



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียด แล้วกำหนดหัวข้อตามลำดับดังนี้ คือ ภาพลักษณ์ โรคมะเร็งเต้านม และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาพลักษณ์

เมอเรย์ (Murray 1972 : 594-595) กล่าวว่า "ภาพลักษณ์" คือความรู้สึกที่มีอยู่ในใจของบุคคลที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ภาพลักษณ์ถูกสร้างขึ้นมาจากการผสมผสานความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยระบบประสาทส่วนกลาง ภาพลักษณ์นั้นไม่ใช่เพียงการรับรู้ของบุคคลต่อตัวเขาเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึง การตีความหมายของปฏิกริยาของผู้อื่น หรือของสังคมที่มีต่อตัวเขาควย ตลอดจนความสัมพันธ์หรือการตีค่าของสิ่งแวดล้อมรอบตัว เขาควย ไตไก่ เสื้อผ้า เครื่องประดับ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของบุคคลควย

กรันต์แมน (Gruendemann 1975 : 636) กล่าวถึง "ภาพลักษณ์" ไว้ว่าเป็น มโนทัศน์หรือความรู้สึก การรับรู้ต่อความเป็นจริงทั้งระดับรู้สึกและโรสติ ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับ รูปร่างที่ปรากฏออกมาภายนอก ความรู้สึกภายใน และปฏิกริยาของบุคคลสำคัญในชีวิตที่มีต่อตนเอง โดยธรรมชาติแล้วภาพลักษณ์ก็อาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การได้รับบาดเจ็บ หรือการผ่าตัด เป็นต้น แต่ภายในขอบเขตที่บุคคลยอมรับได้เท่านั้น

ชอร์เอ็นเบิร์ก (Schoenberg 1979 :88) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "ภาพลักษณ์" ไว้ว่า ภาพลักษณ์เป็นความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลต่อตนเอง ภาพลักษณ์พัฒนาการมาจากทัศนคติของครอบครัว และวัฒนธรรม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความสัมพันธขององค์ประกอบต่าง ๆ ของร่างกาย

ลักแมนน์ และโซเรนเซ่น (Luckmann and Sorensen 1980 : 378) กล่าวว่าบุคคลจะเริ่มสร้างภาพลักษณ์ของคนขึ้นมาตั้งแต่วัยเด็ก ภาพลักษณ์เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง คือ รูปร่างที่ปรากฏออกมาภายนอก ความรู้สึกภายใน ปฏิกริยาของบุคคลสำคัญในชีวิต และค่านิยม และการไหล่คอส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งแตกต่างกัน เช่น ในเพศหญิง จะรู้สึกว่เต้านมมีความหมายมากกว่าขา

ยูทาพิน กิรโพธิ์งาม (พ.ศ. 2527) ให้ความหมายไว้ว่า "ภาพลักษณ์" คือ ภาพในจิตใจของบุคคลที่มีต่อร่างกายของตน เกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะการทำหน้าที่ และศักยภาพของร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การรับรู้ และประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ ตลอดจนปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (พ.ศ. 2525) กล่าวว่า "ภาพลักษณ์" คือความรู้สึกและทัศนคติที่บุคคลมีต่อรูปร่างลักษณะของตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น หรือเป็นภาพพจน์ที่บุคคลนึกเกิดขึ้นจากการมองรูปร่างลักษณะของตน จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา และผลจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง จะทำให้ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปควย

ดังนั้นจึงพอจะสรุปความหมายของ "ภาพลักษณ์" ได้ว่า หมายถึงภาพภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง ผ่านการผสมผสานความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของบุคคล นอกจากนี้พัฒนาการของภาพลักษณ์ยังขึ้นอยู่กับความรู้สึก การรับรู้ ของบุคคลที่มีต่อรูปร่างของตนที่ปรากฏออกมาภายนอก สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประสบการณ์ที่ได้รับ และความผูกพันกับสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ

การพัฒนาของภาพลักษณ์ องค์ประกอบที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของบุคคลก็คือ การเจริญเติบโต หรือพัฒนาการของบุคคลนั่นเอง บุคคลจะเริ่มพัฒนาภาพลักษณ์มาตั้งแต่ระยะทารกแรกเกิด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามการตอบสนองที่ได้รับ เพื่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากการตอบสนองเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมเด็กก็จะมีการพัฒนาภาพลักษณ์ที่ถูกต้องซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการสร้างบุคลิกภาพของเขาในการพัฒนาการช่วงต่อ ๆ ไปควย

วัยรุ่นเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงปรากฏให้เห็นอย่างรวดเร็ว และมากมายหลายอย่าง วัยรุ่นจะใช้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งปฏิกริยาที่ได้รับจากบุคคลอื่น ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลง

เพลงของตน เป็นเครื่องประเมินค่าตัวเอง ผสมผสานออกมาเป็นภาพลักษณ์ บุคคลที่มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาการภาพลักษณ์ของวัยรุ่นก็คือ กลุ่มเพื่อน และจะเป็นต่างกันในพื้นที่ต่างกัน ถ้าบุคคลใดที่พัฒนาการของภาพลักษณ์เป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริงมาโดยตลอดตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่น ก็จะเป็นพื้นฐานให้พัฒนาไปสู่ภาพลักษณ์ที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ (Mature Body Image) ในวัยผู้ใหญ่โต ซึ่งเป็นผลดีต่อการดำเนินชีวิต มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม มีความพึงพอใจในชีวิต

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือช่วงอายุระหว่าง 18-45 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางเพศอย่างสมบูรณ์ ต้องการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง มีการยอมรับกัน ประคับประคองกัน ช่วยเหลือกัน สนใจเอาใจใส่กัน ผู้หญิงจะเน้นเรื่องของความสวยงามของรูปร่าง โดยเฉพาะส่วนที่ปรากฏออกมาภายนอก ส่วนผู้ชายจะเน้นความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกที่มีส่วนสำคัญต่อภาพลักษณ์ของบุคคลในวัยนี้ก็คือ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง นอกจากนั้นแล้ว ชีวิตการทำงานก็ยังมีส่วนสำคัญต่อภาพลักษณ์ของบุคคลในวัยนี้ด้วย

เมื่อถึงวัยกลางคน คือช่วงอายุระหว่าง 45-65 ปี สภาพร่างกายทั้งของผู้หญิงและผู้ชาย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในสภาพที่เสื่อมถอยลง ทำให้บุคคลบางคนเกิดความวิตกกังวล ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ และพยายามค้นหาวิธีการที่จะหยุดยั้งการเปลี่ยนแปลงหรือปิดบังอำพรางไว้ ซึ่งอาจทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง ภาพลักษณ์ก็จะไม่ได้รับการพัฒนาไปสู่ระดับวุฒิภาวะสมบูรณ์ เพราะเชื่อกันว่า การยอมรับรูปร่างที่ปรากฏออกมาภายนอกตามความเป็นจริง จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ

แต่ถึงแม้ว่าสภาพร่างกายจะเสื่อมถอยลงก็ตาม บุคคลก็สามารถทำให้ตนรู้สึกถึงศักดิ์ศรีในตนเอง มีความพึงพอใจในแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้ด้วยความรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตนั้นมีความสำคัญมิได้อยู่ที่ควรรับผิดชอบชีวิตตนเองเท่านั้น แต่ยังต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่นด้วย ทั้งทางตรง เช่น ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว บำรุงเลี้ยงดูบุตรให้เป็นคนดี เป็นคน และโดยทางอ้อม คือรับผิดชอบต่อสังคม จากการมีอาชีพที่ดี และความสามารถในการรักษา หรือคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ปกติ และเหมาะสมระหว่างผู้ร่วมงาน และครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลยอมรับตนเองพัฒนาภาพลักษณ์ไปสู่ระดับวุฒิภาวะสมบูรณ์ได้ นั่นก็คือ ความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน และชีวิตในครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนในทางที่เหมาะสม

วัยสูงอายุ คือช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่สภาพร่างกายโดยทั่ว ๆ ไปเสื่อมด้อยลงอย่างเห็นได้ชัด สมรรถภาพร่างกายเสื่อมลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ ต้องพึ่งผู้อื่น รู้สึกเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการสูญเสียชีวิต สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกเกลียดชังตนเอง ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะไปในทางลบได้ทั้งสิ้น

ดังนั้น บุคคลจะมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองอยู่ในระดับวุฒิภาวะสมบูรณ์ได้นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับ การปรับความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลตามการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการของร่างกายซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ลักษณะการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความผูกพันกับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้รับยังเป็นเครื่องกำหนดทิศทางของภาพลักษณ์ของบุคคลอีกแรงหนึ่งด้วย

โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม หมายถึงโรคที่เกิดจากเซลล์ของเต้านมที่มีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติโดยไม่หยุดยั้ง และขยายตัวออกไปเรื่อย ๆ แล้วรวมตัวกันจนเกิดเป็นก้อนแข็งที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของเต้านม และแพร่กระจายไปตามท่อน้ำเหลืองไคร้แรก กระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

มะเร็งเต้านมพบในเพศหญิงได้ถึงร้อยละ 99 (Eddy 1980 :13 และโพรัช เทพมงคล 2524:436) และพบได้ในอัตราสูง ในจำนวนโรคมะเร็งในเพศหญิง ในประเทศอังกฤษ และเวลส์ และประเทศสหรัฐอเมริกา พบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับแรก ซึ่งโดยมากจะพบในชาวผิวขาวมากกว่าผิวดำ สำหรับประเทศอังกฤษและเวลส์ อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงคือ ประชากรแสนคน ในปี ค.ศ. 1977 พบ 85.6 คน และในปี ค.ศ. 1978 พบ 85.2 คน ประเทศสหรัฐอเมริกา อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงถึงปีละ 100,000 คน หรือทุก 1 ใน 13-14 คน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งพบในอัตราที่สูงกว่ามะเร็งอวัยวะอื่น ๆ (Eddy 1980:13 and Glucksberg and Singer 1978 : 279) สำหรับประเทศไทยนั้น จากสถิติสถาบันมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช พบว่าในจำนวนโรคมะเร็งในเพศหญิงนั้น พบมะเร็งเต้านมอยเป็นอันดับที่ 3 (โพรัช เทพมงคล 2524:435) และจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 เป็นต้นมาพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 2 มาโดยตลอด (ฝ่ายสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2528) ซึ่งมักพบในวัยที่เป็นกำลังสำคัญ หรือมีบทบาทสำคัญของครอบครัว คือพบมากในช่วงอายุ 20-60 ปี (โพรัช เทพมงคล 2526:66) หรือร้อยละ 85 ของ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 67 จะมีอายุมากกว่า 50 ปี และ ร้อยละ 1.5 จะมีอายุต่ำกว่า 30 ปี นั่นคือสตรีที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีโอกาสเป็น มะเร็งเต้านมสูงขึ้นเรื่อย ๆ (อาคม เขียรศิลป์ 2528:39)

ก. สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม

ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน คงทราบแต่เหตุส่งเสริมหรือสนับสนุนที่รวบรวมจาก การศึกษาทางระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม และการวิจัยทางห้องทดลองรวมทั้งคลินิก ทว่าจะ สรุปได้ดังนี้ (กิติ จินตาวิจักษณ์ 2528:2-3 และอาคม เขียรศิลป์ 2528:40-41)

