

การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

สาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์*, พัทธราภรณ์ ศรีสวัสดิ์**, มณฑิรา จารุเพ็ง***, วิไลลักษณ์ ลังกา****

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง 2) เพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และ 3) เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จากการสุ่มเลือกแบบเจาะจง จำนวน 65 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มเลือกจากกลุ่มที่ 1 จำนวน 7 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง พัฒนาจากการใช้เทคนิคเดลฟายโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .95 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดและเทคนิคการให้คำปรึกษาของคอเรย์ (Corey, 2012) ร่วมกับเทคนิคทางจิตวิทยา ประกอบด้วยขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2561 ผลการวิจัยพบว่า

1. การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เทคนิคเดลฟายได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง อารมณ์ทางบวก การตระหนักในความหมายของชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 60 ข้อ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Median=4.00-5.00, IR=0.00-1.00) จำนวน 15 ข้อ อารมณ์ทางบวก (Median=4.00-5.00, IR=0.00-1.00) จำนวน 15 ข้อ การตระหนักในความหมายของชีวิต (Median=4.50-5.00, IR=0.00-1.25) จำนวน 15 ข้อ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median=5.00, IR=0.00-1.00) จำนวน 15 ข้อ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 65 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรายด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการยอมรับตนเอง อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก

* นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Corresponding author, e-mail: sarinee@eau.ac.th , Tel. 081-696-3909

Received : December 27, 2018; Revised : April 9, 2019; Accepted : April 22, 2019

2. รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุข สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุข สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ตัวบ่งชี้ความสุข, ผู้ป่วยมะเร็ง, รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

The Enhancement of Cancer's Patients Happiness through the Integrative Individual Counseling Model

Sarinee Jindawuttipan*, Patcharaporn Srisawat**, Monthira Charupheng***, Wilailak Langka****

Abstract

The purposes of this research as follows: 1) to develop a happiness indicator of patients with cancer; 2) to construct an integrative individual counseling model to enhance the happiness of patients with cancer; and 3) to compare the effects of integrative individual counseling model in enhancing the happiness of patients with cancer before, after participation, and after follow-up, using the integrative individual counseling model. The subjects of the study divided into two group, first group was comprised of patients with stage Two and Three cancer treated with radiation therapy or chemotherapy at the Inpatient Department of Hospital in Pathumthani Province, consisted of sixty-five patients with purposive sampling. The second group consisted of seven patients with cancer sampling from the first group that participated in the integrative individual counseling model. The research instruments was the happiness of patients with cancer, a five point Likert scale developing by Delphi technique with 18 the experts and the Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.95. An integrative individual counseling model developing based on Corey's concept as a guideline for constructing an integrative individual counseling model with psychological techniques consisting of an initial stage, a working stage and a final stage. The data was analyzed with One-way repeated measures ANOVA. Data collection during January-July, 2018. The results of the study are as follows:

1. The development of the happiness indicator of patients with cancer using the Delphi technique. There were four dimensions including self-acceptance, positive emotion, the meaning of life awareness and social support, each dimension consisted of 15 items. There were sixty items. There were self-acceptance, positive emotion, and the meaning of life awareness. The median of self-acceptance was between 4.00-5.00 and the interquartile range was between 0.00-1.00. The median of positive emotion was between 4.00-5.00 and the interquartile range was between 0.00-1.00. The median of the meaning

* Student, Doctor of Philosophy in Research and Development, Faculty of Education, Srinakharinwirot University

** Asst. Prof., Faculty of Education, Srinakharinwirot University

*** Assoc. Prof., Faculty of Education, Srinakharinwirot University

**** Asst. Prof., Faculty of Education, Srinakharinwirot University

Corresponding author, e-mail: sarinee@eau.ac.th , Tel. 081-696-3909

Received : December 27, 2018; **Revised** : April 9, 2019; **Accepted** : April 22, 2019

of life awareness was between 4.50-5.00 and the interquartile range was between 0.00-1.25 and the median of social support was 5.00 and the interquartile range was between 0.00-1.00. The Happiness indicator were used with sixty-five patients with cancer, the study showed that the total mean happiness scores of the patients were above average. Moreover, each dimension of the happiness of patients with cancer included self-acceptance, positive emotion and social support .The mean happiness scores of the meaning of life awareness dimension of patients with cancer was at the highest level.

