

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ รายงานการศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบ  
ประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ประมวลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
  - 1.1 ลักษณะของผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก
  - 1.2 ระยะของมะเร็งปากมดลูก
  - 1.3 ผลข้างเคียงจากรังสีรักษา
2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
  - 2.1 ความหมายของความหวัง
  - 2.2 องค์ประกอบของความหวัง
  - 2.3 การพัฒนาเครื่องมือ
3. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
4. กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
  - 4.1 แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
  - 4.2 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
  - 4.3 แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของยาลอม
    - 4.3.1 ปัจจัยบำบัด
    - 4.3.2 คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม
    - 4.3.3 หน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่ม
    - 4.3.4 พัฒนาการกลุ่ม
    - 4.3.5 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
    - 4.3.6 ระยะเวลาการบำบัด
    - 4.3.7 ขนาดของกลุ่ม

## 1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

### 1.1 ลักษณะของผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก จัดเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิตของสตรีเป็นจำนวนมาก และพบมากที่สุดของมะเร็งทั้งหมด (National Cancer Institute, 1995) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก มีการแบ่งตัวของเซลล์มากจนไม่สามารถควบคุมได้ การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกตินี้เริ่มตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงขั้นรุนแรงจนกระทั่งมีการแพร่กระจายลุกลามไปอวัยวะอื่น ๆ ทั้งที่อยู่ใกล้เคียงและอยู่ห่างไกลได้ (ประอรนุช คุลยาทร, 2541) โรคมะเร็งปากมดลูกจะมีการลุกลามโดยตรงลงไปที่ช่องคลอดมากที่สุด และลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูกไปตาม Broad ligament ผ่านไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ทวารหนักหรือลุกลามเข้าสู่หลอดน้ำเลี้ยงและทางกระแสเลือด (Dunn & Barbora, 1985) การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับ การลุกลามของมะเร็งอยู่ในระยะใด อัตราการอยู่รอด 5 ปีของผู้ป่วยในระยะ 0 = 100% ระยะที่ 1 = 88 - 93% ระยะที่ 2 = 50 - 70% ระยะที่ 3 = 25 - 42% และระยะที่ 4 อัตราการรอดชีวิต 5 ปี น้อยกว่า 13% (ประอรนุช คุลยาทร, 2541 , Garrey & Matthew, 1978) มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น (ระยะ 0) จะไม่พบอาการผิดปกติแต่อย่างใด มักพบจากการมาตรวจเช็คมะเร็งด้วยการทำ pap smear แต่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมักมาพบแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติดังนี้ ได้แก่ ตกขาว มีน้ำหรือเลือดออกจากช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บปวดหรือเลือดออกขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมะเร็งมีการลุกลามไปแล้วตั้งแต่ระยะที่ 1 เป็นต้นไป เมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะใกล้เคียงก็จะเกิดความผิดปกติของอวัยวะนั้น ๆ หรือเกิดอาการเจ็บปวดขึ้นได้ ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์, 2531, Wren & Barry G., 1985, Wynn, 1988, Garrey & Matthew, 1978) ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจะมีความกลัวและความวิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ตายและบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปสู่สุขภาพทางร่างกายได้ ความกลัวมักจะเกิดจากความกลัวต่อโรคที่เป็น กลัวโรคจะไม่หายขาด กลัวเครื่องฉายรังสี กลัวผลจากการรักษา เช่น การฉายรังสีและการใส่แร่ กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น และที่อยู่ในตัวลึกของจิตใจของผู้ป่วย คือ ความกลัวตาย (ฐิติพร อิงคดาวงศ์, 2541) ปัญหาอันเกิดจากความกลัวต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง อารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย ใจน้อย ขี้โมโห กุณเฉียว เก็บตัว ซึม เกิดภาวะซึมเศร้า บางรายไม่ยอมรับความจริง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดังคนปกติทั่ว ๆ ไป การเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรคก็จะทำให้เกิดความหงุดหงิดและท้อแท้

มากขึ้น ซึ่งบางรายหมดหวังในการรักษาโรคที่เป็น อาจคิดสั้นถึงกับฆ่าตัวตายก็มี (พรรณนิภา  
 ธรรมวิรัช, 2541, Wren & Barry, 1985)

## 1.2 ระยะของมะเร็งปากมดลูก

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกโดยหลักของ Figo (International Federation of  
 Gynecology and Obstetrics) มีการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกเป็น 5 ระยะดังนี้

- |          |   |
|----------|---|
| ระยะ 0   | เป็น carcinoma in situ หรือ intraepithelial carcinoma เซลล์ยังไม่ผ่าน basement membrane เข้าไป  |
| ระยะ I   | มะเร็งยังอยู่เฉพาะในปากมดลูก  |
| Ia       | microinvasive carcinoma มะเร็งลุกลามจาก basement membrane กินลึกเข้าไปใน stroma ไม่เกิน 3 มม.   |
| Ib       | ระยะ occ (occult cancer) คือ มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยวิธีตรวจตามธรรมดา แต่จะเห็นว่ามีการลุกลามชัดเจน เมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ |
| ระยะ II  | มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกราน ลุกลามไปที่ 2/3 ของช่องคลอดส่วนบน   |
| IIa      | ยังไม่แน่ใจว่าไปที่ parametrium หรือยัง   |
| IIb      | ลุกลามไปที่ parametrium แน่นอน  |
| ระยะ III | มะเร็งลุกลามไปที่ผนังเชิงกราน ลงไปที่ช่องคลอดส่วนล่าง 1/3 ที่เหลืออยู่  |
| IIIa     | ยังลามไปไม่ถึงผนังเชิงกราน  |
| IIIb     | ลามไปถึงผนังเชิงกราน และ / หรือมี hydronephrosis หรือไตไม่ทำงานร่วมด้วย   |
| ระยะ IV  | มะเร็งลุกลามผ่านผนังช่องคลอดไปยังเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ หรือทวารหนัก หรือออกไปนอกเชิงกราน  |
| IVa      | ลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียง   |
| IVb      | ลุกลามไปอวัยวะอื่นที่ห่างไกล  |