1. กรรมพันธุ์ พบว่าสตรีที่มีประวัติในครอบครัวที่ แม่ พี่สาว หรือน้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม มีโอกาสเป็นถึง 4 เท่า ถ้าสตรีในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมในระยะก่อน ประจำเดือนหมด โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีในครอบครัวเดียวกันจะมีสูงถึง 3 เท่า แต่ถ้าเป็นในระยะประจำเดือนหมดจะมีโอกาสเป็น 1.5 เท่า หากสตรีในครอบครัวเป็นมะเร็ง เต้านมทั้งสองข้าง และเป็นระยะก่อนหมดประจำเดือน สตรีในครอบครัวจะมีโอกาสเป็นถึง 8.8 เท่า แต่ถ้าเป็นระยะหมดประจำเดือนจะมีโอกาสเป็น 4 เท่า และสตรีพวกนี้จะมีโอกาส เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 50

2. เกี่ยวกับฮอร์โมน ฮอร์โมนมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งเต้านม โดยพบว่า

2.1 สตรีที่เคยทำการผ่าตัดรังไข่ก่อนอายุ 37 ปี พบว่าอัตราการ เกิดมะเร็งเต้านมลดลงได้ถึง 3 เท่า

2.2 ในสตรีที่ระยะการมีประจำเดือนยาวนานกว่าปกติ กล่าวคือ มีนานกว่า 30 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีอื่น ๆ กล่าวคือ มีโอกาสเป็น 1.3 เท่า ของสตรีอื่น ๆ ถ้าประจำเดือนเริ่มก่อนอายุ 12 ปี จะมีโอกาสเป็น 1.5 เท่า แต่ถ้าประจำเดือนหมดหลังอายุ 50 ปี หรือมากกว่า จะมีโอกาสเป็น 1.5 เท่า หรือมากกว่า

2.3 การใช้ยาคุมกำเนิดไม่พบว่า เป็นเหตุให้เกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น

2.4 การให้เอสโตรเจน (Estrogen) ในการรักษาสตรีวัยหมด ประจำเดือน อาจจะทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น

3. การตั้งครรภ์ และการมีบุตร พบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม มี

ความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์หรือการมีบุตร ดังนี้

3.1 ผู้ที่ไม่มีบุตรจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้ที่มียุติถึง 2-3 เท่า เช่น กลุ่มนางชี, สตรีที่เป็นหมัน

3.2 การมีบุตรตั้งแต่อายุน้อย ๆ กล่าวคือ ก่อนอายุ 18 ปี สามารถลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้ถึง 3 เท่า

3.3 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จะแปรผกผันกับโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม คือ ถ้าตั้งครรภ์บ่อยครั้ง โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมจะลดลง ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ยังไม่ได้มีการพิสูจน์ว่าจะมีผลต่อการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม

3.4 สตรีโสดมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่า ของสตรีที่ผ่านการแต่งงานมาแล้ว

4. สตรีที่มีประวัติของมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาก่อน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งสูงถึง 5 เท่า ของสตรีทั่วไป

5. การมีก้อนเนื้อที่ไม่ร้ายแรงที่เต้านม จากการศึกษาทางคลินิก และทางสถิติพบว่าพวกที่มีถุงน้ำ (Cyst) อาจถือเป็นเหตุส่งเสริม เพราะวาลูบติการณของมะเร็งเต้านมในพวกที่มีถุงน้ำนั้นจะมีมากเป็น 2 เท่า ของสตรีทั่วไป ปัจจุบันนี้ยังไม่มียุติคผลใดพิสูจน์ได้ว่าถุงน้ำที่เต้านมเป็นการเริ่มแรกของการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง

6. การกระทบกระเทือนเต้านมบ่อย ๆ หรือการบาดเจ็บของเต้านม ทำให้มีการเน่าตายของไขมัน อาจทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้ การระคายเคืองเรื้อรัง จากการฉีดหรือใส่สารแปลกปลอมเข้าไปในเต้านม ก็ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน

7. ไวรัสเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็ง ในสัตว์ทดลอง พบว่า ไวรัส ชื่อ เอ็ม ที วี (MTV = Mammary Tissue Virus) มีบทบาทที่สำคัญมากในการทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม ปัจจุบันนี้ยังไม่พบวามีการติดต่อไวรัสชนิดนี้ในมนุษย์

8. การได้รับหรือสัมผัสรังสี โดยเฉพาะเมื่อมีการอักเสบของเต้านมหลังคลอด อาจจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้

9. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ยังไม่มียุติคสำคัญทางสถิติ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง, คอมพิวเตอร์ทำงานน้อยกว่าปกติ สตรีที่มียุติความเป็นอยู่ดี สุขสบาย

ข. การดำเนินโรคและการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม

(อาคม เขียรศิลป์ 2528:41-42)

เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโรคของมะเร็งเต้านมค่อนข้างจะยาวนาน ดังนั้นจึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรัง โดยเริ่มจากเซลล์หนึ่งเซลล์กลายเป็นมะเร็งต่อมา มีการแบ่งตัวเพิ่มขนาดเป็น 2 เท่า ของขนาดเดิม (Successive Doubling) เพื่อให้มีขนาดโตขึ้น และต้องใช้เวลานานถึง 7-8 ปี จึงจะมีขนาดโตที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม.

มะเร็งเต้านมได้มีการแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง และตามกระแสเลือด ต่อมาน้ำเหลืองทำหน้าที่เป็นโรงกรองโรงใหญ่ที่จะกักกันเซลล์มะเร็งที่หลุดออกไปจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิ เมื่อผ่านโรงกรองที่บริเวณรักแร้ เซลล์มะเร็งมักจะไปฝังตัวที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า แล้วจะเข้าไปสู่กระแสเลือดดำ นอกจากนี้เมื่อมีกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เซลล์มะเร็งมักจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองซึ่งอยู่ที่ช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2 และ 3 (Internal Mammary Nodes) จากบริเวณนั้นจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเมดิแอสติเนียม (Mediastinum) การแพร่กระจายไปตามกระแสเลือดมักจะไปที่อวัยวะหรือระบบอื่น ๆ เช่น ระบบกระดูก ปอด ตับ และสมอง ทางคลินิกมักจะพบว่ามะเร็งเต้านมจะมีการกระจายไปที่กระดูกบริเวณกระดูกสันหลัง และเชิงกรานมากที่สุด โดยที่ไม่มีกระจายไปที่ปอดรวมด้วย บางครั้งการกระจายของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นโดยผ่านออกไปจากผนังของทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม ทำให้เกิดการฝังตัวของเซลล์มะเร็งไปที่ทั่วร่างกายได้ รวมทั้งที่เยื่อหุ้มปอดและเนื้อปอด ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่ามะเร็งเต้านมมักจะกระจายไปแล้วมากกว่าที่จะอยู่เฉพาะที่ เมื่อวินิจฉัยโรคได้ แม้ว่าการกระจายของเซลล์มะเร็งดังกล่าวยังคงตรวจหาไม่ได้ก็ตาม การเลี้ยงต่อการมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือกระแสเลือดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมปฐมภูมิ และจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ให้ผลบวกต่อเซลล์มะเร็งเต้านม (Node positive)

ค. อาการ และอาการแสดง (อาคม เขียรศิลป์ 2528:42-43)

1. มีก้อนแข็งในเต้านม ในระยะแรก ๆ จะไม่มีอาการเจ็บปวด เคลื่อนไหวได้ ซึ่งในระยะนี้วินิจฉัยได้ลำบาก นอกจากตัวผู้ป่วยเองคลำก้อนได้แล้วมาปรึกษาแพทย์ ซึ่งถ้าเป็นอายุน้อยน่าจะเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดามากกว่า เนื้องอกธรรมดา มักจะคลำได้ก่อนเรียบ

ขอบเขตชัดเจน อาจมีลักษณะเหมือนถุงน้ำ และมักจะพบในคนอายุน้อย

2. เมื่อเป็นมานาน ก่อนจะโตขึ้น คล้ำหรือมองเห็นได้ชัดเจน เริ่มจะยึดแน่นกับที่ หรือมีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมใหญ่ลงไปจากการดึงรั้งของเส้นเอ็นของเต้านม (Cooper's Ligament) มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดง เนื่องจากมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีลักษณะคล้ายผิวส้มอาจแตกเป็นแผลหรือมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี

3. บริเวณเต้านมที่จะพบก้อน ส่วนบนด้านนอก (Upper Outer Quadrant) พบได้ประมาณร้อยละ 50 บริเวณหัวนม พบได้ประมาณร้อยละ 20 ส่วนล่างด้านนอกของเต้านม (Lower Outer Quadrant) พบประมาณร้อยละ 10 และบริเวณด้านในของเต้านม (Medical Half) พบประมาณร้อยละ 20

4. มาควยอาการแสดงของมะเร็งทุกชนิด เช่น ต่อมาน้ำเหลืองที่รักแร้โต หรือมีการกระจายของก้อนมะเร็งบนเต้านม หรือมีอาการทางปอด ตับ

ง. ระยะการดำเนินโรค

โรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หมายถึงระยะที่คล้ำพบก้อนเนื้อร้ายที่เต้านมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้ หรือยึดแน่นอยู่กับกล้ามเนื้อหรือพังศึคอาจคล้ำพบต่อมน้ำเหลืองใตรักแร้ข้างเดียวกันและเคลื่อนไหวได้

โรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่คล้ำพบก้อนเนื้อร้ายที่เต้านมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-5 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้ หรือยึดแน่นอยู่กับกล้ามเนื้อ หรือพังศึคคล้ำพบต่อมน้ำเหลืองใตรักแร้ข้างเดียวกันและยึดแน่นไม่เคลื่อนไหว

โรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 หมายถึงระยะที่คล้ำพบก้อนเนื้อร้ายที่เต้านมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้ หรือยึดแน่นอยู่กับกล้ามเนื้อหรือพังศึคคล้ำพบต่อมน้ำเหลืองใตรักแร้ หรือแฉ่งเหนือกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกันได้หรือแขนข้างเดียวกัน

บวม

โรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 4 หมายถึงระยะที่ก้อนเนื้อร้ายมีขนาดเท่าโลกก็ได้ที่ลุกลามถึงผิวหนัง หรือหนังหนากอก หรืออวัยวะอื่น หรือก้อนเนื้อร้ายมีขนาดโตจนเกินขอบเขตของเต้านมข้างนั้น

