

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อัญติมา กิจศรีนภดล* พย.ม.
 ณัฏฐา ปัญญากรชยะกูร** ป.พ.ส.
 เรืองฤทธิ์ ทองอยู่*** พย.ม.
 พรพิมล ชัยสา* พย.ม.

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคของชีวิตด้วยพลังจิตที่ดีและเข้มแข็ง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ผ่านการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ผลการนำรูปแบบการดูแลไปใช้สามารถช่วยให้ระดับความทุกข์ลดลง และมีระดับพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยกรณีศึกษา และการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลควรเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์ความรู้สึของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถใช้เทคนิคในการให้การปรึกษา และเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตได้เหมาะสมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

*** อาจารย์วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Corresponding e-mail: peang_zhou@hotmail.com

Resilience Quotient Enhancement: A Case Study of Cancer Patients and Relatives of Cancer Patients

Altima Gidsrinopdon*	M.N.S.
Nutcha Punyakornchayakoor**	Dip in Nursing Science
Rerngrit Thongyu***	M.N.S.
Pornpimon Chaisa*	M.N.S.

Abstract

Patients and their relatives who have been diagnosed with cancer as emotional and mental suffering when confronted with difficult situations, leads to decreases their quality of life. Nursing care based on Acceptance and Commitment Therapy group counselling on Resilience Quotient Enhancement will enable patients and their relatives overcome from major negative life events and bounce back in a positive way. Resilience Quotient Enhancement includes "I have", "I am", and "I can" with Acceptance and Commitment Therapy group counselling process. The result of implementing this care model showed the case study had decreased level of pain distress and increased level of mental health power. A nurse who applies this care model should be expertise in consulting and sensitive to changes and to the variety of context patients and their relatives encounter. The consultants make achieving goal easier, deploying their skills to improve their ability to be resilient quotient.

Key words: resilience quotient enhancement, cancer patients, relatives of cancer patients

* RN., Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

** RN., Senior Professional Level, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

*** Instructor, College of Nursing Pibulsongkram Rajabhat University

Corresponding e-mail: peang_zhou@hotmail.com

บทนำ

โรคมะเร็ง เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเจริญเติบโตอย่างควบคุมไม่ได้¹ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ จำนวน 19.3 ล้านราย ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 30.2 ล้านราย และพบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก² โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย พบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรในภูมิภาค³ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสถิติของยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง 170,495 ราย และในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่า 191,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตจากปี พ.ศ. 2558 จำนวน 113.7 เป็น 128.2 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 แสดงให้เห็นถึงโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ⁴

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมุ่งเน้นการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายก่อนด้านจิตใจ⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา⁶ ซึ่งการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ถือเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วยและญาติ⁷ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจต่อชาวร้ายที่ได้รับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดความรู้สึกล้มเหลวและวิตกกังวลหลายอย่าง เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และกลัวตาย⁸ ทำให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ปฏิเสธการรับรู้ความจริง โกรธ รู้สึกผิด ท้อแท้ และไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้⁹ โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคในครั้งแรกร้อยละ 9.97 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด¹⁰ และจะมีความทุกข์ด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หลังได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นเวลานานนับเดือนหรือปี¹¹ ทำให้พบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยร้อยละ 40 และร้อยละ 53 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการลุกลามของโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น¹⁰ ในขณะเดียวกันปัญหาเหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่สำคัญ¹² ทำให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.9 และร้อยละ 32.1 ตามลำดับ⁷ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการรักษาในระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยควบคู่กัน¹³

ปัจจุบันมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างหลากหลายที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ด้านจิตใจ เช่น การเสริมสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว¹⁴ การสอนให้ความรู้¹⁵ การให้คำปรึกษาและสุขศึกษาผ่านทางโทรศัพท์¹⁶ การให้คำปรึกษาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต¹⁷ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁸ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา¹⁹ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา²⁰ การบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีทางอารมณ์²¹ การฝึกจิต²² การให้สุขภาพจิตศึกษา²³ การบำบัดทางจิตสังคม²³ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม²⁴ จิตบำบัดอัตถิภาวนิยม²⁵ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ²⁶ สามารถช่วยลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์จากการศึกษาดังกล่าวสามารถพัฒนาทักษะของบุคคลได้เพียงบางทักษะ เช่น ทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้แห่งตน ความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม และทักษะด้านการจัดการอารมณ์¹² เหล่านี้ ล้วนเป็นทักษะสำคัญในการเพิ่มศักยภาพในตัวบุคคล จำเป็นต้องอาศัยความสามารถของแต่ละทักษะร่วมกัน เพื่อให้บุคคลเผชิญ

กับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่ต้องมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดี สามารถปรับมุมมองชีวิต มีจิตมั่นคง ทนทานทางอารมณ์ แสดงพฤติกรรมในทางบวก จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และเรียนรู้เหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยพลังใจที่เข้มแข็ง²⁷ ซึ่งเรียกรวมกันว่า “การสร้างพลังสุขภาพจิต” อันเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจที่แท้จริง²⁸

พลังสุขภาพจิต (resilience quotient) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้สำเร็จ ซึ่งเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถฝึกฝน และสร้างขึ้นได้³⁰ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ฉันมี (I have) คือการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมและการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (2) ฉันเป็น (I am) คือลักษณะความเข้มแข็งภายในตัวของบุคคล และ (3) ฉันสามารถ (I can) คือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการจัดการกับปัญหาโดยกรมสุขภาพจิต ได้แบ่งการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเป็น 3 องค์ประกอบเช่นกัน ได้แก่ (1) พลังฮึด คือทนทานกับความทุกข์ใจได้ (2) พลังฮึด คือมีกำลังใจไม่ท้อถอย และ (3) พลังสู้ คือพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาหรืออุปสรรค³⁰ การสร้างพลังสุขภาพจิตเปรียบเสมือนเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่³¹ เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล โดยการปรับวิธีคิดให้สามารถเผชิญปัญหาและความกดดันของชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียด ตระหนักรู้คุณค่าของตนเอง เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาในอนาคต³² ซึ่งมี

การศึกษาเกี่ยวกับการสร้างพลังสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จะรับรู้ความสามารถของตนเอง ปรับตัวได้ดี จัดการกับอารมณ์ มีพฤติกรรมทางบวก เผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ลำบากในชีวิตได้ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง³³ การศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ผู้ป่วยที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดี³⁴ การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางด้านจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผลญาติผู้ดูแลยังมีความคงทนของระดับความเข้มแข็งด้านจิตใจ เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตนเอง เพื่อให้พ้นวิกฤตในชีวิต³⁵ การศึกษาการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญภาวะวิกฤต และนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้³⁶ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเอาชนะอุปสรรคที่ตนเองเผชิญอยู่ จัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีความสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ยากลำบากกับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยปกป้องจากภายนอก เช่น ลักษณะส่วนตัวของบุคคล ความฉลาดทางอารมณ์ การให้ความหมายหรือคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้น บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ และประสบการณ์เดิม³⁷ ดังนั้นเพื่อให้บุคคลสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคของชีวิตด้วยพลังจิตที่ดีและเข้มแข็ง ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรมีการบูรณาการวิธีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับบุคคล และเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้³¹ โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นวิธีการที่มีการกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ในการส่งเสริมจิตใจให้เหมาะสมอย่างมีเสถียรภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความผาสุก บรรเทาความทุกข์ใจ เพิ่มความสมบูรณ์ให้ตนเอง และค้นพบเป้าหมายของชีวิต³⁸ ซึ่งกระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะส่งผลให้บุคคลได้ค้นหา เข้าใจสิ่งที่คุกคามจิตใจ และแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง พร้อมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในกลุ่มที่มีจุดสนใจร่วมกัน ภายใต้ความสัมพันธ์เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะเป็นแรงเสริมทางบวก ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึก และการกระทำที่นำไปสู่ทิศทางที่ดีขึ้น³⁹ ดังการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นรูปแบบการให้การปรึกษากับสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาชนิดเดียวกันหรือสภาพปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ต่างกันที่สาเหตุและสภาพจิตใจของบุคคล จึงสามารถส่งเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้⁴⁰ และเป็นรูปแบบการให้การปรึกษาแบบกลุ่มจึงทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประสบการณ์ทางสังคมทั้งในรูปแบบของแรงจูงใจ การหยั่งรู้ อารมณ์ หรือความรู้สึก รวมถึงยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม⁴¹

บทความนี้ กล่าวถึงแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้าง

สุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ในการบรรเทาความทุกข์และเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต (resilience quotient) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้สำเร็จด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง²⁹ สามารถเผชิญชีวิตได้อย่างมีสติ มีจิตใจมั่นคง รับความจริงของชีวิตที่ต้องมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดี และอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ มีความหยุ่นตัวในภาวะวิกฤต เรียนรู้ที่จะล้มแล้วลุกยืนใหม่ได้อย่างรวดเร็ว มีความหมายและมีคุณค่า²⁸ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก²⁹ ได้แก่ (1) ฉันมี (I have) หรือสิ่งที่ฉันมี คือ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมและการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การเป็นผู้ที่ได้รับการรักอย่างไม่มีเงื่อนไข การมีบุคคลที่ช่วยเหลือหลักการหรือทักษะปฏิบัติเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ในสังคม ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาต่อไปทางด้านฉันเป็น และฉันสามารถ (2) ฉันเป็น (I am) หรือสิ่งที่ฉันเป็น คือ ลักษณะความเข้มแข็งภายในตัวของบุคคล หรือพลังที่จะทำให้สามารถสู้กับสถานการณ์ยากลำบากได้ มีลักษณะเป็นความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตัวเอง และ (3) ฉันสามารถ (I can) หรือความสามารถที่ฉันสามารถ คือ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการจัดการกับปัญหา

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิต ได้มีการแบ่งการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเป็น 3 องค์ประกอบเช่นกัน ประกอบด้วย (1) พลังฮึด หรือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คือ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ทนทาน ไม่ให้อ่อนไหวง่าย อดทนกับแรงกดดันโดยไม่

เสียสุขภาพจิต (2) พลังฮึด หรือด้านกำลังใจ คือ ความสามารถในการสร้างความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน และ (3) พลังสู้ หรือด้านการจัดการกับปัญหา คือ ความสามารถในการต่อสู้กับอุปสรรคและปัญหา มีความมั่นใจและความพร้อมในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น³⁰ ซึ่งที่กล่าวมาเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้สำหรับการประเมินพลังสุขภาพจิต ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระดับพลังสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

พลังสุขภาพจิต เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่บุคคลนำมาป้องกัน ปกป้องตนเองเพื่อเอาชนะหรือผ่านพ้นประสบการณ์ด้านลบในชีวิตตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรที่สามารถพัฒนา และบั่นทอนให้ลดลงได้²⁹ ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพลังสุขภาพจิต 2 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางลบ และเป็นอุปสรรคในการพัฒนา การเรียนรู้และการเจริญเติบโต มักเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยพร้อมกัน และ (2) ปัจจัยปกป้อง (protective factor) เป็นเงื่อนไขในการกันชนตอบโต้ หรือปกป้องผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านครอบครัว ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ชุมชน สังคม และวัฒนธรรม

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เป็นวิธีการที่สามารถผสมผสานร่วมกับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา สามารถให้การปรึกษาได้ทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ในบทความนี้จะนำเสนอความคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยผ่านกระบวนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีเป้าหมาย จัดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือ แก้ไข ส่งเสริม พัฒนา และป้องกันปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา⁴² โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการปรึกษาที่มีปัญหาคลายคลึงกันมา

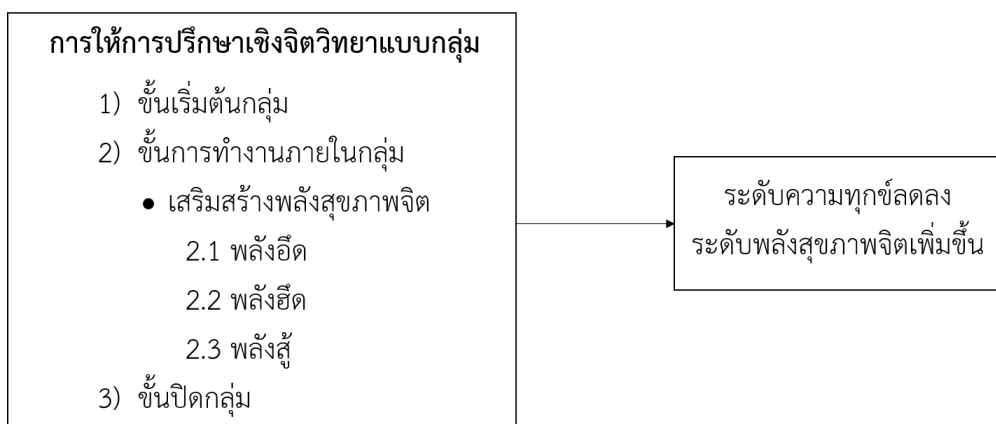
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ซึ่งผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมด้านจิตวิทยาโดยเฉพาะ และมีประสบการณ์ในการให้การปรึกษากับผู้ที่มีความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจ ให้การช่วยเหลือเอื้ออำนวย ให้มีบรรยากาศแบบกัลยาณมิตร เกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเรียนรู้ รู้จักและเข้าใจตนเอง ค้นพบทางเลือกที่จะไปสู่จุดหมายของชีวิต รู้จักให้และรับความรัก ความผูกพันกับผู้อื่น รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยกัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่นำไปสู่ทิศทางที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวได้ดี แก้ไขปัญหา และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความงอกงามและเห็นคุณค่าในชีวิต³⁹

หลักการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะต้องมีการวางแผนการให้การปรึกษาอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดปัญหาที่ปรึกษา ซึ่งควรเป็นปัญหาที่แท้จริง มีความหมายและสำคัญต่อผู้รับบริการปรึกษา และเป็นปัญหาของผู้รับบริการปรึกษาทุกคนภายในกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะปัญหาหรือสภาพปัญหาคลายคลึงกัน แต่ต่างกันในสาเหตุและสภาพจิตใจของเจ้าของปัญหา³⁹ โดยกำหนดจำนวนสมาชิกของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป แต่ไม่เกิน 15 คน ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมคือ จำนวนสมาชิก 5-8 คน จัดกลุ่มโดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่ม อายุของสมาชิก ประสบการณ์ของผู้ให้การปรึกษา ลักษณะปัญหาของสมาชิก ทฤษฎีและเทคนิคที่นำมาใช้⁴³ เพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมได้สำเร็จลุล่วงทันเวลา ซึ่งมีลำดับขั้นของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน⁴⁴ ได้แก่ (1) ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม เป็นขั้นตอนในการพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยการสร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง ไม่เป็นทางการ ผู้นำกลุ่มหรือผู้ให้การปรึกษาจะมีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการให้การปรึกษา

ตลอดจนจรรยาบรรณในการเก็บรักษาความลับของข้อมูล เพื่อช่วยเอื้ออำนวยให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัย ยอมรับกลุ่ม และกล้าเปิดเผยข้อมูลตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง (2) ขั้นตอนการทำงานภายในกลุ่ม สมาชิกจะได้เล่าประสบการณ์ความรู้สึก และปัญหาของตนเอง แล้วนำให้สมาชิกคนอื่นมีส่วนร่วม เข้าใจถึงปัญหา และถือเอาปัญหานั้นเป็นปัญหาของทุกคน โดยผู้นำกลุ่มจะดำเนินให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและอยู่กับปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเชื่อมโยงให้มีการสนทนาระหว่างกัน อภิปรายร่วมกันในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจการกระทำที่ต้องการ และ (3) ขั้นปิดกลุ่ม เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ โดยผู้นำกลุ่มจะมีการสรุปบทวนสิ่งที่ประสบความสำเร็จ และความก้าวหน้า และสิ่งที่ขาดไปจากเป้าหมายที่สมาชิกแต่ละคนตั้งไว้หลังการยุติกลุ่มในแต่ละครั้ง และเมื่อดำเนินการมาจนครบตามแผน หรือปัญหาได้รับการแก้ไขจนบรรลุวัตถุประสงค์ จะมีการแจ้งสมาชิกให้ทราบล่วงหน้าก่อนการยุติการให้การศึกษา และจะเน้นให้มีการนำประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถ

อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดฝันหรือไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบกับปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้อง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการมีพลังสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล จึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นและเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยพลังใจที่เข้มแข็งสามารถปรับตัวได้ดี มีจิตมั่นคง จัดการกับปัญหา และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ จึงต้องมีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยพลังสามด้าน คือ พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ โดยใช้การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการให้การศึกษาอย่างเป็นระบบ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม ขั้นการทำงานภายในกลุ่ม และขั้นปิดกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจในตนเอง รู้จักวิธีที่จะป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และมีความเข้มแข็งทางจิตใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

การประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม: กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอดครั้งแรก แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีลูกสาวอายุ 26 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

ก่อนเริ่มดำเนินการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม พยาบาลทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ายคลึงกันเพื่อใช้ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และทำการประเมินปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์โดยการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านความเชื่อ/ศาสนา และด้านร่างกาย เพื่อจัดกลุ่มสนทนาในการดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตผ่านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และทำการประเมินระดับความทุกข์โดยใช้แบบวัดระดับความทุกข์ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าคะแนน 0-10 คะแนนของระดับความทุกข์ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีอยู่ ณ ขณะนั้น เพื่อทราบลักษณะของปัญหา

การประเมินผู้ป่วย พบว่า มีปัญหาที่เป็นผลกระทบจากโรคมะเร็งคือ ด้านร่างกายและด้านครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีความกังวลว่าหลังรักษาแล้วร่างกายจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิมต้องพึ่งพาถูกไปตลอด “เห็นคนแถวบ้านเป็นมะเร็งแล้วรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แล้วดูอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ทำงานหนักก็ไม่ได้ ทำงานไม่ได้เหมือนเก่า กลัวว่าจะเป็นภาระลูกเขา” “โรคนี้เห็นเขาเป็นกันและข้างบ้านที่เป็นเขาก็บอกว่าต้องรักษาไปเรื่อย ๆ ไม่ให้มันลามไปมาก