### 1.3 ผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันนี้มีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ซึ่งอาจจะใช้วิธีเดียวหรือใช้ร่วมกัน ขึ้นอยู่กับระยะของโรค (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522, สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2527, ไพรัช เทพมงคล, 2530) การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่ยิยมมาก พบว่าร้อยละ 50 – 60 ของผู้ป่วยมะเร็งรักษาโดยรังสีรักษา (Weintraub & Hagopian, 1990) เนื่องจากการใช้รังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรค และมีชีวิตยืนยาวขึ้น ซึ่งจุดมุ่งหมายของการใช้รังสีรักษาคือ 1) เพื่อรักษาโรคให้หายขาด 2) เพื่อควบคุมมิให้มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ 3) เพื่อบรรเทาอาการ เช่น ความเจ็บปวดและอาการไม่สบายต่าง ๆ (กวี ทังสุบุตร, 2530, พวงทอง ไกรพิบูลย์, ในสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์ บรรณาธิการ, 2531, Ahuja, et al, 1986) โดยรังสีจะไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ดีเอ็นเอ (DNA) เพื่อยับยั้งการแบ่งตัว การเจริญเติบโตของเซลล์และทำให้เซลล์ตายในที่สุด (Strohl, 1988) นอกจากนี้รังสียังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงอีกด้วย เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาแบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา โดยมีผลต่อผิวหนัง เซลล์เยื่อและหลอดเลือด ทำให้เกิดการอักเสบวมและมีเม็ดเลือดขาวบริเวณที่มีการอักเสบ อาการที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ได้รับรังสีหรืออาจเกิดทั่ว ๆ ไปในร่างกาย ดังต่อไปนี้

1.1 การอักเสบของเซลล์เยื่อต่าง ๆ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งรังสีมีผลต่อเซลล์เยื่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และจะมีผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่เพียงพอ เกิดทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวจะลดลง เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่และน้ำได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อกระเพาะปัสสาวะเกิดอักเสบ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือช่องคลอดอักเสบได้ เป็นต้น ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจเกิดหลังจากผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาประมาณ 2 – 3 สัปดาห์

1.2 ผิวหนัง มักมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับรังสีรักษาแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ เกิดจากการที่รังสีทำลายเบซอลเซลล์ (basal cell) ในผิวหนังชั้นอีพิเดอร์มิส (epidermis) (Strohl, 1989) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณง่ามก้น ขาหนีบ ซึ่งเป็นบริเวณอับชื้น โดยผิวหนังจะเริ่มแดง เป็นตุ่มพอง แดกเป็นแผลได้ง่าย ถ้าได้รับรังสีเพิ่มขึ้น

ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ แห้งเป็นขุย (Walter cited in Burns, 1982) ผู้ป่วยจะมีอาการคันและถ้ามีการเกา ภูมิแพ้หรือเสียดสี ปล่อยให้ผิวหนังบริเวณนั้นอับชื้น จะเกิดแผลและติดเชื้อง่ายขึ้น (Thomson, 1982, Varricchio, 1981)

1.3 ไช้กระดูกถูกกดจากรังสี ทำให้การสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดผิดปกติ จำนวนลดลง ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีเลือดออกง่าย ชีต อ่อนเพลีย (Thomson, 1980, Abramson, 1979 cited in Burns, 1982)

1.4 ปฏิกริยาทั่วไปของร่างกายต่อรังสี ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เบื่ออาหารและภาวะอารมณ์ซึมเศร้า สาเหตุของอาการเหล่านี้ไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่าอาจเกิดจากการสะสมสารพิษ หรือสารเคมีในร่างกายจากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยรังสี และร่างกายขับออกไม่ทัน (Walter, 1979 cited in Burns, 1982) อาการเหนื่อยล้าอาจเกิดจากการได้รับรังสีรักษาเป็นเวลานาน (Haylock & Hart, 1979) ส่วนอาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่า เป็นปัจจัยทางด้านโรคและภาวะอารมณ์มากกว่า เนื่องจากการศึกษาอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการได้รับรังสีรักษาบริเวณลำตัว (Welch, 1980 cited in Burns, 1982)

2. ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง จะเกิดขึ้นหลังจากสิ้นสุดการได้รับรังสีแล้ว โดยผลของรังสีทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ พังผืดและเกิดรูรั่วในอวัยวะที่ได้รับรังสี เช่น ระบบอวัยวะสืบพันธุ์อาจเกิดการตีตันของช่องคลอด มีการฝ่อของรังไข่ ระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เกิดแผลบริเวณทวารหนัก ระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลในกระเพาะปัสสาวะ หรือมีการอุดตันระบบทางเดินปัสสาวะได้ กระดูกต้นขาประาะและหักง่าย (ไพรัช เทพมงคล, ในสุวรรณ จันทรวงศ์ และเกตุร สถาพรพงษ์, บรรณาธิการ, 2530)

นอกจากนี้ผลข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกยังมีผลกระทบต่อภาวะจิตสังคม ได้แก่ ความกลัวและความวิตกกังวล (พวงทอง ไกรพิบูลย์และคณะ, 2534) กลัวเครื่องฉายรังสี กลัวผลจากการรักษา เช่น การฉายรังสีและการใส่แร่ กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษา ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางรายญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาโดยทอดทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล หรือบ้านพักผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากบ้านอยู่ต่างจังหวัดหรือจะด้วยเหตุอื่นใดก็ดี ทำให้ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้โดยสม่ำเสมอ หรือทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวุ่นวายหรือซึมเศร้าได้โดยง่าย (ฐิติพร อิงคทาวงศ์, 2541) นอกจากนั้นการรักษาที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่จะต้องใช้จ่ายเงินในการรักษา ค่ากินอยู่ ใช้สอยขณะอยู่โรงพยาบาล ค่าเดินทาง บางรายเป็นผู้รับผิดชอบครอบครัว ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพภาระที่ต้องดูแลบุตร ดังนั้นยิ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิชา บุญยศักดิ์เจริญและจิระภา ตันนายนนท์, 2534)

การศึกษาผลของรังสี ซึ่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการได้รับรังสีพอจะสรุปได้ว่า ผลของรังสีโดยทั่วไปก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ส่วนผลเฉพาะที่ทำให้เกิดอาการเชื่องช้าของหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ท้องเสีย ภาวะพิษสภาวะ อักเสบ เป็นต้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากที่จะต้องช่วยประคับประคอง เสริมสร้างความหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เพื่อลดอาการข้างเคียง เกิดความอบอุ่นใจ และให้ความร่วมมือ ในการรักษาต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

### 2.1 ความหมายของความหวัง

ความหวังเป็นความรู้สึกของบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงการคาดหมายว่าในอนาคตจะได้มาซึ่งสิ่งดีงามที่บุคคลต้องการเป็นความปรารถนา ความคาดหวังของการทำให้สำเร็จ (Webster's, 1991 cited in Forbes, 1994) ระดับความหวังที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรม ปฏิสัมพันธ์และการดูแลสุขภาพ ความหวังเป็นแหล่งพลังงานของบุคคลในการกระทำ เพื่อนำสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

ดูฟอลท์และมาร์ทอชชีโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังไว้ว่า ความหวังหมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 6 มิติ คือ มิติด้านอารมณ์ ปัญญา พฤติกรรม ความผูกพัน เวลาและสถานการณ์แวดล้อม

