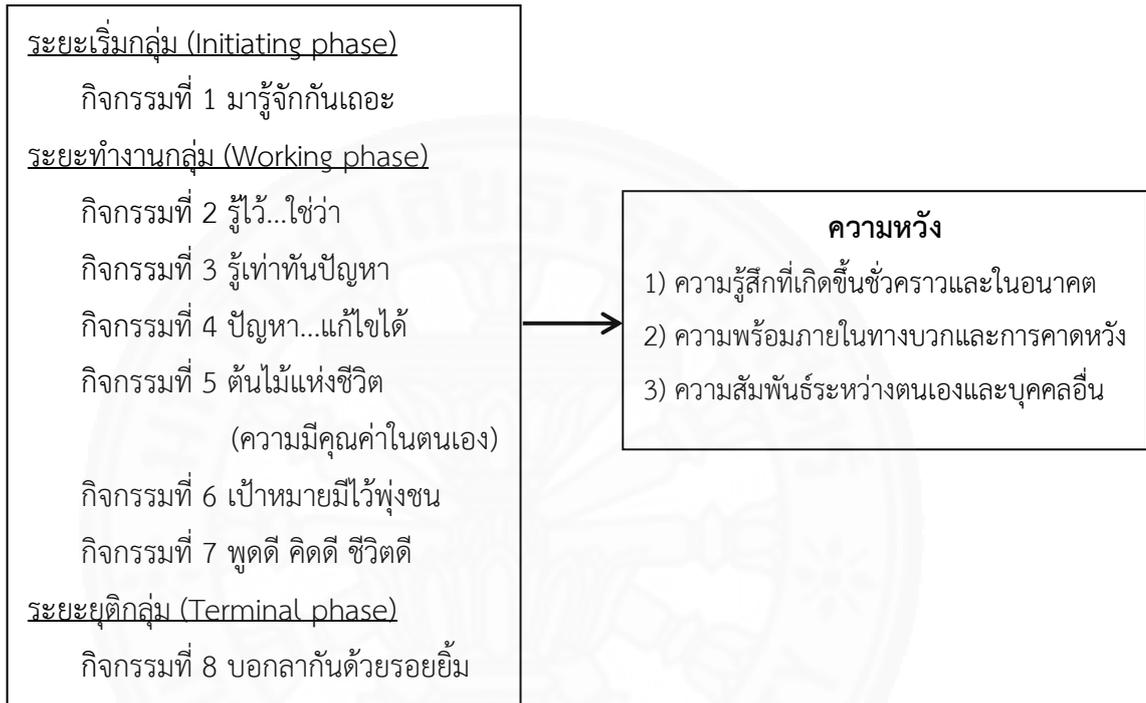
8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ของสมาชิก ทำให้สมาชิกแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงต่อครอบครัว ซึ่งถ้าหากสมาชิกมีพฤติกรรมไม่ เหมาะสม จะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง

9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้า สังคม การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจ ความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้ในสังคมภายนอกต่อไป

10) การรู้สึกมีหวัง การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่กำลังท้อแท้หรือหมดหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจจากผู้ที่มีปัญหาหรืออุปสรรค เช่นเดียวกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าอาจจะมีผู้อื่นที่มีปัญหามากกว่าตนเอง ส่งผลให้เกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดกำลังใจในชีวิต เชื่อว่าตนเองจะดีขึ้นและเกิดความหวังขึ้นมาใหม่

11) การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็มีสมหวัง บางครั้งก็มีผิดหวัง ทุกสิ่งในชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างก็จำเป็นต้องเผชิญด้วยตนเอง หากแก้ไขไม่ได้ก็จำเป็นต้องปล่อยไป ซึ่งจะทำให้สมาชิก กลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึก ต่ำต้อย เสียใจ หมดหวังในชีวิตลดลง

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองทั้ง 8 กิจกรรม ทุกกิจกรรมคือปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการร่วมแสดงความคิดเห็น การแสดงบทบาทสมมุติ การแบ่งกลุ่มอภิปราย การใช้กรณีศึกษา ดังนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาเกิดความมั่นใจและความหวังในการใช้ชีวิตต่อไปข้างหน้า พร้อมทั้งจะเผชิญอุปสรรคและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการของตนเองหรือวิธีการที่ได้เรียนรู้จากบุคคลรอบข้าง



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

1.8.2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

### 1.9.1 ด้านการศึกษาวิจัย

1.9.1.1 เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทางด้านจิตใจในผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

1.9.1.2 เป็นแนวทางในการนำผลการวิจัยของกลุ่มจิตบำบัดระดับรองไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียง

### 1.9.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.9.2.1 ได้แนวปฏิบัติการบำบัดที่สามารถนำมาใช้เพิ่มความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

1.9.2.2 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแล หรือผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมความหวังในการดำรงชีวิตต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 2.1 โรคมะเร็งเต้านม

- 2.1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม
- 2.1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
- 2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม
- 2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม
- 2.1.5 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา
  - 2.1.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย
  - 2.1.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 2.1.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา
  - 2.1.6.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษา
  - 2.1.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างได้รับรังสีรักษา
  - 2.1.6.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษา

#### 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

- 2.2.1 ความหมายของความหวัง
- 2.2.2 องค์ประกอบของความหวัง
- 2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง
- 2.2.4 กระบวนการของความหวัง
- 2.2.5 ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา
- 2.2.6 การเสริมสร้างความหวัง
- 2.2.7 การประเมินความหวัง

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดระดับประคอง

- 2.3.1 ความหมายของจิตบำบัดระดับประคอง
- 2.3.2 จุดมุ่งหมายของจิตบำบัดระดับประคอง
- 2.3.3 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 2.3.4 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
  - 2.3.4.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 2.3.5 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาโลม
  - 2.3.5.1 องค์ประกอบกระบวนการกลุ่ม
  - 2.3.5.2 บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่ม
  - 2.3.5.3 บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม
- 2.3.6 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

## 2.1 มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง (ACS, 2017) และมีแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี โดยในปี ค.ศ. 2017 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 316,120 คน และพบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 40,610 คน และในปี ค.ศ. 2017 พบว่ามีสตรีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามประมาณ 252,710 คน และพบว่าประมาณ 63,410 คน เป็นมะเร็งเต้านมเฉพาะที่ที่ไม่ได้มีการแพร่กระจาย (WHO, 2017) สำหรับในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีรายงานทะเบียนมะเร็งสำหรับโรงพยาบาล ปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 842 คน คิดเป็นร้อยละ 39.43 ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งในมะเร็งที่พบได้ในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) และช่วงอายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาด้วยมะเร็งเต้านมคือ 30-60 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มารับการรักษาล่าช้าและโรคมักอยู่ในระยะลุกลาม (WHO, 2017)

### 2.1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มีผู้ให้ความหมายของมะเร็งเต้านมไว้หลายความหมาย ดังนี้

มะเร็งเต้านม หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นจากเซลล์บนผิวของต่อมเต้านมได้รับผลกระทบจากสารก่อมะเร็งยีนจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ทำให้เซลล์เพิ่มจำนวนขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมได้ เกิดขีดจำกัดของร่างกาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงศิล, ประไพ อริยประยูร, และแมนมนนา จิระจรัส, 2555)

มะเร็งเต้านม หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนที่มีการเจริญเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูก ตับ ปอด สมอง หรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายได้ (ACS, 2017)

สรุป มะเร็งเต้านม หมายถึง โรคมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อที่มีความผิดปกติส่วนใดส่วนหนึ่งภายในเต้านมเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งและขยายใหญ่ขึ้นจนกลายเป็นก้อนเนื้อร้าย ก่อนจะลุกลามไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงและแพร่กระจายไปยังเซลล์อื่นของร่างกาย

มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งตั้งแต่ระยะที่ 3 ซึ่งตามคำจำกัดความแบ่งได้ดังนี้ (ACS, 2017; WHO, 2017)

T0-4N1M0 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดต่างๆ พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่รักแร้ แต่ไม่พบที่ตำแหน่งอื่น และเซลล์มะเร็งไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

T0-4N2M0 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดต่างๆ พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง หรือถ้าพบที่รักแร้จะเป็นแบบติดแน่นกับอวัยวะอื่นด้วย และเซลล์มะเร็งไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

T2-4N0M0 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดต่างๆ ที่มีการยึดติดกับผนังทรวงอกหรือผิวหนังก้อนที่เต้านม อาจคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่ข้างเดียวกันได้ เคลื่อนไหวได้หรือไม่ได้ และอาจมีการกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองด้านใน หรืออาจมีการอักเสบร่วมด้วย และไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล

สรุป มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งที่มีขนาดต่างๆ พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือใต้กระดูกซี่โครง แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล

## 2.1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ACS, 2017: WHO, 2017)

2.1.2.1 อายุ ในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

2.1.2.2 มีประวัติการเป็นมะเร็งเต้านม โดยผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งเต้านมขึ้นที่ข้างหนึ่งมีความเสี่ยง 3-4 เท่าในการที่จะเกิดก้อนมะเร็งขึ้นที่เต้านมอีกข้าง

2.1.2.3 มีประวัติการเป็นมะเร็งรังไข่ เนื่องจากการเป็นมะเร็งรังไข่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสฮอร์โมน จึงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

2.1.2.4 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม การมีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น

2.1.2.5 การกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 หรือ BRCA2 มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม และการมีประวัติมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ ในครอบครัวตั้งแต่อายุน้อย

**2.1.2.6 การสัมผัสกับฮอร์โมนเอสโตรเจน** ซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศหญิงที่ควบคุมการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางเพศ โดยพบว่า การสัมผัสกับเอสโตรเจนเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (วัยหมดประจำเดือน)

**2.1.2.7 ลักษณะของการใช้ชีวิตประจำวัน** เช่น การรับประทานอาหาร ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

**2.1.2.8 ปัจจัยด้านการสืบพันธุ์** มีบางงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกก่อนอายุ 20 ปีจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมลดลง 50% เมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ยังไม่มีบุตร และผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกหลังจากอายุครบ 35 ปี ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ยังไม่มีบุตร

**2.1.2.9 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** การศึกษาส่วนใหญ่แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลาหนึ่งปีหรือมากกว่านั้น เพื่อลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม โดยพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถลดปัจจัยการเกิดมะเร็งเต้านมได้ถึง 4%

**2.1.2.10 การได้รับรังสีในปริมาณสูงบริเวณหน้าอก** เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ฉายรังสี เป็นต้น

**2.1.2.11 การรับประทานยาคุมกำเนิดมาเป็นเวลานาน**

## 2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นมักมีขนาดเล็ก จะไม่มีอาการแสดงความเจ็บหรือปวดให้เห็นชัดเจน แต่เมื่อก่อนมีขนาดใหญ่ขึ้นจะมีอาการแสดงชัดเจนมากขึ้น หรือเมื่อมีระยะรุนแรงขึ้น จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ (ACS, 2017)

**2.1.3.1** มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ทั้งหมดหรือเฉพาะส่วนของเต้านม

**2.1.3.2** มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเต้านม

**2.1.3.3** คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้ ขอบเขตไม่ชัดเจน

**2.1.3.4** อาจมีน้ำหรือเลือดไหลออกจากหัวนม หัวนมถูกดึงรั้งเข้าไปในเต้านม

**2.1.3.5** ผิวที่เต้านมจะมีลักษณะหนาเหมือนเปลือกส้ม

**2.1.3.6** แขนบวม ต่อมมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้โต เนื่องจากมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

## 2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

วิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน (ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555; WHO, 2017; ACS, 2017) มีอยู่ 5 วิธี คือ

**2.1.4.1 การรักษาโดยการผ่าตัด** เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรคและสามารถนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค ช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและสามารถพยากรณ์โรคได้

แน่นย่ำมากขึ้น ขั้นตอนการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การผ่าตัดที่เต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มเติมซึ่งไม่ใช่การรักษาโดยตรง เช่นการเสริมสร้างเต้านมใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

**2.1.4.2 การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา)** ในการรักษามะเร็งเต้านม มักจะใช้การฉายแสงร่วมกับการผ่าตัดในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Breast conserving surgery) นอกจากนั้นอาจใช้เป็นวิธีการรักษาร่วมในผู้ป่วยบางรายที่ถึงแม้จะตัดเต้านมออกหมด (Total mastectomy) แต่ก็ต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วย เช่นในผู้ป่วยที่ขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 5 ซม. มะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อหน้าอกซึ่งอยู่ในชั้นลึกหรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมาก เป็นต้น

**2.1.4.3 การรักษาโดยยาต้านฮอร์โมน** ยาต้านฮอร์โมนแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มของยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน และยากลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน การพิจารณาให้ยาต้านฮอร์โมนขึ้นอยู่กับผลการตรวจพิเศษโดยพยาธิแพทย์ว่ามะเร็งเป็นชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (Hormone receptor) หรือไม่ ซึ่งถ้าเป็นผลบวกก็เป็นตัวช่วยชี้เป็นแนวทางว่าสมควรที่จะรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน จากสถิติของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณสองในสามจะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยากลุ่มนี้ในการรักษาได้

**2.1.4.4 การรักษาโดยยาเคมีบำบัด** คือการใช้ยาที่มีคุณสมบัติในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ยาดังกล่าวสามารถออกฤทธิ์ได้ทั่วร่างกาย ต่างจากการผ่าตัดที่ได้ผลเฉพาะบริเวณที่ผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นถ้าได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ จะมีโอกาสหายขาดมากขึ้นและมีชีวิตยืนยาวออกไป ยาเคมีบำบัดนั้นนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังอาจมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ไขกระดูก (ซึ่งจะเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด) เยื่อทางเดินอาหาร ผมหงอก และระบบสืบพันธุ์ (รังไข่) เซลล์ดังกล่าวบางส่วนจะถูกทำลายไปด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดผลข้างเคียง แต่เนื่องจากเซลล์ปกติมีคุณสมบัติที่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้ ดังนั้นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นก็มักจะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาแล้วทุกอย่างก็จะกลับมาใกล้เคียงปกติ

**2.1.4.5 การรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ** ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยากลุ่มใหม่ เช่น ยาด้านฮอร์โมน ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยากลุ่มเดิมๆ กล่าวคือ เซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนอยู่ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถใช้ยาดังกล่าวเพื่อจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้ และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ ดังนั้นเซลล์อื่นๆที่ไม่มีตัวรับสัญญาณก็จะไม่ได้รับผลกระทบจากยากลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี รักษาได้ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง มีผลข้างเคียงน้อย แต่ก็มีข้อจำกัดที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น นอกจากนี้ยายังมีราคาแพงมาก ทำให้เป็นข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้



สรุป วิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน มี 5 วิธี คือ การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) การรักษาโดยยาต้านฮอร์โมน การรักษาโดยยาเคมีบำบัด และการรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม การฉายรังสีก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคมามากขึ้น

### 2.1.5 ผลกระทบของมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามด้วยรังสีรักษานั้น โดยทั่วไปต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 4-6 สัปดาห์ ซึ่งการฉายรังสีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบจากผลข้างเคียงของการรักษาได้ แบ่งออกเป็น 2 ทาง ได้แก่ (ธนุดม ก้วยเจริญพานิช์และคณะ, 2556; ACS, 2017)

#### 2.1.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

##### (1) ผลข้างเคียงที่พบได้ในระหว่างฉายรังสีรักษามะเร็งเต้านม

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสี เมื่อเริ่มฉายรังสีในระยะแรก ผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา มักจะแดง บวม ต่อมาจะมีสีคล้ำลง จนอาจจะเป็นสีดำแห้ง ทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน
2. กลืนอาหารลำบาก ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีต่อมน้ำเหลืองบริเวณซอกอก รังสีจะถูกหลอดอาหารบางส่วน ทำให้ผู้ป่วยกินอาหารลำบากมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการช่วงท้ายๆของการฉายรังสี
3. ไอเล็กน้อย เนื่องจากการฉายรังสีจะถูกหลอดลมและปอดบางส่วนจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอได้
4. เม็ดเลือดขาวต่ำ เนื่องจากการฉายรังสีมักจะทำต่อเนื้อเยื่อหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้ว ซึ่งยาเคมีบำบัดทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำลง ดังนั้นการฉายรังสีในช่วงที่เม็ดเลือดขาวต่ำอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ แพทย์รังสีรักษาอาจพิจารณาให้ผู้ป่วยพักฉายรังสีจนกระทั่งเม็ดเลือดขาวอยู่ในค่าปกติจึงจะฉายรังสีต่อไป ซึ่งอาจทำให้ระยะของโรคดำเนินไปเร็วกว่าที่เป็นอยู่
5. ผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์นั้น ห้ามตั้งครรภ์ตลอดการรักษาและควบคุมกำเนิดทั้งในระหว่างฉายรังสี จนกระทั่งฉายรังสีครบ โดยห้ามใช้การคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนทั้งแบบกิน ฉีด ผัง หรือโปะ และให้คุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องไปอีก 2 ปี เพื่อให้พ้นระยะโรคมะเร็งย้อนกลับเป็นซ้ำ เพราะฮอร์โมนในระหว่างการตั้งครรภ์นั้น มีผลในทางลบต่อโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนั้น การรักษาในระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้ทารกพิการ หรือเสียชีวิตได้

## (2) ผลข้างเคียงหลังครบฉายรังสีรักษามะเร็งเต้านม

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสี หากเป็นผู้ป่วยที่รักษาแบบเก็บเต้านม เต้านมอาจมีการเปลี่ยนเป็นก้อนแข็งไม่นุ่มหรือผิดรูปไป ไม่เหมือนเต้านมปกติ เต้านม 2 ข้างอาจไม่เท่ากัน อาจมีหัวนมบวม อาจไม่มีน้ำนมจากข้างที่ฉายรังสีหากมีการตั้งครุฑ และ/หรือ อาจมีเส้นเลือดฝอยขึ้นผิปกติบนเต้านมได้
2. แขนข้างที่ฉายรังสีเต้านมอาจวม มีอาการชาของแขนและนิ้วมือทำงานไม่ได้ตามปกติ รวมไปถึงอาจเกิดอาการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของน้ำเหลืองกลับเข้าต่อมน้ำเหลืองของแขนข้างนั้นผิดปกติไป ซึ่งทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นเกิดพังผืดร่วมด้วย
3. ข้อไหล่ติดในข้างที่ฉายรังสี อาจทำให้ข้อไหล่หมุนได้น้อยลงหรือเป็นมากจนเคลื่อนไหวไม่ได้ เกิดจากการที่ผ่าตัดไปแล้วทำให้ผู้ป่วยเจ็บแผลจนไม่ยอมขยับแขนหรือไหล่ข้างนั้น จึงทำให้ข้อไหล่เป็นพังผืด จึงยึดติดได้ และเมื่อฉายรังสีเพิ่มเข้าไปอีก จะทำให้เป็นพังผืดได้มากขึ้น
4. มีพังผืดในปอดกลีบบนด้านเดียวกับโรค จากการฉายรังสีต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าซึ่งอยู่เหนือต่อปอดส่วนนั้น แต่มักไม่แสดงอาการอะไร จะตรวจพบได้จากการเอกซเรย์ปอด แต่บางคนอาจมีอาการไอเรื้อรังได้ ประมาณ 5-10% ของผู้ป่วยที่ฉายรังสี
5. กระดูกซี่โครงหักได้ในบริเวณที่ฉายรังสี พบได้ประมาณ 1-2% ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บเล็กน้อยและกระดูกที่หักนั้นมักจะติดได้เองตามธรรมชาติ ไม่ต้องมีการรักษา

### 2.1.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

ผลกระทบจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย วิตกกังวล กลัว ซึ่งถ้าหากได้รับผลข้างเคียงของรังสีรักษามากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจในการรักษา ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยหมดโอกาสที่จะหายหรือทุเลาจากโรค นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามยังส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเช่นกัน กล่าวได้คือ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ตนเองเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ของผู้ป่วยจะเป็นความรู้สึกทางลบ คิดว่าเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิตแน่นอน ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมเพราะต้องการปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรับรู้ เป็นต้น ยิ่งผู้ป่วยที่รู้ว่าโรคมะเร็งเต้านมที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้นอยู่ในระยะลุกลาม ก็จะเพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้น เกิดความรู้สึกสูญเสีย หมดกำลังใจ หมดหวังในชีวิต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) จากการศึกษาของบัตท์ (Butt, 2011) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสัญลักษณ์ของโรคที่หมดหวังในการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งบั่นทอนและทำลายความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของควาราติม โอเซอร์และบอสคูก (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) ที่ศึกษาถึงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ผลมีต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งในตุรกี พบว่าระยะของโรคที่ลุกลามขึ้นมีผลต่อ

ระดับความหวังที่ลดลง และจากการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1989) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวังและระดับการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กันในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระดับความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น

## 2.1.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

การรักษาโรคมะเร็งโดยการฉายรังสีนั้น นับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถใช้รักษามะเร็งได้ทุกระยะของโรค อาจใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น การฉายรังสี เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ในระหว่างการรักษา อาจเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างๆได้จนครบการรักษา

### 2.1.6.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษา

#### (1) การเตรียมพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกาย

1. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC , BUN , Cr , LFT , VDRL , HbsAg , AntiHIV และผลชิ้นเนื้อ เป็นต้น
2. เตรียมสภาพร่างกายให้พร้อม โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ พักผ่อนให้เพียงพอ งดเว้นแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต้องแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้า
3. การเตรียมพร้อมพิเศษสำหรับบอวี่วะที่จะได้รับการฉายรังสี กรณีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักได้รับการผ่าตัดเต้านมมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องบริหารแขนเพื่อป้องกันไม่ให้แขนติด เพราะขณะฉายรังสีผู้ป่วยต้องแยกแขนได้ จะสามารถฉายรังสีได้ในตำแหน่งที่แม่นยำและถูกต้อง

#### (2) การเตรียมพร้อมผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่พยาบาลต้องใช้เวลาแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยและญาติจะขาดความรู้ความเข้าใจในด้านรังสีและเกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้านรังสีหรือบางครั้งอาจได้รับข้อมูลผิดๆเกี่ยวกับการรักษาด้านรังสี เช่น เมื่อฉายรังสีแล้วจะทำให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้น หรือโรคแพร่กระจายมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงกระบวนการรักษา และเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนและเหตุผลการรักษา พยาบาลจะซักประวัติและทำแฟ้มฉายรังสีพบแพทย์เพื่อกำหนดขนาดและพื้นที่การรักษา การได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. แผนการรักษาและระยะเวลาที่ใช้ เช่น การฉายรังสีจะต้องทำติดต่อกัน สัปดาห์ละ 5 วัน วันจันทร์ – ศุกร์ หยุดวันเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ระยะเวลาทั้งหมด 4-6 สัปดาห์ จำเป็นต้องแนะนำอย่างละเอียดเพื่อที่ผู้ป่วยบางรายจะสามารถจัดเวลาที่มาฉายรังสีให้ สอดคล้องกับกิจการงานได้

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษา แนะนำเรื่องการใช้สิทธิบัตรต่างๆ การเตรียม เอกสารให้พร้อมก่อนการรักษา การชำระค่าใช้จ่ายหลังการฉายรังสี เป็นต้น

4. ข้อปฏิบัติตนในเรื่องต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การดูแล เรื่องอาหารและเครื่องดื่ม การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การพักผ่อนและการออกกำลังกาย เป็นต้น

### 2.1.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างได้รับรังสีรักษา

#### (1) การดูแลทางด้านร่างกาย

การฉายรังสีบริเวณทรวงอกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอด หลอดอาหาร เต้านม ต่อมน้ำเหลืองในช่องทรวงอก ผลของรังสีอาจจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายบริเวณนี้ เช่น ผิวหนัง หลอดอาหาร หลอดลม ปอด ข้อต่อต่างๆ ได้รับรังสี ดังนั้นผู้ป่วย ควรทราบข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือลดอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และสามารถทนต่อการรักษาได้ดีตามที่แพทย์ได้วางแผนไว้ ทำให้มีโอกาสรักษาโรคได้มากที่สุด (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555; ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์, และคณะ, 2556; ACS, 2017)

1. การปฏิบัติตัวในดูแลผิวหนัง ระหว่างรับการฉายรังสี การดูแลผิวหนังที่ ถูกต้องจะทำให้ผิวหนังไม่ถลอกเป็นแผล ไม่เกิดความเจ็บปวด ผิวหนังส่วนที่จะต้องระมัดระวังให้มากคือ ผิวหนังบริเวณซอกรักแร้เพราะอ่อนนุ่ม มีเหงื่อออกมาก และมักจะได้รับการเสียดสีกันเองอยู่เสมอ ผู้ป่วย ควรปฏิบัติดังนี้

1.1 ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ควรเป็นเสื้อผ้าหน้า หลีกเสี่ยงการใส่เสื้อชั้นในที่รัดหรือคับเกินไป ถ้าจำเป็นต้องใส่ควรใส่เสื้อคอกระเช้า เสื้อยกทรงควรงด โดยเด็ดขาด

1.2 ไม่ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่มีโลหะ หรือเครื่องประดับต่างๆ ในขณะที่ฉาย รังสี เช่น สร้อยคอ เป็นต้น

1.3 ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีมักจะไม่มี อาการผิดปกติ แต่ควรใส่เสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่ม และไม่ขัดถูบริเวณที่ฉายรังสี ดูแลให้ผิวหนังแห้ง และสะอาดอยู่เสมอ

1.4 ในระหว่างสัปดาห์ที่ 4-5 ผิวหนังจะมีสีแดงคล้ำ ผิวแห้งเป็นขุย หรือรู้สึกร้อน ควรดูแลให้ผิวหนังแห้ง และสะอาดอยู่เสมอ