กว่าเดิม กว่าจะหายก็ใช้เวลาหรือไม่หายก็มี ยาเคมีก็ทำให้แพ้ ผม่วรง คลื่นไส้ อาเจียน การกินก็ต้องระมัดระวังกลัวจะติดเชื้อ” และการประเมินระดับความทุกข์โดยใช้แบบวัดระดับความทุกข์พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์เท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับทุกข์มาก จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เนื่องจากมีการรับรู้ข้อมูลที่หลากหลายส่งผลให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจต่อการเผชิญความเจ็บป่วยในครั้งนี้ และประเมินญาติผู้ป่วยพบว่า มีความวิตกกังวลด้านร่างกายของผู้ป่วย “กลัวโรคมะเร็งจะทำให้แม่เจ็บปวด ยิ่งต้องรักษาด้วยเคมีบำบัดอีก กลัวแม่จะทรมานจะรับไม่ไหว” และประเมินระดับความทุกข์โดยใช้แบบวัดระดับความทุกข์พบว่า ญาติผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับทุกข์มาก

หลังจากรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการจัดกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะปัญหาหรือสภาพปัญหาล้ายคลึงกันแล้ว จากนั้น พยาบาลจะดำเนินการตามขั้นตอนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ดังนี้

(1) **ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม** ขั้นตอนนี้พยาบาลจะสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม โดยกล่าวทักทายแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงกระบวนการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการเข้าร่วมกลุ่ม การรักษาความลับของเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนบทบาทของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความคุ้นเคยกัน กล่าวทักทาย และแนะนำตัวซึ่งกันและกัน โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นแบบกันเอง อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ เชื่อถือ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

(2) **ขั้นการทำงานภายในกลุ่ม** พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และ

ปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลจะตั้งใจในการรับฟัง ทำความเข้าใจพฤติกรรม ความรู้สึกความคับข้องใจ ของปัญหาที่เกิดขึ้น

พยาบาล “จากประสบการณ์ที่ตนเองรับรู้มา เกี่ยวกับโรคที่เป็น ส่งผลกระทบต่อตัวเราอย่างไรบ้าง”

ผู้ป่วย “โรคนี้เป็นโรคที่อันตราย ส่วนใหญ่รักษา ไม่หาย พอเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษานาน ยาที่ใช้รักษาก็แรง แพ้ง่าย ผอมร่วง ติดเชื้อง่าย” “เสียเวลา เสียเงินอีก อาจจะอยู่ได้อีกไม่นาน” พยาบาลสังเกตสีหน้าผู้ป่วยดูกังวล จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา โดยการเล่าความกังวลที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรคและการได้รับยาเคมีบำบัดจะส่งผลต่อร่างกายของผู้ป่วยทำให้อ่อนเพลีย และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม และต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดไป หากเป็นมากขึ้นอาจทำให้เสียชีวิต นอกจากนี้พยาบาลจะทำการสังเกตญาติผู้ป่วยร่วมด้วยพบว่า มีสีหน้าวิตกกังวล นั่งจ้องมองที่ผู้ป่วยตลอดเวลา จึงเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก

ญาติผู้ป่วย “รู้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง ถ้าเป็นมากขึ้น มีการลามมากขึ้น สุขภาพก็จะยิ่งแย่ลง บางคนก็รู้เวลาของตัวเองว่า จะมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน มันท้อ”

จากข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลในด้านร่างกายและด้านครอบครัว มีแนวโน้มที่จะไม่มารับการรักษาหรือดูแลตนเอง ส่งผลถึงญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากหรืออุปสรรคของชีวิตที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์และจิตใจ และการจัดการกับปัญหา จากนั้นพยาบาลจะใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ (reflecting feeling) ในการสื่อสารความเข้าใจกลับไปยังสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม พร้อมทั้งเชื่อมโยง (linking) ให้สมาชิกคนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องที่สมาชิก

กำลังเล่า มีการสนทนาระหว่างสมาชิก ให้ในกลุ่มรู้สึก ว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของทุกคนในกลุ่ม เป็นการกระตุ้นความสนใจ มีการอภิปรายร่วมกันเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งพยาบาลจะคอยสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกได้มองเห็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ต้องการให้ได้ นั่นคือ การมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ทนทานทางอารมณ์ มีกำลังใจในการฝ่าฟันอุปสรรคที่เข้ามา และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ โดยการประเมินพลังสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ให้คะแนนข้อละ 1-4 คะแนน พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 24 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 14 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 10 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ผลการประเมินพลังสุขภาพจิตในญาติผู้ป่วยพบว่า มีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 22 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 12 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 10 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แล้วรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เล่าปัญหาต่าง ๆ แสดงออกด้านอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและการกระทำ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนได้เรียนรู้ ค้นพบ และเข้าใจสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของตนเอง

พยาบาลจะช่วยเหลือเอื้ออำนวยให้สมาชิกได้วางแผนแก้ไขปัญหา และสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างพลังจิต เป็นการเน้นการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพื่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย และนำไปสู่การเกิดสติในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การฝึกการหายใจเพื่อให้ร่างกาย

ได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใสและผ่อนคลาย และการฝึกคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เพื่อลดการหดเกร็ง บรรเทาความเจ็บปวด รวมถึงทำให้เกิดสมาธิขณะฝึก 2) การเสริมสร้างพลังชีวิต เป็นการสร้างกำลังใจทั้งจากภายในตัวบุคคล และจากคนใกล้ชิด เพื่อให้เข้าใจจุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ให้สามารถสื่อสารและกล้าที่จะขอความช่วยเหลือได้ และ 3) การเสริมสร้างพลังผู้ เป็นการสนับสนุนให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล และเต็มใจ โดยพยาบาลจะร่วมคิดร่วมทำกับสมาชิกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งมีวิธีการ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทางด้านลบให้เป็นด้านบวก หรือเป็นกลางจะช่วยให้ความพร้อมในการรับมือกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ การวางแผนแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ และการรู้จักหาสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น บุคคลที่เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ สนับสนุนด้านการเงินหรืออาชีพ เป็นต้น และการส่งเสริมให้สมาชิกได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับสมาชิก ได้แก่ การฟัง การสังเกต การถาม การเจียบ การสะท้อนความรู้สึก การทวนซ้ำ และการสรุปความ เป็นต้น

จากนั้นพยาบาลจะสรุปประเด็นสำคัญที่สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยกัน และย้ำให้เห็นถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหามิฉะนั้นสมาชิกจะต้องนำไปปฏิบัติ และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

(3) **ขั้นการปิดกลุ่ม** ในแต่ละครั้งที่พบกลุ่มพยาบาลจะมีการสรุป ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกสามารถตัดสินใจในการเลือกแนวทางปฏิบัติได้ และเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของสมาชิก และเมื่อดำเนินการมาจนครบตามแผนหรือปัญหาได้รับการแก้ไขจนบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย จะให้

เวลาสมาชิกได้สรุป ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นของตนเอง เน้นการนำประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงได้กล่าวชื่นชมเพื่อนสมาชิกคนอื่น หรือแสดงความรู้สึกที่ดีให้แก่กันและกัน เพื่อให้สมาชิกสามารถยอมรับการสิ้นสุดการให้การปรึกษาร่วมด้วยความสงบและอบอุ่นได้

จากนั้นพยาบาลจะประเมินระดับความทุกข์และประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์เท่ากับ 3 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับทุกข์ต่ำ และญาติผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์ 4 คะแนน อยู่ในระดับทุกข์มาก ส่วนคะแนนพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยพบว่า มีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 27 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 16 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 14 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับญาติผู้ป่วยผลการประเมินพบว่า มีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 25 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 14 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 16 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจากผลการประเมินดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ลดลง และมีระดับพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ยอมรับความจริงของชีวิต เข้าใจตนเองและผู้อื่น และมีความมั่นใจที่จะดูแลและจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นของตนเอง “รู้สึกว่าตัวเองยังโชคดีที่ยังได้อยู่กับคนที่เรารัก โรคภัยไข้เจ็บเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ แต่ตัวเราเองต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นว่าจะทำอย่างไรให้ตัวเรากับโรคที่มีอยู่นั้นอยู่ร่วมกันได้ ไม่เบียดเบียนหรือสร้างความทุกข์ให้แก่กันและกัน” “ได้เข้ากลุ่มแบบนี้ ทำให้ได้รับรู้ความรู้สึกของลูก ได้เข้าใจเขามากขึ้นว่าเขาเป็นห่วงเรามากแค่ไหน เขาไม่ได้คิดเรื่องการเป็นภาระหรืออะไรเลย” “เราก็คงพร้อมที่จะสู้

เหมือนที่เขาจะสู้เพื่อเรา” และญาติผู้ป่วยได้เรียนรู้และเข้าใจการดำเนินของโรค แผนการรักษา และคลายความวิตกกังวล “รู้สึกเบาใจ มีกำลังใจ กำลังใจ” “ไม่ใช่แค่คนเดียวที่ต้องพบเจอกับปัญหาเหล่านี้ ทุกคนมีปัญหาเกิดขึ้นได้หมดแต่จะเจอในรูปแบบไหนมากน้อยแค่ไหนนั่นเอง” “อะไรเกิดขึ้นมาแล้วก็ต้องปรับตัวอยู่กับมัน” “เข้าใจเหตุผลความคิดความรู้สึกของแม่มากขึ้น พร้อมทั้งจะอยู่เคียงข้าง เป็นกำลังใจให้กันและกันไม่ว่าจะเจอกับอะไร จะอยู่กับปัจจุบัน ทำ ณ วันนี้ให้ดีที่สุด และมีความสุขที่สุดที่เราได้อยู่ด้วยกัน”