จ. การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

การพิจารณาตัดสินใจในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมนั้น มิได้กระทำโดยแพทย์คนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว แต่คือแพทย์ รังสีแพทย์ และแพทย์ที่รักษาทางยาจะร่วมประชุมปรึกษาหารือกัน การรักษาอาจจะเป็นการผ่าตัดอย่างเดียว การผ่าตัดร่วมกับรังสีบำบัด การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจแล้วตามด้วยรังสีบำบัด หรือการผ่าตัดร่วมกับรังสีบำบัดหรือไม่ก็ตาม แล้วตามด้วยเคมีบำบัด การพิจารณาตัดสินใจขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเนื้อร้าย การกระจายไปตามต่อมน้ำเหลือง และการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ฉะนั้นผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวควรจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาแบบต่าง ๆ ก่อนที่จะมีการพิจารณาตัดสินใจ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็งมักจะเสนอวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับโรคมะเร็งเต้านมระยะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุด มีโอกาสหายมากที่สุด ลดโอกาสการกระจายหรือการลุกลามของโรคในอนาคต หรือมิให้เกิดขึ้นตลอดจนความพยายามให้ผู้ป่วยได้รับทุกขุทรมานจากโรคน้อยที่สุด แต่การรักษาไม่ว่าจะเป็นเพื่อการรักษาให้หายขาด หรือเพื่อการประคับประคองชีวิตก็ตาม แพทย์มักจะใช้การผ่าตัด เช่น การทำผ่าตัดเต้านมออกแบบโมดิฟายด์ แรดิคัล (Modified Radical Mastectomy คือการผ่าตัดเอาผิวหนังที่อยู่เหนืออกมะเร็ง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และเต้านมข้างนั้นออกพร้อมกับตัดต่อมน้ำเหลืองใต้วงแขนออก โดยเหลือกล้ามเนื้อหน้าอกไว้) ร่วมกับรังสีบำบัด และ/หรือเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ทำการผ่าตัดเต้านมออกแบบแรดิคัล (Radical Mastectomy คือ การผ่าตัดเอาอกเนื้อมะเร็งออกพร้อมกับกล้ามเนื้อหน้าอกและต่อมน้ำเหลืองใต้วงแขนออก) ร่วมกับรังสีบำบัดหรือไม่ก็ตาม แล้วรักษาต่อด้วยเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 หรือในผู้ป่วยเต้านมระยะที่ 4 กรณีที่ก้อนโตมากหรือมีเลือดออก แพทย์ก็จะทำการผ่าตัดแบบบรืเทา (Toilet Mastectomy) เป็นต้น การทำผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายจะกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดโรคมะเร็งโดยเฉพาะ

ฉ. ผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านม

เนื่องจากการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ หรือจะฉีกเนื้อหรือไม่ก็ตาม จะส่งผลกระทบต่อหัวใจไปคือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเครียด รู้สึกว่าศักยภาพของร่างกายเสื่อมถอยลง หน้าที่ของอวัยวะบางอย่างถูกทำลาย ภาพลักษณ์และแบบแผนการดำเนินชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงไป (Luckmann and Sorensen 1980:378) แต่สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัด

เต้านมออกนอกจากจะมีความรู้สึกดังกล่าวแล้ว และถึงแม้ว่าจะได้รับการยืนยันว่าจะหายจากโรค
ไค้ก็ตาม ก็ไม่สามารถที่จะช้ก้ปิดเป้าความรู้สึกกลัวตาย และกลัวทุกขกรรมานไปไค้โดยสิ้นเชิง
และผลกระทบของการผ่าตัดเต้านมออกนั้น แตกต่างจากการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเต้านม
เป็นอวัยวะทางเพศอวัยวะหนึ่ง เป็นสัญลักษณ์ที่มีความหมายต่อเพศหญิง โดยเฉพาะคนที่รักสวย
รักงาม การสูญเสียเต้านมเป็นการทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉาววและปรากฏให้
เห็นอยู่ทุกวัน ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวาคนสูญเสียความเป็นเพศหญิงและสูญเสียแรงจูงใจทางเพศไป
จริง ๆ ซึ่งไม้อ้อวผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเช่นนี้มีวาคติ

เมื่อมีการสูญเสียเต้านมเกิดขึ้น ผู้ป่วยยอมเกิดอารมณ์เศร้าโศก โดยปกติแล้ว
บุคคลจะมีปฏิกริยาคอการสูญเสียหรือวาคเศร้าโศก 3 ระยะ คือ (จินตนา ฐินันธุ์
2527:132-139)

ระยะที่ 1 การชาควาคสมดุล (Disequilibrium) เริ่มคณควย ตกใจ
ช้อค ปฏิเสธไม้อ้อวมีการสูญเสียเกิดขึ้น และมีความคควว การสูญเสียนั้นไม้อ้อวจริง
ไม้อ้อวสามารถยอมรับวาคสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ อารมณ์ที่พบเป็นลักษณะเด่นของระยะนี้ คือ ร้องไห้
พุ่มพ่าย และโกรธ

ระยะที่ 2 วาควุ่นวาย (Disorganization) เมื่อผู้ที่ประสบกับการ
สูญเสียยอมรับวาคการสูญเสียเป็นวาคจริง หลีกเลียงไม้อ้อวแล้ว คนเองก็จะรู้สึกสิ้นหวัง หมค
หวัง และพฤติกรรมที่แสดงออกจะกระสับกระส่ายวุ่นวายขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นไปนารูปชาควาค
เช้อมันนาคตนเอง คคววาคตนเองไม้อ้อวคคววาค รู้สึกหงอยเหงา วาเหว ตกอยู่ในวาคทุกขกรรมาน
เจ็บปวดทางจิตใจ ชีวคในชวงนี้ชาควาคกระต้อร้อร้น และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมักจะทำไป
โดยอัตโนมัติ ปราศจากการใส่ใจ การคบคาคสมาคมกับเพื่อนฝูง หรือชาคคณเองจะลดลง
พฤติกรรมแสดงออกนาระยะนี้ส่วนใหญ่จะพบนาระยะ 20-60 วันแรก

ระยะที่ 3 การกลับคณสู่ปกติ (Reorganization) ระยะนี้ผู้ที่ประสบกับ
วาคสูญเสียพบกับวาคจริงวาคการสูญเสียเป็นลิ่งฉาวว เรียกกลับคณมาไม้อ้อว จึงพยายามที่จะ
คคคววาคสัมพันธ์กับบุคคลหรือลิ่งของที่สูญเสียไปไค้ เริ่มตั้งจุกมุงหมายใหม่ หาสัมพันธ์ภาพใหม่
ลองทดลองพฤติกรรมใหม่ ๆ เพื่อคองไว้อึ้งเอกลักษณ์ของคณเอง เป็นการปรับคณเอง หากทำได้
สำเร็จก็คคววาคเป็นการสิ้นสุดระยะของวาคเศร้าโศก โดยปกติจะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ถึง
1 ปี หรือถาเริ่มคณควยปฏิกริยาที่รุนแรงนาระยะแรก ปฏิกริยาคอการสูญเสียอาจลดลงหรือหาย
ไปภายใน 2 สัปดาห์ก็ไค้

การดำเนินตามระยะของความเศร้าโศกนี่ถือเป็นปกติ ผู้สูญเสียทุกคนจะเข้าสู่ระยะต่าง ๆ ดังกล่าวจะถือว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวใหม่เป็นไปตามระยะดังกล่าวจะถือว่าเป็นความเศร้าโศกที่ผิดปกติ มีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียอย่างซับซ้อน หรือผิดปกติ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ การขาดแรงเสริม หรือแรงสนับสนุน การขาดความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิต หรือความเป็นอยู่ในปัจจุบัน มีความหวังต่อชีวิตในทางลบ และประการสุดท้าย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังไม่มีผู้ช่วยเหลือ

บุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง ทำให้มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือเฉื่อยช้า ไม่สนใจในชีวิต หรืออาจทำลายตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมของผู้มีปัญหาทางจิตหรือเป็นอาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษาของควินท์ (Quint, quoted in Browning and Lewis 1973:340-347) ถึงผลกระทบของการผ่าตัดเต้านมออก ทำให้ความรู้สึกต่อตนเองและบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป คือประการแรก ผู้ป่วยจะรู้สึกช็อค จากสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน บางคนรู้สึกตกใจมากที่สุดที่ได้เห็นแผลของตน ถึงแม้ว่าจะได้รับการอธิบายถึงสภาพการดีที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดแล้วก็ตาม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต่อ เรื่องความสวยความงามเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยส่วนมากจะรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบาย อ่อนล้า กลัวแผลหายช้า กลัวแขนบวม หรือแขนไม่เท่ากัน ระยะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหล่านี้ และถูกกอดกวนควยความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ ถ้าปล่อยให้เนิ่นนานไปก็จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของแผล อาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงประการที่สอง คือ ความจำเป็นต้องการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ซึ่งกระทบกระเทือนการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กลัวการถูกปฏิเสธจากสามีหรือธุรกิจ กลัวผู้อื่นรังเกียจ ความรู้สึกเจ็บปวด และไม่สบายทางกายทำให้ไม่กล้าเข้าไปสนทนากับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ชาย กลัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงประการสุดท้าย คือ กลัวอนาคตที่ไม่แน่นอน กลัวการเผชิญกับความตาย ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะมีชีวิตต่อไปได้อีกนานเท่าใด ควรจะวางแผนในครอบครัวอย่างไร ควินท์จึงได้เสนอแนะว่าภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าของตนต่อไป และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลักษณะเดิม

จึงกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ป่วยถูกตัดเต้านมออกนั้นทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าใจต่อการสูญเสีย เกิดความรู้สึกกลัวว่าชีวิตถูกคุกคาม ภาวะเศรษฐกิจและสังคมถูกคุกคาม ในระดับใดระดับหนึ่ง แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพัฒนาการของอาการลักษณะ ซึ่งอาจเป็นการชั่วคราว

หรือถาวร ทั้งนี้เพราะภาพลักษณ์เป็นรากฐานของความเป็นเอกลักษณ์ การยอมรับในคุณค่าของคน และความรู้สึกต่อตนเอง (Wassner 1982:87) ทั้งจากการศึกษาของแมคไกร์ และคณะ (Maguire, et-al 1978:963-967) พบว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก 1 ปีแล้ว ร้อยละ 39 มีความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้าและเกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางเพศอย่างรุนแรง ร้อยละ 33 มีการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางเพศในระดับปานกลาง และร้อยละ 25 ต้องการรับการรักษาอาการวิตกกังวล หรือซึมเศร้า หรือทั้งสองอย่าง การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจำนวนมากไม่เหมาะสม เช่น บางคนดื่มสุรา บางคนใช้ยาคุมกำเนิด และบางคนคิดฆ่าตัวเอง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่ถูกตัดเต้านมออกจะถือว่าเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต (Schoenberg 1978:88)

ข. การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก

ตั้งกล่าวนมาแล้วจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก มีอัตราเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตค่อนข้างสูง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะถูกโรค การรักษาและผลกระทบจากการรักษาคุกคามหลายด้าน คือ ความรู้สึกต่อตนเอง ชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการของภาพลักษณ์ ตั้งกล่าว ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้นอกจากด้านร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตเป็นสำคัญอีกด้วย โดยการเปลี่ยนแปลงหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หรือปัญหาแทรกซ้อน อันเป็นการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันระยะที่ 1 (Primary Prevention) สำหรับหลักในการปฏิบัติการพยาบาลผู้มีปัญหาทางจิต หรือผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตนั้น ปัจจุบันได้รับอิทธิพลจากแนวความคิด และหลายทฤษฎี และจากหลายวิชาซึ่งมาผสมผสานกันเป็นแนวคิดพื้นฐาน ดังนี้ คือ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2527:2-3)

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตน สมควรจะได้รับ การยอมรับนับถือ
2. จุดมุ่งหมายของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวข้องกับ การเจริญเติบโต มีสุขภาพดี มีอิสระเป็นตัวของตัวเอง และประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self-actualization)
3. บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลง และมีความต้องการที่จะให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้
4. บุคคลดำรงชีวิตอยู่โดยมีการกระทำครบโต มีปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมเหมือนเป็นหน่วยเดียว (a whole person) แต่ละส่วนของบุคคลจะทำงานร่วมกันเหมือนสิ่งเดียว