มิลเลอร์ (Miller, 1983) กล่าวว่า ความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล เสมือนเป็นความพร้อมภายในของบุคคลที่ทำให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่าง ๆ และเป็นการคาดหมายถึงอนาคตที่จะบรรลุถึงความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา

โนวอทนี (Nowotny, 1989, Herth, 1992) กล่าวว่าความหวังของบุคคลไม่คงที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

อูบล นีวิตซ์ (2528) กล่าวว่า ความหวังเป็นพลังกระตุ้นอยู่ในตัวในการป้องกัน การเสียดุลของจิตใจและร่างกาย ความหวังเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตและการเจริญ

เฮิร์ท (Herth, 1990) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคิดแบบนามธรรม เนื่องจากเป็นเรื่องของความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล เป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคลที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต สามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น และความหวังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต ความหวังเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และเป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

จากความหมายของความหวังสรุปโดยรวมได้ว่า ความหวังหมายถึงความรู้สึกนึกคิดเป็นพลังภายในของบุคคล ที่เชื่อมั่นว่าจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนคาดหวังและปรารถนาให้เกิดขึ้น และทำให้บุคคลผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากในปัจจุบันได้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต บุคคลแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ซึ่งความหวังสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1990) เนื่องจากแนวคิดความหวังของเฮิร์ทผ่านการผสมผสานแนวคิด ปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวกับความหวัง และแนวคิดของคูฟอลท์และมาร์ทอคซิโอ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมหลายด้าน ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยตรง และเฮิร์ทได้ปรับมิติตามความหวังในแต่ละด้านเพื่อลดความซ้ำซ้อน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดความหวังของเฮิร์ทเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

## 2.2 องค์ประกอบของความหวัง

เฮิร์ท (Herth, 1991) ได้แบ่งองค์ประกอบของความหวังออกเป็น 3 ด้าน โดยการรวมมิติตามความหวังของคูฟอลท์และมาร์ทอคซิโอทั้ง 6 ด้านเข้าด้วยกัน ดังนี้

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) ประกอบด้วยมิติด้านสติปัญญาและเวลาเข้าด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคตอันใกล้หรือไกลจากขณะนี้
2. ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) ประกอบด้วยมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมเข้าด้วยกัน เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและ

พยายามกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนเพื่อบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (interconnectedness with self and others) ประกอบด้วยมิติด้านความผูกพันและบริบทของความผูกพันเข้าด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ระหว่างตน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนและระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

### 2.3 การพัฒนาเครื่องมือวัดความหวังของเฮิร์ท

เฮิร์ท (Herth, 1992) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบวัดความหวังในผู้ใหญ่ คือ Herth Hope Index (HHI) ซึ่งเป็นแบบวัดความหวังในงานวิจัยนี้ จากการศึกษาพัฒนาการของเครื่องมือนี้พบว่าเครื่องมือนี้ได้ดัดแปลงมาจาก Herth Hope Scale (HHS, 1985) ซึ่งเดิมสร้างจากกรอบแนวคิดความหวัง ของคูฟอลท์และมาร์ทอคซิโอ (Dufault and Martocchio's Model of Hope) อีกทอดหนึ่ง

การทดสอบ Herth Hope Scale (HHS) เริ่มแรกใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง จำนวน 20 คน ต่อมานำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.75 ตามลำดับ ต่อมาในงานวิจัยของเฮิร์ท (Herth, 1989) ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 120 คน พบมีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

จากการนำ Herth Hope Scale (HHS) ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง เฮิร์ทได้รับข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงให้เหลือข้อคำถาม 30 ข้อ และปรับการให้คะแนนใหม่ คะแนนรวมของ Herth Hope Scale (HHS) มีค่า 0 - 90 คะแนน และนำไปใช้กับงานวิจัยอีก 3 งานวิจัย ได้แก่ งานวิจัยแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่สุขภาพดี จำนวน 185 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 งานวิจัยที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 40 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และในงานวิจัยที่ 3 เฮิร์ท (Herth, 1990b) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นม่าย จำนวน 75 คน มีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในการศึกษาครั้งนี้ 0.95 แบบวัด Herth Hope Scale (HHS) ในระยะนี้ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (มิติด้านสติปัญญาและเวลา) ด้านที่ 2 ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (มิติด้านจิตใจและพฤติกรรม) และด้านที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (มิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อม)



ต่อมา Herth Hope Scale (HHS) ถูกพัฒนาและดัดแปลงมาเป็น Herth Hope Index (HHI) วัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อคำถามสั้น กระชับรัด ชัดเจน และนำไปใช้ได้ง่ายในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น Herth Hope Index (HHI) ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา โดยกลุ่มตัวอย่าง 6 คน ที่มีความหลากหลายทั้งระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และสถานภาพทางสังคม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยเรื้อรังเฉียบพลัน หรือเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของโรค และโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกจากหลากหลายสถาบันทั้งในโรงพยาบาล สถานพักฟื้นทางจิตวิญญาณ และหน่วยเยี่ยมบ้าน

การพัฒนาและประเมินผลการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric evaluation) ของ Herth Hope Index (HHI) ใช้กลุ่มตัวอย่าง 172 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยเจ็บป่วยเฉียบพลัน 70 คน เจ็บป่วยเรื้อรัง 71 คน และเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของโรค 31 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธนิคความตรงร่วมสมัยระหว่าง Herth Hope Index (HHI) กับ Herth Hope Scale (HHS) ( $r = 0.92$ ) แสดงถึงมีความสัมพันธ์กันสูง ความตรงตามโครงสร้าง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor Analysis Technique) พบว่า แบบวัดประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านความรู้สึกละเลยที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (มิติด้านสติปัญญาและเวลา) ด้านที่ 2 ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (มิติด้านจิตใจและพฤติกรรม) และด้านที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (มิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อม) ส่วนความตรงตามเนื้อหา Herth Hope Index (HHI) ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยและการวัดประเมินผล ซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก จำนวน 6 คน และผู้รับบริการจำนวน 6 คน Herth Hope Index (HHI) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปัจจัยละ 4 ข้อ มีค่าคะแนนรวมทั้งหมด 12 - 48 คะแนน