สรุป

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลให้เข้มแข็ง มีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกหรือความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่กดดัน เพื่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย อันนำไปสู่การเกิดสติในการเผชิญปัญหาด้วยเทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับปัญหา และมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งสามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาวิกฤตในชีวิต และมี

คุณภาพชีวิตที่ดีได้ ผลการศึกษานี้ทำให้ได้เรียนรู้รูปแบบการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งพลังกลุ่มมีความสำคัญในการสนับสนุนปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิก ตั้งแต่ปัญหาที่เล็กจนถึงปัญหาที่รุนแรง และความหลากหลายของความทุกข์ด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของแต่ละบุคคล ทำให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจะเสริมสร้างสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงต้องเข้าใจความแตกต่างของบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

การนำการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มไปใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ควรเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถใช้เทคนิคในการให้การปรึกษาได้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และพยาบาลควรเป็นบุคคลที่ได้ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือและพัฒนาทักษะในการปรับตัว การใช้ชีวิต และการเผชิญหรือยืนหยัดกับภาวะวิกฤตที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

References

1. National Institute of Health. Understanding cancer. [Internet]. 2021. [cited 14 Aug 2021]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding>
2. World Health Organization. All cancer fact sheet. [Internet]. 2020. [cited 14 Aug 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
3. International Agency for Research on Cancers. Population factsheets. [Internet]. 2018. [cited 16 Aug 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>
4. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2019. Bangkok: New thammada press; 2020. Thai.
5. Davis LE, Bogner E, Coburn NG, et.al. Stage at diagnosis and survival in patients with cancer and a pre-existing mental illness: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2020; 74(1),84-94. doi: 10.1136/jech-2019-212311
6. Cook SA, Salmon P, Hayes G, Byrne A, Fisher PL. Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: a systematic review of the literature. *Psycho-oncology*. 2018; 27(3), 791-801. doi: 10.1002/pon.4601
7. Aubin M, Vézina L, Verreault R, et.al. Distress experienced by lung cancer patients and their family caregivers in the first year of their cancer journey. *Palliative & Supportive Care*. 2021; 1-7. doi: 10.1017/S1478951521000377
8. Hildenbrand GM, Benedict BC. Examining Variation in Emotional Distress among Individuals with a Cancer Diagnosis. *Western Journal of Nursing Research*. 2021; 0193945921994118. doi: 10.1177/0193945921994118
9. Gabriel, Creedy D, Coyne E. A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nursing open*. 2020; 7(5), 1299-1312.
10. Zhu J, Fang F, Sjölander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdóttir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Annals of Oncology*. 2017; 28(8), 1964-1969. doi: 10.1093/annonc/mdx265
11. Park JH, Chun M, Jung YS, Bae SH. Predictors of psychological distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Asian nursing research*. 2017; 11(4), 268-275. doi: 10.1016/j.anr.2017.10.003
12. Streck BP, Wardell DW, LoBiondo, Wood, G, Beauchamp JE. Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: review of the literature. *Psycho-oncology*. 2020; 29(6), 974-989. doi: 10.1002/pon.5382

13. Dieperink KB, Coyne E, Creedy DK, Stergaard B. Family functioning and perceived support from nurses during cancer treatment among Danish and Australian patients and their families. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(1-2), e154-e161. doi: 10.1111/jocn.13894
14. Li Y, Qiao Y, Luan X, Li S Wang, K. Family resilience and psychological well-being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. *European journal of cancer care*. 2019; 28(2), e12984.
15. Belgacem B, Auclair C, Fedor MC, et. al. A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: a randomised clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17(6), 870-876.
16. Badger TA, Segrin C, Sikorskii A, et.al. Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers. *Psychology & health*. 2020; 35(1), 87-106.
17. Cernvall M, Carlbring P, Wikman A, Ljungman L, Ljungman G, von Essen L. Twelve-month follow-up of a randomized controlled trial of internet-based guided self-help for parents of children on cancer treatment. *Journal of medical Internet research*. 2017; 19(7), e273. doi: 10.2196/jmir.6852
18. Hendrix CC, Bailey DE, Steinhauser KE, et.al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24(1), 327-336.
19. Washington KT, Demiris G, Parker OD, Albright DL, Craig KW, Tatum P. Delivering problem-solving therapy to family caregivers of people with cancer: A feasibility study in outpatient palliative care. *Psycho-oncology*. 2018; 27(10), 2494-2499. doi: 10.1002/pon.4859
20. Meyers FJ, Carducci M, Loscalzo MJ, Linder J, Greasby T, Beckett LA. Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of palliative medicine*. 2011; 14(4), 465-473.
21. McLean LM, Walton T, Rodin G, Esplen MJ, Jones JM. A couple-based intervention for patients and caregivers facing end stage cancer: outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 2013; 22(1), 28-38.
22. van den Hurk DG, Schellekens MP, Molema J, Speckens AE, van der Drift MA. Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative medicine*. 2015; 29(7), 652-660. doi: 10.1177/0269216315572720
23. Treanor CJ, Santin O, Prue G. et.al. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; (6).