1.5 ในระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้น บางแห่งจะมองเห็น รุขุมขนเป็นจุดๆ ซึ่งเป็นสิ่งธรรมดา ในระยะนี้ไม่ควรให้ผิวหนังบริเวณดังกล่าวถูกแสงแดดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการแสบร้อนขึ้นได้ ผิวหนังบางแห่ง เช่น ในบริเวณซอกรักแร้อาจจะถลอกเป็นแผลและ ถ้ามีการเสียดสีกันอยู่เสมอกๆ ควรพยายามเปิดรักแร้อยู่เสมอกๆ ในสถานที่ที่เหมาะสม เช่น ที่บ้าน ปล่อยให้ลม โกรก หรือพัดลมเป่า เวลาเดินควรกางแขนมากกว่าปกติหรือเท้าเอวเดิน เพื่อป้องกันมิให้ผิวหนังเกิดการ เสียดสี ในระหว่างนี้ควรระวังไม่ให้แผลถูกน้ำและแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามทายา และครีมทุกชนิดยกเว้น แพทย์สั่ง

2. การปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร ในการฉายรังสีบริเวณทรวงอก หลอดอาหาร บางส่วนอาจได้รับรังสีด้วย ทำให้เกิดอาการกลืนแล้วเจ็บ บางครั้งจะรู้สึกกลืนลำบาก ซึ่งอาการเหล่านี้จะ หายไปภายในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทา อาการได้โดย

2.1 รับประทานอาหารอ่อน สลัด และกลืนได้ง่าย มีโปรตีนและ พลังงานสูง เช่น ลอดช่อง ซ่าหลิ้ม เฉาก๊วย ไอศกรีม ฯลฯ

2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอด อาหาร เช่น อาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด อาหารรสเผ็ด รสจัด เหล้า น้ำอัดลม ฯลฯ

2.3 ควรดื่มนม น้ำผลไม้ น้ำหวาน เสริมระหว่างมื้อ

3. การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไอ การฉายรังสีบริเวณทรวงอก อาจทำให้เกิด การอักเสบบริเวณส่วนบนของหลอดลมทำให้อาจเกิดการระคายเคือง และมีอาการไอ ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตัวเพื่อทุเลาอาการได้โดย

3.1 ดื่มน้ำบ่อยๆ วันละ 8-10 แก้ว

3.2 งดสารระคายเคืองต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น

3.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน

3.4 ควรบริหารปอด เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอด โดยปฏิบัติดังนี้คือ วางมือ 2 ข้างที่ชายโครงด้านข้างเหนือเอว เริ่มต้นด้วยการหายใจออกให้สุด แล้วหายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก เพื่อให้ท้องป่องออกมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจไว้สักครู่หนึ่งจึงหายใจออกมาทางปากช้าๆ สังเกตว่าซี่โครงยุบตัวให้แฉม่วท้องเข้าเต็มที่จนกระทั่งสุดลมหายใจ ทำซ้ำอีก 4 ครั้ง การบริหารปอด ควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ถ้ามีอาการไอมากหรือมีไข้ ควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรซื้อยา รับประทานเอง

4. การบริหารข้อต่อและไหล่ การฉายรังสีบริเวณนี้ มีโอกาสยึดติดของข้อต่างๆ จากการหดรั้งของกล้ามเนื้อรวมทั้งการบวมของแขนข้างเดียวกับการที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หรือฉายรังสี อาจเกิดขึ้นจากการไหลเวียนที่ผิดปกติของเลือดและน้ำเหลืองซึ่งสามารถ ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้โดยการบริหารแขน ดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนหันหน้าเข้าหาฝาผนัง ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะฝาผนังในระดับเดียวกัน กับหัวไหล่ใช้ปลายนิ้วไต่ไปตามผนังจนสุดแขน

ท่าที่ 2 ยกมือทั้ง 2 ข้างแตะที่หัวไหล่ ข้อศอกแนบกับลำตัว ยกข้อศอกให้แขนทั้ง 2 ข้าง ตั้งฉากกับลำตัว

ท่าที่ 3 กางแขนทั้ง 2 ข้างออกไปในระดับเดียวกับหัวไหล่ หมุนปลายแขนทั้ง 2 ข้างเป็นวงกลม

ท่าที่ 4 จังหวะที่ 1 กางแขนทั้ง 2 ข้างในระดับเดียวกับไหล่

จังหวะที่ 2 งอแขนทั้ง 2 ข้าง ตั้งฉากกับลำตัว ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะที่ต้นคอด้านหลัง

จังหวะที่ 3 งอแขนไปข้างหลัง ให้หลังมือทั้ง 2 ข้างแตะบริเวณเอว

ท่าที่ 5 วางแขนข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว ยกมือและแขนข้างที่ฉายรังสีวางไว้บนศีรษะค่อยๆ เลื่อนมือและแขนไปตามศีรษะทางด้านข้างจนสุดแขน

ท่าที่ 6 วางมือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว งอแขนข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ข้างหลังให้หลังมืออยู่ระดับเอว ค่อยๆ เลื่อนมือไปข้างหลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ท่าที่ 7 ยึดตัวตรงหันด้านข้างเข้าหาฝาผนัง มือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว ใช้มือข้างที่ฉายรังสีแตะฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ค่อยๆ ไต่ไปตามฝาผนังจนสุดแขน

## (2) การดูแลทางด้านจิตใจ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แม้มะเร็งเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดยากก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังคงต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และความสบายมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจจึงเป็นส่วนสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว วิตกกังวล เกิดความเครียด สับสนต่อสิ่งที่กำลังจะเผชิญ เมื่อเข้าสู่ระยะการรักษาโดยเฉพาะการฉายรังสีนั้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความกลัวมากขึ้น หากปัญหาด้านจิตใจไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังในชีวิต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา มีการศึกษาของพรพรรณ วนวิโรตม และคณะ (2552) ที่ศึกษาถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก 2 ด้านคือ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวัง

ในชีวิต และพบหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง อาทิเช่น การศึกษาของอุบล จ๋วงพานิช, จุรีพร อุ๋นบุญเรือน, จันทราพร ลุนลุด, ทิพวรรณ ชรสร, และภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ (2555) ที่ศึกษาถึงผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ ยาเคมีบำบัด พบว่าดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ ยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชจรี หยงทอง, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, และประภา ยุทธไตร (2556) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการ เผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญ ความเครียดมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ธนิดา ทีปะपाल, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, และมยุรี นภาพรรณสกุล (2558) ที่ศึกษาถึงผลของการทำกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของทิพวรรณ คุณพันธ์ (2553) ที่ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลแบบ กลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่าความ วิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูล แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของอรวรรณ พรคณาปราชญ์ (2555) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งมี ความสำคัญอย่างยิ่ง กิจกรรมต่างๆจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความทุกข์ และสามารถสร้างความสุขให้ตนเองได้ ถึงแม้จะเผชิญความเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม

### (3) การดูแลทางด้านสังคม

การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตอบปัญหา การเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยด้านสังคมนี้จะช่วย ให้ผู้ป่วยได้มีการระบายออกของปัญหา หรือได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่เพียงคนเดียว การได้รับความรู้ คำแนะนำ กำลังใจจากคนรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา และสามารถนำวิธีการแก้ปัญหาที่สำเร็จของผู้อื่นมา ประยุกต์ใช้ให้เข้ากับตนเองได้ ดังการศึกษาของกุนนที พุ่มสงวน และองคร์ ประจันเขตต์ (2560) ที่ศึกษาถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่าทีมสุขภาพทำให้สตรีมีการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2550) ที่ศึกษาถึงผลของการใช้แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอธัญพนม จังหวัดนครพนม พบว่าผลจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รักและห่วงใยของสามี ญาติใกล้ชิด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างหรือการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

#### (4) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความเชื่อมโยงความเป็นองค์รวมของบุคคลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการดูแลมิติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับศาสนา ความเชื่อ ความหวัง ความรัก ความศรัทธา เป้าหมายของชีวิต และการแสดงออกพฤติกรรมความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของบุคคล และส่งผลกระทบต่อกาย และจิตใจ จากการศึกษาของพรทิพย์ ปุกหุดและทิติยา พุฒิกามิน (2555) ที่ศึกษาถึงผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังทดลองลดลงและคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิต ทับทิมหิน และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2554) ที่ศึกษาผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามแนวพุทธธรรมมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

##### 2.1.6.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษา

ภายหลังการฉายรังสีครบแล้ว ควรปฏิบัติตัวเหมือนขณะฉายรังสีต่อไปอีก 4 สัปดาห์ เพราะผลข้างเคียงของรังสีจะยังไม่สิ้นสุดในทันที ผิวหนังที่แห้งดำจะค่อยๆหลุดลอกออกไปเอง โดยห้ามขัดถู เพราะจะทำให้เกิดแผลและเกิดการอักเสบของเยื่อต่างๆได้ ซึ่งอาการต่างๆจะค่อยๆเลาลงไปเอง สิ่งที่ควรปฏิบัติตลอดไปหลังครบฉายรังสี คือ งดสูบบุหรี่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามความเหมาะสม หลังครบการรักษา 6 สัปดาห์ ให้ใช้ครีมบำรุงผิวที่มีความชุ่มชื้นทานวด วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เป็นประจำทุกวันตลอดไป เพื่อป้องกันการแข็งตัวของผิวหนัง เนื่องจากการฉายรังสี และการมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่บั่นทอนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ประกอบกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับยาเคมีบำบัด หรือการผ่าตัดก่อนที่จะมาได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการรักษาที่ยาวนาน เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาและการเจ็บป่วยจะทำให้โรครที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ทุเลาลงได้หรือไม่ ยิ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ หมดหวังในการต่อสู้กับโรคร้าย และไม่มารับการรักษา



ต่อเนื่องได้ ดังนั้นผลกระทบทางด้านจิตใจดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังในการเผชิญกับชีวิตที่เหลืออยู่ได้

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิตและความทรามานต่างๆทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากความไม่สุขสบายจากภาวะของโรคมะเร็งและการรักษา (Miller and Power, 1988; Herth, 1989) ความหวังเปรียบเสมือนแหล่งพลังงานที่สำคัญของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย (Herth, 1992; Miller, 1985) และเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการตราบที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความทรามานต่างๆที่เกิดจากการสูญเสียพลัดพราก ความยากลำบาก ความล้มเหลว หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดขึ้นในความรู้สึกนึกคิดของบุคคล (Herth, 1992) ทั้งนี้เพราะความหวังเป็นแรงจูงใจที่เป็นพลังในตัวเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวในผู้ป่วย จากการศึกษาของ โฉมพิไล นันทรักษา และณิชชาภัทร พุฒิกามิน (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่มีความหวังสูง จะมีการปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างดีถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ความหวังก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ความรู้สึกถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งมุ่งมั่นของจิตใจ การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต รวมทั้งความรู้สึกถึงการเป็นไปได้ (Miller and Power, 1988) การมีหวังจะทำให้บุคคลมีความแข็งแกร่งทางด้านร่างกายและจิตใจในการป้องกันตนเองเมื่อเผชิญความเครียดต่างๆ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญต่อความเครียด การบำบัดรักษาและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อคงไว้หรือฟื้นฟูสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 2.2.1 ความหมายของความหวัง

ได้มีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้หลายอย่าง ดังนี้

ดิวฟอลท์ และมาทอกซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นแรงขับหรือแรงผลักดันที่เป็นพลวัตและมีหลายมิติ มีลักษณะเป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต แม้จะไม่มี ความแน่ใจในความหวังต่อความสำเร็จ ความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกที่สอดคล้องกับเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

มิลเลอร์ (Miller, 1985) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นพลังสำคัญในการดำรงชีวิต โดยคาดหวังว่าในอนาคตจะสำเร็จสิ่งที่ปรารถนา หรือหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่ได้รับ ซึ่งความหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในบุคคลที่ก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ความรู้สึกถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งมุ่งมั่นของจิตใจ การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต รวมทั้งความรู้สึกถึงการเป็นไปได้

โนวอทนี (Nowotny, 1989) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด ความหวังจะทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความหวังจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามช่วงอายุ กาลเวลา และเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

เฮิร์ท (Herth, 1990) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล เป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่างๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ความหวังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

จากความหมายของความหวังดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า ความหวังคือ สิ่งที่บุคคลปรารถนาอยากให้เกิดขึ้น หรือปรารถนาที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ซึ่งความหวังเป็นสิ่งที่เหนี่ยวนำให้บุคคลเกิดเป้าหมายในชีวิต เกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ช่วยให้เกิดแรงผลักดันที่จะทำให้บุคคลก้าวไปข้างหน้าอย่างมีกำลังใจ และกระทำการที่ต้องการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งความหวังนั้นมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

## 2.2.2 องค์ประกอบของความหวัง

ดูฟอลท์และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ได้แบ่งองค์ประกอบความหวังออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

**2.2.2.1 ความหวังทั่วไป (Generalized or global hope)** เป็นความหวังที่มีความเป็นนามธรรมสูง ขอบเขตกว้าง เปรียบเสมือนสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ แต่จะช่วยป้องกันความสิ้นหวัง (despair) เมื่อบุคคลประสบความล้มเหลวในความหวังเฉพาะ ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งความหมายในชีวิต ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยมีความหวังทั่วไปเป็นแรงจูงใจที่รับผิดชอบต่อชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างรอบคอบ

**2.2.2.2 ความหวังเฉพาะ (Particularized or specific hope)** เป็นความหวังที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม เป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต ก่อให้เกิดพลังในการปรับตัวต่ออุปสรรคต่างๆ

นอกจากนี้แล้ว ดูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ได้แบ่งความหวังออกเป็น 6 มิติ ดังนี้

(1) **มิติด้านอารมณ์ (Affective dimension)** คือ อารมณ์และความรู้สึก ผู้ที่มีความหวังจะมีความรู้สึกในทางที่ดีและเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง มีความรู้สึกมั่นใจ ใ่ว่างใจ มีความสุข แม้ว่าบางครั้งอาจไม่มั่นใจในความหวัง อย่างไรก็ตามก็มีความไม่มั่นใจเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด ความเครียด แต่ถ้าบุคคลได้รับการประคับประคองช่วยเหลือให้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง ก็จะเกิดความรู้สึกอบอุ่นและมีความสุข รู้สึกว่าตนเองเข้มแข็งมากขึ้น มีความใ่ว่างใจต่อสิ่งรอบตัวมากขึ้น ระดับความรู้สึกนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

(2) **มิติด้านสติปัญญา (Cognitive dimension)** เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความประสงค์ จินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ ความคิด การเรียนรู้ การประมวลผล การแปลความหมาย และการตัดสินใจ ในมิตินี้เชื่อว่า ความหวังจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตัว เวลาที่ใช้ในการพิจารณาสิ่งที่หวังรวมถึงขอบเขตและลักษณะของสิ่งที่หวัง และการประเมินความเป็นไปได้ของเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในการประเมินความเป็นไปได้ของเป้าหมายที่ต้องการนั้น จะเป็นการประเมินตนเองของบุคคลถึงข้อจำกัดของความหวังตามความเป็นจริงว่าจะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ประเมินแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกตนเองว่า จะส่งเสริมให้ตนบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ลักษณะของบุคคลที่มีความหวังในมิติด้านสติปัญญา คือ เป็นความหวังของบุคคลที่เกิดจากการไตร่ตรองแล้ว และหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริงและจะละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่าเป็นไปไม่ได้

(3) **มิติด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension)** คือ การกระทำเพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ปรารถนา ได้แก่ ด้านจิตใจ (การจัดระบบความคิด การวางแผน และการตัดสินใจ) ด้านร่างกาย (กิจกรรมของร่างกายและการทำหน้าที่ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกาย การพักผ่อน) ด้านสังคม (การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น) ด้านศาสนาและความเชื่อ (การสวดมนต์ การทำตามประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อ)

(4) **มิติด้านความผูกพัน (Affiliative dimension)** เป็นมิติที่มุ่งเน้นของความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ซึ่งเป็นบ่อเกิดแห่งความหวัง

(5) **มิติด้านเวลา (Temporal dimension)** ในมิตินี้กล่าวว่า ความหวังนั้นสัมพันธ์กับเวลา เป็นเรื่องที่คุณคาดหวังถึงอนาคต ซึ่งในกระบวนการของความหวังนั้น บุคคลจะต้องประมวลเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันเข้ามาประกอบการคิดด้วย ระดับของความหวังนั้นอาจสัมพันธ์กับเวลาหรือไม่ก็ได้

เกี่ยวกับอดีต เหตุการณ์ในอดีตที่มีอิทธิพลกับความหวังของบุคคลในหลายๆด้าน เช่น บุคคลที่เคยสมหวังในอดีตมักจะมีหวังว่าตนเองจะประสบความสำเร็จอีกในอนาคตหรือความผิดหวังในอดีตเป็นบทเรียนให้บุคคลมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหา และหวังว่าเหตุการณ์ผิดหวังในอดีตจะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต

เกี่ยวกับปัจจุบัน มีผลต่ออนาคต โดยบุคคลมักจะสานต่อสถานการณ์ปัจจุบันไปสู่อนาคต บุคคลหวังว่าในปัจจุบันจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของอนาคต หรือหวังว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะนำไปสู่อนาคตที่ดีกว่าเกี่ยวกับอนาคต ความหวังของบุคคลแตกต่างกันออกไป และอาจเป็นความหวังที่กำหนดช่วงเวลาเฉพาะที่จะบรรลุผลสำเร็จหรือไม่ก็ได้

**(6) มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (Contextual dimension)** ได้แก่ สถานการณ์ในชีวิต ที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสีย รองลงมา ได้แก่ การแลกเปลี่ยนโอกาส ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกกับบุคคลอื่น สิ่งที่ทำให้มีการตั้งเป้าหมาย เปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงเป้าหมาย การพิจารณาถึงคุณค่าของบุคคลและความหมายในชีวิต เป็นต้น

ต่อมาเฮิร์ท (Herth, 1992) ได้ปรับองค์ประกอบความหวังของดูฟอลท์และ มาท็อคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) โดยรวมด้านที่คาบเกี่ยวกันเข้าด้วยกัน ได้เป็น 3 ด้าน คือ

**(1) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future)** ประกอบด้วย มิติด้านสติปัญญาและเวลา เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าจะสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต

**(2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner positive readiness and expectancy)** ประกอบด้วยมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ

**(3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น (Inner connectedness with self and others)** ประกอบด้วยมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อม เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาอาศัยกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1992) เนื่องจากแนวคิดความหวังของเฮิร์ทผ่านการผสมผสานแนวคิด ปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวกับความหวัง และแนวคิดของดูฟอลท์และมาท็อคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมหลายด้าน และเฮิร์ทได้ปรับมิติความหวังในแต่ละด้านเพื่อลดความซ้ำซ้อน

### 2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

ความหวังเป็นการรับรู้ความคิดหรือความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความเป็นพลวัต (Dufault & Martocchio, 1985) ความหวังของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันไป หรือแม้แตในตัวบุคคลคนเดียว ความหวังก็ยังมีเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในลักษณะที่ส่งเสริม สนับสนุน หรือคุกคามต่อความหวัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังโดยแบ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคล และปัจจัยอื่นๆดังต่อไปนี้

**2.2.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล** เป็นสิ่งที่มีความหวังต่อบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล ทั้งในทางที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนความหวัง

### (1) ความสามารถทางปัญญา

เป็นการรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการประเมิน และการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆที่มาคุกคาม กล่าวคือเมื่อมีสถานการณ์ที่วิกฤตหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง (Snyder, 1994) โนวอทนี (Nowotny, 1989) ให้แนวคิดความหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถทางปัญญาไว้ว่า ความหวังเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุม รวมทั้งมีทางเลือกในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน และจากงานวิจัยของควาราดีม โอเซอร์และบอสคุก (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) ที่ศึกษาถึงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ผลมีต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งในตุรกี พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำมีผลต่อระดับความหวัง กล่าวได้คือ ผู้ที่มีการศึกษาน้อย เมื่อเกิดภาวะวิกฤตของชีวิตเช่นเป็นมะเร็ง บุคคลจะมีการรับรู้และหาทางออกต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้น้อย แต่ในทางกลับกัน ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีการรับรู้ว่าจะสามารถคิดแก้ปัญหา และหาทางออกต่อชีวิตได้อย่างเหมาะสม

### (2) ภาวะสุขภาพกายและความเจ็บป่วย

ถึงแม้ว่าความหวังจะเป็นสภาวะทางจิตใจ แต่เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังนั้นสุขภาพกายจึงเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการนำไปสู่เป้าหมายอื่น ๆ ซึ่งรวมถึงการเกิดความหวังด้วย บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีพลังใจที่คิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่จะมุ่งไปสู่เป้าหมายนั้นๆด้วย (Snyder, 1994) และในทางตรงกันข้าม หากบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย พลังใจและความพร้อมดังกล่าวอาจจะลดลงจนกระทบต่อความหวังได้ ดังการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1993) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระดับความหวังในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของบัตท์ (Butt, 2011) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว มีผลทำให้ระดับความหวังลดลง

### (3) ความเชื่อทางศาสนา

เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พระผู้เป็นเจ้า หรืออำนาจต่างๆที่อยู่เหนือการทำนาย จะสามารถช่วยให้ความหวังบรรลุผล ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางจิตใจ (Dufault & Martocchio, 1985) มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวว่า ความศรัทธา ความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา และสิ่งเหนือธรรมชาติ เป็นแหล่งความหวังของบุคคล มีการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1989) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความหวังมากที่สุด พบว่าความเชื่อทางศาสนา หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งประเทศจอร์แดนของคราเทอร์และอัลไวส์ (Khater & Alkwiese, 2013) พบว่า

ความเชื่อทางศาสนามีความเชื่อมโยงกับความหวังในระดับสูงและเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง

#### (4) รายได้

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงิน จะรู้สึกแย่กับตนเอง รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ และโดดเดี่ยว ไม่มีทางหาเงินมารักษาตัวเองได้ นอกจากนี้แล้วปัญหาทางการเงินยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ดังการศึกษาของคาวราดิม โอเซอร์และบอสคูก (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) ที่ศึกษาถึงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ผลมีต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งในตุรกี พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะมีความเกี่ยวข้องกับระดับความหวังที่ต่ำลง

#### (5) ปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรครีรังและผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความหวัง ดังเช่น การศึกษาของบัตต์ (Butt, 2011) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกในชีวิต คุณภาพชีวิต การได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ การอยู่โรงพยาบาลนานเกินไป ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อระดับความหวังด้วยเช่นกัน และเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศฮ่องกงที่ศึกษาถึงการให้ความหมายของความหวังจากมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าการยอมรับการเสียชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหวังเมื่อได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่หากผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการยอมรับการเสียชีวิต จะทำให้ใช้ชีวิตอย่างหมดหวัง และในอีกทางหนึ่ง หากผู้ป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ต่อสู้กับโรคและอยู่อย่างมีความสุข ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างยืนยาว ในทางกลับกันหากผู้ป่วยยอมแพ้ในการต่อสู้เพื่อชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหมดหวังในการดำรงชีวิตต่อไป (Mok et al., 2010)

**2.2.3.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล** เป็นสิ่งที่มีผลต่อความหวังของบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมตัวบุคคล บุคคลรอบข้าง และทุกสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล

#### (1) แรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติ พยาบาล แพทย์ เป็นต้น แรงสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม โดยสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวังตามมา แต่หากผู้ป่วยอยู่ตัวคนเดียว ไม่มีครอบครัว ไม่มีเพื่อน ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและมีความหวังอยู่ในระดับต่ำ (Snyder, 1994; Mok et al., 2010; Butt, 2011; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) มีการศึกษาของกฤษณา สังขมณีจินดา (2554) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น แพทย์ พยาบาล ครอบครัว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการดำเนินชีวิตเพิ่มมากขึ้น

## (2) ประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมามีทั้งของตนเองและบุคคลอื่น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (Snyder, 1994) ดูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวเช่นกันว่าเหตุการณ์ในอดีตจะมีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลายๆด้าน กล่าวคือ บุคคลที่เคยสมหวังในอดีตมักจะมี ความหวังว่าตนจะประสบความสำเร็จเช่นนั้นอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีตอาจจะเป็นบทเรียนให้กับบุคคลในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ซึ่งบุคคลอาจจะหวังว่าเหตุการณ์ที่ผิดหวังนี้จะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต

**2.2.3.3 ปัจจัยอื่นๆ** นอกจากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาแล้ว ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อความหวังทั้งในลักษณะที่มีผลช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดความหวัง เช่น การเป็นคนมองโลกในแง่ดี การมีมุมมองทางบวกต่อชีวิต การมีศรัทธาในตนเอง ความสามารถในการควบคุมกิจวัตรประจำวันของตนเอง ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อระดับความหวังด้วยเช่นกัน (Mok et al., 2010; Butt, 2011; Kavraddim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014) และมีบางปัจจัยที่ส่งผลคุกคามต่อความหวังของบุคคล ดังการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง พบว่าสิ่งที่ทำให้ความหวังลดลงคือความตื่นตระหนกและความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายปรากฏขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ความหวังลดลง แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยคือ การถูกแบ่งแยกหรือการถูกทอดทิ้ง การไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยหรือความทุกข์สบาย และการลดคุณค่าความเป็นบุคคล