แยกออกจากกันไม่ได้

5. บุคคลมีความต้องการพื้นฐานคล้าย ๆ กัน กล่าวคือ ความต้องการพื้นฐาน ความร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง

6. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความ ต้องการ และจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น และสามารถเข้าใจได้โดยบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมนั้น หรือผู้เกี่ยวข้องที่ทำการศึกษาจากความต้องการ และจุดมุ่งหมายของบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมใน สถานการณ์ที่มีพฤติกรรมนั้น ๆ ปรากฏ

7. พฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือ จากการรับรู้ ทำให้บุคคลเกิดความคิด จากนั้นความรู้สึกจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ

8. บุคคลจะมีความแตกต่างกันอยู่ที่ความสามารถในการปรับตัว ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับ ปัจจัย ต่อไปนี้ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติหรือความรุนแรงของความเครียด และ ทรัพยากรที่มีอยู่ บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยได้

9. ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์นำไปสู่การเจริญเติบโต และพัฒนาการใน ทางที่ดีได้ จุดประสงค์ของการพยาบาล คือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิริยาสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ในทางบวก การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น และส่งเสริมระดับของการประจักษ์ในคุณค่าของ ตนเอง

10. บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนควรจะได้รับ ไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน และขึ้นอยู่กับความคาดหวัง และจุดมุ่งหมายที่ทั้งสองฝ่ายได้ตั้งไว้ร่วมกัน

11. บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพกายและ สุขภาพจิตของตนเอง

12. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือ การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการขึ้นในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพนั้น ๆ ซึ่งการพยาบาล จิตเวชจะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล เพื่อ ไพบรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล



และศูนย์การแพทย์แห่งมินนิโซตา และสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา

(The Medical in Minnisota and American Cancer Society, quoted in Miller and Nygren 1978:299) ได้เสนอหลักการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ดังนี้ คือ ใหญ่ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ใหญ่ป่วยได้เรียนรู้ที่จะระบายความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ใหญ่ป่วยได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ใหญ่ป่วยได้เรียนรู้ที่จะรักหรือชอบตนเอง ใหญ่ป่วยได้เรียนรู้วิธีการที่จะมีชีวิตอยู่กับขีดจำกัดความสามารถของตน และใหญ่ป่วยได้เรียนรู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่สามารถให้ความช่วยเหลือตนได้

การตรวจสอบสภาพลักษณะของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญยิ่งประการหนึ่งอันจะทำให้สามารถประเมินความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียครั้งนี้ได้ เพื่อป้องกันภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมิให้เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ช่วยใหญ่ป่วย เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตเมื่อรูปร่างเปลี่ยนแปลงไปมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความหมาย แต่จะมีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่สามารถต่อสู้กับปัญหาที่ตามมาได้โดยลำพัง โดยทั่วไปแล้ว บุคคลสามารถที่จะปรึกษาหารือ หรือขอความช่วยเหลือจากเพื่อน และครอบครัวก่อนที่จะไปขอจากผู้อื่น เมื่อตนมีความรู้สึกว่ามีปัญหาบางอย่างแล้ว ซึ่งบุคคลเหล่านั้นก็ไม่เคยได้รับการฝึกฝนในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นมาก่อน ก็สามารถที่จะช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลอย่างใดผล ทั้งนี้เพราะว่า บุคคลเหล่านั้นต่างก็มีประสบการณ์ของตนเอง เป็นตำราผนวกกับความสนิทสนม เข้าใจในความรู้สึกนึกคิด รู้จักและเข้าใจสภาพที่แท้จริงของกันและกันนั่นเอง ดังนั้นในปี ค.ศ. 1952 แลสเซอร์ (Lesser , quoted in Browning and Lewis 1973 : 306 - 307) ซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก จึงเกิดแนวความคิดที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออกด้วยกันเอง โดยเริ่มโครงการ Reach to Recovery กลุ่มไม่ใช้กลุ่มบำบัด ไม่ใช้สมาคม แต่เป็นกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายให้สตรีภายหลังผ่าตัดเต้านมออกได้กลับไปดำเนินชีวิตตามปกติให้ได้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยให้ความช่วยเหลือตอบสนองความจำเป็นต้องการในด้านจิตใจ ร่างกาย ตลอดจนการเสริมทรวงอก ใหญ่ป่วยเก่าไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยที่เพิ่งผ่านการผ่าตัดเต้านมออกมาใหม่ ๆ กลุ่มที่แลสเซอร์ตั้งขึ้นเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ พยาบาล และโดยเฉพาะผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก ต่อมากลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนโครงการโดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) มาโดยตลอด และให้มีการก่อตั้งกลุ่มขึ้นใหม่ตามเมืองต่าง ๆ โดยในปี ค.ศ. 1973 มีกลุ่มอยู่ถึง 50 กลุ่มแล้ว

การเปลี่ยนแปลงแนวความคิดในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเน้นความสำคัญของบุคคลทั้งคน (Holistic Health Care) นั้นเชื่อว่าบุคคลต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการพยาบาลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องคอยติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวก็จำเป็นต้องให้ความสนใจดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ซึ่ง เลฟ (Lev 1985:74) และกรีนวอลด์ (Greenwald 1980 : 57) เห็นว่าการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมนั้น ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ควรจะคำนึงถึง เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนด้วย จึงได้เสนอให้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งวิธีหนึ่ง ทั้งนี้การนำกลุ่มลักษณะนี้มาใช้เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะหากสภาพจิตใจของผู้ป่วยดีก็จะสามารถทำให้วงจรการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเลวลง ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น การผลิตเซลล์มะเร็งจะลดลง อันจะเป็นการช่วยเสริมให้ผลการรักษาโรคให้ดีขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย (Simonton 1978 : 92) ดังนั้นนักการศึกษาหลายท่านได้จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่

พาร์เซล และทาเกลียร์นีย์ (Parsell and Tagliareni 1974:650-651)

ได้ตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชื่อ "กลุ่มวันอังคาร" ขึ้น จากแนวความคิดของซัลลีแวน (Sullivan) เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ว่า ประสพการณ์ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง การเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคล จึงได้นำผู้ป่วยโรคมะเร็งมารวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสพการณ์ ปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา ปัญหาในการดำเนินชีวิต สัมผัสประสบการณ์ประคองจิตใจซึ่งกันและกัน และจากการจัดตั้งกลุ่มนี้ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มมากกว่าที่คุณค่ามากขึ้น ความรู้สึกหมกมุ่นตายอยากน้อยลง รู้สึกว่าเวลาที่เหลืออยู่มีค่ามากขึ้น ไตร่บัยความรู้สึกกับบุคคลที่สามารถเข้าใจจิตใจ ผู้จัดตั้งกลุ่มนี้ได้พยายามจัดให้บรรยากาศมีความเป็นกันเองที่สุด เช่น การตั้งชื่อกลุ่ม การจัดให้มีการรับประทานอาหารว่างร่วมกัน เป็นต้น กลุ่มนี้จะมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม มีบทบาทเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

มีสเตอร์ (Meister 1981 : 215-216) ได้รายงานถึงโครงการกลุ่ม
 ประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเมืองสปริงฟิลด์ รัฐแมสซาชูเซตส์ ที่เริ่มขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1978
 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเน้นชุมชน (Community model)
 กลุ่มประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้ มีลักษณะเป็นกลุ่มเปิด ไม่จำกัดเวลา สมาชิกจะพบกันสัปดาห์
 ละครั้ง ซึ่งส่วนมากจะพบกันในชุมชน กลุ่มประกอบคววผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสมาชิก
 ไม่จำกัดเพศ ไม่คำนึงถึงระยะการดำเนินของโรค ลักษณะสำคัญของกลุ่มก็คือให้การช่วยเหลือซึ่ง
 กันและกันระหว่างสมาชิกด้วยกัน โดยเน้นกระบวนการกลุ่มมากกว่าการจัดการให้ความรู้ทาง
 เป็นทางการ ทางสมาคมโรคมะเร็งจะเป็นผู้นำกลุ่มซึ่งมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก การที่
 กลุ่มไม่จำกัดลักษณะของสมาชิก ควบเห็นว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลที่มีประสบการณ์
 ที่แตกต่างกันจะทำให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ประโยชน์อย่างกว้างขวาง ประเด็นสำคัญที่กลุ่มปรึกษา
 หารือกัน มีอยู่ 4 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. การสื่อสารระหว่างบุคคล
2. โรคมะเร็งและการรักษา เช่น วิธีจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษา
 ด้วยเคมีบำบัด วิธีจัดการกับความกลัวการกลับซ้ำของโรค เป็นต้น
3. แพทย์ และระบบการรักษาของแพทย์ เช่น ทำอย่างไรจึงจะได้รับข้อมูล
 เกี่ยวกับสถานะของโรคอย่างตรงไปตรงมา
4. ผลกระทบจากโรคมะเร็งต่อภาวะเศรษฐกิจ

โคบัว (Cobau 1981 : 177-178) แพทย์แห่งโรงพยาบาลฟลาวเวอร์
 (Flower Hospital Oncology Center, Ohio) เห็นว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามชีวิต
 มนุษย์ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตกอยู่ในภาวะวิกฤติทางจิตใจ จึงได้จัดตั้งกลุ่มประคับประคอง
 ผู้ป่วยมะเร็งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1980 โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไขข้อกังวลใจ
 ผู้ป่วยในการเผชิญหน้ากับปัญหา และชี้แนะแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยโรคมะเร็งคนอื่น ๆ เพื่อให้เกิด
 การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และเป็นแบบอย่างแก่กัน
3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อแก้ไข้ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา

4. ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เพื่อให้ชีวิตครอบครัวของ
 คู่บ่าวสาว ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารระหว่างคู่บ่าวสาวกับแพทย์ และผู้ร่วมทีมสุขภาพเพื่อให้
 คู่บ่าวสาวรับการรักษาให้ครบถ้วน

ต่อมาโครงการนี้ได้รับความสนับสนุนจาก หน่วยบริการสังคม ฝ่ายการ
 พยาบาลและโรงพยาบาลหลวงพ่อเวโรจน์อย่างจริงจัง กลุ่มจะมีบุคลากรในวิชาชีพที่สามารถให้
 ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คู่บ่าวสาวได้อย่างกว้างขวาง เป็นผู้นำกลุ่ม กลุ่มประกอบไปด้วยคู่บ่าวสาวใน และ
 คู่บ่าวสาวนอก คู่บ่าวสาวที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ กัน มาพบกันสัปดาห์ละครั้ง บางครั้งผู้นำกลุ่ม
 อาจเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเป็นที่ปรึกษาของกลุ่มด้วย ซึ่งวิธีนี้จะกระตุ้น
 ความสนใจของสมาชิกได้เป็นอย่างดี

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เนื่องจากการวิจัยเรื่องนี้ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน พบเฉพาะเอกสาร และการวิจัยที่
 คล้ายคลึง สอดคล้อง พอที่จะประมวลได้ดังนี้