24. Ledderer L, la Cour K, Mogensen O, et.al. Feasibility of a psychosocial rehabilitation intervention to enhance the involvement of relatives in cancer rehabilitation: pilot study for a randomized controlled trial. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2013; 6(3), 201-212.
25. Thurn T, Brandstätter M, Fensterer V, Küchenhoff H, Fegg M J. Existential behavioral therapy for informal caregivers of palliative patients: Barriers and promoters of support utilization. *Palliative & supportive care*. 2015; 13(3), 757-766.
26. Borjalilu S, Shahidi S, Mazaheri MA, Emami A H. Spiritual care training for mothers of children with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016; 17(2), 545-552. doi: 10.7314/APJCP.2016.17.2.545
27. Hoseinzadeh F, Radfar M, Moghaddamtabrizi F, Khalkhali H. Effect of resilience-based group therapy intervention on coping in mothers of children with cancer: A randomized clinical trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2019; 24(4), 291.
28. Sucaromana A. Resilience quotient. *Journal of MCU Peace studies*. 2016; 4(1), 209-220. doi: 10.14456/jmcpupeace.2016.13 Thai.
29. Grotberg EH. Resilience for tomorrow. [Internet]. 2005. [cited 16 Aug 2021]. Available from: http://www.resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tomorrow-razil.pdf
30. Department of mental health. Resilience quotient manual. Bangkok: Beyond publishing. 2020. Thai.
31. Chayakul K, Ponkratok P. Factors related to resilience quotient among elderly with chronic disease in rural area of nakhon ratchasima province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020; 7(2), 127-137. Thai.
32. Chavapattanakul P., Wongkumsin T., Kongkasuwan R. The Relationship between Resilience Quotient, Social Support and Spiritual Well-Being of Caregivers of Patients with Hemiplegia. *Siriraj Medical Journal*. 2020; 72(3), 245-252. doi: 10.33192/Smj.2020.33
33. Panthong K. The effect of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder. (Dissertation). Chulalongkorn University; 2016. Thai.
34. Dalodom K, Pacheun O, Boonshuyar C. Social support, depression and resilience quotient in relation to self-care among hiv infected person. *Quality of Life and Law Journal*. 2018; 14(2), 12-26. Thai.
35. Khwan-on K, Phaensomboon P, Buddhist psychology for building resilience quotient in family caregivers of patients with non-communicable diseases. *Mahachula Academic Journal*. 2020; 7(1), 160-172. Thai.

36. Sungprakhong K, The effect of resilience enhancement program to the resilience of caregivers of violent behaviors schizophrenia patients. *Journal of Health Research and Innovation*. 2019; 2(2), 1-20. Thai.
37. Toender A, Munk-Olsen T, Vestergaard. et.al. Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: a population-based register study. *Schizophrenia research*. 2018; 201, 62-69.
38. Scheel MJ, Stabb SD, Cohn TJ, Duan C, Sauer EM. Counseling psychology model training program. *The Counseling Psychologist*. 2018; 46(1), 6-49. doi: 10.1177/0011000018755512
39. Corey G. *Theory and Practice of Group Counseling*. (8th ed.). Belmont: Tomson Brooks/Cole. 2012.
40. Gropper S, van der Meer E, Landes T, Bucher H, Stickel A, Goerling U. Assessing cancer-related distress in cancer patients and caregivers receiving outpatient psycho-oncological counseling. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24(5), 2351-2357.
41. Cipolletta S, Simonato C, Faccio E. The effectiveness of psychoeducational support groups for women with breast cancer and their caregivers: a mixed methods study. *Frontiers in psychology*. 2019; 10, 288. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00288
42. Ohlsen, Merle M. *Group counseling*. 2ed. New York: Holt Rinehart and Winston; 1977.
43. Yalom, ID, Leszcz, M. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Hachette; 2020.
44. Ohlsen MM, Arther MH, Charles FL. *Group counseling*. 3ed. New York: Holt Rinehart and Winston; 1988.