2. The integrative individual counseling model was used to enhance the happiness of patients with cancer consisting of an initial stage, a working stage and a final stage.

3. The happiness scores of experiment group after participation higher than before participation and the happiness scores of experiment group after follow-up higher than before participation at different at a level of .05. The happiness scores of experiment group after participation and after follow-up were no different.

Keywords : The happiness indicator, Patients with cancer, The Integrative Individual Counseling Model

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากร (World Health Organization, 2015; 2018) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มะเร็งเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกเสียชีวิต 8.80 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 6 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก สำหรับสถิติในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของคนไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) โรคมะเร็งมีผลกระทบด้านร่างกายต่อผู้ป่วยที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (Weber & O'Brien, 2017) ความเหนื่อยล้าเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยที่สุดและทำให้ร่างกายทรุดโทรมและขาดพลังงาน (Hofman et al., 2007) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีภาวะซึมเศร้าที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย (Ozdemiroglu et al., 2017) ความกลัวหรือความกังวลต่อการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง หรือแพร่กระจายในส่วนอื่นของร่างกาย (Butow, Fardell, & Smith, 2015) และอาการปวดจากโรค ทำให้มีความวิตกกังวล สิ้นหวัง และอาจส่งผลเสียต่อการเผชิญปัญหาในชีวิต (Petkova et al., 2010) โรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้อำนาจ ล้มเหลว ขาดแรงจูงใจ ขาดการสนับสนุน รวมทั้งการสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Grassi et al., 2010)

แม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Good practice) ก็ตาม แต่มีผลข้างเคียงมากมาย ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ท้องผูก ท้องเสีย อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ผอมร่าง เยื่อช่องปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาต่อระบบประสาท เช่น ชาบริเวณมือหรือเท้า รู้สึกหนาวกว่าปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียความสมดุลของร่างกาย อาการปวด ปัญหาผิวหนังและเล็บ และปัญหาต่อระบบปัสสาวะ ไต และกระเพาะปัสสาวะ และผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ได้แก่ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ผอมร่าง คลื่นไส้ อาเจียน ผิวหนังเปลี่ยนแปลง เจ็บคอ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (National Cancer Institute, 2016) อาการข้างเคียงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงรูปแบบการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีความทุกข์โศก อันเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความโกรธและความกลัว ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจำนวนมากจึงมีคุณภาพชีวิตต่ำลงทั้งด้านจิตใจและด้านสังคม และทำให้ขาดความสุขในชีวิต อนึ่งเป้าหมายแรกของการแผนการรักษา คือการรักษาให้หายขาด แต่หากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ควรมีแผนการบำบัดเยียวยาที่ดีในการยืดอายุและการบรรเทาทุกข์จากโรค (Khan, Akhtar & Sheikh, 2005) เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต (Pinto, Caldeira, & Martins, 2013)

การแสวงหาความสุขเป็นเป้าหมายสำคัญของมนุษย์ (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005) ความสุข (Happiness) เป็นการรับรู้ถึงความยินดี ความพึงพอใจ ความรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน มีพลัง มีชีวิตชีวา เป็นการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดำเนินไปได้ด้วยดี เป็นชีวิตที่เปี่ยมไปด้วยความหมาย (Harris, 2007) ความสุขเป็นความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ มีความผาสุก ประสบความสำเร็จ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและจิตใจที่ดี มีครอบครัวที่สุขภาพดี มีหน้าที่การงานมั่นคง บรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล และมีอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างสนุกสนาน (Moyano-Díaz, 2016) เยส และคนอื่นๆ (Yates et al., 1981) พบว่าองค์ประกอบความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำบุญ นั่งสมาธิ โดว์ลาตาบาดีและคนอื่นๆ (Dowlatabadi et al., 2016) ได้ระบุถึงการได้รับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง 3 แนวทาง แนวทางที่ 1 ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) อารมณ์ทางบวกในอดีต ประกอบด้วย ความกตัญญูรู้คุณ และความเมตตา 2) อารมณ์ทางบวกในปัจจุบัน