## 2.2.4 กระบวนการของความหวัง

ความหวังมีลักษณะเป็นพลวัต ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความหวังสามารถเปลี่ยนมาเป็นการสิ้นหวังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบบุคคลนั้นๆ (Kylma, 2005) ดังนั้นหากบุคคลประสบเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่อยู่ในขั้นวิกฤต ที่ส่งผลกระทบต่อความหวังอาจจะเป็นในด้านบวกหรือลบ และในบางสถานการณ์มีผลช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความหวังขึ้นมาหรือทำให้ความหวังที่มีอยู่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป (Herth, 2000) การเข้าใจในธรรมชาติของความหวังและการวิเคราะห์ความคิดที่เกี่ยวกับความหวังโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การรับรู้ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น (Herth, 2001) และสามารถให้การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง เต็มมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการส่งเสริมความหวังนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเหตุการณ์ชีวิตและสามารถแก้ปัญหาที่ผ่านไปได้ด้วยดี (Herth, 1990)

ไคล์มา (Kylma, 2005) ได้กล่าวถึงกระบวนการการเปลี่ยนแปลงของความหวังไว้

3 ลักษณะ คือ

1. ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่จะช่วยให้บุคคลเข้มแข็ง มีกำลังใจในการต่อสู้กับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่เข้ามา มีผลกระทบต่ออารมณ์ในปัจจุบันและอนาคต

2. ความหมดหวัง (Despair) เกิดจากความทุกข์ทรมานอย่างใหญ่หลวง เป็นเหตุการณ์ที่เข้ามา มีผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งเหตุการณ์นั้นจะทำลายความหวังและนำไปสู่ความสิ้นหวัง (hopelessness)

3. ความสิ้นหวัง (hopelessness) เป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าคุณสูญเสียทุกอย่าง ไม่มีพลังอำนาจในการกระทำใดๆได้อีก บุคคลจะใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมาย ขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ อาจคิดฆ่าตัวตายได้

กระบวนการความหวัง ความหมดหวัง และความสิ้นหวัง มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ดังที่ไคล์มา (Kylma, 2005) กล่าวว่า ถ้าความหมดหวังและความสิ้นหวังเกิดขึ้น จะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ลดน้อยลง แต่ในทางกลับกัน ถ้าบุคคลมีความหวัง จะช่วยให้บุคคลมีแรงขับในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งความหวังจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

นอกจากนั้น มิลเลอร์ (Miller, 1992) ได้ศึกษาความหวังจากการทบทวนวรรณกรรม และทำการวิจัยแล้วนำมาสรุปได้ว่า ความหวังเป็นแหล่งพลังอำนาจที่มีคุณค่ามากที่สุดของบุคคล เพราะเป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ ที่เกิดภาวะเสื่อมสภาพและความรู้สึกหมดหนทาง ช่วยเหลือจากการเจ็บป่วย ความหวังนั้นจะเกิดจากศรัทธาของบุคคล จากสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และจากการได้รับการสนองตอบความต้องการ (Miller, 1992; Mok et al., 2010; Butt, 2011; Kavraddim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014) ความหวังเป็นองค์ประกอบภายในของชีวิตมนุษย์ การกระทำทุกอย่างในชีวิตของมนุษย์ขึ้นอยู่กับระดับต่างๆของความหวัง แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความหวังแบบผิวเผิน เป็นความรู้สึกต่อสิ่งต่างๆที่เป็นพื้นฐาน ไม่มี ความสำคัญมากนัก หากไม่ประสบความสำเร็จจะเกิดความรู้สึกหมดหวัง และเสียกำลังใจเล็กน้อยเท่านั้น

ระดับที่ 2 เป็นความหวังต่อการพัฒนาตนเอง ความสำเร็จและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นๆ หากไม่ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะบรรเทาได้เมื่อมีการตั้งเป้าหมายใหม่ขึ้น ความสูญเสียพลังใจในระดับนี้จะสูญเสียมากกว่าระดับที่ 1

ระดับที่ 3 เป็นความหวังที่เกิดขึ้นเพื่อต้องการให้หลุดพ้นจากความรู้สึกทุกข์ทรมาน หมดสิ้นหนทาง ความสิ้นหวังจะรุนแรงมาก เรียกว่า เกิดการยอมแพ้โดยสิ้นเชิง (Giving up) จะต้องใช้พลังใจมากในการที่จะสร้างความหวัง



ในผู้ป่วยเรื้อรัง จะเกิดการสูญเสียที่สะสมมาตลอด ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียอำนาจ และในที่สุดจะสิ้นหวัง ถ้าวงจรนี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานาน จะนำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างมาก และทำร้ายตนเองได้

ดังนั้น การนำแนวคิดการเสริมสร้างความหวังมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านม ระยะเวลาลูกกลมที่ได้รับรังสีรักษาจึงมีความจำเป็นและเหมาะสม เพราะจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างเป็นองค์รวม โดยไม่ได้มุ่งเน้นแต่การรักษาเพียงกายเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงการดูแลให้ผู้ป่วยมี ความสุข มีกำลังใจ เผชิญกับโรคและการรักษาต่างๆ ได้ แต่ความหวังนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความ เป็นจริง

### 2.2.5 ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านระยะเวลาลูกกลมที่ได้รับรังสีรักษา

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งเรื้อรังด้านระยะเวลาลูกกลม ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ ทรมาณกับสภาพความเจ็บป่วยของร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาแล้วนั้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาณเพิ่มขึ้น เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีต้องใช้เวลาานาน ตลอดจน ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาณทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาด้านอารมณ์และจิตใจสูงมาก เช่น เกิดความหวาดกลัว ความเครียด ความ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสิ้นหวัง เป็นต้น (สุวนีย์ เกียรติแก้ว, 2554) จากการศึกษาของไฮดราริและ โกลคูริ (Heidari & Ghodusi, 2015) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความหวัง และสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมหลังผ่าตัด พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีความเชื่อมโยงกัน กล่าวได้คือหาก ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง มีการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดสุขภาพจิตที่ดี และเกิดความหวังในการ ต่อสู้กับโรค แต่หากผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่ากับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกแย่กับ ตนเอง ทำให้สุขภาพจิตแย่ และเกิดการสูญเสียความหวังตามมา และจากงานวิจัยยังพบอีกว่า คู่สมรสที่ดี ดูแลเอาใจใส่ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความหวังในการต่อสู้กับโรคได้ (Duggleby, Bally, Cooper, Doell, & Thomas, 2012) สิ่งต่างๆเหล่านี้เองที่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาความหวังขึ้นมาในชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านระยะเวลาลูกกลมที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นกลไกอย่างหนึ่งในการรับมือกับ ภาวะวิกฤตดังกล่าว และเพื่อปรับสมดุลให้กับชีวิตในภาวะที่มีความเจ็บป่วย แม้ว่าความหวังนั้นจะมีความ เป็นไปได้หรือไม่ก็ตาม

ความหวังจึงเป็นมิติสำคัญของการอยู่รอดในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง และการคงไว้ซึ่งความหวังก็ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการมีชีวิตอยู่ (Herth, 1990; Miller, 1985) สำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านระยะเวลาลูกกลมที่ได้รับรังสีรักษา ความหวังมีความสำคัญในทุกๆระยะของการรักษา ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เริ่มรับการรักษา ระยะหลังโรคสงบ ไปจนกระทั่งเสร็จสิ้นการ รักษา แม้ว่าในระยะหลังเสร็จสิ้นการรักษาแล้วก็ตาม ความหวังก็ยังคงมีความสำคัญกับผู้ป่วย ดังงานวิจัย ที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านม

ระยะแพร่กระจาย พบว่าสังคมรอบข้าง การอยู่อย่างมีความหวัง ประสบการณ์เชิงบวกในอดีตและปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยการมองโลกในแง่บวกและการอยู่อย่างมีความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Willis, Lewis, Ng, & Wilson, 2015)

### 2.2.6 การเสริมสร้างความหวัง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งภายในและต่างประเทศ มีวิธีการเพิ่มความหวังในผู้ป่วยหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

#### 2.2.6.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติ พยาบาล แพทย์ เป็นต้น ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่ได้โดดเดี่ยว การได้รับความรักและให้ความรักเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความหวัง (Buckley & Herth, 2004) หากบุคคลได้พบกับผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน จะเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดี ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิต เกิดการสร้างความหวังในตนเอง ดังการศึกษาของกฤษณา สังขมณีจินดา (2554) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า การจัดทำโปรแกรมทางการพยาบาลพร้อมการวางแผนให้การพยาบาลทุกด้าน ในการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ผู้ป่วยได้ประเมินสถานการณ์และความสามารถ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เกิดความหวังในการต่อสู้กับชีวิตได้ และการศึกษาของลิชวาลา (Lichwala, 2014) ที่ศึกษาถึงการกระตุ้นความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการที่ผู้ป่วยได้มีการเข้าร่วมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน กระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อไปได้

#### 2.2.6.2 ความมีศรัทธาในตนเอง/ความเชื่อทางศาสนา

การที่บุคคลมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ เชื่อมั่นว่าพระเจ้าเป็นเจ้า หรืออำนาจต่างๆที่อยู่เหนือการทำนาย จะสามารถช่วยให้ความหวังบรรลุผล ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางจิตใจ จากการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1989) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความหวังมากที่สุด พบว่าความเชื่อทางศาสนา หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งประเทศจอร์แดนของคราเทอร์และอัลไวส์ (Khater & Alkwiese, 2013) พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความเชื่อมโยงกับความหวังในระดับสูงและเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ปุกหุดและทิติยา พุฒิกามิน (2555) ที่ศึกษาถึงผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา พบว่าการสวดมนต์ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ และการมีศรัทธาในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความหวังว่าตนเองสามารถกระทำหรือก้าวผ่านปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมั่นใจ และกล้าลงมือทำเพื่อความสำเร็จและบรรลุสิ่งที่ต้องการ

### 2.2.6.3 การมีเป้าหมายในชีวิต

การที่บุคคลจะทำเป้าหมายในชีวิตให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องมีความหวังและความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งที่ทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายได้ และการกำหนดเป้าหมายในชีวิตนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งการมีเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (Snyder, 1994; Buckley & Herth, 2004) ดูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวเช่นกันว่า เหตุการณ์ในอดีตจะมีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลายๆ ด้าน กล่าวคือ บุคคลที่เคยสมหวังในอดีตมักจะมี ความหวังว่าตนจะประสบความสำเร็จเช่นนั้นอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีตอาจจะเป็นบทเรียนให้กับบุคคลในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ซึ่งบุคคลอาจหวังว่าเหตุการณ์ที่ผิดหวังนี้จะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต

### 2.2.6.4 การมองโลกในแง่ดี/มองโลกทางบวก

การเป็นคนมองโลกในแง่ดี คิดบวกกับชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความหวังได้ (Butt, 2011; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014) มีงานวิจัยหลายแหล่งที่ระบุถึงผลของการคิดและพูดกับตนเองทางบวกว่า แผนการบำบัดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง และคาดว่าน่าจะเสริมสร้างความหวังได้ หากบุคคลตระหนักรู้ถึงวิธีการคิดและพูดกับตนเองที่ตนใช้อยู่ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม จะก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปทางที่ดี เกิดความหวังต่ออนาคต ดังที่เฮิร์ท (Herth, 1992) กล่าวถึงการพูดกับตนเองทางบวกว่า เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่เสริมสร้างความหวังได้ จากการศึกษาของดวงทิพย์ ก่อกิจงาม (2551) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อความหวังในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าการฝึกพูดกับตนเองทางบวกช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อสู้กับโรคได้

### 2.2.6.5 การเห็นคุณค่าในตนเอง

การเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการหาความหมายของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น (จันทิมา องค์กรเมชิต, 2545) เนื่องจากความหมายในชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้เขาดำรงชีวิตอยู่ เป็นบางสิ่งที่บุคคลเติมเข้าไปในใจ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่น ความหมายของชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว เพื่อให้ชีวิตสามารถดำเนินต่อไปได้ หากบุคคลรู้สึกว่าเขาเองไร้ค่าขาดความหมาย จะทำให้เกิดการแยกตัว ไม่มีกำลังใจที่จะมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิต ขาดสิ่งเชื่อมโยงตนเองให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว และการที่ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์หรือความทรงจำที่ดีในอดีต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองได้ (Lichwala, 2014) มีงานวิจัยที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ ความมีคุณค่าในตนเองกับความหวัง พบว่า หากผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับความดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการเผชิญชีวิตต่อ และหากว่าครอบครัวมีส่วนใน

การดูแลผู้ป่วยเมื่ออาการของโรคดำเนินมาถึงขั้นสุดท้าย ผู้ป่วยพร้อมที่จะจากโลกนี้ไปอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ท่ามกลางครอบครัวซึ่งอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยจนถึงลมหายใจสุดท้าย

### 2.2.6.6 การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ

การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสุขภาพหรือการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวล ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความหวังในการดำรงชีวิตได้ (Khater & Alkwise, 2013; Lichwala, 2014) ดังการศึกษาของอภิญญา พจนารถ, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, อัจฉรา สุคนธสรพร (2556) ที่ศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความมั่นใจและเข้าใจในความเจ็บป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้จากทีมสุขภาพมาใช้ในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจและเกิดความหวังในการต่อสู้และเผชิญกับโรคได้

นอกจากนั้นเฮิร์ท (Herth, 1990, 1992) ได้มีการศึกษาถึงวิธีต่างๆในการเพิ่มความหวังโดยแยกวิธีเพิ่มความหวังให้เข้ากับมิติการเพิ่มความหวัง 3 ด้าน ได้แก่

(1) **ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต** คือ การสร้างเป้าหมายในการดำรงชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต การคิดและพูดกับตนเองในทางบวก เช่น เราจะต้องเข้มแข็งเพื่ออยู่ต่อสู้กับโรคให้ได้ มีคนที่อาการหนักกว่าเรา แต่เขายังสู้ ทำไมเราจะสู้ไม่ได้ เป็นต้น การวางแผนชีวิตล่วงหน้า โดยความหวังต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง เช่น หวังว่าจะสามารถไปประกอบอาชีพเดิมหลังจากออกจากโรงพยาบาล การยอมรับว่าความหวังในอนาคตอาจเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ การทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเผชิญสถานการณ์ต่างๆโดยไม่รู้สึกกลัวหรือท้อแท้

(2) **ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง** คือ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้น เช่น การได้รับการรักษาด้วยรังสีจะทำให้อาการของโรคทุเลาลง สามารถควบคุมไม่ให้โรคแพร่กระจายได้ ความมุ่งมั่นพยายามกระทำเพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองยังมีค่า มีความสำคัญกับลูกหลานอยู่ หรือการได้ระลึกถึงความสุขความทรงจำที่ดีในอดีต เช่น ฉันเคยได้รับเป็นบุคคลดีเด่นในที่ทำงาน

(3) **ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น** คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นรอบข้าง เช่น พูดคุยกับคนในครอบครัว พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยกันเอง การได้รับการพยาบาลอย่างนุ่มนวล การดูแลเอาใจใส่ การได้รับกำลังใจ การได้รับการประคับประคองทางอารมณ์ การมีความศรัทธาถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญทำทาน เป็นต้น การมีความเข้มแข็งในการมองโลก วิธีต่างๆดังกล่าวนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาและเสริมสร้างความหวังได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความหวังเป็นสิ่งสำคัญกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและดำรงชีวิตต่อไปได้ ซึ่งวิธีการเสริมสร้างความหวังก็มีหลายวิธี พยาบาลควร

ตระหนักถึงความสำคัญในการหาแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความหวัง และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านเรื่องเลวร้ายในชีวิตต่อไปได้

### 2.2.7 การประเมินความหวัง

การประเมินความหวังทางการแพทย์ พบว่ามีแบบประเมินความหวังหลากหลาย เช่น Nowotny Hope Scale, Miller Hope Scale, Herth Hope Scale, Herth Hope Index เป็นต้น ซึ่งในแต่ละแบบมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันในการประเมินตามเป้าหมายของความหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รายละเอียดของแบบประเมินต่างๆ มีดังนี้

**2.2.7.1 Nowotny Hope Scale (NHS)** ซึ่งพัฒนาโดยโนวอทนี (Nowotny, 1989) ใช้ในการวัดความหวัง เครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อที่ครอบคลุม 6 มิติและให้รายละเอียดเกี่ยวกับแง่มุมต่างๆของความหวัง แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยเฉพาะเพื่อวัดความหวังในบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤต คะแนนความหวังอยู่ระหว่าง 29-116 คะแนน ทำการทดสอบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่จำนวน 131 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งยังไม่แพร่หลาย และแต่ละมิติของความหวังยังไม่มีความชัดเจน

**2.2.7.2 Miller Hope Scale (MHS)** ซึ่งพัฒนาโดยมิลเลอร์และพาเวอร์ (Miller and Power, 1988) โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ปัจจัยของความหวัง ได้แก่ ความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่นและต่อชีวิตจำนวน 22 ข้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามความหวังจำนวน 12 ข้อ และความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตจำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 28 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งได้ 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนความหวังจะกระจายอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความหวังสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความหวังต่ำ การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความหวังของมิลเลอร์และพาเวอร์ (Miller and Power, 1988) ซึ่งมีการทดสอบแล้วกับผู้ป่วยโรคเอดส์ 40 คน พบว่า การทดสอบความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.82 และความตรงภายใน (Alpha consistency) เท่ากับ 0.93 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือ ส่วนใหญ่มักใช้ในผู้ป่วยโรคทางกายที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรคเอดส์ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

**2.2.7.3 Herth Hope Scale (HHS)** โดยเฮิร์ท (Herth, 1989) ได้พัฒนาแบบวัดความหวัง HHS โดยใช้กรอบแนวคิดความหวังของดูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1. ด้านความรู้สึกรายในที่ที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 10 ข้อ 2. ด้านความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวัง จำนวน 10 ข้อ 3. ด้านความสัมพันธ์ภายในตนเองและผู้อื่น จำนวน 10 ข้อ ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 24 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณ

ค่า (Rating scale) แบ่งได้ 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยเกิดขึ้นกับฉันไปจนถึงบ่อยครั้งที่เกิดขึ้นกับฉัน คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วงระหว่าง 0-90 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความหวังสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความหวังต่ำ แบบสอบถามนี้ผ่านการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายๆกลุ่ม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคอยู่ระหว่าง 0.75-0.95 และเนื่องจาก HHS มีความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม ทำให้เฮิร์ทได้มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามให้สั้นกะทัดรัด และชัดเจน

**2.2.7.4 Herth Hope Index (HHI)** ได้ถูกพัฒนามาจาก Herth Hope Scale (HHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อคำถามสั้น กะทัดรัด ชัดเจน และนำไปใช้ได้ง่ายในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น โดยดัชนีวัดความหวังนี้ประกอบไปด้วย 3 ด้านคือ 1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2. ความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวัง 3. ความสัมพันธ์ภายในตนเอง และผู้อื่น โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านละ 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งได้ 4 ระดับ มีคะแนนรวม 12-48 คะแนน ผ่านการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายๆกลุ่ม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค อยู่ระหว่าง 0.87-0.91 คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วงระหว่าง 12-48 คะแนน โดยคำถามด้านลบจะได้รับการกลับคะแนนไปในทางตรงข้ามก่อนที่จะนำมารวมคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความหวังสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความหวังต่ำ แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) ได้แปลแบบวัดโดยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคมะเร็ง ด้านการพยาบาลจิตเวชและด้านภาษาอังกฤษ และคำนวณหาความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (Interrater agreement) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้แปลได้นำแบบวัดที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index) ปี ค.ศ.1992 ที่ได้รับการแปลโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) มาใช้ประเมินระดับความหวังของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ได้กล่าวถึงความหวังในลักษณะหลายมิติและมีความเป็นพลวัต เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบบวัดนี้ได้มีผู้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารดาเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นต้น และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายโดยไม่มีข้อจำกัดด้านความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบกับมีข้อคำถามที่สั้นและจำนวนข้อไม่มาก มีความชัดเจน จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดระดับประคับประคอง

### 2.3.1 ความหมายของจิตบำบัดระดับประคับประคอง

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของจิตบำบัดระดับประคับประคองไว้หลายอย่าง ดังนี้

มาโนช หล่อตระกูล และภาพันท์ เจริญสวรรค์ (2548) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคับประคอง เป็นการบำบัดผู้ป่วยโดยผู้ป่วยพบผู้ให้การบำบัดตัวต่อตัวมุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและมุ่งช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก ช่วยให้ความคับข้องใจลดลง จิตใจอยู่ในสมดุลมากขึ้น อากาหรือความทุกข์ใจทุเลาลง ซึ่งมีแนวคิดหลักได้แก่ การเสริมกลไกทางจิตของผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมให้มั่นคงขึ้น ส่งเสริมวิธีอื่น ๆ ที่เหมาะสมกว่าเดิมในการแก้ปัญหา ช่วยแก้ไขหรือลดปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ทั้งนี้เป็นการรักษาที่อยู่ในระดับจิตสำนึกเท่านั้น ไม่เข้าไปจัดการแก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกของผู้ป่วย

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคับประคอง มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา (Therapeutic relationship) ร่วมกับการชี้แนะและเทคนิคอย่างอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็ว โดยไม่ต้องค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง จิตบำบัดวิธีนี้ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกกว่าเป็นสาเหตุของโรคมากกว่าข้อขัดแย้งภายในจิตใจผู้ป่วย โดยเฉพาะความเครียดจากสิ่งแวดล้อมและปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า จิตบำบัดระดับประคับประคอง เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการที่ผู้ให้การบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้การบำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่ปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย โดยเน้นการพูดคุย และบำบัดช่วยเหลือประคับประคองเบื้องต้น

ไนท์ (Knight, 1954 อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ได้อธิบายว่า จิตบำบัดระดับประคับประคองเป็นการรักษาจิตแบบบำบัดผิวเผิน (Superficial psychotherapy) ที่เป็นการสร้างแรงดลใจ (Inspiration) ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ (Reassurance) คำแนะนำ (Suggestion) โน้มน้าวให้ความรู้ใหม่ (Re-education) และการใช้เทคนิคอื่น ๆ ต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจประปรายหรือไม่ยึดหยุ่น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานทางจิตหรือกลไกปกติของจิตใจตนเองได้ดีพอ หรือไม่ สามารถเข้าใจตนเอง

เวอเมน (Wermen, 1984 อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ได้อธิบายว่า จิตบำบัดระดับประคับประคองเป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดช่วยชดเชยหน้าที่ทางจิตใจบางอย่างที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเองไม่ได้ หรือทำได้ดีไม่เพียงพอ

พินส์เกอร์ (Pinsker, 1988 อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) อธิบายว่าการรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคองนั้น เป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้รับการรักษา

ช่วยให้มีการกลับคืนมาหรือมีการเพิ่มประสิทธิภาพของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) การทำงานของอีโก้ (Ego function) และทักษะในการปรับตัว (Adaptive skills)

โนวาλισ (Novalism, 1992 อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ให้คำจำกัดความว่า จิตบำบัดระดับประคับประคองเป็นการรักษาจิตบำบัดวิธีหนึ่งที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบประคับประคองระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง สามารถปรับตัวได้ ลดความรู้สึกไม่สบายหรือความผิดปกติของผู้ป่วยทั้งในแง่ของความรู้สึกและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระมากที่สุดจากโรคที่กำลังเผชิญอยู่

สรุป จิตบำบัดระดับประคับประคองหมายถึง กระบวนการบำบัดทางจิต โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ สร้างขวัญกำลังใจ ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต เกิดความเข้าใจและยอมรับตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งจิตบำบัดระดับประคับประคองนั้นเป็นการรักษาในระดับจิตสำนึกเท่านั้น

จิตบำบัดระดับประคับประคองแบ่งออกเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล สำหรับจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบรายบุคคล (Individual supportive psychotherapy) เป็นการรักษาทางจิต ด้วยการที่ผู้บำบัดรักษาพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผู้บำบัดรักษาวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขปัญหา หรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย ส่วนจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่ม (Group supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจอื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

**2.3.2 จุดมุ่งหมายของจิตบำบัดระดับประคับประคอง** (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ได้แก่

**2.3.2.1** ลดอาการไม่สุขสบายด้วยการแก้ไขพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นต่อปัญหาที่กำลังประสบอยู่ รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตที่ดี แม้ว่ายังคงมีความผิดปกติของจิตใจ (Psychopathology) หลงเหลืออยู่

**2.3.2.2** เพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และลดความอ่อนแอลงด้วยการเสริมทักษะทางด้านต่างๆ รวมทั้งเสริมความเข้มแข็งของกลไกทางจิตของผู้ป่วย

**2.3.2.3** ช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพที่อ่อนแอ วุ่นวายใจ และมีความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหา มีจิตที่มั่นคง และพร้อมที่จะเผชิญปัญหาทั้งภายในจิตใจและที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม



### 2.3.3 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง มีด้วยกันหลายแนวคิด ตามความเชื่อและจุดมุ่งหมายของผู้นำกลุ่มแต่ละคน แนวคิดทฤษฎีต่างๆสามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาและประโยชน์กับผู้นำกลุ่มในการนำวิธีการต่างๆในแต่ละแนวคิดไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามแต่ละสถานการณ์ (Yalom, 1995)

แนวคิดทฤษฎีต่างๆที่นิยมใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง มีความแตกต่างกันในแต่ละแนวคิด (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556) ได้แก่

**2.3.3.1 ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (Existential and gestalt theory)** มุ่งเน้นความเป็นอิสระของบุคคล ความมีเอกลักษณ์ของตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหาของตนเอง และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2.3.3.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory)** มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆภายในกลุ่มและพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้บำบัดจะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

**2.3.3.3 ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral theory)** มีแนวคิดที่ว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองและสมาชิกกลุ่ม และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยการให้แรงเสริมทางบวกและทางลบ นอกจากนี้สมาชิกจะเห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบและมีการปรับพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสมได้

**2.3.3.4 ทฤษฎีการสื่อสาร (Communication theory)** มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร และเกิดการแปลข่าวสาร ผู้บำบัดจะเน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสาร ที่สอดคล้องกับความคิด ความรู้สึก และความต้องการของสมาชิก