นอกจากนี้ งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของ Herth (Herth, 1990a) จำนวน 30 คน Herth นำ Herth Hope Index (HHI) ไปใช้ในงานวิจัยนี้ พบมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 ในงานวิจัย Herth (Herth, 1993) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการด้านสุขภาพและในชุมชน จำนวน 60 คน Herth ก็ได้ นำ Herth Hope Index (HHI) ไปใช้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 จะเห็นได้ว่า Herth Hope Index (HHI) เป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ ซึ่ง Herth (Herth, 1992) ได้สร้างแบบประเมินความหวังที่สร้างมาจากมิตินี้ของผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำแบบประเมินความหวังนี้มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ ได้แก่ มารยาท วงษาบุตร (2539) ได้นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา บำบัด ณ วัดพระบาท น้ำพุ จังหวัดลพบุรี ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.75 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 และจินทนา เตชะคฤห (2540) ซึ่งนำมาใช้กับผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับบริการที่คลินิกตรวจหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 และเรณูการ์ ทองคำรอด (2541) นำมา ใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 พบว่าเป็น แบบประเมินที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ แสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ดี อีกทั้ง ข้อคำถามยังสั้น จำนวนข้อไม่มาก มีความชัดเจน แบบวัดนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ใน งานวิจัยนี้

### 3. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับสภาพ ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการเจ็บปวด มีเลือดออก อ่อนเพลีย กลัวถูก รังเกียจ มีกลิ่นจากโรคมะเร็ง ความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวไม่สามารถมี เพศสัมพันธ์กับสามีได้อีก กลัวสามีจะไปมีภรรยาใหม่ กลัวรักษาไม่หาย กลัวตาย ซึ่งความรู้สึก เช่นนี้เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534) ซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่ คุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย จัดเป็นความเครียดที่รุนแรงมีผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป แม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะเป็นสถานการณ์ที่ทุกข์ทรมานและ โหดร้าย เจ็บปวดมากเพียงไร (Krumm, 1982) แต่สิ่งหนึ่งที่มักพบเสมอในผู้ป่วยมะเร็งก็คือความ หวัง (Taylor & Gideon, 1982) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอาจมีความหวัง ความรู้สึกสิ้นหวังสลับกัน ไป แม้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ยังอดหวังไม่ได้ เช่น หวังว่าจะหาย หวังมีคนค้นพบยาใหม่ ๆ ที่ได้ ผลมหัศจรรย์ แม้จะเป็นความสำเร็จในทางที่สุดท้ายก็ตามที (ทัศนาศูววรรณปะกรณ์, 2531) เคสเซลริง (Kesselring, 1986) ได้ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วย มะเร็งที่มีความหวังจะมีการประเมินอาการต่าง ๆ ของตนในทางบวก และมีการรับรู้ต่อสุขภาพ และอาการต่าง ๆ ของตนไปในทางที่ไม่รุนแรง มีพลังในการปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 1992) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวังสูง จะมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความหวัง จะเห็นได้ว่าความหวังในผู้ป่วยมะเร็งมี ผลดีต่อความรุนแรงของอาการ ซึ่งสอดคล้องกับราเลห์ (Raleigh, 1992) ที่ศึกษาปัจจัยทางด้าน ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่า การดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้นทำให้ ระดับความหวังลดลง โดโนแวนและเพียร์ซ (Donovan & Pierce, 1976 อ้างในทัศนาศูววรรณปะกรณ์, 2531) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนต้องมีไม่ว่าการ พยากรณ์โรคของเขาจะดีหรือร้าย และความหวังของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค ความ

หวังจะเพิ่มขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่นำไปในทางบวกและเกิดความกระตือรือร้นเกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ รวมทั้งการได้รับการดูแล การรักษาที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดี และการประคับประคองอารมณ์ (ละเอียด กักคิจิตต์, 2535) ดังนั้นจึงเปรียบได้ว่า “ความหวัง” เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็ง เนื่องจากความหวังเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการปรับตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ได้ (Rideout, 1986)

สรุปได้ว่าความหวังเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ว่าจะการพยากรณ์โรคจะดีหรือไม่ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวังในระดับสูงจะมีพฤติกรรมพร้อมรับกับความเครียดได้ดีกว่า ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประคับประคองทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่ทำให้ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการคงไว้หรือเสริมสร้างความหวังต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

### 3.1 แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวัง

ความรู้ความเข้าใจเรื่องของคุณสมบัติและมิติของความหวัง จะช่วยให้พยาบาลมีเหตุผลและมีแนวทางในการประเมินสภาพความหวังของผู้ป่วย และสามารถสนับสนุนและช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ความหวังของผู้ป่วยคงอยู่หรือเพิ่มขึ้นได้เป็นอย่างดี

ดูฟอลท์ (Dufault, 1985) ได้กล่าวถึงวิธีการส่งเสริมความหวังในมิติต่าง ๆ ได้แก่

มิติด้านอารมณ์ ความสนใจของพยาบาลต้องอยู่ที่อารมณ์ และความรู้สึกของบุคคลและครอบครัว เช่น ความวิตกกังวล กลัวและสงสัย ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะผ่อนคลายลงเมื่อได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

มิติด้านความคิด ความหวังของบุคคลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง พยาบาลสามารถใช้วิธีสนับสนุนความหวังโดยตรง หรือเตรียมพร้อมสำหรับความหวังที่จะเข้ามาแทนที่ซึ่งพยาบาลสามารถทำให้สำเร็จได้โดยให้ข้อมูลเพิ่มเติม แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด ใช้ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ตรงกับความหวังนั้นหรืออาจใช้ประสบการณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย

มิติด้านพฤติกรรม จุดที่ต้องสังเกต คือ การแสดงออกซึ่งจะสามารถบอกได้ถึงเป้าหมายของความหวัง และความเชื่อมั่นที่จะไปให้ถึงความสำเร็จ พยาบาลสามารถช่วยได้โดยให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองและพึ่งผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้มีความหวัง ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถของตนเองมากขึ้น ความรู้สึกสิ้นหวังก็จะน้อยลง

มิติด้านเวลา สิ่งที่ยาบาลต้องให้ความสนใจ คือ ประสบการณ์ของผู้ป่วยในอดีต ซึ่งจะ เป็นข้อมูลเพื่อให้รู้ถึงความหวังในปัจจุบัน และทำให้เข้าใจในเรื่องราวของความหวังมากขึ้น ทั้ง ในแง่ของการประสบความสำเร็จ และความล้มเหลวแล้วเชื่อมโยงระหว่างอดีตจนถึงความหวัง ใน ปัจจุบันและไปสู่ออนาคต ให้เกิดการรับรู้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง

มิติด้านสภาพการดำเนินชีวิต ยาบาลจะประเมินสภาพการดำเนินชีวิตส่วนที่มีอิทธิพล ต่อความหวัง และช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการตั้งเป้าหมายในชีวิต การวางแผนใหม่ การทำให้เกิดคุณค่าขึ้นมาใหม่และความคิดไตร่ตรองอย่างมีความหมายเกี่ยวกับความ ทุกข์ทรมานของชีวิต