ประกอบด้วย การได้รับประทานอาหารที่มีรสชาติอร่อย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขสนุกรื่นเริง และการทำสมาธิ 3) อารมณ์ทางบวกในอนาคต ประกอบด้วย การมีความหวังในชีวิตและการมองโลกในแง่ดี แนวทางที่ 2 การได้รับความสุข คือการทำให้กิจกรรมที่สนุกรื่นเริงมีความสุข และแนวทางที่ 3 คือการมีเป้าหมายในชีวิตที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้นต่อชีวิต

การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุข (Happiness indicators) ของผู้ป่วยมะเร็งด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ยังมีอยู่น้อย สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขโดยใช้เทคนิคเดลฟายที่ครอบคลุมมิติทั้งด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากความคิดเห็นและประสบการณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ สังเคราะห์มุมมอง/ความคิดเห็น และค้นหาฉันทามติ เทคนิคนี้ใช้ได้ดีในการศึกษา ปัญหาสุขภาพของชุมชน และปัญหาด้านอื่นๆ (Salkind, 2007; Rowe & Wright, 1999) นอกจากนี้ การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) เป็นวิธีการหนึ่งในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ แต่ปัจจุบันยังมีผู้สนใจศึกษาในเรื่องนี้ไม่มากนัก การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นศาสตร์ด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่กระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้ได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึกของตน แล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจในชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการในชีวิตของตน การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินพฤติกรรมของตนเอง พัฒนาความคิด และพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน (Corey, 2012; Chan, Berven & Thomas, 2015)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด จำนวน 12 คน พบว่า ความสุขเป็นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการไม่สบายจากผลข้างเคียงของยา ทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองลดลง ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ขาดความหวัง กำลังใจ และความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากข้อมูลดังกล่าวทำให้สรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความสุขจากบุคลากรสุขภาพด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้วยเทคนิคเดลฟาย และเพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบความสุข
3. เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลหลังได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของโดว์ลาตาบาดี และคนอื่นๆ (Dowlatabadi et al., 2016) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุข กรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วย

มะเร็ง 2) การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเทคนิคและทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2012) ซึ่งเชื่อว่าการให้คำปรึกษาเป็นการสำรวจความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มากำหนดเป็นแนวทางในการออกแบบรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ร่วมกับการประยุกต์เทคนิคทางจิตวิทยา ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด และ 3) การนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุข ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านเคมีบำบัด รังสีแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 18 คน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 3 รอบ หลังผ่านการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติต่างๆ แล้ว ได้แบบวัดฯ ที่มีความคิดเห็นตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับหลังจากนำไปทดลองใช้ (Try out) ได้เป็นแบบวัดฯ จำนวน 55 ข้อ นำไปใช้สอบถามกับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 65 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) นำผลการศึกษาความสุขของผู้ป่วยเป็นฐานข้อมูลสำหรับสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะที่ 2 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยทำการเลือกทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2012) ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยบูรณาการเทคนิคให้สอดคล้องกับตัวแปรตามนิยามศัพท์เฉพาะ และจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 7 คนๆ ละ 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ซึ่งด้านการยอมรับตนเอง ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด กิจกรรมหลักคือ การให้วิธีการทางจิตศึกษาเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวจากการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด การค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติต่อการเจ็บป่วย การปรับโครงสร้างทางความคิดที่สมเหตุสมผล การพูดกับตนเองและการเสริมพลังให้กับตนเอง ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น-โฟกัส กิจกรรมหลักคือ ระบุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ การตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต คำถามมหัศจรรย์และการมุ่งเน้นความก้าวหน้า ด้านอารมณ์ทางบวก ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม กิจกรรมหลักคือ การฝึกสติ ศิลปะบำบัด การระบุมารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง การจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ และการเสริมแรง ส่วนด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล กิจกรรมหลักคือ การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์และการลดความขัดแย้งหมกมุ่น นำรูปแบบฯ วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.8 – 1.00