**2.3.3.5 ทฤษฎีพลวัต และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Group dynamic and group process theory)** ซึ่งกลุ่มจะมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก โดยผู้บำบัดมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาของกลุ่ม

**2.3.3.6 ทฤษฎียาลอม (Yalom theory)** มุ่งเน้นปัญหาของสมาชิกที่เกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก หรือมีความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเน้นการช่วยให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งที่

สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่สามารถช่วยเหลือให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

ถึงแม้ว่ามีแนวคิดหลากหลายที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด ครอบคลุมได้ แต่ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดทฤษฎียาลอม (Yalom theory) มาเป็นแนวคิดในการทำกลุ่มจิตบำบัดครอบคลุม เนื่องจากยาลอมเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการเรียนรู้และเข้าใจในสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจในกลุ่ม เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และมีปัจจัยบำบัดที่สามารถช่วยเหลือให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

#### 2.3.4 กลุ่มจิตบำบัดครอบคลุม

ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดครอบคลุม ได้มีการให้ความหมายไว้ดังนี้

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และ ศุภกรใจ เจริญสุข (2556) กล่าวว่ากลุ่มจิตบำบัดครอบคลุม หมายถึง เป็นรูปแบบจิตบำบัดที่พยาบาลชั้นสูงสามารถทำได้ มุ่งเน้นบำบัดอาการ และสร้างกลไกทางจิตที่เข้มแข็ง การแก้ไขจะอยู่ในระดับของจิตสำนึกเท่านั้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า กลุ่มจิตบำบัดครอบคลุม เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มจิตบำบัดครอบคลุมคือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับในความเป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น และยอมรับผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ยาลอม (Yalom, 1995) กล่าวว่า กลุ่มจิตบำบัดครอบคลุมเป็นการบำบัดวิธีหนึ่ง ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการของจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อครอบคลุมบุคคลที่มีทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา

สรุป กลุ่มจิตบำบัดครอบคลุม หมายถึง เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้สมาชิกเกิดความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป

### 2.3.5 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม

ยาลอม (Yalom, 1995) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของกลุ่มบำบัดคือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกแยกแยะและเข้าใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคัมจำลอง โดยสมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับสังคมที่เขาอยู่ การดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่มจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม (Yalom, 1995)

แนวคิดทฤษฎีกลุ่มของยาลอมนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ได้ทุกชนิดของกลุ่มบำบัดและนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเหมาะสมทั้งผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาล มีการศึกษาของอากาเป (Agapetue, 1994) ซึ่งได้นำทฤษฎีของยาลอมไปใช้ในการทำกลุ่มกับผู้ป่วยนอกที่เป็นจิตเวช โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่ถูกต้อง พบว่า ปัจจัยบำบัดที่มีความสำคัญที่สุดที่พบในการทำกลุ่ม คือ การมีความหวังมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวาซอนและไลออร์ (Vachon & Lyall, 1976 cited in Benioff & Virogradov, 1993) ที่ได้ทำกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวคิดของยาลอม พบว่า กลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความหวังมากขึ้น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิต และดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม สำหรับในประเทศไทย มีการนำแนวคิดของยาลอมไปใช้ในการทำกลุ่มมากมายเช่น จากการศึกษาของวรรณษา จำปาศรีและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2554) ที่ศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของยาลอม พบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ จริยา บุญเชิญ (2550) ศึกษาถึง การศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้ จากผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แนวคิดทฤษฎีของยาลอมเป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ผลดีกับการบำบัดในหลากหลายปัญหา ดังนั้นจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อให้มีการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม มีการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำกับสมาชิก ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือเพื่อให้สมาชิกได้มีการระบายออกของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ มีแนวทางการแก้ปัญหา ได้รับกำลังใจจากสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง ทำให้เกิดมีการมองโลกในแง่ดี และมีความหวังในการต่อสู้กับโรคและการรักษาต่อไปได้

ปัจจัยบำบัดตามแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งทำงานไปพร้อมๆกัน

ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับเวลาและชนิดของสมาชิกกลุ่มด้วย โดยปัจจัย บำบัด มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ดังนี้

(1) **การรู้จักคุณค่าของตนเอง (Altruism)** เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้น ในการช่วยเหลือคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง สูงขึ้นในฐานะการเป็นผู้ให้

(2) **การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness)** การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม เกิดความไว้วางใจกันเองภายในกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยความทุกข์ให้สมาชิกคนอื่นฟัง เมื่อได้มีการระบายออกของปัญหา และได้รับ คำแนะนำหรือกำลังใจจากสมาชิกกันเองแล้ว จะทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป เกิดกำลังใจ และมีหวังต่อการใช้ชีวิตในภายภาคหน้า

(3) **การมีความเป็นสากล (Universality)** การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกตระหนักว่าตนเองมิได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด เป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างไปจากคนอื่น บางคนอาจมีปัญหามากกว่าตนเอง แต่ยังสามารถสร้างความหวังให้ทั้งตนเองและผู้อื่นได้ ทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่า ไม่ว่าปัญหาจะหนักเพียงใด ก็ย่อมมีทางออกเสมอ ทำให้เกิดความสบายใจมากขึ้น

(4) **การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (Interpersonal learning)** การเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น ได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง การสะท้อนกลับของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

(5) **การให้ข้อมูล (Imparting of information)** เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม หรือระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก มีการอภิปรายถึงปัญหานั้น เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับคนอื่น จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองยังมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้

(6) **การได้ระบายออก (Catharsis)** การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดการระบายออกของปัญหา สมาชิกจะมีการเปิดเผยตนเองสูงเนื่องจากมีความไว้วางใจภายในกลุ่ม เมื่อมีการระบายออกจะทำให้สมาชิกเกิดความสบายใจ และคิดหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเอง หรืออาจได้รับคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่ม

(7) **การได้เลียนแบบ (Imitative behavior)** การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพึงพอใจ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ และทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่า พฤติกรรมไหนควรเลียนแบบหรือพฤติกรรมไหนควรหลีกเลี่ยง

(8) **การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group member)** กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิก ทำให้สมาชิกแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงต่อครอบครัว ซึ่งถ้าหากสมาชิกมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง

(9) **การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques)** การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้ในสังคมภายนอกต่อไป

(10) **การรู้สึกมีหวัง (Instillation of hope)** การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกที่กำลังท้อแท้หรือหมดหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจจากผู้ที่มีปัญหาหรืออุปสรรคเช่นเดียวกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าจะมีผู้อื่นที่มีปัญหามากกว่าตนเอง ส่งผลให้เกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดกำลังใจในชีวิต เชื่อว่าตนเองจะดีขึ้นและเกิดความหวังขึ้นมาใหม่

(11) **การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (Existential factors)** การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็มีสมหวัง บางครั้งก็มีผิดหวัง ทุกสิ่งในชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างก็จำเป็นต้องเผชิญด้วยตนเอง หากแก้ไขไม่ได้ก็จำเป็นต้องปล่อยไป ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ หมดหวังในชีวิตลดลงหรือหมดไป

ปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ทั้ง 11 ประการนั้นจะเกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการกลุ่ม เมื่อสมาชิกได้มีการเข้ากลุ่มและได้เรียนรู้ประสบการณ์จากกลุ่มแล้ว ทำให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น อาจพบแนวทางที่ดีในการนำไปสู่การแก้ปัญหาของตนเองและทำให้มีความหวังมากขึ้น ซึ่งความหวังเป็นพลังสำคัญในการดำรงชีวิต โดยคาดหวังว่าในอนาคตจะสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา หรือหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่ได้รับ เมื่อความทุกข์ที่อยู่ในใจของสมาชิกได้ระบายออกมา มีทั้งผู้รับฟังและผู้ให้คำแนะนำ ช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจมากขึ้น เกิดความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่กำลังเผชิญอยู่ รู้สึกถึงศักยภาพของตนเองและความสามารถในการเผชิญปัญหาในท้ายที่สุดแล้ว เมื่อความคาดหวังเกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตสำเร็จ จะส่งผลให้สมาชิกเกิดความความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่นและต่อชีวิต เกิดความเข้มแข็งมุ่งมั่นของจิตใจ และใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข (Miller and Power, 1988) โดยกระบวนการของกลุ่มตามแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

(1) **ระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase)** ในระยะนี้เป็นการสื่อสารเชิงการสร้างสัมพันธภาพ เมื่อเริ่มกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตัวเอง มีการบอกวัตถุประสงค์ กฎกติกาการเข้ากลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม และประโยชน์ที่จะ

ได้รับจากกลุ่ม หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ มีความเข้าใจ ตรงกันกับผู้นำกลุ่ม ทำให้เกิดความร่วมมือในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย

**(2) ระยะเวลาทำงานกลุ่ม (Working phase)** ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนา คือ ความหวังในชีวิต เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมในการแสดงความคิดเห็น ระยะเวลาจะก่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้สมาชิกตระหนักว่าตนเองนั้นมีได้มีปัญหามีเพียงผู้เดียว ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด เป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างไปจากคนอื่น ความรู้สึกที่คิดว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง สมาชิกบางรายอาจมีคำแนะนำที่ดีที่ตนเองเคยใช้แล้วประสบความสำเร็จมาแล้ว และได้นำประสบการณ์นั้นมาแลกเปลี่ยนให้สมาชิกคนอื่นได้รับฟัง ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของผู้อื่นเพื่อมาปรับใช้กับตนเอง เกิดการให้กำลังใจกันในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจในการที่จะต่อสู้กับปัญหาและโรคร้ายต่อไป

**(3) ระยะเวลายุติกลุ่ม (Terminal phase)** เป็นระยะที่สมาชิกแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม มีความร่วมมือและประสานงานกันในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันและกัน ความสามัคคีกันในกลุ่ม สมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากความไว้วางใจในกลุ่มและความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ในระยะยุติกลุ่มนี้ สมาชิกจะทราบบัญญาของตนเอง และทราบว่าจำเป็นต้องแก้ปัญหาอย่างไร พร้อมทั้งได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาหรือการสร้างความหวังให้ตนเองจากสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้จริง และผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกนำแนวทางที่ได้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตต่อเมื่อสิ้นสุดกลุ่ม

### 2.3.5.1 องค์ประกอบกระบวนการกลุ่ม

ในการจัดการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่มและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งยาลอมได้กล่าวไว้ดังนี้

**(1) การกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของกลุ่ม** ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะในการทำกลุ่ม

**(2) การคัดเลือกสมาชิก** สมาชิกที่คัดเลือกเข้าร่วมกลุ่ม ควรมีลักษณะใกล้เคียงกัน

**(3) โครงสร้างของกลุ่ม** ต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม สถานที่ ขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาในการทำกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. บรรยากาศต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระในการที่จะแสดงความคิดเห็นต่างๆออกมา สมาชิกมีความเท่าเทียมกันทุกคน พยายามให้บรรยากาศแบบเป็นกันเอง

2. สถานที่ ต้องมีความเป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเข้าหากัน ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างคล่องตัว ทัวถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Yalom, 1995)

3. ขนาดของกลุ่ม เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม (Harnack et al., 1997) กลุ่มที่เหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิก 8-12 คน เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง บอร์แมน (Borman, 1975) กล่าวว่าในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คนขึ้นไป จะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูด ที่เหลือจะกลายเป็นผู้ฟัง

4. ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมคือ 60-90 นาที นอกจากนี้ความถี่ของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยทางปฏิบัติจะจัด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ต้องการ หรือเป้าหมายของกลุ่ม (Yalom, 1978)

### 2.3.5.2 บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่ม

บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่มที่ดีจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสมาชิกในกลุ่ม ด้วย บุคลิกลักษณะที่สำคัญของผู้นำกลุ่มมีลักษณะดังต่อไปนี้ (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545; ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, 2551; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; Caldwell, 2009)

(1) **ความกล้า** ผู้นำกลุ่มควรจะมี ความกล้าในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดผลดีต่อสมาชิกในกลุ่ม เช่นกล้าที่จะเปิดประเด็นในเรื่องที่กระทบต่อจิตใจในอดีตของสมาชิกเพื่อที่จะช่วยนำพาให้สมาชิกในกลุ่มผ่านความรู้สึกที่เลวร้ายจากประสบการณ์ในอดีตไปได้กล้าที่จะพูดเผชิญหน้า (confront) กับสมาชิกในสิ่งที่เห็นว่ามันจะไม่ถูกต้อง กล้าที่จะแสดงความรู้สึกต่อกลุ่มต่อความคาดหวังของกลุ่ม

(2) **เป็นแบบอย่างที่ดี** ผู้นำกลุ่มเป็นแบบ อย่างที่ดีโดยผ่านทางด้านพฤติกรรม การแสดงออกที่เหมาะสมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น ใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นแบบไม่ตัดสิน มีความซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกของตนเอง เป็นคนเปิดเผยความรู้สึก แสดงให้เห็นถึงความจริงใจที่มีต่อกลุ่ม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการกลุ่ม

(3) **การเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น** จะทำให้เกิดความรู้สึกเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ทำให้เกิดความเต็มใจในการรับฟัง มีความอดทนในการฟังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและมีความชัดเจนในปัญหาและความรู้สึกของสมาชิก

(4) **มีความอบอุ่นเป็นมิตร** การแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตรเอาใจใส่กับผู้อื่น จะทำให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติของตนเองต่อกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการกลุ่ม เกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่มต่อไป

(5) **มีความเข้าใจตนเอง** บางครั้งสมาชิกในกลุ่มอาจแสดงความรู้สึกที่ไม่พอใจ โทษคนอื่น หันเหความโกรธมาที่ผู้นำกลุ่มหรือทดสอบอำนาจ การเข้าใจตนเองจะทำให้ผู้นำกลุ่มรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม แสดงออกถึงความคิดความต้องการของตนเองได้อย่างแท้จริง และการเข้าใจตนเองจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

(6) **เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง** หรือการมีลักษณะการเป็นผู้นำ ซึ่งไม่ได้หมายถึงการใช้อำนาจในการจัดการสมาชิกในกลุ่ม แต่หมายถึงการมีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเองกำลังทำ การมีลักษณะการเป็นผู้นำจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยด้วย (Rortveit & Severinsson, 2012)

(7) **เชื่อมั่นในกระบวนการกลุ่ม** การเชื่อมั่นในกระบวนการกลุ่มที่จะเกิดขึ้น เห็นคุณค่าของกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดความหวัง ความมั่นใจในการรักษา

(8) **เป็นผู้ฟังที่ดี** ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ สามารถสรุปประเด็นสำคัญของปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนพูดออกมาและรู้จักเชื่อมโยงปัญหาสำคัญเข้าด้วยกันได้

(9) **มีความไวในการรับรู้ความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง** ต้องมีความไวต่อทั้งคำพูด ภาษาากายที่ สมาชิกแสดงออกมาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถจับประเด็นความรู้สึกที่แฝงอยู่ได้ทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

(10) **การมีอารมณ์ขัน** บางช่วงในเวลาทำกลุ่มจะเป็นช่วงที่ตึงเครียดเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การที่ผู้นำกลุ่มมีอารมณ์ขันจะเป็นการสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้น สร้างบรรยากาศกลุ่มให้ตีมากขึ้น เกิดความเป็นกันเอง อันจะเป็นการช่วยในเรื่องการเกิดกระบวนการกลุ่ม

### 2.3.5.3 บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

การเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มจะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติได้อย่าง มั่นใจมากขึ้น บทบาทหน้าที่พื้นฐานของผู้นำ กลุ่มมี 3 ประการด้วยกันคือ การสร้างและการคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (Creation and maintenance of the group) การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม (Culture building) และการกระตุ้นสมาชิกให้อยู่กับปัจจุบัน (Here and now) (Yalom, 1995)

#### (1) การสร้างและการคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม มีกิจกรรมที่ควรปฏิบัติ ได้แก่

1. การสร้างวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องตั้งเป้าหมายการทำกลุ่มให้เป็นที่เข้าใจและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของสมาชิก ดังนั้นในกระบวนการสร้างวัตถุประสงค์ของกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมมากที่สุด ซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกมีส่วนร่วม เห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาวศิริศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ, 2551; Yalom, 1995)

2. การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของผู้นำกลุ่ม การคัดเลือก สมาชิกเข้ากลุ่มต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ซึ่งสามารถแบ่งตามระดับความสามารถ ในการทำหน้าที่ต่างๆ (Level of function) เช่น สมาชิกที่มีอาการมากๆ จัดอยู่ในระดับความสามารถน้อย (Lower level group) ควรคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มที่ใช้ระดับความสามารถน้อยๆ ได้ เช่น รูปแบบกิจกรรมบำบัด กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น แต่ถ้ากลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ต้องการให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับการตระหนักรู้ตนเอง เช่น กลุ่มจิตบำบัดต้องมีการคัดเลือกสมาชิกที่มีระดับความสามารถที่ดีขึ้น (Higher level group) และการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มต้องประเมินความเข้มแข็ง



ของบุคลิกภาพ (Ego strength) ของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 2) มีความรับผิดชอบต่อนองและผู้อื่น และ 3) มีความอดทน อดกลั้นในการควบคุมแรงผลักดันภายใน (Impulse control) อดทนต่อความเครียด โดยสามารถประเมินได้จากประวัติของสมาชิก สังเกตการณ์สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์และธณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551) ซึ่งปราโมทย์ เชาว์ศิลป์และธณชัย คงสกนธ์ (2542) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าโดยปกติสมาชิกที่เข้ากลุ่มมักจะได้ประโยชน์จากกลุ่มยกเว้นสมาชิกที่ไม่สามารถทนต่อแรงเสียดทานภายนอกได้ สมาชิกที่ควบคุมแรงผลักดันภายในได้ไม่ดี (Poor impulse control) สมาชิกที่มีปัญหาด้านการรับรู้และสติปัญญา สมาชิกที่ไม่พูดและรู้สึกอึดอัดเมื่อเข้ากลุ่ม ส่วนการคัดเลือกสมาชิกที่จะเข้ากลุ่มจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมคือ 8-12 คน (Yalom, 1995) เพราะถ้ามีจำนวนสมาชิกมากเกินไปมักจะทำให้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นน้อยลง หรืออภิปรายปัญหาได้ไม่ทั่วถึง แต่ถ้าสมาชิกมีน้อยเกินไปทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกอึดอัดและกดดันที่ต้องแสดงความคิดเห็นบ่อยๆ

3. การกำหนดการพบปะกันของสมาชิก บทบาทหน้าที่อีกอย่างของผู้นำกลุ่ม คือ การกำหนดการพบปะกันของสมาชิกในกลุ่ม แต่โดยส่วนใหญ่แล้วหน่วยงานนั้นมีการกำหนดตารางกิจกรรมกลุ่มไว้ โดยในหนึ่งสัปดาห์จะมีตารางกลุ่มในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับสมาชิก เช่น ในหนึ่งสัปดาห์จะมีการกำหนดกลุ่มไว้ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดีในช่วงบ่าย ซึ่งตรงกับยาalom (1995) กล่าวว่า ความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่มจิตบำบัดคือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที เพราะถ้าน้อยเกินไปจะทำให้อภิปรายประเด็นปัญหาได้ไม่ทั่วถึง แต่ถ้ายาวนานมากเกินไปก็ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งสมาชิกเองและผู้นำกลุ่ม

4. การสร้างข้อตกลงในกลุ่ม ในระยะแรกของการดำเนินกลุ่มหรือเริ่มต้นดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มปิดจะต้องบอกจำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้จากการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม การทำข้อตกลงร่วมกันในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเองในกลุ่ม เช่น การเข้ากลุ่มตรงเวลาทุกครั้ง การรักษาความลับของกลุ่มไม่นำเรื่องที่พูดคุยกันในกลุ่มไปพูดข้างนอกกลุ่ม ไม่มีการทำร้ายร่างกายกันในกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธณชัย คงสกนธ์, 2542; Clarke, 1998)

5. การคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม เป็นบทบาทที่สำคัญมาก ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย นำเชื่อถือโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นกลุ่มจะมีผลต่อการเกิดความรู้สึกผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยพยายามลดความวิตกกังวลในกลุ่มและถ้าสมาชิกเริ่มหลงประเด็น ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้กลุ่มดำเนินกลับไปสู่เป้าหมาย มีการสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องปกป้องสมาชิกที่อาจตกเป็นแพรับบาของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะเฉื่อย (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551; Clarke, 1998)

(2) **การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม** บรรทัดฐานของกลุ่มเป็นพฤติกรรมการแสดง ออกที่เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม เป็นบรรทัดฐานของพฤติกรรมที่ทุกคนปฏิบัติตาม มี 2 รูปแบบคือ เป็นกฎที่ชัดเจนที่สมาชิกตกลงร่วมกันมาตั้งแต่ต้น (Overt or explicated) เช่น การเริ่มกลุ่มก็โหม่ง จะจบกลุ่มในเวลาเท่าไร เป็นต้น และแบบที่ไม่ต้องมีการพูดเป็นกฎออกมาแต่สมาชิกจะเข้าใจได้เอง ซึ่งจะเกิดจากการเรียนรู้จากพฤติกรรมของสมาชิกอื่น (Covert or implied ) เช่น เมื่อขณะที่สมาชิกอื่นพูดควรที่จะเงิบและตั้งใจฟัง เมื่อสมาชิกในกลุ่มอยากฟังความคิดเห็นของทุกคน สมาชิกทุกคนในกลุ่มควรต้องพูดแสดงความคิดเห็น เป็นต้น (Coffin-Roming, 2012)

(3) **การกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบัน** ผู้นำกลุ่มจะให้ความสนใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในขณะนั้น ถึงแม้จะมีความเชื่อว่าประสบการณ์ในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกที่จะแสดงออกมาในรูปแบบของการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive interpersonal patterns) ซึ่งจะแสดงให้เห็นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะช่วยสมาชิกโดยการชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรม และช่วยแก้ไขพฤติกรรมให้เหมาะสม (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542) นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มยังมีหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การรักษาที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิก ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องมีความรู้ทางด้านสุขภาพ การรักษาด้วย และอีกบทบาทหนึ่ง คือ การเป็นผู้ปกป้องสิทธิของสมาชิกของกลุ่มทั้งหมดโดยป้องกันไม่ให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน ด้าน เพศ เชื้อชาติศาสนา ป้องกันไม่ให้เกิดการต่อต้านกันในระหว่างกลุ่มย่อย (ภัทรารณณ์ พุงปันคำ, 2551)

### 2.3.6 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ซึ่งโรคมะเร็งมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อร่างกายมีการเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจด้วยเช่นกัน กล่าวได้คือ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ของผู้ป่วยจะเป็นความรู้สึกทางลบ คิดว่าเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิตแน่นอน ต้องได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และยิ่งผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้นอยู่ในระยะลุกลาม ก็จะเพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้น เกิดความรู้สึกสูญเสีย หมดกำลังใจ หมดหวังในชีวิต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) จากการศึกษาของบัตท์ (Butt, 2011) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสัญลักษณ์ของโรคที่หมดหวังในการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งบั่นทอนและทำลายความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของคาวราดิมี โอเซอร์และบอสคูก (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) ที่ศึกษาถึงการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งในตุรกี พบว่าระยะของโรคที่ลุกลามขึ้นมีผลต่อระดับความหวังที่ลดลง ซึ่งการรักษาด้วยรังสีรักษานั้นจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ประกอบกับผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามได้รับจากการฉายรังสี จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจจะ

ได้รับยาเคมีบำบัด หรือการผ่าตัดก่อนที่จะมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองได้รับการรักษาที่ยาวนาน เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาและการเจ็บป่วยจะทำให้โรคที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ทุเลาลงได้หรือไม่ เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ หดหวังในการต่อสู้กับโรคร้าย และไม่มารับการรักษาต่อเนื่องได้

การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นกระบวนการทางจิตสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับในความ เป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น และยอมรับผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการบำบัดจิตบำบัดประคับประคองนั้น จะมุ่ง แก้ไขปัญหาในระดับจิตสำนึกเท่านั้น (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; อรรถพรณ ลีบุญธวัชชัย, 2556; Yalom, 1995) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา เกิดความ ท้อแท้เบื่อหน่ายและหมดหวังกับชีวิต ได้มีการเข้าร่วมกลุ่มโดยมีผู้ป่วยคนอื่นๆที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จึงเป็นการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในกลุ่มแล้ว จะทำให้เกิดการ สนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในกลุ่ม ซึ่งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; รัศมี วิบูลย์กุล, 2542) สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังได้รับ คำแนะนำ กำลังใจ หรือการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความหวังในการ ต่อสู้และดำเนินชีวิตต่อไป และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการให้ กำลังใจตนเอง สามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังให้กับตนเองได้ต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) มาใช้เป็น แนวทางในการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเพื่อเพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ ได้รับรังสีรักษา โดยแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอมเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้ สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกแยกแยะและเข้าใจในสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคล การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง โดยสมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับ สังคมที่เขาอยู่ (Yalom, 1995) ซึ่งกลุ่มบำบัดของยาลอมนี้ เมื่อมีการดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่มทั้ง 3 ระยะแล้ว จะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัย และปัจจัยบำบัดนี้เองเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเป็น ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งทำงาน พร้อมๆกันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งหนึ่งในปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยนั้น จะทำให้ ผู้ป่วยเกิดการรู้สึกมีหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกที่กำลังท้อแท้หรือหมดหวังใน ชีวิต ได้รับกำลังใจจากผู้ที่มีปัญหาหรืออุปสรรคเช่นเดียวกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าอาจจะมีผู้อื่นที่มีปัญหา มากกว่าตนเอง ส่งผลให้เกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดกำลังใจในชีวิต เชื่อว่าตนเองจะดีขึ้นและเกิด