บุญทิวา โพรธีเจริญ (2539) ได้เสนอวิธีการส่งเสริมความหวังโดยยกกรณีตัวอย่างดังนี้

การสนับสนุนความหวัง (กรณีที่มีแบบอย่างของความหวัง) คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลคนเดิมอย่างต่อเนื่อง
2. การอ่านบทสวดมนต์และภาวนา
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
4. การเล่าถึงสิ่งดี ๆ ในอดีต

การสนับสนุนความหวัง (กรณีที่มีความเกี่ยวข้องกับความหวัง) คือ

1. ให้การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
2. ให้การดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดี
3. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ
4. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการเผชิญกับความจริง และเสริมสร้างเป้าหมายในชีวิต

โซเคนและคาร์สัน (Soeken & Carson, 1987) เสนอแนวทางในการส่งเสริมความหวัง โดยเห็นว่าความหวังเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กับตนเอง และกับสิ่งแวดล้อม ความหวัง เป็นสิ่งที่ดีงามของการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลจะช่วยสนับสนุนความมั่นใจให้กับ ผู้ป่วยได้ และพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการรับฟังและหาแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหา และ ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความหวังขึ้น

ลักแมนและซอเรนเซน (Luckman & Soresen, 1980) เสนอแนวทางในการส่งเสริม ความหวังให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรคมะเร็ง ได้ดังนี้

1. การรับฟังผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกรายมักต้องการให้ผู้อื่นรับฟังเขาระบายความรู้สึก พยาบาลจึงควรรับฟังและคอยสังเกตอาการของผู้ป่วย โดยอาจใช้การซักถามร่วมไปด้วย เพื่อ ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2. การสอนผู้ป่วย คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และแหล่งที่จะติดต่อขอความช่วยเหลือได้ในยามจำเป็น

3. การช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจถึงกลวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

อุบล นิวัติชัย (2528) ได้สรุปวิธีการส่งเสริมความหวังและการปรับตัวไว้ดังนี้

1. การประเมินสภาพความหวังของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากพฤติกรรมที่จะบ่งบอกถึงความหวังและสิ้นหวัง

2. ค้นหาสาเหตุของความสิ้นหวัง โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของโครงสร้างของความหวังและปัจจัยร่วมอื่น ๆ

3. ปฏิบัติการพยาบาล หลังการประเมินสภาพบุคคลและวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง แล้วจึงให้การช่วยเหลือดังนี้

3.1 ตำรวจตัวผู้ให้การพยาบาล โดยการสำรวจทัศนคติ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ความเจ็บป่วยมีความหมายกับตนเองเพียงใด หรือความเชื่อเกี่ยวกับความตาย เป็นต้น หากพบว่าพยาบาลมีทัศนคติความเชื่อต่อความเจ็บป่วยในทางลบ ควรจะปรับและคงความหวังของตนไว้ เพื่อนำไปถ่ายทอดแก่ญาติและผู้ป่วยต่อไป แม้ในที่สุดผู้ป่วยจะถึงแก่ชีวิตก็ตาม

3.2 การเลือกเทคนิคการช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องเลือกใช้เทคนิคเกี่ยวกับการปรับอารมณ์และความคิดของบุคคล ให้คงความหวังไว้ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน โดยใช้วิธีการให้กำลังใจ ปลอบใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ การสอนวิธีช่วยเหลือตนเอง การชี้ให้เห็นอาการของตนเองที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ หรือการช่วยผู้ป่วยให้มีที่พึ่งทางใจ เป็นต้น

เฮิร์ท (Herth, 1990, 1992, 1993) ได้ศึกษาวิธีการคงไว้ / ส่งเสริมความหวังในมิติต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต คือ การสร้างเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและในอนาคต การคิด การพูดกับตนเองในทางบวก เช่น เราจะต้องเข้มแข็งเอาชนะโรคให้ได้ การวางแผนชีวิตล่วงหน้า เช่น ต่อไปจะทำอะไร การตั้งความหวังอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยการประเมินจากความเป็นจริงกับความหวังนั้น เช่น หวังว่าจะสามารถไปประกอบอาชีพเดิมได้อีกหลังจากออกจากโรงพยาบาล การยอมรับว่าความหวังในอนาคตอาจเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ไม่ได้ การทำให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยไม่รู้สึกลัวหรือท้อแท้ โดยยึดมั่นตามความเป็นจริงว่า “อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด”

2. ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง คือ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้น เช่น การฉายแสงจะทำให้อาการดีขึ้น ความมุ่งมั่นพยายามกระทำเพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล การมีส่วนร่วมในการรักษา การได้รับข้อมูล คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากแพทย์และพยาบาล การรู้จักแสวงหาวิธีช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ การสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น เขายังมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อลูก ๆ หลาน ๆ อยู่ หรือการได้ระลึกถึงความสุขความทรงจำที่ดีในอดีต เช่น ฉันเคยได้รับเลือกเป็นแม่ตัวอย่าง การมีความพร้อมที่จะกระทำบางสิ่งที่เหมาะสม

3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลในครอบครัว / เพื่อน การมีความผูกพัน การได้รับการเอาใจใส่ดูแล การได้รับการพยาบาลอย่างนุ่มนวล การได้กำลังใจ การได้รับการประคับประคองอารมณ์ การมีความเชื่อถือศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การทำบุญ การปฏิบัติตามศาสนพิธีต่าง ๆ การมีความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถในการพึ่งตนเองและดำรงบทบาทตามที่ตนคาดหวัง เช่น เป็นภรรยาที่ดี เป็นแม่ที่ดี วิธีการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้จะช่วยก่อให้เกิดการพัฒนาและเสริมสร้างความหวังขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ ซึ่งความหวังของผู้ป่วยมะเร็งสามารถกระทำได้หลายวิธีตามแนวคิดต่าง ๆ ในงานวิจัยนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1992) ซึ่งสรุปสาระในการสร้างความหวังใน 3 มิติ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การสร้างเป้าหมายในชีวิต
2. การคิด การพูดกับตนเองในทางบวก
3. การมีความกล้าหาญในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ
4. การสร้างความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเอง
5. การระลึกถึงความสุขความทรงจำที่ดีในอดีต
6. การมีความพร้อมที่จะกระทำบางสิ่งบางอย่าง
7. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
8. การให้และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น
9. การมีความเชื่อถือศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ

ฉะนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการหาแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความหวังขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและสร้างพลังใจ เพิ่มความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสมต่อไป

#### 4. กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

##### 4.1 แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัด มีด้วยกันหลายแนวคิด ทฤษฎีตามความเชื่อและจุดมุ่งหมายของผู้นำกลุ่มแต่ละคน แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาและประโยชน์กับผู้นำกลุ่มในการนำวิธีการต่าง ๆ ในแต่ละแนวคิดไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามแต่ละสถานการณ์ (Marram, 1978)

แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่นิยมใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด มีความแตกต่างกันในแต่ละแนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) มุ่งแก้ไขความขัดแย้งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการถดถอยของจิตใจ (regression) ไปสู่วัยต้นของชีวิตที่มีปัญหา ทำให้ความขัดแย้งเดิมที่ถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกกลับขึ้นมาสู่จิตสำนึก 2) แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในอดีต การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกกลุ่ม ก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกร่วมกัน เห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกันที่จะลดพฤติกรรมนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Peplau, 1952 cited in Lego, 1998) 3) แนวคิดทฤษฎีเอ็กซิสเทินเชียล (Existential theory) 4) แนวคิดทฤษฎีเกสตัลท์ (Gestalt theory) ซึ่งเห็นว่า บุคคลมีอิสระเสรีในตนเอง มีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ธรรมชาติของการตระหนักรู้และเข้าใจตนเองจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลตระหนักรู้ในภาวะ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) ถ้าบุคคลรู้ว่าอะไรคือปัญหา ไม่ใช่ทำไมจึงเกิดปัญหา ในขณะเดียวกันเมื่อบุคคลสนใจว่าอะไรเกิดขึ้น เขากำลังทำอะไรในการแก้ปัญหานั้น ๆ บุคคลจะไม่ลงโทษหรือปฏิเสธสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะสนใจแต่ในภาวะปัจจุบันและตระหนักมากขึ้นในทางเลือกที่จะแก้ไขปัญห ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และ 5) แนวคิดทฤษฎียาลอม (Yalom's theory) เน้นว่า ปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก หรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่ม โดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็น

อันหนึ่งอันเดียวกัน และการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่สามารถช่วยเหลือให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

แนวคิดทฤษฎีกลุ่มของยาลอมนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกชนิดของกลุ่มบำบัดและนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยฝ่ายกาย ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีอาการเฉียบพลันซึ่งเหมาะสมทั้งผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาล อกาพิตัส (Agapetus, 1994) ได้นำทฤษฎีของยาลอมไปใช้ในการทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชนอก โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่ถูกต้อง พบว่า ปัจจัยบำบัดที่มีความสำคัญที่สุดที่พบในการทำกลุ่มคือ การมีความหวังมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวาคอนและลืออล (Vachon & Lyall, 1976 cited in Benioff & Virogradov, 1993) ได้ทำกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวคิดของยาลอม พบว่า กลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความหวังขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าว แนวคิดทฤษฎีของยาลอมเป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ได้ดีกับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ หลากหลาย จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อให้เกิดความหวังขึ้น

#### 4.2 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง

กลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองเป็นการบำบัดรักษาแบบหนึ่ง ซึ่งยาลอม (Yalom, 1995) ได้ให้ความหมายกลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองดังนี้

กลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองเป็นการบำบัดรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการของจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประทับประคองบุคคลที่มีทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา



### 4.3 แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของยาลอม

ยาลอม (Yalom, 1995) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก งานของผู้รักษาในกลุ่มก็คือ ช่วยให้คนไข้ได้เรียนรู้ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ที่บิดเบือนไปไม่ถูกต้อง และสร้างปัญหาให้แก่คนไข้เองและบุคคลที่เขาเกี่ยวข้องกับแล้วช่วยเหลือให้คนไข้หาทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์ในกลุ่มเป็นเครื่องมือ การเข้ากลุ่มนั้นเปรียบเสมือนเข้าสังคมจำลอง (social microcosm) คือ ถ้าให้เวลานานพอ คนไข้จะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับที่เขาเคยทำในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่เขามีต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง (interpersonal maladaptive behavior) ก็จะปรากฏออกมาให้เห็นชัดเจนในกลุ่ม พฤติกรรมของคนไข้ที่แสดงให้เราเห็นนี้เป็น “ตัวอย่าง” ของพฤติกรรมทั้งหมดของคนไข้ และจะเห็นในกลุ่มชัดเจนกว่าการทำจิตบำบัดรายบุคคล เพราะว่าคนไข้สามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงของคนไข้ได้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” คือ สนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในกลุ่ม ถ้ามีการพูดถึงเรื่อง “ภายนอกกลุ่ม” ก็จะต้องดึงเรื่องให้กลับมาสู่ “ภายในกลุ่ม” ให้ได้ นอกจากนี้การให้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ยังมีผลแรงให้ปัจจัยบำบัดหรือปัจจัยการรักษา (Therapeutic factors) อื่น ๆ ให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

#### 4.3.1 ปัจจัยบำบัด

ปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1975, 1995) เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การรักษาได้ผลดี ปัจจัยบำบัดจะค่อย ๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อม ๆ กันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาและชนิดของผู้ป่วย ซึ่งยาลอม (Yalom, 1975, 1995) ได้สรุปปัจจัยบำบัดไว้ดังนี้

1. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

2. การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

3. การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

4. การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้ เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

5. การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูล ที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

6. การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

7. การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10. การรู้สึกรมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลง หรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข

#### 4.3.2 คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม

ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (Group Therapist) คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทำกลุ่มผู้ป่วยในมากที่สุด คือ พยาบาลจิตเวช ส่วนจิตแพทย์ทำกลุ่มน้อยที่สุด ซึ่งคุณสมบัติผู้นำบำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และมีการฝึกหัดจากโรงเรียนวิชาชีพหรือสถาบันที่หลักสูตรได้บรรจุเรื่องกลุ่มบำบัดไว้ที่มีการเรียนการสอนในชั้นเรียน และมีการฝึกปฏิบัติ การสอนภาคปฏิบัติจะต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่มและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด ยาลอม (Yalom, 1995) เสนอว่าผู้นำบำบัดควรมีประสบการณ์ในการฝึกฝนการทำกลุ่มมาก่อน โดยการฝึกฝนต้องเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มบำบัด เช่น เป็นผู้สังเกตการณ์ และต้องมีความรู้ทางทฤษฎีมาก่อน ผู้นำบำบัดต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในการจัดการกับกลุ่ม และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้นเปิดกลุ่มจนถึงปิดกลุ่มได้ โดยเริ่มฝึกจากกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมาก่อน โดยต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและมีผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดกลุ่มเป็นผู้นิเทศอย่างใกล้ชิด และการทำกลุ่มที่ผู้นำบำบัดไม่ได้รับการเรียนรู้และไม่ได้ฝึกฝนมาก่อน จะทำให้วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัดผิดไปจากที่ต้องการ และทำให้กลุ่มไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร เพราะผู้นำบำบัดกลุ่มขาดคุณสมบัติในการทำกลุ่ม