กลุ่มมีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์มาตั้งแต่เกิด อันได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็น
 กลุ่มแรกที่มีมนุษย์เป็นสมาชิกอยู่ และตลอดชีวิตของมนุษย์จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ
 ตลอดเวลา ได้แก่ กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงาน กลุ่มเพื่อนเล่น กลุ่มที่นับถือศาสนาเดียวกัน ซึ่งการ
 รับรู้ และปฏิสัมพันธ์ตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกในแต่ละกลุ่มมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับ
 ตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่ มีอยู่ เอกลักษณะของบุคคล จะเห็นได้ว่ากลุ่มมีพลังซึ่งสามารถ
 นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ดังนั้น "กลุ่ม" จึงได้รับความสนใจจากบุคคลในวงการต่าง ๆ
 เป็นอันมาก ได้มีผู้นำเอาพลังกลุ่มไปเป็นเครื่องมือในการทำงานและดำเนินงานต่าง ๆ ในรูปแบบ
 ต่าง ๆ กัน ทั้งที่เป็นทางการ เช่น นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน นำไปใช้ในวงการแพทย์
 การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาองค์กร การพัฒนาชุมชน เป็นต้น และไม่เป็นทางการ เช่น
 กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาชีวิต สังคม และสุขภาพ เป็นต้น

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่ได้รับความนิยมนจากบุคคลทั่วไปมาก
 ความสำเร็จ และชื่อเสียงของกลุ่มเหล่านี้ทำให้หน่วยงาน และบุคลากรในวิชาชีพเกิดความสนใจ
 ให้ความสนับสนุนและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาคานการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนและผู้ป่วยอีก
 วิธีหนึ่ง

เชอวิทซ์ (Hurvitz, quoted in Dodd and Scheel 1978:116) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และให้ความหมายไว้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มเพื่อน หรือความเคลื่อนไหวที่จะพยายามให้เกิดปฏิกริยาสัมพันธ์ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อน หรือสมาชิกของกลุ่มใหม่มากที่สุด ซึ่งต้องการให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง และให้โอกาสสมาชิกได้บรรลุถึงวิธีการเอาชนะปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิกด้วยกัน

จากการศึกษารายงานของ มาร์แรม (Marram 1973 : 39) กัสโซ และเทรซี (Gussow and Tracy 1978:23-31) อัดัม (Adams 1979:95-98) และนิวตัน (Newton 1984:27-31) สามารถสรุปความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือการที่บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เหมือนกัน ประเภทเดียวกันมารวมกลุ่มกันปรึกษาร่วมกัน ให้ความช่วยเหลือกันและกันในรูปแบบต่าง ๆ กัน ตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่สมาชิกของกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา จะมารวมกลุ่มกันเพื่อร่วมกันหาวิธีเลิกดื่มสุรา เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ กลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นโดยสมาชิก กำหนดวัตถุประสงค์โดยสมาชิก ดำเนินการโดยสมาชิก แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยสมาชิก และเพื่อสมาชิก

เหตุผลโดยทั่วไปของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับปัญหาที่ก่อให้เกิดบุคลิกภาพเสื่อม ความวิตกกังวล ความเครียด ไม่สามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ จะควยสาเหตุที่ขาดแหล่งสนับสนุน หรือแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ ไม่มีศักยภาพที่สูงพอ มีความคาดหวังต่อชีวิตในทางลบจนเกิดความรู้สึกท้อแท้ บุคคลเหล่านั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาเรื้อรัง หรือลุกลามให้เกิดปัญหาอื่น หรือตกไปอยู่ในภาวะวิกฤติทางจิตใจได้ แต่ใครจะสามารถทำความเข้าใจและตอบสนองความจำเป็นต่อกรณีนี้ได้ตรงประเด็นที่สุดเท่ากับบุคคลที่ประสบปัญหาเหมือนกัน ดังที่ มาร์แรม (Marram 1973:39) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีปัญหาเหมือนกันจะมารวมกลุ่มกันด้วยความคิดว่า "เรารู้ดีกว่าใคร ๆ หรือเรารู้ดีที่สุด" (We know best) ว่าปัญหาที่พวกตน กำลังประสบอยู่คืออะไร และจะแก้ไขได้อย่างไร ฉะนั้นแต่ละกลุ่มจะมีจุดมุ่งหมาย หรือเป้าหมายเฉพาะ ซึ่งจะสะท้อนให้บุคคลภายนอกเห็นว่า สมาชิกกำลังต่อสู้กับปัญหาอะไร เช่น กลุ่มคนอ้วนมารวมกลุ่มกัน เพื่อหาวิธีลดความอ้วน เป็นต้น

ก. ประวัติความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

(Marram 1973:39-53 and Gussow and Tracy 1978:23-26)

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหา โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีไว้วิธี

การช่วยเหลือแบบใหม่ แต่เชื่อกันว่ามาพร้อม ๆ กับมนุษย์ เนื่องจากธรรมชาติของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์นั้นมีลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งคือ บุคคลที่มีปัญหา หรือความต้องการที่คล้ายกันหรือเหมือนกัน จะมารวมกลุ่มกันต่อสู้หรือแก้ปัญหา จากลักษณะดังกล่าวนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงได้มีการนำหลังกลุ่มมาใช้ประโยชน์ในวงการต่าง ๆ กันอย่างมากมาย โดยการตั้งเป็น สโมสร หน่วยงาน หรือองค์การขึ้น ตั้งแต่เมื่อปี ค.ศ. 1901 ได้มีการตั้งกลุ่ม National Fraternal Society for the Deaf และเป็นจริงเป็นจังมากขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1935 การก่อตั้งกลุ่มกึ่งมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่ละกลุ่มถูกก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อสนองความต้องการ หรือรวมกันแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่สมาชิกกำลังประสบอยู่ เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ติดสุรา หรือกลุ่มคนอ้วน จะเลือกใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อช่วยให้พวกตนจัดการอับวิบัติการดำเนินชีวิตของตน ช่วยไม่ให้ตกไปเป็นทาสของยาเสพติด สุรา หรือความต้องการอาหารที่เกินพอดีอีก หรือบุคคลที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด ที่ผลทำให้การทำงานของร่างกายบางส่วนบกพร่องไป หรือบุคคลที่มีการโยกย้าย หรือมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เช่น การเข้าโรงเรียนใหม่ การไปพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นักโทษที่ได้รับการปลดปล่อยออกจากเรือนจำ หรือผู้ป่วยโรคจิตที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังจากพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาานาน เป็นต้น บุคคลเหล่านี้จะรวมกลุ่มกัน เพื่อช่วยกันหาวิธีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่

ความสำเร็จและชื่อเสียงของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้รับการยอมรับจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่ง จนเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา (A.A. or Alcoholic Anonymous) ซึ่งก่อตั้งเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1935 ได้รับความนิยมจากผู้ที่ต้องการเลิกดื่มสุราอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งปี ค.ศ. 1972 มีกลุ่มผู้ติดสุราอยู่ถึง 18,612 กลุ่ม และปัจจุบันยังได้รับความสนใจจากครอบครัวของผู้ติดสุรา เขารวมเป็นสมาชิกด้วย นอกจากนี้แล้วยังมีกลุ่มอื่น ๆ อีกมากมายที่ได้รับความนิยมเช่นเดียวกัน เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (Synanon Group) กลุ่มลดความอ้วน (Take Off Pounds Sensibly) กลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องทางเดินต่าง ๆ (Ostomy Clubs) เป็นต้น

สำหรับกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคานสุขภาพที่หันมาใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากเหตุผลใจที่ว่า พวกเขาเหล่านั้นเชื่อว่า กลุ่มจะช่วยให้เขาหายจากโรคได้ ได้รับการตอบสนองความต้องการที่เขาไม่สามารถจะได้รับจากขั้นตอนการรักษาพยาบาลจากบุคลากรเลย เมื่อกลุ่มเหล่านี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางมากขึ้น จึงทำให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ในกลุ่ม

บุคลากรในวิชาชีพเกิดขึ้น แต่ละกลุ่ม แต่ละพวกก็แสดงทัศนคติต่อกลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างกัน ออกไป บางพวกให้ความสำคัญ กลุ่มลักษณะนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ และใช้วิธีการ ที่ไม่ถูกต้องนัก เป็นกลุ่มที่สร้างขึ้นเพื่อแข่งขันกับบริการของบุคลากรในวิชาชีพ บางพวกให้ความสำคัญ ยิ่งกลุ่มลักษณะนี้ได้รับการยอมรับมากเท่าใด ก็ยิ่งเป็นการประจานความบกพร่องหรือความ ล้มเหลวของการบริการมากขึ้นเท่านั้น แต่บางพวกก็ยอมรับในความสำเร็จของกลุ่มนี้ แล้วพยายาม นำมาประจักษ์ เพื่อเสริมประสิทธิภาพของการบริการ พอมาภายหลังก็ได้รับการยอมรับจากบุคลากร ในวิชาชีพว่า กลุ่มลักษณะนี้เป็นส่วนประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไว้วางใจ ซื่อสัตย์ และ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผลของการรักษาพยาบาล จึงได้มีการตั้งกลุ่มลักษณะนี้ขึ้น มากมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องทางเดินหายใจ ทางเดินอุจจาระ กลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านม กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยโรค เบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ข. รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยึดความแนวความคิดที่ว่า บุคคลที่ ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤติมาแล้ว จะเป็นแบบอย่าง ที่ดีแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อม หรือสังคมที่ไม่แตกต่างกันนัก ดังที่ แคปแลน (Caplan) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลใดที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับ ภาวะวิกฤติ จะเป็นบุคคลที่สามารถให้การประคับประคองผู้อื่นได้ดีที่สุด หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคล ที่เคยผ่านประสบการณ์ใดประสบการณ์หนึ่งมาแล้ว จะมีความเข้าใจมองเห็นปัญหาใดกว้างกว่า ทะลุปรุโปร่งกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์นั้น ๆ มาก่อน แต่อย่างไรก็ตามการให้ความช่วยเหลือจะ ได้ผลดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นสมัครใจที่จะให้ ดังนั้น สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองก็จะเข้าร่วม ด้วยความสมัครใจ จากนั้นสมาชิกจะปรึกษาหารือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หาแนวทาง ช่วยเหลือกันและกัน สมาชิกคนใดที่ประสบความสำเร็จในการต่อสู้อุปสรรคจะเป็นแบบอย่างแก่สมาชิก คนอื่น จะไปเยี่ยมเยียน และคอยสอดส่องดูแลทุกข์สุขของสมาชิกคนอื่นต่อไป เช่น กลุ่มผู้ศึกษา เสพติด หรือคิกสุรา ความรู้สึกอึดอัดหรือการไม่เห็นคุณค่าของผู้อื่น ทำให้ผู้ศึกษาหรือผู้คิกสุรา เกิดความรู้สึกแยกตัว รู้สึกไม่แน่ใจในตัวเองที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติได้ จึงรวม กลุ่มกันขึ้น หลังกลุ่มจะช่วยให้อำนาจใจให้ความช่วยเหลือกันในหมู่สมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจ ว่า ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจอย่างแท้จริงนั้น จะช่วยให้ความพยายาม และความ

ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงตัวเอง (Marram 1973 : 41) กลุ่มทอเนกที่มีลูกป่วยเป็นโรคมะเร็งที่เรียกว่า Candlelighter's Group สมาชิกเฝ้าให้ความช่วยเหลือผู้สวามี ภรรยาผู้ใหม่ในการแก้ไขปัญหาค่าเงินชีวิต เมื่อลูกป่วยเป็นโรคมะเร็ง เป็นแบบอย่างพฤติกรรม แก่ผู้สวามีภรรยาที่สูญเสียชีวิตลูกไป ออร์วิลล์ เคลลี (Orville Kelly) ได้เขียนหนังสือ เรื่อง Make Today Count ในทศวรรษที่ 1970 หลังจากที่รู้ว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง หนังสือนี้ เพื่อใช้หนังสือเป็นสื่อกลาง ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตที่ต้องต่อสู้กับโรคมะเร็ง อันเป็นการกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ให้แนวคิดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งคนอื่น ๆ ให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพเป็นต้น รูปแบบการดำเนินการลักษณะนี้เรียกว่า การเป็นแบบอย่าง (Modeling Function) (Adams 1979:96-97)

ความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับความเห็นของ ริชแมน (Reisman , quoted in Brammer 1970:15-19) ที่ได้เปรียบเทียบลักษณะของการให้ความช่วยเหลือแบบนั้นว่า เป็นกระบวนการต่อเนื่องโดยไม่มีสิ้นสุด (Spiraling Growth Process) กล่าวคือ สมาชิกคนใดเคยได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มมาก่อนก็จะคอย ๆ สวมบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นต่อไปเรื่อย ๆ เช่น นักศึกษาเก่าเป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาใหม่ในด้านการเรียน การเลือกวิชาเรียน การใช้ชีวิต และการปรับตัวให้เข้ากับความเป็นอยู่ในมหาวิทยาลัย นักศึกษาใหม่ในรุ่นนี้ คอไปก็จะเป็นนักศึกษาเก่าที่มาสวมบทบาทที่ปรึกษาต่อไป เช่นนี้เรื่อย ๆ ไป หรือกลุ่มอาสาสมัครของ Reach to Recovery จะไปเยี่ยมเยียน แนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็ง เตานมภายหลังการผ่าตัดเตานมออก จนกระทั่งผู้ป่วยใหม่คนนั้นจะมาทำหน้าที่เป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้ และเป็นอาสาสมัครที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยรุ่นต่อไปได้

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขคล้ายคลึงกัน จะมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ และกระบวนการกลุ่มจะเป็นแบบไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิริยาสัมพันธ์กันตลอดเวลาที่มีโอกาส นักการศึกษา บางท่าน จึงเรียกการมีปฏิริยาสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ปฏิริยาสัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer Relationship) (Brammer 1979:17-18)

ค. ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จาก บทความ เอกสาร และตำราต่าง ๆ นั้น การจัดประเภทของกลุ่มไม่ชัดเจนนัก แต่พอจะวิเคราะห์ได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มช่วยเหลือตนเองประเภทเป็นทางการ คือมีการก่อตั้งกลุ่ม มีการทำ ความตกลงกันในวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกถือปฏิบัติ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อรา กลุ่มผู้ติดเชื้อยาเสพติด กลุ่มลดความอ้วน กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคต่าง ๆ (Marram 1973:43-53)

2. กลุ่มช่วยเหลือตนเองประเภทไม่เป็นทางการ การก่อตั้งกลุ่มนั้นเป็นการ ก่อตั้งเฉพาะกาล มีการระดมพล ระดมสมอง เฉพาะเวลาที่มีความจำเป็นต้องการ หรือเฉพาะ เมื่อมีปัญหา ไม่มีการทำความตกลงกันในวิธีการดำเนินการกลุ่ม ดังที่พบเห็นกันอยู่บ่อย ๆ เช่น สภากาแฟ กลุ่มเพื่อนร่วมงานที่ร่วมกันปรึกษาหารือ ร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่ช่วยกันติววิชาเพื่อการสอบเลื่อนชั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจในคลินิกเฉพาะ โรคต่าง ๆ เป็นต้น

สำหรับกัสโซว์ และเทรซี (Gussow and Tracy 1978:23-25) ได้แบ่ง กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทแรก มีลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกด้วยกัน อย่างแท้จริง แรงผลักดันที่ทำให้มีกลุ่มประเภทนี้เกิดจากมีปัญหามากมายที่ทางการแพทย์ไม่สามารถ แก้ไขได้อย่างเด็ดขาด หรือมีใ้ค้ำิ่งถึง เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลกระทบจากการรักษา ที่มีต่อสภาพจิตใจ ท้อ丧 คุม และสภาพแวดล้อม การมีชีวิตอยู่กับความพิการ หรือความผิดปกติต่าง ๆ เป็นต้น จึงได้เกิดการจัดตั้งกลุ่มขึ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกัน โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพให้การสนับสนุนด้านความรู้ และทักษะที่ จำเป็นบางประการ กลุ่มประเภทนี้จะช่วยให้สมาชิกสามารถปรับตัว เมื่อมีปัญหาคความเจ็บป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มประเภทนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านม (Reach to Recovery) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องทางเดินต่าง ๆ (Ostomy Clubs) เป็นต้น

2. ประเภทที่สอง เน้นหรือสนับสนุน การวิจัย การจัดหาทุน การให้ความรู้แก่ สาธารณชน และผู้ประกอบการ มีการจัดตั้งกลุ่มอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีการโฆษณาชักชวน ให้บุคคลต่าง ๆ มาเป็นสมาชิกกลุ่ม

แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มทั้งสองประเภทนี้อาจจะมีลักษณะการดำเนินงานของกลุ่มอีก ประเภทหนึ่งอยู่ด้วย เช่น กลุ่มประเภทแรกก็อาจจะเกี่ยวข้องกับการวิจัย และการให้ความรู้ หรือ กลุ่มประเภทที่สองก็อาจจะให้บริการโดยตรงในหลาย ๆ รูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (Genetic Counselling) เป็นต้น



ง. เหตุจูงใจในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการศึกษารายงานการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองของบุคคลที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยนั้น พบว่า หังคานตัวบุคคลที่ประสบกับปัญหาเอง และผู้รับผิดชอบในปัญหาดังกล่าว มีเหตุจูงใจใหม่การตั้งกลุ่มแตกต่างกันออกไปดังนี้

1. ตัวแปรที่ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ หรือปัญหาที่เรื้อรัง มักจะไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรในวิชาชีพอย่างจริงจัง และจากความเชื่อว่า บุคคลที่มีปัญหาลายคลึงกัน จะมีความเข้าใจในปัญหาใดดีกว่าบุคคลอื่น จึงได้เกิดมีการตั้งกลุ่มขึ้นระหว่างพวกที่มีปัญหาลายคลึงกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามวัตถุประสงค์ที่สมาชิกช่วยกันกำหนดขึ้นมา เช่น กลุ่มคนอ้วน (T.O.P.S. or Take Off Pounds Sensibly) กลุ่มผู้ดื่มสุรา (Alcoholic Anonymous) กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเป็น ปัญญาอ่อน เป็นต้น

2. กระบวนการรักษาพยาบาล มีข้อเสนอแนะให้ผู้เจ็บป่วยกลับสู่สภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น แต่มักจะให้กันตามหลักการ โดยไม่ได้คำนึงถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะให้การรักษาพยาบาลกันอย่างเต็มที่ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้แล้วก็ตาม ผู้ป่วยมักไม่ได้รับความเข้าใจอย่างกระจ่างแจ้งในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพของตน จึงทำให้เกิดเจ็บป่วยขึ้นอีกได้ ทำให้กลายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป้าปัญหาเรื้อรังของบุคคลและครอบครัวตลอดจนชุมชน ทำให้เสียผลประโยชน์ หังฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กลุ่มบุคคลจึงได้รวมกลุ่มกันขึ้น เพื่อหาทางควบคุมป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือปัญหาเรื้อรัง

3. ขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย คือการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อสร้างและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพกายและใจที่ดีของระบบมนุษย์นั้น จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรบุคคล และกำลังคนเป็นจำนวนมาก แต่ดูเหมือนว่าหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลโดยทั่วไปมุ่งแก้ปัญหาด้านสุขภาพกายเป็นหลัก โดยคำนึงถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นส่วนน้อย ซึ่งก็เป็นอีกสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลยังไม่สามารถไปถึงระดับสุขภาพที่ดี (Health) ได้ จึงมีการนำหลักของกระบวนการกลุ่มและหลักการบำบัดด้วยกลุ่มที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ในหน่วยงานฝ่ายกายที่มีปัญหาลายคลึงกัน โดยบุคลากรในวิชาชีพสนับสนุนให้บุคคลดังกล่าวมารวมกลุ่มกันปรึกษาหารือกันในปัญหาด้านความเจ็บป่วย ปัญหาด้านจิตสังคม หังนี้เชื่อว่าวิธีการนี้จะ เป็นวิธีที่มีความสำคัญต่อบุคคลให้ เขาสามารถปรับตัวได้กับสภาวะความเจ็บป่วยหรือปัญหา ไทแก กลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก (Reach to recovery)

หนังสือเรื่อง "Make Today Count" สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดเปิดช่องทางเดินต่าง ๆ (Ostomy Clubs) เช่น ช่องทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ทางเดินอุจจาระ เป็นต้น

4. กระบวนการรักษาพยาบาลที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลนั้น มุ่งตอบสนองนโยบายในค่าบริการขององค์การด้วยการสรรหาเครื่องมือเครื่องใช้ เทคนิค และวิธีการต่าง ๆ ที่ทันสมัยมาใช้กับผู้รับบริการ โดยคาดหวังว่าสิ่งเหล่านี้จะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้ แต่ส่วนใหญ่มักมีได้คำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยสำหรับบุคลากร แต่อาจทำให้ผู้รับบริการตื่นตระหนกได้ ขั้นตอนการมารับบริการ อาจทำให้ผู้รับบริการรู้สึกสับสนได้ วิธีการรักษาบางอย่างอาจสร้างความเจ็บปวดทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้ เป็นต้น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถูกคุกคามความเป็นบุคคลหนึ่งไป และอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในบริการหรือผู้ให้บริการได้ แต่สำหรับกลุ่มผู้รับบริการเองจะช่วยกันส่งมอบความรู้สึกในความเป็นบุคคลหนึ่ง (Sense of Uniqueness) ของสมาชิกไว้ได้ และในขณะที่เดียวกันก็ยังช่วยเป็นกำลังใจ และช่วยกันแก้ปัญหาให้สมาชิกสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ได้

5. ปัญหาทางปัญหาของกลุ่มที่กระทบกระเทือนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และการปรับตัวของบุคคล แต่มักได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากบุคลากรในวิชาชีพน้อยมาก และเป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก เนื่องจากป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม แพทย์และพยาบาลส่วนมากจะไม่เข้าใจความจำเป็นต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย จึงไม่คำนึงถึงความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยต่อการสูญเสียเต้านม แต่มักจะมุ่งแก้ไขความพิการที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ให้ได้ดีที่สุด หรือจะอำพรางความพิการนั้นได้อย่างไรเท่านั้น

6. บางปัญหาภาครัฐบาลไม่สามารถให้การสนับสนุนได้อย่างเต็มที่ หรือไม่มีนโยบายที่จะให้ความช่วยเหลือ บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันก็จะรวมกลุ่มกัน เพื่อหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้นจะปฏิบัติได้ เช่น กลุ่มคนอ้วน กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มผู้ติดบุหรี่ กลุ่มบิดามารดาที่มีลูกป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นต้น

ตัวอย่างกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ก่อตั้งขึ้นมาด้วยเหตุจริงใจที่แตกต่างกัน ได้แก่