ความหวังขึ้นมาใหม่ (Yalom, 1995) และผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างความหวังจากโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ของรัศมี วิบูลย์กุล (2542) และโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดของศิริพร สวยพริ้ง (2551) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเป็น 3 ระยะ ทั้งหมด 8 กิจกรรม และดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังต่อไปนี้

**1. ระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase)** ในระยะนี้เป็นการสื่อสารเชิงการสร้างสัมพันธภาพ เมื่อเริ่มกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตัวเอง มีการบอกวัตถุประสงค์ กฎกติกาการเข้ากลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากกลุ่ม หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ มีความเข้าใจตรงกันกับผู้นำกลุ่ม ทำให้เกิดความร่วมมือในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย

### กิจกรรมที่ 1 มารู้จักกันเถอะ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง ลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการพบกันครั้งแรก ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม และข้อตกลงของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ข้อตกลงกลุ่มร่วมกัน บทบาท หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม สถานที่ เวลาที่นัดหมาย ระยะของการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

**2. ระยะทำงานกลุ่ม (Working phase)** ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนา คือ ความหวังในชีวิต เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมในการแสดงความคิดเห็น ระยะนี้จะก่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้สมาชิกตระหนักว่าตนเองนั้นมิได้มีปัญหาเพียงผู้เดียว ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด เป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างไปจากคนอื่น ความรู้สึกที่คิดว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง สมาชิกบางรายอาจมีคำแนะนำที่ดีที่ตนเองเคยใช้แล้วประสบความสำเร็จมาแล้ว และได้นำประสบการณ์นั้นมาแลกเปลี่ยนให้สมาชิกคนอื่นได้รับฟัง ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของผู้อื่นเพื่อมาปรับใช้กับตนเอง เกิดการให้กำลังใจกันในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจในการที่จะต่อสู้กับปัญหาและโรคร้ายต่อไป

## กิจกรรมที่ 2 รู้ไว้...ใช่ว่า

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองระหว่างและหลังได้รับรังสีรักษา
  2. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง จัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
  3. เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการได้รับรังสีรักษา

## กิจกรรมที่ 3 รู้เท่าทันปัญหา

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเอง
  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง
  3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบปัญหาของสมาชิกคนอื่นๆ

## กิจกรรมที่ 4 ปัญหา...แก้ไขได้

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ
  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันค้นหาวิธีการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 5 ต้นไม้แห่งชีวิต (ความมีคุณค่าในตนเอง)

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น
  2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการเห็นคุณค่าตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น

## กิจกรรมที่ 6 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้
  2. เพื่อให้สมาชิกกำหนดแนวทางนำไปสู่เป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้

## กิจกรรมที่ 7 พุดดี คิดดี ชีวิตดี

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวิธีการพูดกับตนเองในทางบวก
  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการพูดกับตนเองในทางบวก
  3. เพื่อให้สมาชิกฝึกการพูดกับตนเองทางบวก
- 3. ระยะเวลาสุดท้าย (Terminal phase)** เป็นระยะที่สมาชิกแสดงออกถึงความรู้สึก

ผูกพันต่อกลุ่ม มีความร่วมมือและประสานงานกันในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันและกัน ความสามัคคีกันในกลุ่ม สมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากความไว้วางใจในกลุ่มและความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ในระยะสุดท้ายนี้ สมาชิกจะทราบปัญหาของตนเอง และทราบว่าต้องแก้ปัญหาอย่างไร พร้อมทั้งได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาหรือการสร้างความหวังให้ตนเองจากสมาชิกภายใน

กลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้จริง และผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกนำแนวทางที่ได้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตต่อเมื่อสิ้นสุดกลุ่ม

### กิจกรรมที่ 8 บอกแลกกันด้วยรอยยิ้ม

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นต่อกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับ
  2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติม
  3. เพื่อให้สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหาทั้งหมดของกลุ่ม
  4. เพื่อส่งเสริม ให้กำลังใจสมาชิกในการเผชิญปัญหา
  5. เพื่อให้สมาชิกยอมรับการยุติกลุ่ม โดยไม่เกิดอาการวิตกกังวล
  6. เพื่อยุติการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตัวผู้ป่วยได้ เช่น เกิดแผลบริเวณที่ฉาย มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ไอ กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยรังสีรักษาก็ยังมีบทบาทมากขึ้นในการนำมารักษาแบบเสริม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาส่วนหนึ่งคิดว่าตัวเองต้องตายในระยะเวลาอันใกล้และไม่มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างฉายรังสี จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หหมดกำลังใจในการรักษา หหมดหวังในการต่อสู้กับโรคร้ายและอาจไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้นการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เกิดความหวังในการรักษา คิดอยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น การที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ที่ปัญหาคล้ายคลึงกัน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงคนเดียว อาจมีผู้อื่นประสบปัญหาหนักกว่าตนเอง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาของผู้อื่นและสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเอง เกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดกำลังใจ มีความหวังในการต่อสู้และดำเนินชีวิตต่อไป และทางผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา โดยเลือกแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) มาเป็นแนวคิดในการเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากแนวคิดความหวังของเฮิร์ทผ่านการผสมผสานแนวคิด ปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความหวัง โดยแบ่งมิติความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2) ความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวัง 3) ความสัมพันธ์ภายในตนเองและผู้อื่น ซึ่งจากผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษามีความหวังในการดำรงชีวิตและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น

### บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	$O_{11}$	X	$O_{12}$
กลุ่มควบคุม	$O_{21}$		$O_{22}$

$$\overline{D_1} = O_{12} - O_{11}$$

$$\overline{D_2} = O_{22} - O_{21}$$

$O_{11}$  หมายถึง การประเมินความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

$O_{12}$  หมายถึง การประเมินความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

X หมายถึง โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

$O_{21}$  หมายถึง การประเมินความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

$O_{22}$  หมายถึง การประเมินความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

$\overline{D_1}$  หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองโดยใช้คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองได้แก่  $\overline{D_1} = O_{12} - O_{11}$

$\overline{D_2}$  หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองได้แก่

$$\overline{D_2} = O_{22} - O_{21}$$

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 3.2.1 ประชากร

ผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ TNM (Tumor node metastasis) ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีช่วงอายุระหว่าง 30-60 ปี

#### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ที่ได้ทำการสำรวจบริบทของหน่วยรังสีรักษาและหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่มีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด พบโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันจำนวน 2 แห่ง จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากได้โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลมหาชิราลงกรณธัญบุรีเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน

##### 3.2.2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

##### (1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น
2. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
3. สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

##### (2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองได้ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำจากการฉายรังสีและจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ หรือผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยง่าย หน้ามืด เวียนศีรษะบ่อย ซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม เป็นต้น

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตลอดโครงการ



### (3) เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. หลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่งแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ
2. เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่

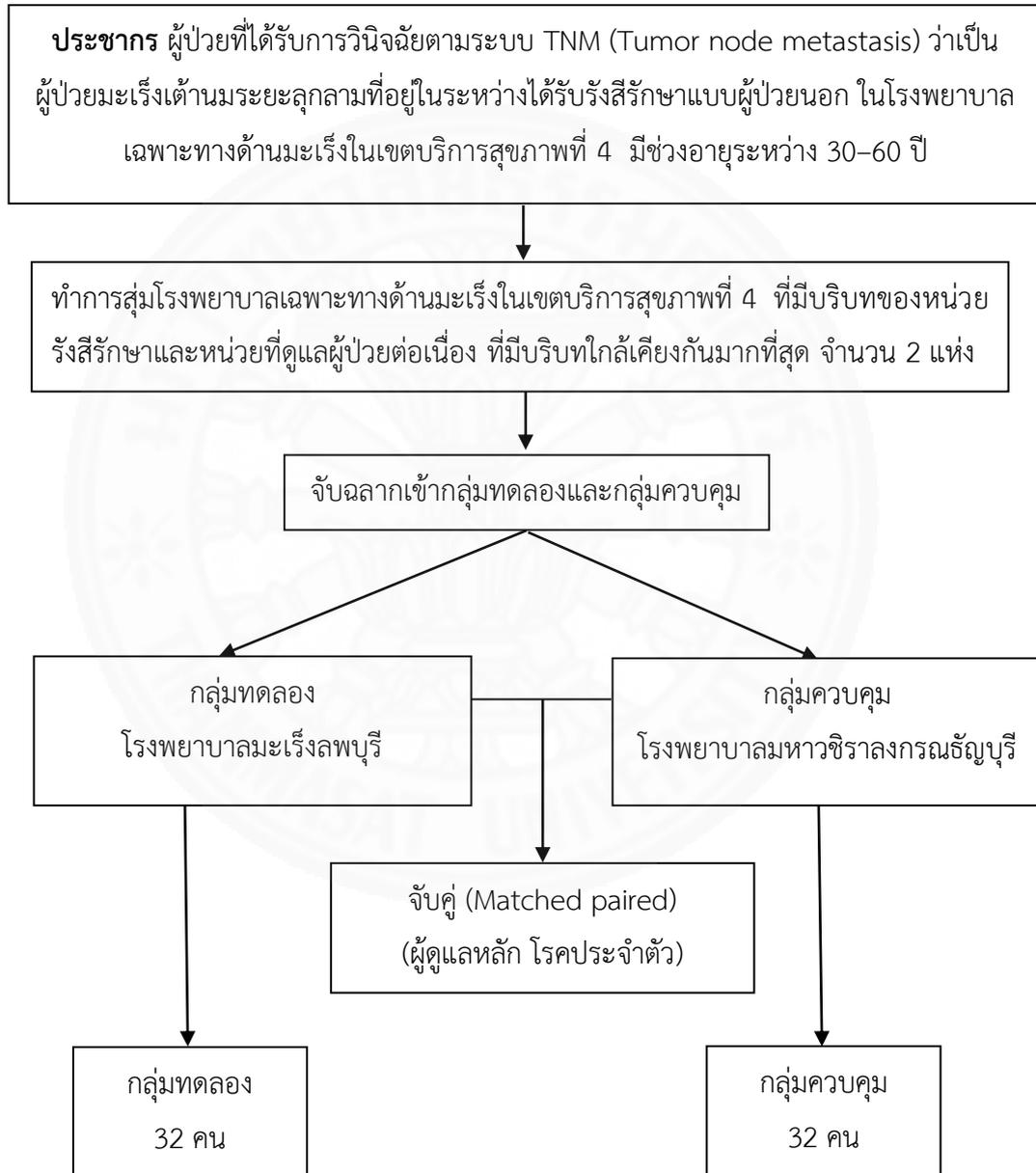
#### 3.2.2.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ซึ่งกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) สำหรับค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) ผู้วิจัยได้คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของตัวแปรต้น คือ กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของวรรษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท แทนค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 40.25 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.92 และค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.64 ได้ค่าอิทธิพลกลุ่มเท่ากับ 1.5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลกลุ่มที่มีขนาดใหญ่มาก เมื่อนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบในระดับใหญ่ที่ .80 (Large effect size) (Cohen, 1988) เพื่อให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวแล้ว ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน ระหว่างดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% จากจำนวน 52 คน จะได้ 63 คน แต่ผู้วิจัยขอเพิ่มเป็น 64 คนเพื่อจะได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละเท่าๆกัน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 32 คน

#### 3.2.2.3 การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีช่วงอายุระหว่าง 30–60 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 2 แห่ง ได้โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณธัญบุรีเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน และจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปร

แทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจากการศึกษาของคาร์เทอร์และอัลไวส์ (Khater & Alkwise, 2013) พบว่า ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งประเทศจอร์แดน คือ การสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาของบัตต์ (Butt, 2011) พบว่า การเจ็บป่วยทางร่างกาย มีผลให้ระดับความหวังในชีวิตลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็นมีผู้ดูแลหลัก และไม่มีผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว แบ่งเป็นมี และไม่มี เพื่อให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น ตามแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

**3.3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก และผลข้างเคียงจากการฉายรังสี

**3.3.1.2 แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index : HHI)** ซึ่งพัฒนาโดยเฮิร์ท (Herth, 1992) ได้ถูกพัฒนามาจาก Herth Hope Scale (HHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อคำถามสั้น กะทัดรัด ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) โดยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคมะเร็ง ด้านการพยาบาลจิตเวชและด้านภาษาอังกฤษ และคำนวณหาความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (Interrater agreement) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้แปลได้นำแบบวัดที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 โดยดัชนีวัดความหวังนี้ประกอบไปด้วย 3 ด้านคือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วครวและในอนาคตจำนวน 4 ข้อ 2) ความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวังจำนวน 4 ข้อ และ 3) ความสัมพันธ์ภายในตนเองและผู้อื่นจำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้คือ

	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วงระหว่าง 12-48 คะแนน โดยคำถามด้านลบจะได้รับการกลับคะแนนไปในทางตรงข้ามก่อนที่จะนำมารวมคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความหวังสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความหวังต่ำ โดยคะแนนความหวังโดยรวมที่วัดได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

12-23 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับต่ำ

24-35 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับปานกลาง

36-48 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับสูง

### 3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

**3.3.2.1 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง** ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างความหวังจากโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ของรัศมี วิบูลย์กุล (2542) และโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดของศิริพร สวยพริ้ง (2551) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และได้นำแนวคิดกลุ่มบำบัดของ ยาลอม (Yalom, 1995) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาใช้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังต่อไปนี้

#### กิจกรรมที่ 1 มารู้อัจฉกันเถอะ

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง ลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการพบกันครั้งแรก ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม และข้อตกลงของการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ได้แก่ ข้อตกลงกลุ่มร่วมกัน บทบาท หน้าที่ของสมาชิก กลุ่ม สถานที่ เวลาที่นัดหมาย ระยะเวลาของการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

**หลักการและเหตุผล** เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกัน ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ในระยะนี้ทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน หากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นตอนนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นต่อไป (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) และจะก่อให้เกิดบรรยากาศของความเป็นมิตร ความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความรู้สึก ระบายปัญหาต่างๆ ของตนเอง และกล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลกรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ได้เจอผู้ที่

ประสบปัญหาเหมือนกับตนเอง ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (Butt, 2011; Khater & Alkwiese, 2013; Kavrardim, Ozer, & Bozcuk, 2013)

## กิจกรรมที่ 2 รู้ไว้...ใช่ว่า

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษา
  2. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง จัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
  3. เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการได้รับรังสีรักษา

**หลักการและเหตุผล** การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ อันเนื่องมาจากความวิตกกังวลและการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างเพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลและจัดการกับปัญหาของตนเอง ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่จะเข้ามาในชีวิตได้ (Butt, 2011)

## กิจกรรมที่ 3 รู้เท่าทันปัญหา

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเอง
  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ หดหวัง
  3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ

**หลักการและเหตุผล** เป็นระยะระบุงปัญหา เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มีการตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ระยะนี้ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ระบายความคับข้องใจหรือปัญหาออกมาให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุงปัญหาได้ และอาจทำให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาดังด้วยตัวเอง (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) รวมถึงช่วยให้สมาชิกคนอื่น ๆ ตระหนักว่า ตัวเองไม่ได้มีปัญหาคู่เดียว ยังมีสมาชิกคนอื่นที่มีปัญหาเหมือนกัน หรืออาจมีปัญหามากกว่าตนเองอีกด้วย

## กิจกรรมที่ 4 ปัญหา...แก้ไขได้

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ
  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันค้นหาวิธีการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

**หลักการและเหตุผล** เป็นขั้นตอนการแก้ปัญหาลงหลังจากที่สามารถระบุงปัญหาได้แล้ว เมื่อสมาชิกกลุ่มได้มีการตระหนักปัญหาของตนเอง และรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่ม จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเอื้ออาทร ความไว้วางใจ และเปิดเผยปัญหา ยอมรับ หาแนวทางเผชิญปัญหาร่วมกันได้ ก่อให้เกิดความมั่นคง

ทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดพลังที่จะนำไปสู่เป้าหมายของชีวิต ปรับเปลี่ยนปัญหาที่เกิดขึ้นมาเป็นแรงบันดาลใจ ให้ทำในสิ่งที่มุ่งหวัง เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ (รัศมี วิบูลย์กุล, 2542)

### กิจกรรมที่ 5 ต้นไม้แห่งชีวิต (ความมีคุณค่าในตนเอง)

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น
  2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการเห็นคุณค่าตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น

**หลักการและเหตุผล** ความหมายของชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้มีสัมพันธภาพต่างๆกับสิ่งรอบตัว เพื่อให้ชีวิตสามารถดำเนินต่อไปได้ หากบุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไร้ค่า ขาดความหมาย จะทำให้เกิดการแยกตัว ไม่มีกำลังใจที่จะมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิต แต่การที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยที่มีปัญหาเหมือนกัน การได้ระบายออกซึ่งความทุกข์ที่มีอยู่ในใจ หรือการได้เป็นผู้แนะนำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วยคนอื่น ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรอบข้างได้ในขณะที่ตนเองก็ยังคงมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่เช่นกัน การได้รับคำชื่นชมจากคนรอบข้าง ทำให้เกิดการรู้สึกดีกับตนเอง และมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อไป

### กิจกรรมที่ 6 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้
  2. เพื่อให้สมาชิกกำหนดแนวทางนำไปสู่เป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้

**หลักการและเหตุผล** การตั้งเป้าหมายสามารถทำให้ตนเองบรรลุความต้องการของชีวิต การมีเป้าหมายที่ชัดเจนย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตตนเอง จะช่วยให้คนเราใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวัง และมีทิศทางมุ่งสู่ออนาคต สามารถโน้มน้าวจิตใจ สามารถสร้างแรงจูงใจให้ตนเองได้ การที่บุคคลมีเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้ ตั้งใจว่าจะทำสิ่งในอนาคตให้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความหวังในชีวิต ว่าตนเองต้องทำสิ่งในอนาคตให้สำเร็จ (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013)

### กิจกรรมที่ 7 พุดดี คิดดี ชีวิตดี

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวิธีการพูดกับตนเองในทางบวก
  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการพูดกับตนเองในทางบวก
  3. เพื่อให้สมาชิกฝึกการพูดกับตนเองทางบวก

**หลักการและเหตุผล** การพูดกับตนเองทางบวก เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ในการเสริมสร้างความหวังได้ หากบุคคลตระหนักรู้ถึงวิธีการพูดกับตนเองที่ตนใช้อยู่ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม จะก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปทางที่ดี เกิดความหวังต่ออนาคต ดังที่เฮิร์ท (Herth, 1992) กล่าวถึงการพูดกับตนเองทางบวกว่า เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่เสริมสร้างความหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคาวราดิมี โอเซอร์และบอสซุก (Kavradim, Ozer, &

Bozcuk, 2013) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีมุมมองด้านบวกในชีวิต พุติให้กำลังใจตนเองสม่ำเสมอ จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความหวังในชีวิตได้

### กิจกรรมที่ 8 บอกกล่าวกันด้วยรอยยิ้ม

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นต่อกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับ
  2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติม
  3. เพื่อให้สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหาทั้งหมดของกลุ่ม
  4. เพื่อส่งเสริม ให้กำลังใจสมาชิกในการเผชิญปัญหา
  5. เพื่อให้สมาชิกยอมรับการยุติกลุ่ม โดยไม่เกิดอาการวิตกกังวล
  6. เพื่อยุติการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

**หลักการและเหตุผล** เป็นระยะสรุปผล ที่เมื่อความต้องการของสมาชิกกลุ่มได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือของทั้งสองฝ่ายแล้ว สมาชิกเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้ สมาชิกจะมีความเข้าใจในตนเองมากในด้านอื่นๆ และในด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) สัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างกลุ่มสมาชิกด้วยกันเองเป็นอันสิ้นสุดลง ระยะนี้มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและดำรงภาวะสุขภาพต่อไป และในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนกำลังใจมีความสำคัญกับสมาชิก ที่จะทำให้สมาชิกดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความหวัง และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังต่อไปนี้

**3.4.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วยแบบวัดความหวัง (Herth Hope Index) ที่พัฒนาโดยเฮิร์ท (Herth, 1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) เนื่องจากแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้ว และได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆอย่างแพร่หลาย เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารดาเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมืออีกครั้ง สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดความหวังนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือระดับ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

**3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการศึกษาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (APN) 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง สอดคล้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของการใช้ภาษาและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุง โดยมีประเด็นที่ได้ดำเนินการปรับแก้ไขดังนี้

กิจกรรม รู้ไว้..ใช้ว่า จากอยู่ในกิจกรรมที่ 4 ควรปรับมาอยู่ในกิจกรรมที่ 2 เนื่องจากเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง สมาชิกกลุ่มควรได้รับความรู้ก่อน ถึงจะสามารถประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในกิจกรรมถัดไป ผู้วิจัยปรับแก้ไขโดยนำกิจกรรม รู้ไว้..ใช้ว่า มาอยู่ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ส่วนภาษาที่ใช้กับสมาชิกกลุ่มควรปรับเป็นภาษาที่ไม่เป็นทางการ จะทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้วิจัยปรับแก้ไขโดยปรับภาษาที่ใช้ในทุกกิจกรรมให้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น และใบกิจกรรมจากกิจกรรม ปัญหา..แก้ไขได้ ควรมีการแบ่งโจทย์สถานการณ์ให้สมาชิกกลุ่มฝึกแก้ปัญหา ผู้วิจัยปรับแก้ไขโดยแบ่งโจทย์ออกเป็น 2 ข้อ ซึ่งข้อคำถามไม่เหมือนกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันคิดแก้ปัญหาตามโจทย์

จากนั้นผู้วิจัยนำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยดำเนินการตามกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรมเพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของระยะเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น หลังทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านภาษา การทำกิจกรรมพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนดไว้คือ 60-90 นาที แต่ปัญหาที่พบคือ สมาชิกกลุ่มบางคนเขียนหนังสือได้แต่เขียนช้า สะดวกในการพูดมากกว่าเขียน ผู้วิจัยจึงนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้แผนการดำเนินกิจกรรมสมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยซึ่งถ้าหากพบสมาชิกกลุ่มที่เขียนหนังสือช้า สามารถให้สมาชิกพูดแทนการเขียนได้



### 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

#### 3.5.1 ชั้นเตรียมการวิจัย

**3.5.1.1** หลังจากผู้วิจัยสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านแล้ว ผู้วิจัยส่งโครงร่างฉบับสมบูรณ์เพื่อขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในคนต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ซึ่งได้รับการพิจารณารับรอง โครงการวิจัยที่ 160/2560 ตามหนังสือเลขที่ COA No. 342/2560

**3.5.1.2** หลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาต ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**3.5.1.3** เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานบริหารพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงและอธิบายรายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

**3.5.1.4** เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

**3.5.1.5** ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง บุคลิกลักษณะ บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกประสบการณ์กับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

**3.5.1.6** ผู้วิจัยพัฒนากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

**3.5.1.7** เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม วัน เวลาในการทำกลุ่ม อธิบายรายละเอียดกิจกรรมแต่ละขั้นตอน การบันทึกข้อมูลในแบบประเมินส่วนบุคคล และแบบวัดความหวังให้เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยไม่ได้ฝึกกิจกรรมของกลุ่มให้แก่ผู้ช่วยวิจัย เนื่องจากผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่สังเกตคอยช่วยเหลือขณะทำกิจกรรม และเก็บข้อมูลเท่านั้น ส่วนกิจกรรมของกลุ่มผู้วิจัยเป็นผู้จัดกระทำเองทั้งหมด

### 3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

#### 3.5.2.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

(1) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองไปยังห้องกิจกรรมซึ่งจัดเตรียมไว้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความหวัง (Pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม ในกรณีอาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่องหรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน

(2) ผู้วิจัยนัดหมายกับอาสาสมัครวิจัยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการทดลองตามกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีสมาชิกจำนวน 12 คน ดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคเช้าเวลา 09.00–10.30 น. กลุ่มที่ 2 มีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคบ่ายเวลา 13.00–14.30 น. ทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จัดกระทำในเดือนมีนาคม พ.ศ.2561 ส่วนกลุ่มที่ 3 มีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคเช้าเวลา 09.00–10.30 น. จัดกระทำในเดือนเมษายน พ.ศ.2561 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 มารู้จักกันเถอะ กิจกรรมที่ 2 รู้ไว้ชัวร์ กิจกรรมที่ 3 รู้เท่าทันปัญหา กิจกรรมที่ 4 ปัญหาแก้ไขได้ กิจกรรมที่ 5 ต้นไม้แห่งชีวิต (ความมีคุณค่าในตนเอง) กิจกรรมที่ 6 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน กิจกรรมที่ 7 พุดดี คิดดี ชีวิตดี กิจกรรมที่ 8 บอกลากันด้วยรอยยิ้ม ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มดำเนินกิจกรรมตามคู่มือกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว

(3) ผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความหวังในสัปดาห์ที่ 4 (Post-test) หลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมและกล่าวปิดโครงการวิจัย