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษาจำนวน 7 คน ที่มีคะแนนความสุขโดยรวมตั้งแต่ 25 เปอร์เซนต์ไทม์ลงมาและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง

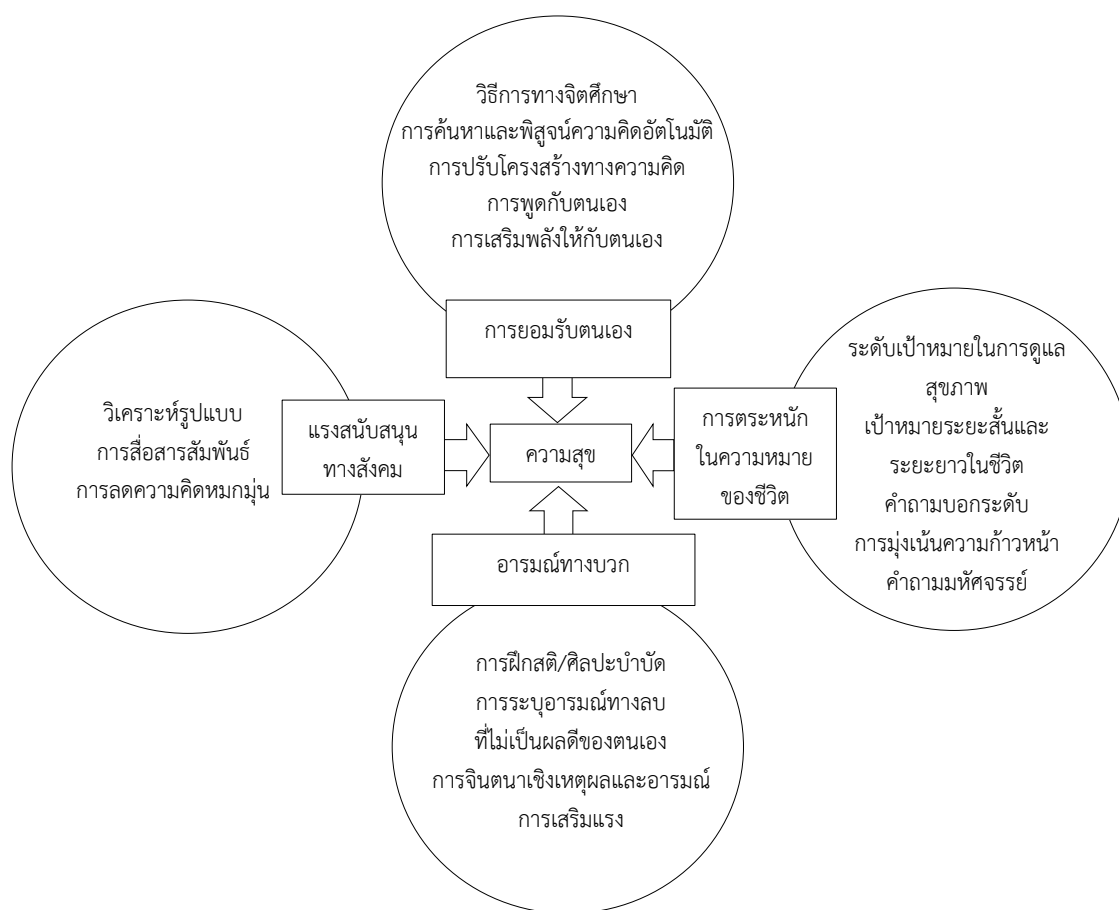
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 60 ข้อ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 50 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.95 ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 55 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 14 ข้อ 2) การตระหนักในความหมายของชีวิต 14 ข้อ 3) อารมณ์ทางบวก 14 ข้อ และ 4) แรงสนับสนุนทางสังคม 13 ข้อ

2. รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เลขที่ SWUEC/E-373/2559) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี (เอกสารรับรองเลขที่ MTH 2017-18) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยกล่าวแนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และการไม่มีอันตรายจากการวิจัย สามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์ และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย คำตอบหรือข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated measures ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ตารางที่ 1 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	จำนวน (ข้อ)	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
การยอมรับตนเอง	15	4.00–5.00	0.00–1.00
อารมณ์ทางบวก	15	4.00–5.00	0.00–1.00
การตระหนักในความหมายของชีวิต	15	4.50–5.00	0.00–1.25
แรงสนับสนุนทางสังคม	15	5.00	0.00–1.00

จากตารางที่ 1 ผลการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้วยเทคนิคเดลฟาย ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเอง อารมณ์ทางบวก การตระหนักในความหมายของชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 60 ข้อ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง (4.00–5.00; 0.00–1.00) อารมณ์ทางบวก (4.00–5.00; 0.00–1.00) การตระหนักในความหมายของชีวิต (4.50–5.00; 0.00–1.25) และแรงสนับสนุนทางสังคม (5.00; 0.00–1.00) เมื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อได้ จำนวน 55 ข้อ

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขของกลุ่มตัวอย่าง (n = 65)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	จำนวน(ข้อ)	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การยอมรับตนเอง	14	3.38	5.00	4.17	0.37	มาก
อารมณ์ทางบวก	14	2.67	5.00	4.04	0.50	มาก
การตระหนักในความหมายของชีวิต	14	3.07	5.00	4.24	0.43	มากที่สุด
แรงสนับสนุนทางสังคม	13	2.54	4.85	4.12	0.41	มาก
รวม	55	3.38	4.85	4.14	0.34	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสุขของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนค่าเฉลี่ยรายด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านการยอมรับตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งพิจารณาตามแนวคิดของคอเรย์ ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้จักคิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น -โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ร่วมกับการให้วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติและศิลปะบำบัด รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป

3. การเปรียบเทียบผลของการทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=7)

ความสุข	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			หลังการติดตามผล		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านการยอมรับตนเอง	3.85	0.44	มาก	4.43	0.40	มากที่สุด	4.38	0.39	มากที่สุด
ด้านอารมณ์ทางบวก	3.51	0.39	มาก	4.27	0.38	มากที่สุด	4.36	0.49	มากที่สุด
ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต	4.06	0.45	มาก	4.57	0.32	มากที่สุด	4.48	0.32	มากที่สุด
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	3.45	0.63	มาก	4.24	0.63	มากที่สุด	4.14	0.60	มาก
ความสุขโดยรวม	3.72	0.26	มาก	4.38	0.35	มากที่สุด	4.34	0.41	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ($\bar{X}=3.72$, S.D.=0.26) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลองและหลังการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ($\bar{X}=4.38$, S.D.=0.35; $\bar{X}=4.34$, S.D.=0.41) อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=7)

ความสุข	SS	df	MS	F	p
ความสุขโดยรวม					
ระยะเวลาในการทดลอง	1.92	2	0.96	16.58*	<.05
ความคลาดเคลื่อน	0.69	12	0.05		
Mauchly's W=0.63 $\chi^2=2.27$ df=2 p=.32					

*p <.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสุขของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีความสุขโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=16.58$ df=2 p <.05) ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของแอลเอสดี Least Significance Differences (LSD) ดังแสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายคู่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=7)

ความสุข	ระยะเวลา	MD	p
การยอมรับตนเอง	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.58	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.53	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.04	.80
อารมณ์ทางบวก	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.75	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.84	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	0.09	.66
การตระหนักในความหมายของชีวิต	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.51	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.41	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.09	.66
แรงบันดาลใจทางสังคม	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.79	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.69	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.09	.66
ความสุขโดยรวม	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.65	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.62	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.03	.78

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมและทุกด้าน คือ การยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมและทุกด้าน คือ การยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

1. การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟายตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 60 ข้อ ลักษณะตัวบ่งชี้ของข้อคำถามแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเองสะท้อนเกี่ยวกับกระบวนการคิดของผู้ป่วยในการรู้จัก เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้ รวมถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ทางบวกสะท้อนเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย รู้สึกสุขใจและเบิกบานใจในการดำเนินชีวิต การตระหนักในความหมายของชีวิตสะท้อนเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาจากการเจ็บป่วย นำไปสู่ความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมสะท้อนเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับกำลังใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง วิลลิเออร์ วิลลิเออร์ และเคนท์ (Villiers, Villiers & Kent, 2005) กล่าวถึงเทคนิคเดลฟายว่า เป็นวิธีการรวบรวมความคิดเห็นในคำถามการวิจัยโดยเฉพาะ และโดยรวมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแบบสอบถาม มีเกณฑ์และการคัดเลือกคณะผู้เชี่ยวชาญ ขนาดตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูลวัตถุดิบเพื่อหาฉันทามติที่เป็นเอกฉันท์ เทคนิคเดลฟายเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเขตแอฟริกาใต้ และมีประโยชน์สำหรับนักวิจัยด้านการศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ ที่ต้องการใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งแบบวัดฯในการศึกษารังนี้ มีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละด้านมีความสอดคล้องกันทั้งฉบับ สอดคล้องกับชูและแซนฟอร์ด (Hsu & Sandford, 2007) กล่าวว่าทำให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเดิมหรือต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นแบบวัดที่มีข้อคำถามสอดคล้องกันทั้งฉบับ ให้นำคำตอบแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก แสดงถึงความสุขในการดำเนินชีวิตในระดับมาก ผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัยที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสุขน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคประจำตัวอื่นๆ ยังสามารถทำงานและดำเนินชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามจากอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ ทั้งในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น บุคลากรด้านการแพทย์มีความรู้ความชำนาญ วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการรักษาแบบทางเลือกอื่นๆ ผลข้างเคียงจากการรักษาน้อยลง รวมถึงผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการรักษามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถยอมรับตนเองได้ ปรับเปลี่ยนความคิดและ

ทัศนคติที่มีต่อโรคและการรักษาไปในทางบวก ความกลัวความวิตกกังวลน้อยลง มองเห็นคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนมีความหวังในการดำเนินชีวิต และมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น รวมทั้งยังได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและกำลังใจในการรักษา ส่งผลให้มีความสุขในชีวิต สอดคล้องกับ พินโต คาลเดียร์ และมาร์ติน (Pinto, Caldeira, & Martins, 2013) ที่พบว่าองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขและเกิดความพึงพอใจ คือ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ความกลัวความวิตกกังวลน้อยลงเกี่ยวกับอนาคต และรับรู้ว่าตนเองมีความสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของสโครีเวอร์สและคนอื่นๆ (Schroevers et al., 2010) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ สุขสบาย และสามารถแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วยได้

2. รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข

รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งพิจารณาตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2012) โดยนำแนวคิดและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับแต่ละองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนมีการกำหนดขั้นตอนของการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งอย่างชัดเจน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป กำหนดระยะเวลาที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยเน้นกระบวนการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับวิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด สอดคล้องกับ ชาร์ฟ (Sharf, 2012) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีหลักการโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการให้คำปรึกษาและรูปแบบทักษะของการสื่อสารที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งช่วยในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคล และพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น

3. การเปรียบเทียบคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

พบว่า คะแนนความสุขของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=16.58$ $df=2$ $p < .05$) อภิปรายได้ว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการสามารถเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคาร์ โมว์ โอเวนส์ และโคโนลีย์ (Magyar-Moe, Owens & Conoley, 2015) พบว่าการให้คำปรึกษาแบบจิตวิทยาเชิงบวกทำให้บุคคลรับรู้ความผาสุกในชีวิตของตน หรือการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่เรียกว่าความสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือการไม่มีโรค ความผิดปกติ และความเจ็บป่วย รวมถึงมีความผาสุกทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น อันส่งผลต่อความรู้สึกมีความสุขในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบวัดฯ นี้ ควรนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัด เนื่องจากข้อคำถามมีลักษณะเฉพาะที่ครอบคลุมมิติของความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยจากผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้นหากนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ควรมีการปรับแนวคำถามให้มีความเฉพาะเจาะจง และทดสอบประสิทธิภาพของแบบวัดต่อไป

2. บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษา นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยควรได้รับการอบรมและฝึกเทคนิคการใช้รูปแบบฯ ที่ถูกต้องก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1 และ ระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้าย เนื่องจากโรคมะเร็งแต่ละระยะมีพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน อันจะส่งผลต่อการรับรู้ความสุขที่แตกต่างกันด้วย

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). สำนักงานสถิติแห่งชาติลงพื้นที่นับจดสำมะโนอุตสาหกรรม. *สารสถิติ*, 27(1), 1-16.
- Butow, P. N., Fardell, J. E., & Smith, A. B. (2015). Fear of cancer recurrence: an overview and Australian perspective. *Cancer Forum*, 39(2), 95-100.
- Chan, F., Berven, N. L., & Thomas, K. R. (2015). *Counseling Theories and Techniques for Health Rehabilitation and Mental Professionals*. (2nd ed.). New York, NY: Springer Publishing.
- Corey, G. (2012). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- De Villiers, M.R., De Villiers, P.J & Kent, A. P. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, 27(7), 639-643.
- 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
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E., Tomamichel, M., Marmai, L., Biancosino, B., Nanni, M. G. (2010). Hopelessness and Related Variables Among Cancer Patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Psychosomatics*, 51(3), 201-207.
- Harris, R. (2007). *The Happiness Trap : Stop Struggling Start Living*. Australia: Exisle Publishing.
- Hofman, M., Ryan, J.L., Figueroa-Moseley C.D., Jean-Pierre P., & Morrow, G.R. (2007). Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*, 12(suppl 1), 4-10.
- Hsu, C., & Sandford, B. (2007). The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 12(10), 1-8.

- Khan, F. A., Akhtar, S. S., & Sheikh, M. K. (2005). Cancer treatment-objective and quality of life issues. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 12(1), 3-5.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
- Magyar-Moe, J. L., Owens, R. L., & Conoley, C. W. (2015). Positive Psychological Interventions in Counseling: What Every Counseling Psychologist Should Know. *The Counseling Psychologist*, 43(4), 508 –557.
- Moyano-Díaz, E. (2016). Building the concept of happiness for adults from phenomenography. *Universum*, 31(2), 141-156.
- National Cancer Institute. (2016). *Radiation Therapy and You: Support for People with Cancer*. U.S. Department of Health & Human Services: National Institutes of Health.
- Ozdemiroglu, F., Memis, C. O., Meydan, N., Dogan, B., Kilic, S. M., Sevincok, L., & Karakus, K. (2017). Self-Esteem, Pain and Suicidal Thoughts in a Sample of Cancer Patients. *Journal of Mood Disorders*, 7(3), 156-162.
- Petkova, M., Nikolov, V., Galabova, M., & Petrova, B. (2010). Psychological assessment of cancer patients with chronic pain. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 421–425.
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J.C. (2013). Cancer, Health Literacy, and Happiness: Perspectives from Patients under Chemotherapy. *Nursing research and practice*, 2013, 291767.
- Rowe, G., & Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, 15, 353-375.
- Salkind, N. J. (2007). *Encyclopedia of Measurement and Statistics*. Thousand Oaks, SAGE Publication.
- Schroevvers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46–53.
- Sharf, R. S. (2012). *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*. (5th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Weber, D., & O'Brien, K. (2017). Cancer and Cancer-Related Fatigue and the Interrelationships With Depression Stress and Inflammation. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(3), 502-512.
- World Health Organization. (2015). *Cancer Control: A Global Snapshot in 2015 Summary of Results from the 2015 WHO NCD Country Capacity Survey*. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/cancer-snapshot-2015/en/>.
- World Health Organization. (2018). *Cancer*. Retrieved from <http://www.who.int>News>Fact Sheet>Detail>.
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., St James, P., Follansbee, M., & McKegney, F. P. (1981). Religion in Patients with Advanced Cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9(2), 121-128.