โดแลน และฟลูเมียร์ (Dolan and Flumere 1974:479-480) มองเห็นความสำคัญของการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม เพราะจากประสบการณ์การทำงาน พบว่า ผู้ป่วยบางคนนั่งเฉย ๆ ไม่มีอะไรทำ บางคนนั่งอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ทั้งวัน บางคนก็เดินไปเดินมาอย่างไร้จุดหมาย บางคนเก็บตัวอยู่ในห้องคนเดียว จึงได้เกิดความคิดที่จะ

จัดกิจกรรมเพื่อช่วยขจัดหรือลดความรู้สึก ห่อเหี่ยว โดดเดี่ยว สับสน เบื่อหน่าย ติงเครียด หรือความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยลง ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ สัมผัสกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกัน เรียนรู้ในการปรับตัวเข้ากับสังคมภายหลังที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปหรือมีขีดจำกัด ซึ่งจะเป็ประโยชน์เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน โดยเริ่มสร้าง "สภากาแฟ" (Patients Coffee Hour) ขึ้นเป็นครั้งแรกที่หอผู้ป่วยที่ลยกรรม หลังจากนั้นก็ได้มีการบรรจุกิจกรรมนี้ลงในแผนการพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มักแยกตัวเอง ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ผู้ป่วยที่กักอยู่ห้องเดียวหรือไม่มีญาติมาเยี่ยม "สภากาแฟ" นี้ จะมีการอาสาสมัครผู้ป่วยเพื่อเป็นผู้นำกลุ่มแต่ละครั้ง สมาชิกในกลุ่มทุกคนจะเขารวมคุยความสมัครใจ และจำนวนสมาชิกกลุ่มไม่จำเป็นต้องจำกัดตายตัว เพราะบางคนอาจติดขัดจากการรับการรักษาบางอย่าง บางคนอาจรู้สึกไม่สบาย เป็นต้น

อาร์มาคอสต์ และคณะ (Armacost, et-al 1974:289-292) ได้รายงานถึงควมพยายามของพยาบาลที่จะลดความขัดแย้งหรือทัศนคติที่ไม่ดีต่อกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ด้วยการนำกระบวนการกลุ่มที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุที่พยาบาลส่วนมากมักจะพูดกันว่าผู้ป่วยมีปัญหา เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ คอติง คับทู่รัง คอตทาน เรียงรอง ชับน หรือไรเหตุผล และมักจะมองว่าผู้ป่วยเรียงรองควมสนใจอย่างไรเหตุผล ด้วยการแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมในทางที่ไม่ดี เช่น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทอแท ขี้รำคาญ ขัดแย้ง หรือโกรธ พยาบาลจึงมักจะแสดงอาการคอตทานผู้ป่วย หรือเพิกเฉยเสีย โดยมีได้คำนึงถึงปัญหา หรือแรงผลักดันที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหล่านี้ออกมา การตั้งกลุ่มเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ก็โดยการนำผู้ป่วย และพยาบาล มาเขารวมกลุ่ม เผชิญหน้ากัน ปรับตัวเขาหากัน ช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เช่น หัวหน้าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง ในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก รัฐคาลิฟอร์เนีย เคยมีประสบการณ์ในการเขากลุ่ม จึงได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดกลุ่ม จึงได้เชิญพยาบาลผู้อำนวยการทางจิตเวชมาเป็นที่ปรึกษาในการวางแผนและดำเนินการกลุ่มเพื่อให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปด้วยดี ซึ่งกลุ่มเเองที่อาร์มาคอสต์ เป็นที่ปรึกษาอยู่ ในการเขากลุ่มครั้งแรก จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ซึ่งอาจจะมีทั้งขัดแย้ง โกรธ โมโหใจ ในสถานที่ อาหาร ความสะดวกสบาย การบริการการพยาบาลที่ได้รับและพยาบาล หรือความรู้สึกกลัว วิตกกังวลในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และในที่สุดพวกเขาจะช่วยกันหาแนวทางแก้ไข ซึ่งทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ และภูมิใจ เมื่อกระบวนการกลุ่มดำเนินการไปด้วยดีแล้วที่ปรึกษาก็จะปล่อยให้พยาบาลและผู้ป่วยดำเนินการกันเองต่อไป กลุ่มลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ

ในสิทธิ ความสะดวกสบายในโรงพยาบาลที่มีขอบเขตจำกัด ช่วยให้การติดต่อสื่อสารระหว่าง
 โรงพยาบาลกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า ปัญหาที่พวกเขาเผชิญกับนั้น
 มีความสำคัญ และพยาบาลก็รู้สึกมั่นใจว่า จะใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่คุ้มค่า และ
 เป็นการใช้เวลาได้อย่างคุ้มค่าที่สุด

คอนท์, แบรินเชิล และไวท์เฮด (Conte, Branzel and Whitehead 1974
 910-912) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาล
 แห่งเมืองบอสตัน ส่วนมากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด มักจะมีคำถามหรือข้อสงสัย
 เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่เสมอ ๆ และมีท่าทีเป็นทุกข์เมื่อมีการพูดคุยกันในปัญหาของเขา ซึ่งคอนท์
 และคณะ เชื่อว่า ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าใจและยอมรับสถานการณ์ และการรักษาแล้ว
 เขาก็จะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ ไม่รู้สึกกลัวว่าเป็นหนทาง หรือถูกบังคับให้ทำ
 และจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคน้อยลง คอนท์ และคณะ จึงได้พยายามตั้งกลุ่มผู้ป่วยขึ้น โดยมี
 วัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาหารือกันในเรื่องอาการของโรค และการรักษา และให้ผู้ป่วยได้
 ระบายอารมณ์หรือความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังของพวกเขา ภายใต้การสนับสนุนคำจูง
 โดยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จากการเปรียบเทียบการสัมภาษณ์ และ
 การตอบแบบสอบถามระหว่างก่อนและหลังเข้ากลุ่ม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเกิดความรู้นใหม่ และยอมรับ
 ความจริงที่ว่า ความจำเป็นของการกินยา ควบคุมอาการของโรค เพื่อการดำรงชีวิตให้อยู่รอด
 และระหว่างการประชุมกลุ่ม คอนท์ และคณะ พบว่า การแนะนำที่ได้ผลก็คือ การให้ผู้ป่วยสอนกัน
 เอง และบรรยากาศที่มีการช่วยเหลือกัน สนับสนุนคำจูงซึ่งกันและกันนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้
 แสดงความคิดเห็น เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และลดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ได้ด้วย เช่น
 การแยกตัวเอง ความรู้สึกโดดเดี่ยว หงอยเหงาม เป็นต้น

มิเชล และซีวอลล์ (Micheal and Sewall 1980:157-175) ได้ทดลอง
 ใช้กลุ่มเพื่อนในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดสุรา เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการดูแลตนเอง (Use of the
 Adolescent Peer Group to Increase Self-Care Agency of Adolescent
 Alcohol Abusers) เป้าหมายของกลุ่ม คือการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ทันทีที่
 ออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถระบุได้ว่าอะไรเป็นปัญหาสำคัญ และเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึง
 ประสงค์ที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยยึดหลักให้ผู้ป่วยเกิด การรับรู้ความจริง (Reality Therapy)
 ซึ่งมีขั้นตอนให้เกิดการรับรู้ความจริง ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่กระหว่างสมาชิกกลุ่ม

2. ระบุพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
3. ประเมินหรือตัดสินว่าพฤติกรรมใดพึงประสงค์ พฤติกรรมใดไม่พึงประสงค์
4. ตัดสินใจเลือกวิธีการปรับพฤติกรรม
5. สร้างข้อผูกมัด หรือกำหนดข้อตกลงในการปฏิบัติตามแผนการปรับพฤติกรรม
6. ติดตามผลว่า สมาชิกได้ปฏิบัติตามข้อตกลงหรือไม่ มีปัญหา หรืออุปสรรค

หรือได้ผลประการใด

สมาชิกที่เข้ากลุ่มครั้งแรกมีอายุระหว่าง 14-20 ปี ไม่จำกัดเพศ ลักษณะกลุ่ม เป็นกลุ่มเปิด คือ เปิดรับสมาชิกใหม่อยู่เรื่อย ๆ จัดกลุ่มสัปดาห์ละ 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง มีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้น สนับสนุนอำนวยความสะดวกและนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ดำเนินการให้สมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้เกิดการรับรู้ความจริง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้

บทบาทของสมาชิกกลุ่มที่มีผลต่อความสำเร็จของกลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมที่เต็มที่ ทำหน้าที่ในการแสวงหาข้อมูล แสดงความคิดเห็น ชี้แนะแนวทาง และประทับประตองกลุ่ม นอกจากนี้ยังต้องมีบทบาทในการยึดกลุ่มให้อยู่ ด้วยการเป็นผู้สมานสามัคคี ผู้กระตุ้น และผู้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกกลุ่ม

จ. วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น แต่ละกลุ่มต่างก็มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งสามารถประมวลถึงวัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ได้ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ก่อวนชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความหวาดระแวง ความขัดแย้ง
2. ให้อกำลังใจกันเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรค หรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่ามีไม่แต่เพียงตนคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่น ๆ ก็มีเหมือนกัน หรืออาจจะมากกว่า มีใช้ตนเท่านั้นที่การ ยังมีคนอื่น ๆ ที่เป็นเหมือนตนแล้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมายและมีความสุข
3. ช่วยเหลือสมาชิกปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ เช่น ช่วยเหลือผู้ใหญ่ป่วยปรับตัวให้ได้กับการฉายอุจจาระทางหน้าท้อง ช่วยเหลือนักโทษที่ได้รับการปล่อยตัว หรือผู้ป่วยจิตเวชที่แห่หยาอนุญาตให้กลับบ้านได้ ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และปรับตัว

ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ให้ได้

4. สร้างความรู้สึกระลึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยความร่วมมือในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วย มิใช่เป็นแต่ผู้รับฝ่ายเดียว

5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้น หรืออุจใจให้สมาชิก สะกดกลืน หรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา จะพยายามเพ้นยวร้างสมาชิกมิให้ตกเป็นทาสของสุรา กลุ่มลดความอ้วน จะพยายามระงับยับยั้ง ความต้องการอาหารที่เกินพอดี เป็นต้น

ฉ. หลักการและลักษณะการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หลักการสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีใต้อุญที่จะทำใ้บุคคลหรือผู้ป่วยเกิดการรับรู้อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง หรือปรับปรุงบุคลิกภาพ (Personality Reconstruction) หรือศึกษาหาความรู้ (Education) แต่หลักสำคัญอยู่ที่การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการ เรียนรู้กระบวนการอยู่ร่วมกัน การปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ละหึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนเรียนรู้วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหา คลายคลึงกับตน (Marram 1973:40) สำหรับกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง กียดหลักการเช่นเดียวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั่ว ๆ ไป และลักษณะการทำงานที่สคัญหลักการนี้ ตามความคิดเห็นของ เฮอรวิตซ์ (Hurvitz 1970 , quoted in Dodd and Scheel 1978:117-118) นั้นเห็นว่าควรจะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองในบุคคลที่มี ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยกลุ่มอื่น ๆ นั่น คือ