#### 3.5.2.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

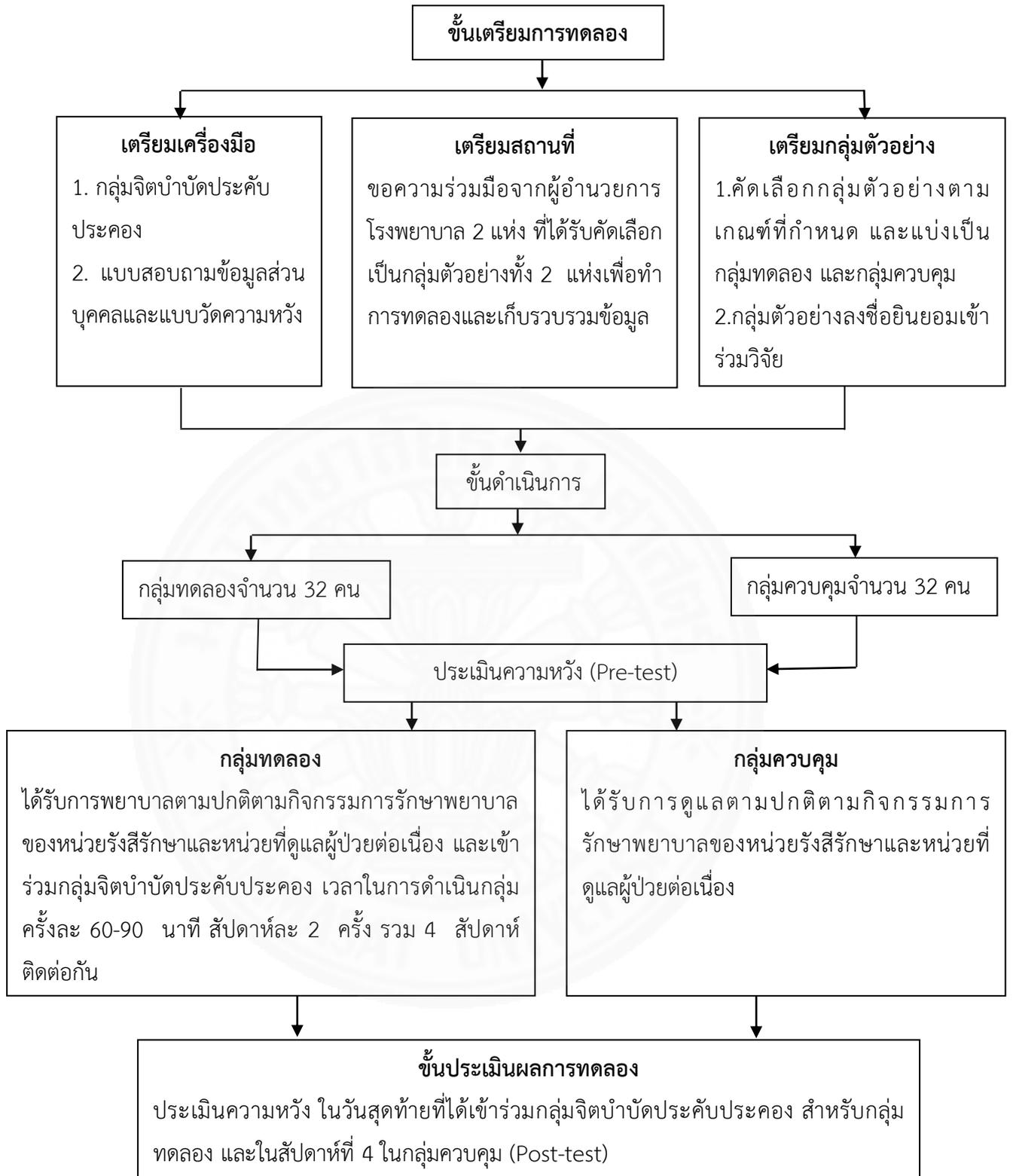
(1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมือนกับในกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัย

สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความหวัง (Pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและในกรณีอาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่อง หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อความให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ คือการดูแลทั่วไปจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยด้วยกันเอง เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มฝึกอาชีพ กลุ่มทำอาหาร กลุ่มสวดมนต์ กลุ่มความรู้ เป็นต้น

(2) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำแบบวัดความหวัง (Post-test)

(3) ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 4 หากพบว่ากลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองสามารถเพิ่มความหวังได้จริง และอาสาสมัครวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มควบคุมมีความประสงค์จะเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว

กล่าวโดยสรุป ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ของการทดลอง กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ จากหน่วยรังสีรักษาและหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจากการสิ้นสุดการทดลองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะทำการประเมินความหวังของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจากรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองได้ตามแผนภาพที่ 3.2



แผนภาพที่ 3.2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ตามหนังสือเลขที่ COA No. 342/2560 โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยดังนี้

**3.6.1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย** อาสาสมัครวิจัยจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย การได้รับสิทธิของอาสาสมัครวิจัย โดยถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น

**3.6.2 ชี้แจงกลุ่มอาสาสมัครวิจัย** ให้ทราบถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น อาสาสมัครวิจัยที่เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการสอน สาธิตและการฝึกปฏิบัติตามกรอบการวิจัย

**3.6.3 ผู้วิจัยให้สิทธิอาสาสมัครวิจัยในการตัดสินใจด้วยตนเอง** ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้อาสาสมัครวิจัยเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

**3.6.4 ชี้แจงให้อาสาสมัครวิจัยทราบว่าข้อมูลทุกอย่าง** จะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล และจะใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

**3.6.5 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย** โดยขณะที่อาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมอยู่นั้น จะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้วิจัย หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นที่อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น จนทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้ ผู้วิจัยจะคอยสังเกตอาการผิดปกติดังกล่าว หากพบความผิดปกติจะให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมหยุดกิจกรรมนั้นทันที และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการรักษาและอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีกรวางแผนและประสานงานในด้านการให้การช่วยเหลือกับพยาบาลประจำที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว หากเป็นความผิดปกติที่เกิดจากกิจกรรมของโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการรักษาดังกล่าวทั้งหมด

**3.6.6 สำหรับอาสาสมัครวิจัยที่เป็นกลุ่มควบคุม** เมื่อสิ้นสุดการวิจัย หากพบว่ากลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองสามารถเพิ่มความหวังได้จริง ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองกับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อน และหลังการทดลอง มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือ ลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป** โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi – square test) และสถิติ ฟิชเชอร์ เอ็กแซกเทสต์ (Fisher’s exact test)

**3.7.2 ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล** ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที (t-test) ดังนี้

**3.7.2.1 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น** ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) จับฉลากเพื่อให้ได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่ง และโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มควบคุม 1 แห่ง

**3.7.2.2 การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution)** โดยพิจารณาจากสถิติชาไฟโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 และจากการตรวจสอบค่า Z ของความเบ้ (Skewness) , ความโด่ง (Kurtosis) พบว่ามีค่าระหว่าง  $\pm 1.96$

**3.7.2.3 ตัวแปรตามมีมาตราวัดแบบอันตรภาค (Interval scale)** ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ ใช้แบบประเมินความหวังแบบประมาณค่า (Rating scale)

**3.7.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง** ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t - test)

**3.7.4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง** ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t - test)

**3.7.5 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ** ผู้วิจัยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ที่ได้ทำการสำรวจบริบทของหน่วยรังสีรักษาและหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่มีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด พบโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันจำนวน 2 แห่ง จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากได้โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรีเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน จับคู่ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ได้แก่ โรคประจำตัวและผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ทั้งหมด 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที โดยแบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยมีการวัดระดับความหวังก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group) ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ

**4.1 ผลการวิจัย** ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตอนที่ 2** ข้อมูลคะแนนความหวัง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวัง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสนับสนุนทางสังคม(ผู้ดูแลหลัก) ผลข้างเคียงจากการฉายรังสี และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

#### ตารางที่ 4.1

แสดงอายุเฉลี่ย และเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64)

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
อายุเฉลี่ย	48.0	7.3	50.7	8.2	62	1.381	.172

#### ตารางที่ 4.2

แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=64)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					0.500 <sup>b</sup>	1.00
พุทธ	32	100.0	31	96.9		
คริสต์	0	0.0	1	3.1		
สถานภาพสมรส					3.068 <sup>b</sup>	.575
โสด	5	15.6	2	6.3		
คู่	21	65.6	19	59.4		
หม้าย	2	6.3	3	9.4		
หย่า	2	6.3	3	9.4		
แยกกันอยู่	2	6.3	5	15.6		

<sup>a</sup> Chi-square test, <sup>b</sup> Fisher's exact test



## ตารางที่ 4.2

แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=64) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>					5.301 <sup>b</sup>	.151
ประถมศึกษา	10	31.3	5	15.6		
มัธยมศึกษา	15	46.9	14	43.8		
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	5	15.6	5	15.6		
ปริญญาตรี	2	6.3	8	25.0		
<b>อาชีพ</b>					1.880 <sup>b</sup>	.791
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	18.8	4	12.5		
รับจ้าง	10	31.3	14	43.8		
ค้าขาย	4	12.5	5	15.6		
เกษตรกรรม	10	31.3	7	21.9		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	2	6.3	2	6.3		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>					3.392 <sup>b</sup>	.183
ต่ำกว่า 5,000	10	31.3	4	12.5		
5,001 – 10,000	12	37.5	14	43.8		
10,001 ขึ้นไป	10	31.3	14	43.8		
<b>โรคประจำตัว</b>					0.237 <sup>a</sup>	1.00
ไม่มี	7	21.9	7	21.9		
มี	25	78.1	25	78.1		
ความดันโลหิต	15	46.9	17	53.1		
เบาหวาน	10	31.2	8	25.0		
<b>มีผู้ดูแล</b>	32	100.0	32	100.0	1.000 <sup>a</sup>	1.00

<sup>a</sup>Chi-square test, <sup>b</sup>Fisher's exact test

## ตารางที่ 4.2

แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=64) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ผลข้างเคียง</b>						
ไม่มีผลข้างเคียง	9	28.1	9	28.1	.218 <sup>b</sup>	1.00
มีผลข้างเคียง	23	71.9	23	71.9		
ไอ เจ็บคอ	10	31.3	8	25.0	.309 <sup>a</sup>	.578
ผิวแห้ง คัน แสบ	15	46.9	13	40.6	.254 <sup>a</sup>	.801
ตึง ชาแขน	6	18.8	9	28.1	.784 <sup>a</sup>	.376
ผลข้างเคียงอื่นๆ	1	3.1	2	6.3	.381 <sup>b</sup>	1.00

<sup>a</sup>Chi-square test, <sup>b</sup>Fisher's exact test

จากตารางที่ 4.1 และตารางที่ 4.2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.0 ปี ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 50.7 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยในกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และ 96.9 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 และกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 อาชีพ ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวมเท่ากันจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 ส่วนในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนนั้น ส่วนใหญ่รายได้ประมาณ 5,001-10,00 บาท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ในกลุ่มทดลอง และจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 ในกลุ่มควบคุม โรคประจำตัว ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเท่ากันจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 โดยในกลุ่มทดลองมีโรคความดันโลหิต จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 และโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 และในกลุ่มควบคุมมีโรคความดันโลหิต จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1 และโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 การสนับสนุนทางสังคมหรือผู้ดูแลหลัก ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า มีผู้ดูแลหลักจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 100

สำหรับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสี ในกลุ่มทดลองพบว่า ไม่มีผลข้างเคียงจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 มีผลข้างเคียงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 โดยแบ่งออกเป็น มีอาการไอ เจ็บคอจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 มีอาการผิวแห้ง คัน แสบจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 มีอาการติง ชาแขนจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 และผลข้างเคียงอื่นๆเช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้นจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 สำหรับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสี ในกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีผลข้างเคียงจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 มีผลข้างเคียงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 โดยแบ่งออกเป็น มีอาการไอ เจ็บคอจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีอาการผิวแห้ง คัน แสบจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีอาการติง ชาแขนจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 และผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสนับสนุนทางสังคม (ผู้ดูแลหลัก) และผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) สำหรับอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลต่อความหวังของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของความหวังที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง เป็นผลจากกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ตอนนี้ 2 ข้อมูลคะแนนความหวัง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวัง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

#### ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ( $n=32$ )

คะแนนความหวัง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	38.59	3.55	31	9.644	.000
หลังการทดลอง	44.97	1.60			

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $M=44.97$ ,  $SD=1.60$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=38.59$ ,  $SD=3.55$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=9.644$ ,  $p<.001$ )

#### ตารางที่ 4.4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม ( $n=32$ )

คะแนนความหวัง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	35.75	1.83	31	1.350	0.187
หลังการทดลอง	36.25	3.13			

จากตารางที่ 4.4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ( $M=35.75$ ,  $SD=1.83$ ) และหลังการทดลอง ( $M=36.25$ ,  $SD=3.13$ ) ไม่แตกต่างกัน ( $t=1.350$ ,  $p>.05$ )

#### ตารางที่ 4.5

เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64)

คะแนน ความหวัง	กลุ่มทดลอง (n=32)				กลุ่มควบคุม (n=32)				t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD		
ก่อนการทดลอง	38.59	3.55			35.75	1.83				
			6.38	3.74			0.50	2.09	7.75	.000
หลังการทดลอง	44.97	1.60			36.25	3.13				

จากตารางที่ 4.5 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $\bar{D}_1 = 6.38$ ,  $SD=3.74$ ) ซึ่งได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และกลุ่มควบคุม ( $\bar{D}_2 = 0.50$ ,  $SD=2.09$ ) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.75$ ,  $p<.001$ ) จะเห็นได้ว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

### 4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.0 ปี ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 50.7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ช่วงอายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมคือ 30 - 60 ปี (WHO, 2017)

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 96.9 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.6 และร้อยละ 59.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.9 และร้อยละ 43.8 ตามลำดับ อาชีพ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.3 และร้อยละ 43.7 ตามลำดับ สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนนั้น ทั้งสองกลุ่มรายได้ประมาณ 5,001-10,00 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.5 และร้อยละ 43.8 ตามลำดับ โรคประจำตัว ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 78.1 การสนับสนุนทางสังคมหรือผู้ดูแลหลัก พบว่าทั้งสองกลุ่มมีผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลข้างเคียงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 71.9 ซึ่งจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

### 4.2.2 การทดสอบสมมุติฐานความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

จากการศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ

**4.2.2.1 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1** คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์

จากตารางที่ 4.2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $M=44.97$ ,  $SD=1.60$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=38.59$ ,  $SD=3.55$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=9.644$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าหลังจากเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความหวังเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ดังจะได้อภิปรายผลดังนี้

กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ได้พัฒนากิจกรรมโดยใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดของยาโลม และกิจกรรมต่างๆ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความหวัง ซึ่งเมื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ทั้ง 8 กิจกรรมแล้ว จะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ซึ่งปัจจัยบำบัดนี้ ล้วนเกิดขึ้น

จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง จึงส่งผลให้สมาชิกเกิดความหวังได้ โดยความหวังแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความรู้สึกร่างกายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต คือ การสร้างเป้าหมายในการดำรงชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต จากกิจกรรมเป้าหมายมีไว้พุ่งชน เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงเป้าหมายในชีวิต ณ ขณะนี้/อุปสรรคที่ขัดขวาง/วิธีที่เคยลงมือแก้ไขอุปสรรค/วิธีที่จะไปสู่เป้าหมายของตัวเอง เมื่อสมาชิกแต่ละคนได้บอกเป้าหมายในชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่แล้วเป้าหมายระยะสั้นคือการรักษาตัวเองในขณะที่ปัจจุบันตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนเป้าหมายระยะยาวคือการได้กลับไปอยู่กับครอบครัวและประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้เหมือนเดิม สมาชิกในกลุ่มทุกคนรับทราบถึงตัวโรคของตนเองและกล่าวไปในแนวทางเดียวกันว่า เมื่อได้มาเจอและพูดคุยกับเพื่อนสมาชิกหลายๆคน ทำให้รู้สึกว่ายังมีคนอื่นที่มีปัญหาเหมือนๆตนเอง แต่คนอื่นก็ยังฝ่าฟันอุปสรรคและยังมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เพราะฉะนั้นไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต ก็ขอตั้งใจทำเป้าหมายที่วางไว้ให้สำเร็จจริงได้ หากเป้าหมายนั้นห่างไกล ก็ขอให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ได้มากที่สุด และเมื่อสมาชิกกลุ่มได้รับคำแนะนำและกำลังใจในการที่จะทำเป้าหมายในชีวิตให้สำเร็จจากสมาชิกกลุ่มท่านอื่นแล้ว พบว่าสมาชิกเกิดความรู้สึกดีใจเมื่อได้รับคำชื่นชมและคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป้าหมายของแต่ละคนก็มีความยากง่ายแตกต่างกัน หากคนเรามีความมุ่งมั่นและตั้งใจ ไม่ว่าจะเป้าหมายจะยากแค่ไหนก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ซึ่งการมีเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (Snyder, 1994; Buckley & Herth, 2004) ดูฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) กล่าวเช่นกันว่า เหตุการณ์ในอดีตจะมีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลายๆด้าน กล่าวคือ บุคคลที่เคยสมหวังในอดีต มักจะมีความหวังว่าตนจะประสบความสำเร็จเช่นนั้นอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีตอาจจะเป็นบทเรียนให้กับบุคคลในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ซึ่งบุคคลอาจจะหวังว่าเหตุการณ์ที่ผิดหวังนี้จะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต สำหรับการคิดและพูดกับตนเองในทางบวก จากกิจกรรมพูดดี คิดดี ชีวิตดี หลังจบกิจกรรมพบว่าเมื่อสมาชิกมีการฝึกคิดและพูดกับตนเองทางบวก มีการให้กำลังใจตนเอง ทำให้รู้สึกเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปทางที่ดี เกิดความหวังต่ออนาคต ดังที่เฮิร์ท (Herth, 1992) กล่าวถึงการพูดกับตนเองทางบวกว่า เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่เสริมสร้างความหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคาวราดิมี โอเซอร์และบอสคุก (Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีมุมมองด้านบวกในชีวิต พูดให้กำลังใจตนเองสม่ำเสมอ จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความหวังในชีวิตได้ และจากการศึกษาของดวงทิพย์ ก่อกิจงาม (2551) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อความหวังในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าการฝึกพูดกับตนเองทางบวกช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อสู้กับโรคได้

2) ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง คือ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้น จากกิจกรรมรู้ไว้ใช้ว่า เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งและวิธีการดูแลตนเอง ขณะได้รับรังสีรักษา กิจกรรมนี้ทำให้เกิดแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นเมื่อสมาชิกกลุ่มมีความรู้แล้ว จะช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าได้มาใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถจัดการกับอาการผิดปกติได้ การให้ข้อมูลเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม มีการอภิปรายถึงปัญหานั้น เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับคนอื่น จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองยังมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา อย่างเพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลและจัดการกับปัญหาของตนเอง ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่จะเข้ามาในชีวิตได้ (Butt, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา พจนารถ, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, อัจฉรา สุคนธสรณ์ (2556) ที่ศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความมั่นใจและเข้าใจในความเจ็บป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้จากทีมสุขภาพมาใช้ในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจและเกิดความหวังในการต่อสู้และเผชิญกับโรคได้ และจากกิจกรรมรู้เท่าทันปัญหา เมื่อสมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและวิธีการดูแลตนเองแล้ว ให้สมาชิกกลุ่มระบุปัญหาที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งจากกิจกรรมนี้พบว่า สมาชิกกลุ่มทุกคนมีปัญหาและความคับข้องใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เช่นบางคนรู้สึกว่า การตัดเต้านม การได้รับยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ทำให้ตนเองหมดโอกาสที่จะกลับไปทำงานหาเลี้ยงชีพ บ้างก็มีปัญหาเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการให้ยาเคมีบำบัดมาแล้วและการฉายรังสีที่ได้รับอยู่ขณะนี้ แต่ไม่สามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้ บางคนก็รู้สึกว่าตนเองเผชิญปัญหาหนัก ไม่เห็นมีผู้อื่นเป็นเหมือนตนเองเลย ดังนั้น การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความไว้วางใจกันเองภายในกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยความทุกข์ให้สมาชิกคนอื่นฟัง เมื่อได้มีการระบายออกของปัญหา และได้รับคำแนะนำหรือกำลังใจจากสมาชิกกันเองแล้ว จะทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป เกิดกำลังใจและมีหวังต่อการใช้ชีวิตในภายภาคหน้า การที่สมาชิกกลุ่มได้พบเจอกับผู้ที่ประสบปัญหาเหมือนกับตนเอง จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าจะอย่างน้อยก็ไม่มีแค่ตัวเองที่ต้องเผชิญความเจ็บป่วยอยู่คนเดียว ส่งผลให้เกิดการแบ่งปันประสบการณ์และวิธีการแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน สมาชิกที่ยังหาวิธีการแก้ปัญหาให้กับตนเองยังไม่ได้ เมื่อได้เจอสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน ได้รับคำแนะนำและกำลังใจ ก็จะสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาของคนอื่นไปปรับใช้ให้เข้ากับตนเองได้อย่างเหมาะสมได้ ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งเมื่อคนเราเกิดปัญหาในชีวิต ก็จะต้องหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง หากบุคคลไม่สามารถหาทางออกของชีวิตได้ แต่ได้รับคำแนะนำจากกลุ่มคนที่มีความเหมือนกัน บุคคลนั้นก็เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของ



ผู้อื่น และมาปรับใช้กับชีวิตของตนเอง หากปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดกำลังใจ และเกิดความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาของตนเองให้สำเร็จ อีกทั้งการได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย เป็นที่สนใจของบุคคลอื่น ส่งผลให้บุคคลเกิดกำลังใจ เกิดความหวังในการเผชิญกับโรคร้ายต่อไป และมีความมั่นใจในอนาคตว่า ไม่ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ตนเองสามารถผ่านเหตุการณ์เหล่านั้นไปได้อย่างแน่นอน ซึ่งจากการศึกษาของบัตต์ (Butt, 2011) ที่ศึกษาถึงความหวังในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่า การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ การได้เจอเพื่อนที่มีปัญหาคล้ายกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งคลายความวิตกกังวล สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ และจากการศึกษาของกฤษณา สังขมณีจินดา (2554) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า การจัดทำโปรแกรมทางการพยาบาลพร้อมการวางแผนให้การพยาบาลทุกด้านในการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ผู้ป่วยได้ประเมินสถานการณ์และความสามารถ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เกิดความหวังในการต่อสู้กับชีวิตได้ และการศึกษาของลิชวาลา (Lichwala, 2014) ที่ศึกษาถึงการกระตุ้นความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการที่ผู้ป่วยได้มีการเข้าร่วมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน กระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อไปได้ สำหรับการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับตนเอง จากกิจกรรมต้นไม้แห่งชีวิต เมื่อจบกิจกรรมกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกดีและมีความสุขเมื่อได้รับคำชื่นชมจากผู้อื่น การได้เป็นผู้แนะนำสิ่งดีดีให้กับผู้อื่น ทำให้สมาชิกนั้นรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ ช่วยเหลือผู้อื่นรอบข้างได้ในขณะที่ตนเองก็ยังคงมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่เช่นกัน การได้รับคำชื่นชมจากคนรอบข้าง ทำให้เกิดการรู้สึกดีกับตนเอง และมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อไป ส่วนสิ่งที่ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกไร้ค่า ไร้ความหมายนั้นส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สมาชิกแต่ละคนก็ได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ส่งผลให้สมาชิกแต่ละคนนั้นเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง เชื่อว่าตนเองจะสามารถผ่านอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งการรู้ถึงคุณค่าของตนเองเป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ ดังงานวิจัยที่กล่าวถึงเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเชื่อมโยงกับความหวัง พบว่าเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีความหวังในการต่อสู้กับโรคและการรักษาได้อย่างมั่นใจ (Herth, 2004; Khater, & Alkwiese, 2013; Kavrardim, Ozer, & Bozcuk, 2013)

3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น คือ การที่บุคคลต้องมาเข้าร่วมกลุ่มกับคนแปลกหน้าที่ไม่เคยพบเจอกัน มักเกิดความกลัวและความวิตกกังวล การเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกตระหนักว่าตนเองมิได้มีปัญหามากเพียงคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด บางคนอาจมีปัญหามากกว่าตนเอง แต่ยังสามารถสร้างความหวังให้ทั้งตนเองและผู้อื่นได้ และการเข้ากลุ่มสม่ำเสมอทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพึงพอใจ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเอง

ได้ และทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่า พฤติกรรมไหนควรเลียนแบบหรือพฤติกรรมไหนควรหลีกเลี่ยง ซึ่งการจากกิจกรรมมารู้จักกันเอง เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพและทำความรู้จักกัน ระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ในระยะนี้ทั้งผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน หากการสร้างสัมพันธ์ภาพในขั้นตอนนี้ดำเนินไปได้ด้วยดีก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นต่อไป (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) และจะก่อให้เกิดบรรยากาศของความเป็นมิตร ความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความรู้สึก ระบายปัญหาต่างๆของตนเอง และกล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ดังนั้นการเชื่อมความสัมพันธ์จึงต้องอาศัยความเข้าใจถึงปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพที่มีระหว่างกัน เพื่อบุคคลทั้งสองฝ่ายจะได้ประสบความสำเร็จในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การที่ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลกรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ได้เจอผู้ที่ประสบปัญหาเหมือนกับตนเอง ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (Butt, 2011; Khater & Alkwiese, 2013; Kavrardim, Ozer, & Bozcuk, 2013) เมื่อจบกิจกรรมนี้จะเห็นได้ว่าสมาชิกกลุ่มมีการรู้จักและพูดคุยกันมากขึ้น มีการสอบถามกันถึงเรื่องการรักษาที่ได้รับขณะปัจจุบัน และมีการให้กำลังใจกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันและกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึก ระบายปัญหาต่างๆของตนเองและกล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม และทุกๆกิจกรรมจะสังเกตได้ว่า สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความช่วยเหลือ เอื้ออาทรกันภายในกลุ่ม เมื่อระยะเวลาผ่านไป ทำให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มแน่นแฟ้นกันมากยิ่งขึ้น กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือความทุกข์ใจให้สมาชิกกลุ่มฟัง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม ส่งผลให้ทั้งตนเองและผู้อื่นได้มีการเรียนรู้ไปพร้อมๆกัน