### 4.3.3 หน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่ง ในการที่จะดำเนินกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งยาโลม (Yalom, 1995) ได้กล่าวถึงหน้าที่หลักและเทคนิคสำคัญของผู้นำกลุ่มไว้ 3 เรื่อง ดังนี้

1. การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) ในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มจะดำเนินการกลุ่มดังนี้

1.1 คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ มีความตั้งใจและเต็มใจในการบำบัดตามเกณฑ์ลักษณะที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ

1.2 รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกได้พูด ได้มีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขตและเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดร่วมกันไว้ ซึ่งในระยะแรกนี้ สมาชิกแต่ละคนจะไม่รู้จักกัน ผู้นำกลุ่มต้องทำหน้าที่สื่อสารภายในกลุ่ม แนะนำสมาชิกกลุ่มให้รู้จักกัน และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ที่มาอยู่ร่วมกันในแบบเดียวกัน

1.3 กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็น และเสริมสร้างกำลังใจแก่สมาชิกคนอื่น ๆ ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มได้มีพัฒนาการที่ดี การที่สมาชิกได้พูดได้เสนอแนะ จะทำให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง และมีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

2. การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building) วิธีการที่ผู้นำกลุ่มจะสร้างบรรทัดฐานของกลุ่มให้เกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยบทบาทและวิธีการดำเนินกลุ่มดังนี้

2.1 บทบาทในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้นำกลุ่มควรจะเป็นผู้ที่รอบรู้เข้าใจเทคนิคของการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและแนะนำกลุ่มในช่วงแรก ๆ ให้ร่วมกำหนดกฎเกณฑ์ระเบียบต่าง ๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิกร่วมทำความตกลงกัน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะนำกลุ่มไปในทิศทางที่เหมาะสม

2.2 บทบาทในฐานะเป็นตัวแบบในการปฏิสัมพันธ์ ผู้นำกลุ่มจะเป็นตัวแบบในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ลอกเลียนแบบจากความใกล้ชิดและความเชื่อถือไว้วางใจ ผู้นำกลุ่มอาจแสดงบทบาทของการเปิดเผยตนเองในกลุ่ม ยอมรับฟังสมาชิก

คนอื่น ๆ ไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็นและให้ความช่วยเหลือในกลุ่ม เพื่อแสดงเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้ลอกเลียน

3. การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น (activation and process illumination) ในการนำกลุ่มการบำบัด ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ในปัจจุบันที่เกิดขึ้นขณะนั้น เวลานั้น หรือใช้แนวคิด “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อตนเอง และต่อบุคคลอื่นขณะที่อยู่ในกลุ่มมากกว่า เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น ได้แก่ วิธีการดังนี้

3.1 คึงความรู้สึกของสมาชิกให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มขณะนั้น ให้ขึ้นมาประจักษ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ทำจิตใจให้แน่วแน่อยู่ในกลุ่มในเหตุการณ์ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) สมาชิกก็จะมี การพูดจาปฏิสัมพันธ์กัน ให้ข้อคิดเห็น ข้อวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน มีการเปิดเผยตัวเองต่อกัน มีการเอื้ออำนวยกลุ่มให้ดำเนินไปด้วยดี คำนึงถึงความมีส่วนร่วมของสมาชิกแต่ละคนและผู้นำกลุ่ม

3.2 นำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้เรียนรู้อะไรบ้างจากเหตุการณ์และปัญหานั้น มีความตระหนักรู้ในเหตุการณ์และปัญหานี้อย่างไร อาจถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างจากเหตุการณ์นี้ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และสะท้อนกลับมาที่ตัวเราเองได้อย่างไร มีผลอะไร ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่งยาลอมเรียกสิ่งนี้ว่า ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง (self reflecting loop)

#### 4.3.4 พัฒนาการกลุ่ม

จากแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเอง แจ่มกฏกติกา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกัน เพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่ม สร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่ สมาชิกทดสอบผู้นำกลุ่ม ความล้มเหลวของสมาชิกกลุ่ม ความสงสัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายของการรักษา โดยมักพบว่าสมาชิกกลุ่มจะมุ่งสนทนากับผู้นำกลุ่ม ต้องการคำตอบและการยอมรับจากผู้นำกลุ่ม โดยมีการยึดผู้นำกลุ่มเป็นศูนย์กลาง เพื่อแสวงหาคำพูดชมเชยจากผู้นำกลุ่มมากกว่าที่จะสนทนาร่วมกันภายในกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องระมัดระวังคำพูดในการวิพากษ์วิจารณ์ที่ปรารภและไม่พึงปรารภของกลุ่ม

2. ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจและแก้ไขเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป เช่น ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก และสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม อันเนื่องมาจากความต้องการมีอำนาจ ต้องการที่จะควบคุมและครอบงำกลุ่มของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรืออาจมาจากความไม่เข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และความแตกต่างในข้อปฏิบัติทางศาสนา ธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม กลุ่มอาจจะมีการรวมพลังเพื่อต่อรองผู้นำกลุ่มหรือเรียกร้องให้ได้มาซึ่งอำนาจ

ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม อยู่ในสาระของการทำกลุ่ม เข้าใจกลไกทางจิตของบุคคล (defense mechanism) หาทางป้องกันตัวเองจากการถูกคุกคามที่เกิดภายในกลุ่ม หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มให้ได้ แล้วชี้แจงให้กลุ่มทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ในขณะนั้นได้อย่างถูกต้องและตรงกัน ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความเป็นส่วนบุคคลและสิทธิของบุคคล และอาจต้องมีการทบทวนถึงกฎกติกา วัตถุประสงค์ในช่วงนี้ด้วย จึงจำเป็นที่ผู้นำกลุ่มต้องรู้จักควบคุมตนเองและระงับสติอารมณ์เมื่อรู้สึกโกรธ เพื่อป้องกันความขัดแย้งกับกลุ่ม และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3. ระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) ในระยะนี้สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมาย ประชาคมติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยมักจะพูดถึงเหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษา บอกเรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อน อันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน

ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็น คือ ผูกพันเป็นหนึ่งเดียวในระดับพอดี ความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้งหรือมากเกินไป แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์ และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิตต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุดตามความเหมาะสม ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

#### 4.3.5 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มต้องคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะดังนี้

1. มีความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
2. มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
3. มีความสามารถแยกบทบาทต่อตนเองและผู้อื่นได้

ซึ่งยาลอม (Yalom, 1995) ได้แนะนำว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือทำให้กลุ่มสับสนตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับ

1. ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเอง เช่น สนใจ และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม การให้ความร่วมมือในขณะที่ทำกลุ่ม
2. สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้ากลุ่ม เช่น การแจ้งให้ทราบ วัน เวลา สถานที่ วัตถุประสงค์ของการที่ต้องเข้าร่วมกลุ่ม

#### 4.3.6 ระยะเวลาของการบำบัด

ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มจิตบำบัดแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งยาลอม (Yalom, 1995) แนะนำว่าควรจัดกลุ่มให้มากที่สุด เช่น ทำทุกวันถ้าทำได้คนไข้จะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มมีความมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม

#### 4.3.7 ขนาดของกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มการบำบัดจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่มด้วย ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 6 - 10 คน สมาชิกกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง แล้วถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ฉะนั้นควรมีการจำกัดจำนวนสมาชิกกลุ่มไว้ไม่เกิน 10 คน

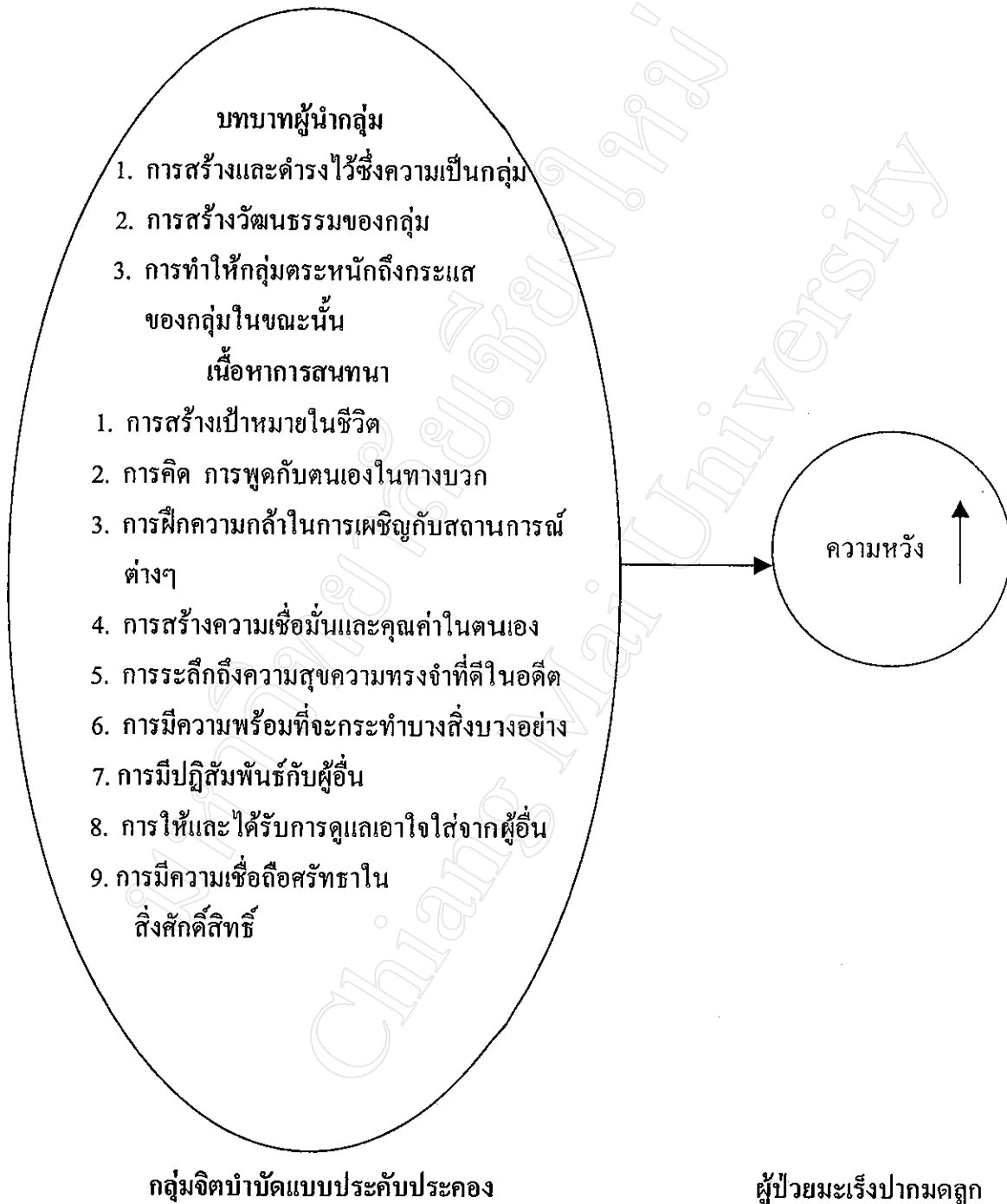
สรุป กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของยาโลม (Yalom, 1995) เป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทราใจ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น มีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ซึ่งเน้นหน้าที่และเทคนิคของผู้บำบัด 3 ลักษณะ คือ 1) การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2) การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม 3) การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้นและดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะคือ 1. ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม 2. ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม 3. ระยะยุติกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที การมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการฝึกกำลังกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิดไปในทางที่ดีขึ้น

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ทำให้ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเปลี่ยนแปลงไป บุคคลจำเป็นจะต้องมีความพร้อมในการตอบสนองภาวะเครียดหรือคงไว้/ส่งเสริมการมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ เพราะความหวังเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันกาเบี่ยงเบนของสุขภาพจิตและสุขภาพกาย (Miller, 1985) การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้คงไว้ซึ่งความหวังสามารถทำได้ด้วยวิธีการของกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของยาโลม (Yalom, 1995) โดยอาศัยกระบวนการของกลุ่มซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่หลัก 3 ประการคือ 1. การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2. การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม 3. การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มในขณะนั้น และดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่ม การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาที่



คล้ายคลึงกันของสมาชิกในกลุ่ม การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กัน ในประเด็นการสนทนาในสาระที่เกี่ยวข้องกับความหวังตามแนวคิดการพัฒนาความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) ได้แก่ การสร้างเป้าหมายในชีวิต การพูดกับตนเองในทางบวก การสร้างความเชื่อมั่นและคุณค่าให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การระลึกถึงความสุข ความทรงจำที่ดีในอดีต การมีความพร้อมที่จะกระทำบางสิ่งบางอย่าง การให้และได้รับการดูแล เอาใจใส่จากผู้อื่น การมีความเชื่อถือ ศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การปฏิสัมพันธ์กัน สนับสนุนในเกิดการประคับประคองซึ่งกันและกันในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัด เกิดการผูกพันกันระหว่างสมาชิก ยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดพัฒนาการของกลุ่มที่ดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่เข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเกิดความหวังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995)