1. การจัดกลุ่มมิได้มีเป้าหมายเพื่อจับบำบัด สถานที่เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงโดยเฉพาะการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยจัดหาห้องที่ไม่มีผู้คนเดินผ่าน หลากหลาน ไม้รอนอบอว การตายเทออากาศสะอาด แสงสว่างเพียงพอ เก้าอที่นั่งสบาย คังที่ คอดค และซีล (Dodd and Scheel 1978:117) กล่าววว่าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้ว ความรู้สึกสบายทางกายดูเหมือนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องมาก่อนความสบายทางจิตใจ เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มว่ต้องการเปิดเผยหรือระบายความรู้สึกอยู่แล้ว ถ้าเป็นไปตามนั้นแล้ว สมาชิกกลุ่มจะช่วยกันสร้างบรรยากาศให้อบอุ่น และไว้วางใจซันเอง

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันกำหนดเป้าหมาย และวิธีการจัดการ สมาชิกกลุ่มจะช่วยกันกำหนดว่ทำอะไรบ้าง และทำอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมาย ฉะนั้น

การพบกันแต่ละครั้ง สมาชิกกลุ่มจะต้องช่วยกันตัดสินใจเลือกเรื่องที่จะพูดปรึกษาหารือกันในวันนั้น ๆ ทั้งนี้ต้องเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของพวกตน

3. ผู้นำกลุ่มจะเป็นใครก็ได้ที่มีความสามารถในการทำให้กลุ่มนี้มีบรรยากาศของการมีส่วนร่วมในกลุ่ม เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ควบคุมสถานการณ์ได้ สำหรับการดำเนินการกลุ่มในระยะแรก ๆ พยายามหรือบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้นำกลุ่มเอง และจะศึกษาว่าสมาชิกกลุ่มคนใดมีความสามารถและเต็มใจเพื่อเตรียมตัวเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไป โดยให้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มไปก่อน

4. การเปิดเผยตนเองของสมาชิกจะช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความเข้าใจ เห็นใจ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะสร้างบรรยากาศให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์ ซึ่งจะมีความหมายและช่วยให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้ที่สุด

5. สมาชิกช่วยกันสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันอย่างแท้จริง ซึ่งต่อมาสมาชิกจะรู้สึกว่ามีสมาชิกคนอื่นในกลุ่มเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งในชีวิตของตน ทำให้เกิดการยอมรับกันอย่างแท้จริง นอกจากนี้ การตั้งชื่อกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ การรับประทานอาหารว่างร่วมกัน เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเสริมให้เกิดบรรยากาศเช่นนั้นได้

6. สร้างสัมพันธภาพแบบชุมชน (Community Relationship) คือสมาชิกแต่ละคนจะรู้สึกว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือสมาชิกคนอื่น ๆ จะช่วยให้สมาชิกคนนั้น ๆ สามารถจัดการกับปัญหาที่พบโดยง่าย ๆ หรือพบได้เป็นประจำอย่างใดผล เช่น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ปัญหาความรู้สึกเหนื่อยหน่าย เป็นต้น

7. การให้การสนับสนุนคำจูน และช่วยเหลือในการแก้ปัญหาให้แก่กันและกันนั้น สมาชิกจะต้องตระหนักถึงความต้องการของตนเองของแต่ละคนเป็นสำคัญ สมาชิกรู้สึกศรัทธาเลื่อมใสในความสำเร็จของกันและกัน และในทางกลับกันก็ต้องไม่ตำหนิตัวตน

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ มีลักษณะเป็นกลุ่มเปิด มีการเปิดรับสมาชิกใหม่โดยไม่จำกัด สำหรับการพบปะกันของสมาชิกนั้น ไม่จำเป็นต้องพบพร้อมกันหมดทุกคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อม และโอกาสของสมาชิกแต่ละคน หรือการทำความตกลงกันในกลุ่ม บางกลุ่มอาจจะนัดพบกันสัปดาห์ละครั้ง สองครั้ง หรือมากกว่านั้น อาจจะเป็นเวลากลางวัน หรือกลางคืน หรือเวลาใดก็ได้แล้วแต่สมาชิกจะทำความตกลงกัน แต่ไม่จำเป็นต้องนัดพบกันเป็นกลุ่มเสมอไป บางครั้งอาจมีการโทรศัพท์คุยกัน หรือไปเยี่ยมเยียนกัน นั่นก็คือ เวลาของการพบปะกัน

และปฏิบัติการสัมพันธ์กันนั้นขึ้นอยู่กับการทำ ความตกลงกันของกลุ่มนั้น ๆ และโอกาสจะอำนวยของ สมาชิกกลุ่มแต่ละคน

ซี. บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น สามารถดำเนินการได้ ทุกขั้นตอน โดยสมาชิกกลุ่มตามลำพัง ไม่จำเป็นต้องมีนักวิชาการ ผู้มีความรู้ความสามารถ หรือมี ทักษะในการจัดกลุ่มมาเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเชื่อว่า ความเห็นอกเห็นใจ ความ พึงพอใจและความเชื่อมั่นในตนเองที่ได้รับนี้ เกิดจากการร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้น จึงเกิดคำถามว่า ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพอนามัย ควรจะมีบุคลากรในวิชาชีพเข้าร่วมด้วย หรือไม่ และถ้าเข้าร่วมควรอยู่ในฐานะอะไร แต่เนื่องจากการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยนั้น จำเป็นจะต้องมีการควบคุม ตรวจสอบ และยืนยัน ในความถูกต้องเหมาะสมของคำแนะนำ ความ คิดเห็น ที่สมาชิกให้แก่กัน จึงได้คำตอบว่า ควรจะมีบุคลากรในวิชาชีพเข้าร่วมด้วย สำหรับพยาบาล วิชาชีพนั้นมีโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ได้มากกว่าบุคลากรประเภท อื่น ๆ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ผ่านการศึกษาศึกษาและฝึกอบรมตามการดำเนินการกลุ่มมา แล้ว อีกทั้งยังมีโอกาสที่จะเลือกเวลาคำเนินการกลุ่มได้สะดวกกว่า และหากมีการจัดตั้งกลุ่มภายใต้ ความควบคุมของพยาบาลแล้ว พยาบาลควรแสดงบทบาทที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาท คือ

1. เป็นผู้ยืนยัน รับรองในความสำเร็จของกลุ่มที่เกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิก และ
กลุ่มเท่านั้น

2. เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

(Marram 1973:42-43)

ความคิดเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับสิ่งที่ได้ศึกษาจากตำรา และบทความต่าง ๆ ที่ เกี่ยวกับการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งประมวลบทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยัน และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกรณีที่มีสมาชิกให้ข้อมูลที่ผิดเพี้ยน หรือเมื่อสมาชิกกลุ่มเรียกร้อง ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดการ หลงลำสีหน้ในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกกลุ่ม

2. เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม และการติดต่อกับหน่วยงานอื่น ๆ
ที่จำเป็นต่อการของสมาชิก

3. เป็นผู้ประสานสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม

4. ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใด หรือกลุ่ม

5. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะเริ่มแรก และเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไป

บทบาทของสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

2. เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ

3. ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

เรื่องบางเรื่องความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์

2. ความเต็มใจให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. ความพึงพอใจของสมาชิก

ช. ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่ว่าจะสวมบทบาทเป็นผู้ให้หรือผู้รับความช่วยเหลือก็ตาม สมาชิกจะได้รับประโยชน์ทุกขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กัน หรือเข้ากลุ่มกัน นั่นคือ ในขณะที่สมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้ให้ผู้อื่น ผู้รับย่อมได้รับประโยชน์อย่างแน่นอน สำหรับตัวผู้ให้ก็ได้รับประโยชน์ด้วยเช่นกัน โดยผู้ให้จะรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น รู้สึกคนเข้มแข็งขึ้น ดังที่เบรมเมอร์ (Brammer 1979:15-19) ใ้กล่าวถึงความเห็น หรือผลการทดลองของนักการศึกษาหลาย ๆ ท่าน เช่น เฮอวิทซ์ (Hurvitz) ใ้กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือลักษณะนี้ ผู้ให้ความช่วยเหลือจะเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์มากหรืออาจจะมากกว่าผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือเสียอีก นั่นคือผู้ที่ถูกเรียกร้องให้เป็นผู้ช่วยเหลือจะมีความรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับ ได้รับการยกย่อง มีภาพลักษณ์ของตนเองมั่นคงขึ้น เกิดความรู้สึกต่อตนเองในคามบวกสูงขึ้น รู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองสูงขึ้น ห่วงองเดียวกัน ริชแมน (Reissman 1965) ใ้กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบบนี้ สมาชิกกลุ่มที่สวมบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจะเกิดแรงจูงใจให้ตนเองพัฒนาการขึ้น อีกทั้งใ้เรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะการให้ความช่วยเหลือด้วย ดังเช่นผลการทดลองของ ฮอร์คินไชร์ (Hawkinshire 1963) พบว่า การใ้ให้นักเรียนที่มีคะแนนอยู่ในระดับ 6

เป็นผู้ฝึกทักษะการอ่านให้แก่นักเรียนที่มีคะแนนอยู่ในระดับ 4 ซึ่งมีปัญหาทางการอ่าน ในขณะที่มีการให้ความช่วยเหลือกัน นักเรียนระดับ 6 ซึ่งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือก็จะไม่มีโอกาสฝึกทักษะการอ่านไปด้วยเช่นกัน ทำให้ทักษะในการอ่านสูงขึ้น และเบรมเมอร์ จึงได้กล่าวสรุปไว้ว่า การที่บุคคลตกอยู่ในเงื่อนไข หรือปัญหาคล้าย ๆ กัน มารวมกลุ่มกัน เพื่อช่วยเหลือกันและกันนั้น จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ทั้งของตนเองและของผู้อื่นมากขึ้น

สำหรับการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันระยะที่ 1 (Primary Prevention) เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดกระบวนการเศร้าโศกที่ผิดปกติ ประคับประคองให้บุคคลผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้ ลดโอกาสที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ และมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนและสังคมที่แวดล้อมอยู่ โดยการนำบุคคลที่ประสบกับความสูญเสียเหมือนกัน มีความต้องการแก้ปัญหาในปัญหาหนึ่งรวมกันมาปรึกษาหารือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน สมาชิกในกลุ่มจะไม่มีโอกาสแสดงออกซึ่งความวิตกกังวลของตัวเอง กับทั้งได้รับทั้งความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้อื่น และโต้เถียงกันว่า มิใช่ตนเพียงผู้เดียวที่ต้องเผชิญกับปัญหา ยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนตน และอยู่เคียงข้างตนเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา กระบวนการกลุ่มในลักษณะนี้ เป็นการใช้ความสามารถ และศักยภาพของบุคคลอย่างเต็มที่ การให้ผู้ที่ประสบกับปัญหาเช่นเดียวกันมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันจะเป็นแนวทางที่เร่งการปรับตัวให้เร็วขึ้น (จินตนา ญินตันธุ์ 2527:142) นั่นก็คือ กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากเมื่อสมาชิกนำประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน ที่ทำงาน ตลอดจนกลุ่มสังคมอื่น ๆ ที่สมาชิกมีส่วนร่วมอยู่ด้วย และจะเกิดประโยชน์มากขึ้น เมื่อสมาชิกได้นำผลจากการนำเสนอแนะและความคิดเห็นจากกลุ่มไปใช้ มาบอกเล่าให้สมาชิกคนอื่น ๆ ฟัง หากได้ผลก็สามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้ หากไม่ได้ผล การบอกเล่าก็จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มสามารถวิเคราะห์กันต่อไปได้