ดังนั้น ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นหลังจากเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทั้ง 8 กิจกรรม พบว่าเกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง 2) การผูกพันจิตใจต่อกัน 3) การมีความเป็นสากล 4) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ 5) การให้ข้อมูล 6) การได้ระบายออก 7) การได้เลียนแบบ 8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว 9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม 10) การรู้สึกมีหวัง 11) การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต จึงกล่าวสรุปได้ว่า การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความไว้วางใจกันเองภายในกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยความทุกข์ให้สมาชิกคนอื่นฟัง เมื่อได้มีการระบายออกของปัญหา และได้รับคำแนะนำหรือกำลังใจจากสมาชิกกันเองแล้ว จะทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้ำว้างหมดไป เกิดกำลังใจและมีหวังต่อการใช้ชีวิตในภายภาคหน้า และสามารถตระหนักรู้ว่าตนเองมีดี มีปัญหาเพียงคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด บางคนอาจมีปัญหามากกว่าตนเอง แต่ยังสามารถสร้างความหวังให้ทั้งตนเองและผู้อื่นได้ การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็มีสมหวัง บางครั้งก็มีผิดหวัง ทุกสิ่งในชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ตลอดเวลา ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างก็จำเป็นต้องเผชิญด้วยตนเอง หากแก้ไขไม่ได้ก็จำเป็นต้องปล่อยไป ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ หมดหวังในชีวิตลดลง เกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดกำลังใจในชีวิต เชื่อว่าตนเองจะดีขึ้นและเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ และนอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง คะแนนความหวังในแบบวัดความหวังทั้ง 12 ข้อ สมาชิกกลุ่มมีระดับคะแนนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง จึงแสดงให้เห็นได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองสามารถเพิ่มความหวังให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการต่อสู้กับอุปสรรคในภายภาคหน้าต่อไป

**4.2.2.1 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ของกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากตารางที่ 4.4 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $\bar{D}_1=6.38, SD=3.74$ ) ซึ่งเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง และกลุ่มควบคุม ( $\bar{D}_2=0.50, SD=2.09$ ) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.75, p<.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายดังนี้

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ก่อนเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง คะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มทดลอง ( $M=38.59, SD=3.55$ ) และกลุ่มควบคุม ( $M=35.75, SD=1.83$ ) ไม่แตกต่างกัน ( $t=1.350, p>.05$ ) และภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความหวัง ( $M=44.97, SD=1.60$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=36.25, SD=3.13$ ) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังกลุ่มทดลอง ( $\bar{D}_1=6.38, SD=3.74$ ) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $\bar{D}_2=0.50, SD=2.09$ ) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองมีระดับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความหวังมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองที่ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างความหวังจากโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ของรัศมี วิบูลย์กุล (2542) และโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของศิริพร สวดยพริ้ง (2551) และได้นำแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาใช้ในแต่ละกิจกรรมเหล่านี้ด้วย จากกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่พัฒนามาจากปัจจัยในการเสริมสร้างความหวัง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อให้มีการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม มีการช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับในเวลาเดียวกัน เมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลง ส่งผลให้สมาชิกมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะยังมีอีกหลายคนที่เผชิญปัญหาหนักกว่าตนเอง เกิดความรู้สึกร่วมกับตนเอง เมื่อได้เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้อื่น และได้รับคำชื่นชมจากสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งยังสามารถนำประสบการณ์ต่างๆที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับตนเอง ดังการศึกษาของคิสเซนและคณะ (Kissane et al., 2007) ที่ศึกษาถึงกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเน้นการระบายปัญหาในผู้หญิงมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม พบว่ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเน้นการระบายปัญหาสามารถลดความสิ้นหวังของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเมื่อสมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการเสริมสร้างความหวังผ่านกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมแล้ว จะส่งผลให้สมาชิกเกิดความมองโลกในแง่ดี มีความเข้มแข็ง อดทน และมีความหวังในการต่อสู้กับโรคและการรักษาต่อไปได้ (Butt, 2011; Tae, Heitkemper, & Kim, 2012; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Eustache, Jibb, & Grossman, 2014)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง แต่ได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยรังสีรักษาและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่น ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองระหว่างฉายรังสี การจัดการกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อฉายรังสีเสร็จก็กลับไปพักผ่อนหรือทำภารกิจของตนเอง ไม่ได้มีโอกาสสนทนา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นกับชีวิต ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรักษา หรือปัญหาอย่างอื่นแล้วหาทางออกไม่ได้ อาจส่งผลให้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจ เกิดความวิตกกังวลและความเครียดตามมา การที่ไม่ได้มีการระบายออกของปัญหาหรือไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวในชีวิต รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้หมดกำลังใจและหมดหวังในชีวิต ซึ่งมีงานวิจัยที่กล่าวถึงความความสัมพันธ์ของควมมีคุณค่าในตนเองกับความหวัง พบว่า หากผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับความดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการเผชิญชีวิตต่อ แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง จะทำให้หมดหวัง หมดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค (Lichwala, 2014) ซึ่งหากบุคคลได้พบกับผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน จะเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดี ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิต เกิดการสร้างความหวังในตนเอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเป็นกลุ่มที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความหวังให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำ กำลังใจ หรือการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความหวังในการต่อสู้และดำเนินชีวิตต่อไป และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังให้กับตนเองได้ต่อไป

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีอายุระหว่าง 30-60 ปี รักษาในโรงพยาบาล 2 แห่ง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 32 คน โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยในเรื่องโรคประจำตัว และผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก ผลข้างเคียงจากการฉายรังสี และแบบวัดความหวัง (Herth Hope Index : HHI) ซึ่งพัฒนาโดยเฮิร์ท (Herth, 1992) ได้ถูกพัฒนามาจาก Herth Hope Scale (HHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อคำถามสั้น กะทัดรัด ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม ได้รับการแปลโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) โดยดัชนีวัดความหวังนี้ประกอบไปด้วย 3 ด้านคือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 4 ข้อ 2) ความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวัง จำนวน 4 ข้อ 3) ความสัมพันธ์ภายในตนเองและผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เนื่องจากแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้ว และได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ อย่างแพร่หลาย เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารดาเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมืออีกครั้ง สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาแต่

ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดความหวังนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างความหวังจากโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของรัศมี วิบูลย์กุล (2542) และโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของศิริพร สวยพริ้ง (2551) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และได้นำแนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาใช้ ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองนี้ได้ผ่านการทดสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

วิธีการดำเนินการวิจัย หลังจากการได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อขี้อ้างวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเตรียมสถานที่ ในการทดสอบเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยดำเนินการตามกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรมเพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของระยะเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น หลังทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านภาษา การทำกิจกรรมพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนดไว้คือ 60-90 นาที แต่ปัญหาที่พบคือ สมาชิกกลุ่มบางคนเขียนหนังสือได้แต่เขียนช้า สะดวกในการพูดมากกว่าเขียน ผู้วิจัยจึงนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้แผนการดำเนินกิจกรรมสมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยซึ่งถ้าหากพบสมาชิกกลุ่มที่เขียนหนังสือช้า สามารถให้สมาชิกพูดแทนการเขียนได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีช่วงอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 2 แห่ง ได้โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน และจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว เพื่อให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยคือเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561-เมษายน พ.ศ.2561

โดยมีแบบแผนกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อน และหลังการทดลอง มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสนับสนุนทางสังคม (ผู้ดูแลหลัก) และผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ไม่แตกต่างกัน ( $p>.05$ ) สำหรับอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p>.05$ )

ผลการวิเคราะห์คะแนนความหวังในกลุ่มทดลองพบว่า หลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $M=44.79$ ,  $SD=1.60$ ) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนการทดลอง ( $M=38.59$ ,  $SD=3.55$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=9.644$ ,  $p<.001$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ( $M=35.75$ ,  $SD=1.83$ ) และหลังการทดลอง ( $M=36.25$ ,  $SD=3.13$ ) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=1.350$ ,  $p>.05$ )

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ( $\bar{D}_1=6.38$ ,  $SD=3.74$ ) ซึ่งเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง และกลุ่มควบคุม ( $\bar{D}_2=0.50$ ,  $SD=2.09$ ) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.75$ ,  $p<.001$ )

จากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองสามารถเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.2.1.1 ก่อนนำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ควรมีการจัดอบรมให้แก่พยาบาลจิตเวชที่จะเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ที่มีทักษะและได้รับการฝึกฝนมาแล้วเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.1.2 สามารถนำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเพื่อเสริมสร้างความหวังไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียง

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

5.2.2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินระดับความหวังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี





## รายการอ้างอิง

- กฤษณา สังขมณีจินดา. (2554). ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- เกษรา แก้วนิล. (2557). ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์. (2560). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม. *วารสารกองทัพบก*, 18(3), 209-216.
- จริยา บุญเชิญ. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. การประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 2, เรื่อง เรียนรู้เพื่อการบำบัดโรคซึมเศร้าและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย, วันที่ 25-28 กรกฎาคม 2550 ณ โรงแรมดุสิตอีสแลนด์ รีสอร์ท จังหวัดเชียงราย, น. 153.
- จันทิมา องค์เมษิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- จินตนา เกษมโชติพันธุ์. (2546). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความหวังในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการศึกษา.
- จุฬารรณ สุระกุล. (2544). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันท์สุข, ศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก.
- โอมพิไล นันทรักษา และณิชากัทร พุฒิกามิน. (2555). ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 8(2), 35-55.
- ชลธิดา สิมะวงศ์. (2545). การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

- ดวงทิพย์ ก่อกิจงาม. (2551). *ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อความหวังในผู้ติดเชื้อ เอชไอ วี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ธนพัฒน์ ไชยป้อ. (2550). *ความหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ธนิดา ทีปะपाल, บุษกร พันธเมธาฤทธิ์, และมยุรี นภาพรรณสกุล. (2558). ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 111-126.
- ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์, พุฒิสักดิ์ พุทธิวิบูลย์, ศรีชัย ครุสันธิ์, สิทธิพร ศศิวรรณพงศ์, อาคม ชัยวีระวัฒน์นะ, หฤชญ์ สุวรรณศรีศรี, และคณะ. (2556). *ตำรามะเร็งเต้านม*. อุบลราชธานี: อุบลกิจอพอพเทกการพิมพ์.
- ทิพวรรณ คุณพันธ์. (2553). *ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. (2543). *ผลการทำกลุ่มจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีความวิตกกังวล.* หนังสือประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544. ความสุขที่พอเพียง. วันที่ 5-7 กันยายน 2544. น. 140.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 23-31.
- นุชจรี หອງทอง, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(3), 27-36.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไออินเตอร์มีเดีย.
- ปรามิทธิ์ เซาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- พรทิพย์ ปุกหุดและทิตยา พุฒิกามิน. (2555). ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขากายภาพบำบัด*, 30(2), 122-130.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และ ประกอบ ชันทอง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารจิตวิทยาพยาบาล*, 15(2), 206-220.
- พรพรรณ วนวโรตม, จำรัก ลัมภเวช, อังกาบ แสนยันต์, ภัทธิดา บัวพูล, ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง, และชนากานต์ บุญนุช. (2552). *ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ*

- จากพยาบาล. หนังสือประชุมวิชาการประจำปี 2552. องค์การพยาบาลที่ดี...มีดีไซน์. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช 29-30 มิถุนายน 2552. น. 420-434.
- พุทธิดา ชัยพงษ์. (2551). ผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดโดยประยุกต์ใช้วิถีพุทธต่อการลดความทุกข์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่: นันทพันธ์ภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2555). มะเร็งเต้านม. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/surgery>
- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์. (2542). ผลของการทำกลุ่มประคับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13(1), 64-72.
- รัศมี วิบูลย์กุล. (2542). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2541). ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์. (2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(2), 51-62.
- มรรยาท รุจิวิชัย (บรรณานิการ). (2556). ผลของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความหวัง ระดับความวิตกกังวลและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล และภรณ์ เจริญสวรรค์. (2548). การรักษาด้านจิตใจ. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็น เทอร์โพส์
- ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์. (2550). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการ คุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอลำปาง จังหวัดนครพนม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ.
- ศิริพร พันธุ์พริ้ม. (2549). ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

- ศิริพร สวยพริ้ง. (2551). *ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *สถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์, ชลธิดา สิมะวงศ์, ทิพศมัย จันทรมานนท์, และแหวดาว วงศ์สุรประภิต. (2541). การศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 14(1), 124-134.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, ประไพ อริยประยูร, และแมนมนา จิระจรัส. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ: สันทวิกิจ.
- โสภิต ทับทิมหิน และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2554). ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(1), 109-123.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ พรคณาปราชญ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- อภิชาติ ก้องเสียง. (2557). *การรอดชีพและโมเลกุลซิปไทป์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ๖*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิทยาการระบาด.
- อภิญา พจนารถ, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, และอัจฉรา สุคนธสรพร. (2556). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่. *พยาบาลสาร*, 40(3), 75-84.
- อุบล จ้วงพานิช, จุรีพร อุ่บุญเรือน, จันทราพร ลุนลุด, ทิพวรรณ ขรรจร, และภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์. (2555). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 46-52.

- American Cancer Society. (2017). *Breast Cancer*. [Online]. 15 February 2018. Retrieved from <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/index>.
- American Cancer Society. (2017). *Stages of Breast Cancer*. [Online]. 21 May 2018. Retrieved from <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-staging>.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A. ( 2003). The hidden suffering among breast cancer patients: A qualitative metasynthesis. *Qual Health Res.* 2003, 13(4), 510 - 527.
- Badri, H., Ramakrishnan, J., & Leder, K. (2015). Minimizing metastatic risk in radiotherapy fractionation schedules. *Phys Med Biol*, 60(22), N405-n417. doi: 10.1088/0031-9155/60/22/n405.
- Butt, C. M. (2011). Hope in Adults With Cancer: State of the Science. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), E341-50. doi:10.1188/11.ONF.E341-E350.
- Caldwell, B. (2009). Group and group intervention. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric mental health nursing evidence base concepts, skills and practices* (7<sup>th</sup> ed., pp. 242-259). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Clarke, D.E., Adamoski, E., & Joyce, B. (1998). Inpatient group psychotherapy: The role of the staff nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(50), 22 – 26.
- Coffin – Roming, N. A. (2012). Therapies: Theory and clinical practice. In K. M. Fortinash & P. A. Holoday Worret (Eds.) *Psychiatric Mental Health Nursing* (4<sup>th</sup> ed., pp. 597 – 620). St. Louis, MO: Mosby.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences*. New York, Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Christipher, A. Borman & Carlos Ramirez. (1975). *Evaluating Counseling Practicum Students*. [Online]. 5 April 2017. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic Physician*, 8(3), 2175–2180. <http://doi.org/10.19082/2175>.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20, 379 – 391.

- Duggleby, W., Bally, J., Cooper, D., Doell, H., & Thomas, R. (2012). Engaging hope: the experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Society, 39*(4), 400-406.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum, 29*(3), 561-568. doi: 10.1188/02.onf.561-568.
- Eustache, C., Jibb, E., & Grossman, M. (2014). Exploring Hope and Healing in Patients Living With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *Oncology Nursing Society, 41*(5), 497-508. doi:10.1188/14.ONF.497-508.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Heidari, M., & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care, 21*(2), 198-202.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum, 16*(1), 67-72.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1251-1259.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 1431-1441.
- Herth, K. (2001). Development and implementation of a hope intervention program. *Oncology Nursing Forum, 28*, 1009-1017.
- Janssen, S., & Rades, D. (2015). Primary Breast Cancer with Synchronous Metastatic Disease - Indications for Local Radiotherapy to the Breast and Chest Wall. *Anticancer Res, 35*(11), 5807-5812.
- Kavradim, S. T., Ozer, Z. C., & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal Of Advanced Nursing, 69*(5), 1183- 1196. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06110.x

- Khater, W. A., & Alkwiese, M. J. (2013). Predictors of Hope Among Patients With Cancer in Jordan. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 15(8), 471-478. doi:10.1097/NJH.0b013e3182a408e8
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., . . . Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*, 16(4), 277-286. doi: 10.1002/pon.1185
- Kylma, J. (2005). Despair and hopelessness in the context of HIV – a meta-synthesis on qualitative research findings. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 813-821.
- Lichwala, R. (2014). Fostering Hope in the Patient With Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 18(3), 267-269. doi:10.1188/14.CJON.267-269
- Miller, J.F., and Power, M.J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1): 6-10.
- Mok, E., Lam, W., Chan, L., Lau, K., Ng, J., & Chan, K. (2010). The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(6), 298-305.
- Mulligan, D., & Kanas, N. (2016). Effectiveness of Group Psychotherapy in Patients with Cancer. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(2), 317-322. doi.org/10.1080/00207284.2015.1113819
- Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patient with cancer; development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16(3), 57 - 61.
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, 20(4), 733-739.
- Ruchiwit, M. (2012). The effect of the one-to-one interaction process with group supportive psychotherapy on the levels of hope, anxiety and self-care practice for patients that have experienced organ loss: An alternative nursing care mode. *International Journal of Nursing Practice* , 18(3), 363–372.
- Rortveit, K., & Severinsson, E. (2012). Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 631 - 639.

- Rutqvist, L. E., Rose, C., & Cavallin-Stahl, E. (2003). A systematic overview of radiation therapy effects in breast cancer. *Acta Oncol*, 42(5-6), 532 - 545.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope*. New York: The Free.
- Tae, Y.S., Heitkemper, M., & Kim, M. Y. (2012). A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer--mediating effects of self-esteem and hope. *Oncology Nursing Society*, 39(1), E49-E57. doi:10.1188/12.ONF.E49-E57
- Watson, G. M. (1991). Leukaemia and paternal radiation exposure. *Med J Aust*, 154(7), 483 - 487.
- Willis, K., Lewis, S., Ng, F., Wilson, L. (2015). The experience of living with metastatic breast cancer--a review of the literature. *Oncology Nursing Society*, 36(5), 514-542.
- World Health Organization. (2017). *Cancer mortality and morbidity*. [Online]. 21 May 2018. Retrieved from [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/cancer/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/)
- World Health Organization. (2017). *Breast Cancer Facts & Figures 2016-2017*. [Online]. 21 May 2018. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2016-2017.pdf>
- Yalom, J.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. (4<sup>th</sup> ed.). New York. Basic Books.





## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงบุรารพีญา บุญชู     | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์<br>โรงพยาบาลจุฬารัตน์                                     |
| 2. อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต<br>และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. นางบุปผาชาติ ชุนอินทร์       | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ<br>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ   |



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง



ภาคผนวก ข-1  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความหวัง



## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านหรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. ศาสนา
  - ( ) พุทธ            ( ) คริสต์            ( ) อิสลาม
3. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด            ( ) คู่
  - ( ) หม้าย            ( ) หย่า
  - ( ) แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - ( ) ประถมศึกษา            ( ) มัธยมศึกษา
  - ( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร            ( ) ปริญญาตรี
  - ( ) อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
  - ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ            ( ) รับจ้าง
  - ( ) ค้าขาย            ( ) เกษตรกรรม
  - ( ) รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ            ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน
  - ( ) ไม่มีรายได้            ( ) ต่ำกว่า 5,000
  - ( ) 5,001 – 10,000            ( ) 10,001 ขึ้นไป
7. โรคประจำตัว : ( ) ไม่มี            ( ) มี โปรดระบุ.....
8. ผู้ดูแลหลัก ( ) มี ( ) ไม่มี

**สำหรับผู้วิจัยบันทึก**

9. ลักษณะอาการข้างเคียงของการรักษา.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความหวัง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ที่ตรงกับใจของท่านมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นพอประมาณ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นพอประมาณ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ข้อ เสนอแนะ
1. ฉันมีมุมมองชีวิตที่เป็น ประโยชน์					
2. ฉันมีเป้าหมายในชีวิตทั้ง เป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว					
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่ คนเดียวในโลก					
4. ท่ามกลางความมืดมนใน ชีวิต ฉันมองเห็นว่ามีแสงสว่าง อยู่					
5. ฉันมีสิ่งศรัทธาที่ทำให้ฉัน รู้สึกสบายใจ					
6. ฉันรู้สึกหวาดหวั่นกับสิ่งที่จะ เกิดขึ้นในอนาคต					
7. ฉันสามารถระลึกถึงช่วงเวลา ที่มีความสุข					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ข้อ เสนอแนะ
8. ฉันมีความเข้มแข็งอยู่ภายใน ลึกๆ					
9. ฉันสามารถให้และรับความ รัก ความเอาใจใส่ดูแล					
10. ฉันมีความรู้สึกว่าคุณมี แนวทางในการดำเนินชีวิต					
11. ฉันเชื่อว่าวันแต่ละวันนั้นมี ศักยภาพที่จะทำให้อะไรดีขึ้น					
12. ฉันรู้สึกว่าคุณมี คุณค่าและมีราคา					



ภาคผนวก ข-2  
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง





## กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

### การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองเป็นกลุ่ม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีสมาชิกจำนวน 12 คน ดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคเช้าเวลา 09.00–10.30 น. กลุ่มที่ 2 มีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคบ่ายเวลา 13.00–14.30 น. ทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จัดกระทำในเดือนมีนาคม พ.ศ.2561 ส่วนกลุ่มที่ 3 มีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคเช้าเวลา 09.00–10.30 น. จัดกระทำในเดือนเมษายน พ.ศ.2561 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังต่อไปนี้

### วิธีดำเนินการ

#### ครั้งที่ 1 กิจกรรม “มารู้จักกันเถอะ”

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง ลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการพบกันครั้งแรก ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม และข้อตกลงของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ได้แก่ ข้อตกลงกลุ่มร่วมกัน บทบาท หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม สถานที่ เวลาที่นัดหมาย ระยะเวลาของการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง เป็นต้น
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด

##### ระดับประคอง

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อสมาชิกที่เข้าร่วมวิจัยและต่อผู้วิจัย
2. บอกวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมทั้งโปรแกรม ประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม และข้อตกลงของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองได้ถูกต้อง

## ครั้งที่ 2 กิจกรรม “รู้ไว้...ใช่ว่า”

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง จัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการได้รับรังสีรักษา

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกวิธีการดูแลตนเอง และจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง
2. ตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษาได้

## ครั้งที่ 3 กิจกรรม “รู้เท่าทันปัญหา”

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกทราบขั้นตอนการระบุปัญหาได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบปัญหาของสมาชิกคนอื่นๆ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. กล่าวที่จะเปิดเผยปัญหาหรือความคับข้องใจ ความท้อแท้ของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มได้รับรู้
2. มีการแสดงออกถึงความเข้าใจในปัญหาของสมาชิกคนอื่น เช่น มีการพูดคุย สอบถาม หรือ พยายามรับว่าเข้าใจ เป็นต้น

## ครั้งที่ 4 กิจกรรม “ปัญหา...แก้ไขได้”

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันค้นหาวิธีการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา หรือให้คำแนะนำกับสมาชิกในกลุ่มในเรื่องการจัดการกับปัญหาได้
2. ตระหนักถึงวิธีการแก้ไขปัญหาของทั้งตนเองและสมาชิกกลุ่ม

### ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ต้นไม้แห่งชีวิต (ความมีคุณค่าในตนเอง)”

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการเห็นคุณค่าตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีความยินดีและชื่นชมกับความสามารถ ความภาคภูมิใจและความสำเร็จทั้งของตนเองและผู้อื่น
2. มีการแลกเปลี่ยน แนะนำวิธีการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่สมาชิกกลุ่ม และมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

### ครั้งที่ 6 กิจกรรม “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน”

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้
2. เพื่อให้สมาชิกกำหนดแนวทางนำไปสู่เป้าหมายในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้ ได้อย่างชัดเจน
2. บอกแนวทางการไปสู่เป้าหมายได้อย่างชัดเจนและเป็นไปได้

## ครั้งที่ 7 กิจกรรม “พูดดี คิดดี ชีวิตดี”

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวิธีการพูดกับตนเองในทางบวก
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการพูดกับตนเองในทางบวก
3. เพื่อให้สมาชิกฝึกการพูดกับตนเองทางบวก

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ใช้คำพูดทางบวก พูดกับตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
2. มีความมั่นใจในตนเอง กล่าวที่จะพูดให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

## ครั้งที่ 8 กิจกรรม “บอกลากันด้วยรอยยิ้ม”

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นต่อกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับ
2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติม
3. เพื่อให้สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหาทั้งหมดของกลุ่ม
4. เพื่อส่งเสริม ให้กำลังใจสมาชิกในการเผชิญปัญหา
5. เพื่อให้สมาชิกยอมรับการยุติกลุ่ม โดยไม่เกิดอาการวิตกกังวล
6. เพื่อยุติการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประคอง

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ช่วยกันสรุปเนื้อหาทั้งหมดของกลุ่มได้
2. สามารถบอกวิธีการจัดการกับปัญหา/การดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง
3. มีการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น เพื่อให้ต่อสู้กับการรักษาต่อไป
4. ยอมรับการยุติกลุ่ม

## ภาคผนวก ค

### การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ทำการทดสอบด้วยสถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

2. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนทดลองและหลังการทดลอง ( $\bar{D}$ ) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการทดสอบด้วยสถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling)

2.2 การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากสถิติชาไฟโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50

### ตารางภาคผนวก ค

คะแนนความหวัง	Shapiro-Wilk		
	statistic	df	sig
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	.951	32	.153
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	.942	32	.086

จากตาราง พบว่า การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของชาไฟโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk) ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 สรุปได้ว่าคะแนนความหวังของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติทดสอบที (t-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Test for significant difference of mean score) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ภาคผนวก ง  
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



**ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มทดลอง)**  
(Participant information sheet)

โครงการวิจัยที่ 160/2560

ชื่อเรื่อง (ไทย) ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON THE HOPE OF PATIENTS WITH ADVANCED BREAST CANCER RECEIVING RADIATION

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทรพร กรดแก้ว

ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 54 ถ.กำแพงเพชร6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210

(ที่บ้าน) เลขที่ 377/1 หมู่ที่ 5 ต.ตลิ่งชัน อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72230

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5766XXX

โทรศัพท์มือถือ 089-023XXXX E-mail : patta.aoy@gmail.com

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร. นุชนาถ บรรทมพร

สถานที่อยู่ที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7384

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

สืบเนื่องจากปัจจุบัน ในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และมีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี สำหรับวิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมีอยู่ 5 วิธี ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและให้ยาเคมีบำบัดมาก่อน จากนั้นจึงมาฉายแสงเพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น การรักษาที่ยาวนานนี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มั่นใจว่าตนเองจะหายหรือไม่ อีกทั้งการฉายแสงในขณะนี้อาจเกิดผลข้างเคียงต่อตัวผู้ป่วยเองได้ เช่น เกิดความไม่สุขสบายจากผิวหนังแสบร้อน ข้อไหล่ติด มีอาการไอ เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจอีกด้วย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษานั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความกลัว ไม่มั่นใจว่ารังสีรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากโรคมะเร็งหรือไม่ ประกอบกับไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดที่พึ่ง ที่ปรึกษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด



ความรู้สึกแย่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้ความหวังในการที่จะต่อสู้กับโรคลดลง หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ หมดหวังในการต่อสู้กับโรคร้าย และไม่มารับการรักษาต่อเนื่องได้

การส่งเสริมความหวังนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งการทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองก็เป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มความหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองคือ เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่กำลังได้รับการฉายรังสี เหมือนกัน จึงเป็นการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในกลุ่มแล้ว จะทำให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในกลุ่ม ซึ่งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำ กำลังใจ หรือการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความหวังในการต่อสู้และดำเนินชีวิตต่อไป และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังในชีวิตที่เป็นอยู่ให้กับตนเองได้ต่อไป

### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองว่าสามารถเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาได้หรือไม่

4. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีช่วงอายุระหว่าง 30 – 60 ปี

#### 4.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

##### (1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น
2. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
3. สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

##### (2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำจากการฉายรังสีและจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ หรือผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยง่าย หน้ามืด เวียนศีรษะบ่อย ซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม เป็นต้น
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตลอดโครงการ

### (3) เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. หลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่งแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ

#### 2. เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่

4.2 อาสาสมัครวิจัยจะมีเฉพาะเพศหญิงจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลให้เป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่งและโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม 1 แห่ง หลังจากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

**กลุ่มทดลอง** คือ อาสาสมัคร จำนวน 32 คน ที่จะได้เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัย และได้รับการประเมินความหวัง เปรียบเทียบคะแนนความหวัง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

**กลุ่มควบคุม** คือ อาสาสมัคร จำนวน 32 คน ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง แต่จะได้รับการประเมินความหวัง เพื่อนำคะแนนความหวัง ไปเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

#### 4.3 วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครที่ถูกสุ่มจับฉลากได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกทั้งหมดจำนวน 64 คน ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ที่ได้ทำการสำรวจบริบทของหน่วยรังสีรักษาในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงใช้วิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แบ่งเป็นโรงพยาบาลที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ไม่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดออก หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.4 การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครวิจัย : กลุ่มอาสาสมัครวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน เนื่องจากรูปแบบของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจะเน้นการให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พูดคุยกัน ดังนั้นเพื่อให้อาสาสมัครได้มีเวลาอย่างเต็มที่ การจัดเป็นกลุ่มใหญ่ในกลุ่มทดลองทั้งหมด 32 คน อาจจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มได้ไม่เต็มที่ ผู้วิจัยจึงได้แบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน

4.5 เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านเป็นอาสาสมัคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

## 5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

5.1 การดำเนินการวิจัยต่ออาสาสมัครจะแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ การดำเนินการในอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองกับอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 – 12 คน ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2561 สถานที่คือ ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยกิจกรรมมีทั้งหมด 8 กิจกรรม และดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาคเช้าเวลา 09.00 – 10.30 น. และภาคบ่ายเวลา 13.00 – 14.30 น. เวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) : มารู้จักกันเถอะ** กิจกรรมนี้เป็นการเจอกันครั้งแรกของอาสาสมัครวิจัย เพื่อให้ทุกคนได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน สร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร ความไว้วางใจ จะทำให้อาสาสมัครวิจัยกล้าเปิดเผยความรู้สึก ระบายปัญหาต่างๆของตนเอง และกล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) : รู้ไว้...เข้าใจ** เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่อาสาสมัครวิจัยเพิ่มเติม โดยสอดแทรกเนื้อหาไปตามแต่ละหัวข้อที่ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครวิจัยตามใบความรู้ที่ 2.1 และในส่วนของท่ากายบริหารข้อต่อและไหล่ ผู้วิจัยขอตัวแทนกลุ่ม 1 คน เพื่อออกมาสาธิตท่ากายบริหารให้กับอาสาสมัครวิจัยคนอื่น และให้อาสาสมัครวิจัยทำตามไปพร้อมกันทีละท่า และเมื่อทำครบทุกท่าแล้วให้ผู้วิจัยทบทวนท่ากายบริหารทุกท่าตามลำดับอีกครั้ง

**กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) : รู้เท่าทันปัญหา** กิจกรรมนี้ให้อาสาสมัครวิจัยในกลุ่มได้มีการระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง เกี่ยวกับการรักษาของตนเองในปัจจุบัน ระยะนี้ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้อาสาสมัครวิจัยได้ระบายความคับข้องใจหรือปัญหาออกมาให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหาได้ และอาจมองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาดด้วยตัวเอง หลังจบกิจกรรมแล้ว จะมีการบ้านเกี่ยวกับการทบทวนปัญหาของตนเอง และนำมาเสนอในกิจกรรมครั้งหน้า

**กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2) : ปัญหา...แก้ไขได้** หลังจากที่ทำให้อาสาสมัครวิจัยกลับไปทำการบ้านการทบทวนตนเองจากกิจกรรมที่ 3 แล้ว ในกิจกรรมนี้ให้อาสาสมัครวิจัยนำเสนอการบ้านการทบทวนตนเองถึงวิธีการจัดการปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยครั้งนี้ที่เคยใช้ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้อาสาสมัครวิจัยแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงวิธีการแก้ปัญหา การแก้ไขอุปสรรค พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหาดได้ และมีใบงานบอกเล่าปัญหาให้อาสาสมัครวิจัยช่วยกันคิดวิธีการแก้ปัญหา พร้อมทั้งส่งตัวแทนนำเสนอ

**กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 3) : ต้นไม้แห่งชีวิต (ความมีคุณค่าในตนเอง)** เป็นกิจกรรมที่มีรูปภาพต้นไม้ โดยให้อาสาสมัครวิจัยเขียนชื่อตนเองไว้ตรงกลาง เขียนความดี ความสามารถ ความภาคภูมิใจ หรือความสำเร็จที่เคยมี ลงในส่วนต่างๆของต้นไม้แห่งชีวิต เช่น ลำต้น กิ่ง ใบ พุ่ม เป็นต้น และเขียนสิ่งที่ทำให้รู้สึกไร้ค่า ไร้ความหมาย ลงในส่วนรากของต้นไม้แห่งชีวิต ให้อาสาสมัครวิจัยแต่ละคนเล่าถึงสิ่งที่เขียนลงไปต้นไม้แห่งชีวิต เมื่อเล่าจบแล้วให้อาสาสมัครวิจัยคนอื่นได้ร่วมกันชื่นชมความสามารถ ความภาคภูมิใจและความดี/ความสำเร็จของอาสาสมัครวิจัยคนนั้น ถ้าหากอาสาสมัครวิจัยเล่าถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความหมาย ให้อาสาสมัครวิจัยในกลุ่มร่วมกันให้กำลังใจกัน อาสาสมัครวิจัยคนนั้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนมุมมอง วิชิตคิด วิธีปฏิบัติตนเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง

**กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 3) : เป้าหมายมีไว้พุ่งชน** กิจกรรมนี้ผู้วิจัยนำเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยสอบถามถึงเป้าหมายในชีวิตของอาสาสมัครวิจัยแต่ละคน จากนั้นให้อาสาสมัครวิจัยเขียนเป้าหมายในชีวิต ณ ขณะนี้/อุปสรรคที่ขัดขวาง/วิธีที่เคยลงมือแก้ไขอุปสรรค/วิธีที่จะไปสูเป้าหมายของตัวเองในกระดาษที่เตรียมไว้ (ใบงานที่ 6.1 ไปให้ถึงฝัน) จากนั้นให้อาสาสมัครวิจัยแต่ละคนบอกสิ่งที่เขียน ให้แก่อาสาสมัครวิจัยคนอื่นในกลุ่มฟัง และให้อาสาสมัครวิจัยในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ หรือกำลังใจเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายนั้นได้สำเร็จ

**กิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 4) : พุดดี คิดดี ชีวิตดี** เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์ในการพุดให้กำลังใจตัวเองกับอาสาสมัครวิจัย และแบ่งอาสาสมัครวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มย่อยเท่าๆกัน และแจกใบงานที่ 7.1 หัวข้อ “ดี หรือ ร้าย อยู่ที่มุมมอง” โดยผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์ว่า “หากตอนนี้คุณกำลังได้รับการรักษาโดยใช้รังสีรักษา และได้เกิดผลข้างเคียงขึ้น คือ เกิดภาวะข้อไหล่ติด เคลื่อนไหวแขนไม่สะดวก ทำให้คุณเกิดอาการเครียดและรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากรับการรักษาต่อ หากเกิดสถานการณ์นี้กับคุณ คุณจะพุดกับตัวเองอย่างไร” โดยผู้วิจัยกำหนดให้ 1 กลุ่ม ใช้ตัวอย่างคำพุดด้านลบ และอีก 1 กลุ่ม ใช้ตัวอย่างคำพุดด้านบวก และส่งตัวแทนนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ จากนั้นให้อาสาสมัครวิจัยช่วยกันสรุปตัวอย่างประโยคที่พุดให้กำลังใจตัวเองเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้อาสาสมัครวิจัยช่วยกันแสดงความคิดเห็นตัวอย่างประโยคที่พุดให้กำลังใจตัวเองในแต่ละวันที่เราจะต้องพบเจอกับอุปสรรคข้างหน้า

**กิจกรรมที่ 8 (สัปดาห์ที่ 4) : บอกลากันด้วยรอยยิ้ม** เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้สึกของอาสาสมัครวิจัยต่อการทำกลุ่มทุกครั้งที่ผ่านมา พร้อมทั้งกระตุ้นให้อาสาสมัครวิจัยร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งให้อาสาสมัครวิจัยช่วยกันสรุปเนื้อหาความรู้ ข้อมูล หรือความรู้สึกที่ได้รับทั้งหมดที่ผ่านมา

โดยก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 จะมีการประเมินความหวังอาสาสมัครกลุ่มทดลอง และจะมีการประเมินความหวังอาสาสมัครซ้ำอีกครั้งหลังจบกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม

5.2 การดำเนินการในอาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครกลุ่มควบคุม ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความหวัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินความหวังอีกครั้งหลังจากครั้งแรก 1 เดือน และนัดหมายอาสาสมัครกลุ่มควบคุมเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตามความสมัครใจ

5.3 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมืออาสาสมัครวิจัยในการให้ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลักและผลข้างเคียง โดยจะมีการบันทึกในแบบสอบถาม ข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ในการวิจัยและรายงานเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงตัวบุคคล

5.4 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย เช่น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความหวังของอาสาสมัคร

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย)

6.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย สำหรับอาสาสมัครวิจัยที่สามารถอ่านหนังสือได้ให้อ่านเอง และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย สำหรับอาสาสมัครวิจัยที่อ่านหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังอย่างช้าๆ หากยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอ่านทวนซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย จนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย และส่งมอบ “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย” ให้แก่อาสาสมัครวิจัย

6.2 การขอความยินยอมจากอาสาสมัครวิจัย กรณีอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังอย่างช้าๆ หากยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอ่านทวนซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย หากอาสาสมัครให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะใช้วิธีการประทับรอยนิ้วหัวแม่มือแทน การลงลายมือชื่อ กรณีอาสาสมัครวิจัยไม่พูดภาษาไทย จะไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยเนื่องจากการกำหนดคุณสมบัติการคัดเข้า คือจะต้องสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

7. ในขั้นตอน การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย ด้วยวิธีใดๆก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลหน่วยรังสีรักษาที่ดูแลผู้ป่วยให้รับทราบและหาวิธีการช่วยเหลือต่อไป ซึ่งจะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. การวิจัยนี้จะไม่เกิด อันตราย หรือความเสี่ยง โดยกิจกรรมการวิจัยเป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา โดยดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการใช้กระบวนการกลุ่ม และใช้สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการค้นหาปัญหาของตนเอง หาวิธีการแก้ปัญหาซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจว่าตนเองจะต้องต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้น และสามารถผ่านช่วงเวลาที่เราร้ายในชีวิตไปได้ โดยมีสมาชิกกลุ่มคอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการเพิ่มความหวังและกำลังใจให้กับตนเองในการต่อสู้

กับโรคต่อไป ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้จะไม่มีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใดๆกับร่างกายของอาสาสมัครวิจัย ไม่มีการทดลองใช้ยาหรือวัคซีนใดๆทั้งสิ้น

#### 9. ประโยชน์ ในการเข้าร่วมวิจัย

**ประโยชน์ส่วนบุคคล** อาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง เมื่อผ่านกิจกรรมทั้งหมดแล้ว อาสาสมัครวิจัยจะเกิดความเข้มแข็งทางใจ เกิดความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และบางกิจกรรม เช่น กิจกรรมพุดดี คิดดี ชีวิตดี เป็นกิจกรรมที่พุดให้กำลังใจตนเอง อาสาสมัครวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันต่อไปได้

**ประโยชน์ต่อส่วนรวม** กิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครวิจัยที่ผ่านกิจกรรมทั้งหมดแล้ว สามารถนำความรู้หรือเทคนิคที่ได้ไปใช้กับบุคคลรอบข้างที่กำลังท้อแท้สิ้นหวัง เพื่อบุคคลนั้นเกิดความหวังและกำลังใจในการดูแลชีวิตตนเองได้

**ประโยชน์ทางวิชาการ** เป็นการพัฒนากิจกรรมในการเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและเกิดความหวังในการต่อสู้กับโรคต่อไป และหากผลการศึกษาพบว่าการวิจัยนี้สามารถช่วยเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยจะนำกิจกรรมตามการวิจัย ไปจัดกระทำให้กับอาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม และขยายผลสู่ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มอื่นๆต่อไป

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย **สมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ** ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับตามปกติ

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทร 089-023XXXX และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเป็น **ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในการวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง จะไม่มีค่าตอบแทนในการร่วมกิจกรรม แต่จะได้รับของที่ระลึก คือ กระเป๋าท่านละ 1 ใบ และผ้าขนหนูท่านละ 1 ผืน ระหว่างดำเนินกิจกรรมวิจัย ผู้วิจัยจะจัดอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่มให้แก่อาสาสมัครวิจัยท่านละ 1 ชุด ทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรม

14. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

**ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มควบคุม)**  
(Participant information sheet)

โครงการวิจัยที่ 160/2560

ชื่อเรื่อง (ไทย) ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON THE HOPE OF PATIENTS WITH ADVANCED BREAST CANCER RECEIVING RADIATION

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทรพร กรดแก้ว

ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 54 ถ.กำแพงเพชร6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210

(ที่บ้าน) เลขที่ 377/1 หมู่ที่ 5 ต.ตลิ่งชัน อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72230

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5766XXX

โทรศัพท์มือถือ 089-023XXXX E-mail : patta.aoy@gmail.com

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร. นุชนาถ บรรทมพร

สถานที่อยู่ที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7384

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

สืบเนื่องจากปัจจุบัน ในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และมีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี สำหรับวิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมีอยู่ 5 วิธี ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและให้ยาเคมีบำบัดมาก่อน จากนั้นจึงฉายแสงเพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น การรักษาที่ยาวนานนี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มั่นใจว่าตนเองจะหายหรือไม่ อีกทั้งการฉายแสงในขณะนี้อาจเกิดผลข้างเคียงต่อตัวผู้ป่วยเองได้ เช่น เกิดความไม่สุขสบายจากผิวหนังแสบร้อน ข้อไหล่ติด มีอาการไอ เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจอีกด้วย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษานั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความกลัว ไม่มั่นใจว่ารังสีรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากโรคมะเร็ง

หรือไม่ ประกอบกับไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดที่พึ่ง ที่ปรึกษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแย่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้ความหวังในการที่จะต่อสู้กับโรคลดลง หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ หมดหวังในการต่อสู้กับโรคร้าย และไม่มารับการรักษาต่อเนื่องได้

การส่งเสริมความหวังนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งการทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองก็เป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มความหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองคือ เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่กำลังได้รับการฉายรังสีเหมือนกัน จึงเป็นการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในกลุ่มแล้ว จะทำให้เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในกลุ่ม ซึ่งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำ กำลังใจ หรือการช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความหวังในการต่อสู้และดำเนินชีวิตต่อไป และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังในชีวิตที่เป็นอยู่ให้กับตนเองได้ต่อไป

### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองว่าสามารถเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาได้หรือไม่

4. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่อยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีช่วงอายุระหว่าง 30 – 60 ปี

#### 4.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

##### (1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น
2. สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้
3. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน

##### (2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำจากการฉายรังสีและจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ หรือผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยง่าย หน้ามืด เวียนศีรษะบ่อย ซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม เป็นต้น
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตลอดโครงการ



## (3) เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. หลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่งแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ

## 2. เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่

4.2 อาสาสมัครวิจัยจะมีเฉพาะเพศหญิงจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลให้เป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่งและโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม 1 แห่ง หลังจากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

4.3 กลุ่มควบคุม คือ อาสาสมัคร จำนวน 32 คน ที่คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง แต่จะได้รับการประเมินความหวังเพื่อนำคะแนนความหวัง ไปเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

4.4 เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านเป็นอาสาสมัคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

## 5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม

5.1 การดำเนินการในอาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครกลุ่มควบคุม ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความหวัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินความหวังอีกครั้งหลังจากครั้งแรก 1 เดือน และนัดหมายอาสาสมัครกลุ่มควบคุมเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตามความสมัครใจ

5.2 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมืออาสาสมัครวิจัยในการให้ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลักและผลข้างเคียง โดยจะมีการบันทึกในแบบสอบถาม ข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ในการวิจัยและรายงานเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงตัวบุคคล

5.3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย เช่น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวังของอาสาสมัคร

## 6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย)

6.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย สำหรับอาสาสมัครวิจัยที่สามารถอ่านหนังสือได้ให้อ่านเอง และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย สำหรับอาสาสมัครวิจัยที่อ่านหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังอย่างช้าๆ หากยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอ่านทวนซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย จนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย และส่งมอบ “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย” ให้แก่อาสาสมัครวิจัย

6.2 การขอความยินยอมจากอาสาสมัครวิจัย กรณีอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ ฟังอย่างช้าๆ หากยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอ่านทวนซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจ ตรงกันทั้งสองฝ่าย หากอาสาสมัครให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะใช้วิธีการประทับรอย นิ้วหัวแม่มือแทน การลงลายมือชื่อ กรณีอาสาสมัครวิจัยไม่พูดภาษาไทย จะไม่ได้รับการคัดเลือกเข้า โครงการวิจัยเนื่องจากมีการกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก คือจะต้องสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

7. ในขั้นตอน การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย ด้วยวิธีใดๆก็ตาม หากพบว่าผู้วิจัยไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือก และ อยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลหน่วยรังสีรักษาที่ ดูแลผู้ป่วยให้รับทราบและหาวิธีการช่วยเหลือต่อไป ซึ่งจะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. การวิจัยนี้อาจทำให้อาสาสมัครวิจัยได้รับความไม่สะดวกสบาย เช่น การเสียเวลา การไม่สบายใจใน การตอบคำถาม เป็นต้น

9. **ประโยชน์** ในการเข้าร่วมวิจัย

**ประโยชน์ส่วนบุคคล** อาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม จะได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับ วิธีการเพิ่มความหวังให้กับตนเอง ทำให้อาสาสมัครวิจัยจะเกิดความเข้มแข็งทางใจ เกิดความหวังและ กำลังใจในการต่อสู้กับโรค และบางกิจกรรม เช่น กิจกรรมพุดดี คิดดี ชีวิตดี เป็นกิจกรรมที่พุดดีให้กำลังใจ ตนเอง อาสาสมัครวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันต่อไปได้

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย **สมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ** ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษาได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบ ต่อการรักษาที่ได้รับตามปกติ

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทร 089-023XXXX และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเป็น **ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใด ที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในการวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม จะไม่มีค่าตอบแทนในการร่วมกิจกรรม แต่จะได้รับ ของที่ระลึก คือ กระเป๋าท่านละ 1 ใบ และผ้าขนหนูท่านละ 1 ผืน

14. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริม สุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มทดลอง)

### Informed consent form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ระยะลูกกลมที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทรพร กรดแก้ว

ตำแหน่ง ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและ

สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 54 ถ.กำแพงเพชร6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210

(ที่บ้าน) เลขที่ 377/1 หมู่ที่ 5 ต.ตลิ่งชัน อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72230

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5766XXX

โทรศัพท์มือถือ 089-023XXXX E-mail : patta.aoy@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ แบบประเมินความหวัง จำนวน 12 ข้อและเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจำนวน 8 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ภาควะเช้าเวลา 09.00 – 10.30 น. และภาคบ่ายเวลา 13.00 – 14.30 น. กิจกรรมใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความหวัง จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับตามปกติ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาวภัทรพร กรดแก้ว)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มควบคุม)

### Informed consent form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ระยะเวลากลับที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภัทรพร กรดแก้ว

ตำแหน่ง ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 54 ถ.กำแพงเพชร6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210

(ที่บ้าน) เลขที่ 377/1 หมู่ที่ 5 ต.ตลิ่งชัน อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72230

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5766XXX

โทรศัพท์มือถือ 089-023XXXX E-mail : patta.aoy@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย  
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่ง  
จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ  
**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร  
วิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ แบบวัด  
ความหวังจำนวน 12 ข้อ โดยทำแบบสอบถามทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 4 สัปดาห์  
เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล  
แบบประเมินความหวังจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามปกติ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวภัทรพร กรดแก้ว)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก จ  
เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน



AF01\_12



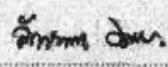
คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ ๓.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsetu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 342/2560

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่	: 160/2560
ชื่อโครงการวิจัย	: ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา
	: THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY-ON THE HOPE OF PATIENTS WITH ADVANCED BREAST CANCER RECEIVING RADIATION
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวภัทรพร กรตแก้ว
หน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา  
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP)  
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

<p>ลงนาม </p> <p>(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์) ประธานคณะอนุกรรมการ</p> <p>วันที่รับรอง : 24 พฤศจิกายน 2560</p>	<p>ลงนาม </p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ) อนุกรรมการและเลขานุการ</p> <p>วันหมดอายุ : 23 พฤศจิกายน 2561</p>
---	--

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 24 พฤษภาคม 2561

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น





โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
 ๑๓๙ ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๑๐  
 โทร ๐๒-๕๕๖๑๙๖๐-๖๖ โทรสาร ๐๒-๕๕๖๑๙๖๘  
 Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital  
 ๑๓๙ Bungsanan, Thanyaburi, Pathumtani Thailand ๑๒๑๑๐  
 Tel. (๖๖๒) ๕๕๖๑๙๖๐-๖๖ Fax. (๖๖๒) ๕๕๖๑๙๖๘

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**  
**โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

เอกสารรับรองเลขที่	MTH ๒๐๑๗-๒๑
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา (The Effect of Group Supportive Psychotherapy on The Hope of Patients with Advanced Breast Cancer Receiving Radiation)
รหัสโครงการ	๑๒๙
ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย	นางสาวภัทรพร กรตแก้ว
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
เอกสารที่รับรอง	แบบโครงร่างวิจัย ภาษาไทย
วันที่รับรองโครงการ	๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐
วันสิ้นสุดการรับรองโครงการ	๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ลงนาม.....  
 (นางวัชรี ต่อนี้ )

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....  
 (นายธนเดช สินธุเสก )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี



กองกลางแพทย์  
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี  
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ  
ลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา

The Effect of Group Supportive Psychotherapy on The Hope of Patients  
with Advanced Breast Cancer Receiving Radiation

ผู้วิจัย : นางสาวภัทรพร กรตแก้ว

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. โครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์ฉบับภาษาไทย
2. ประวัติและความรู้ความชำนาญของนักวิจัย
3. เครื่องมือการวิจัยหรือแบบสอบถามการวิจัย
4. เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร
5. แบบฟอร์มใบยินยอมสำหรับอาสาสมัคร

ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทาง  
การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP)

ลงนาม

( พ.ญ.สุรัฐญา ทิริอาชากุล )

ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561

ลำดับที่ 4/2561

หมายเลขรับรอง : LEC 6104

วันที่ให้การรับรอง : วันที่ 19 เดือนกุมภาพันธ์ 2561

วันหมดอายุใบรับรอง : วันที่ 18 เดือนกุมภาพันธ์ 2562

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

**ประวัติผู้เขียน**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวภัทรพร กรดแก้ว
<b>วันเดือนปีเกิด</b>	ธันวาคม 2532
<b>วุฒิการศึกษา</b>	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2560
<b>ตำแหน่ง</b>	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร

