



ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Group Counseling) มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับจิตใจมนุษย์ (Transcendence) ให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี (Healthy person) (โสริช โพรแก้ว . 2528) ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการศึกษาเชิงจิตวิทยา กระบวนการดังกล่าว จะเอื้ออำนวยการรับรู้ตนเองได้อย่างถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง เปิดใจกว้างรับประสบการณ์ต่าง ๆ โดยพิจารณาหลายแง่มุม มีความยืดหยุ่น เป็นอิสระ และพยายามพัฒนาตนเอง ด้วยความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตน มีความสงบสุขตลอดเวลาในขอบเขตวิถีชีวิตของตน จนไม่มีความขัดแย้งเหลืออยู่ในจิตใจ สามารถใช้ชีวิตตนอย่างเต็มที่ ปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้เหมาะสม เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ (Rogers , 1961) นักจิตวิทยาการศึกษา (Counselor) มีส่วนเอื้ออำนวยบรรยากาศของการเติบโตของมนุษย์ดังกล่าวไว้ให้เกิดขึ้นได้ในกระแสความเคลื่อนไหวของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะมีสมาชิกมาร่วมกันแสดงปัญหา และหาทางแก้ไข ปัญหา เพราะมีจุดสนใจร่วมกัน สมาชิกสมัครใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม จุดประสงค์ของกลุ่มจะถูกสร้างขึ้นจากสมาชิกภายในกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีโอกาสที่จะแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นของตน ทั้งยังได้รับฟังความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น สมาชิกมีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศแห่งความอบอุ่น ไว้วางใจ และการยอมรับ กลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาจึงเป็นสนามปลอดภัยสำหรับสมาชิกที่กล้าเปิดเผยตนเอง บอกเล่าประสบการณ์ กล้าเผชิญปัญหา เขาสามารถทดลอง ตรวจสอบ และแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด สมาชิกจะทดลองปฏิบัติโดยได้รับกำลังใจจากกลุ่ม การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จึงเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหา หรือมีความกดดันบางประการเกิดขึ้นในจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ เศร้าซึม หม่นหมอง หวาดกลัว และอื่น ๆ ซึ่งรวมเรียกว่า สภาวะจิตใจอันขาดพร้อม (โสริช โพรแก้ว . 2528) ให้บุคคลเหล่านั้นสามารถบอกเล่าถึงสถานการณ์ความไม่สบายใจดังกล่าวออกมาให้กลุ่มรับรู้ ซึ่งการบอกเล่าของสมาชิกเป็นโอกาสแก่เขาได้พิจารณาตนเองอีกครั้ง โดยมีสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ และนักจิตวิทยาการศึกษา ที่เป็นผู้นำกลุ่มคอยช่วยเหลือให้สมาชิกได้พิจารณาตนเองอย่างถูกต้องตรงกับสภาพความเป็นจริง สมาชิกสามารถมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทัศนคติ ไปในทางที่ตนปรารถนา ซึ่งช่วยทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้ (Bruner and Suddarth 1982:926 ; Schmitt and Wooldridge 1973 : 109 ; Stuart and Sundeen :1977 : 90 ; Beck 1972 : 349 ; Schultz 1977 : 2)

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นลักษณะอารมณ์ที่ไม่พึงใจ หรือความรู้สึกอัดอั้น ตึงเครียด กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวโดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน สภาวะอารมณ์ดังกล่าว รอเจอร์ (Rogers , 1951) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่กลมกลืนกัน (incongruence) ระหว่างตน (self) ที่ตนเองคิดกับประสบการณ์ซึ่งเกิดขึ้นจริง ความวิตกกังวลนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นแรง หายใจเร็วและลึก หรือหายใจลำบาก (Priest 1983 : 8 ; Spielberger 1970 : 177)

การศึกษาสภาพจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ มีความกังวลกลัว และซึมเศร้าต่อการเป็นโรคมะเร็งมาก (นิภา ชุตติธรรมชัย, 2522 : วนิดา ดันติสุนทร , 2523 : กนกรัตน์ สุขะดุงคะ, 2525) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในสภาพที่ต้องเผชิญกับความจริงที่ไม่สามารถทำใจให้ยอมรับได้ เพราะโรคมะเร็งจัดเป็นโรคที่ร้ายแรงซึ่งทำอันตรายถึงชีวิตได้ ในช่วงเวลาที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความทุกข์ มักแสดงออกในรูปความวิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด รู้สึกโกรธทุกคน (Peck 1972 : 591) นอกจากนี้พบว่า ความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งหมดกำลังใจ รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งจึงลดโอกาสที่จะหายหรือทุเลาจากโรคได้ มักเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (เทวินทร์ โกสิยะตระกูล 2519 : 89 ; สันต์ หัตถิรัตน์ 2528 : 401) การศึกษาของไซมอนตัน (Simonton cited in Pusari Valache and Moracco) ก็พบว่า สภาวะเครียดทางจิตใจส่งผลกระทบต่อให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่จึงสั้นลง

เนื่องด้วยความวิตกกังวล มีผลกระทบในทางลบต่อผู้ป่วย วิธีการลดความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งที่ควรจะได้รับ การค้นหาและส่งเสริม การศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ในการสอนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้อภิปรายกันในกลุ่มย่อย บอกเล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวลที่มีต่อการผ่าตัดในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลคอยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสอนและให้คำแนะนำในโอกาสที่

เหมาะสมในเรื่องของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ผลการศึกษาแสดงว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง (Schmitt and Wooldridge 1973 : 109 - 115) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกันยา (สุกันยา ฉัตรสุวรรณ, 2529) ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยโรคต่อกระฉกก่อนการผ่าตัด พบว่ามีผลในการลดความวิตกกังวลลงได้เช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล และกำลังศึกษาในสาขาจิตวิทยาการปรึกษา มีความสนใจที่จะนำการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในการรักษาด้านจิตใจมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในช่วงที่รับรังสีรักษา เพื่อว่าจะเป็นประโยชน์ อาจช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้ความรู้เชิงวิชาการที่ได้ศึกษามา ซึ่งหวังว่า จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้มีความหวัง และการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

แนวเหตุผล และทฤษฎีที่สำคัญ

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการกลุ่มทางจิตวิทยา (Psyche - Process Group) ที่นักจิตวิทยาการปรึกษาจัดขึ้น เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาตนเอง ได้พัฒนาความสามารถ ยอมรับเหตุการณ์ที่คุกคามทางจิตใจ (Threat) เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล กลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา ช่วยให้สมาชิกรับรู้ปัญหาของตนได้ชัดเจนและเป็นจริง ช่วยให้สมาชิกเผชิญกับปัญหา โดยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งยังช่วยให้สมาชิกรับผิดชอบตนเอง เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา นำไปสู่ความสำเร็จในการปรับตัว เพิ่มทัศนคติแง่ดีต่อผู้อื่น และช่วยให้สมาชิกพัฒนาตนเอง สู่ความเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี (Healthy person) มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ (Shertzer and Stone 1968 ; Patterson 1967 : 498 ; Stefflre , 1979)

กระแสความเคลื่อนไหวของกรปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน

ในระหว่างสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวยบรรยากาศ ให้เกิดสัมพันธภาพ ภายในกลุ่มด้วยความอบอุ่น ความเข้าใจ ความรู้สึกยอมรับ ความไว้วางใจ และความเข้าใจซึ่งกัน และกัน สมาชิกกลุ่มสามารถบอกเล่าสิ่งที่ตนเองกังวลใจอยู่ให้กลุ่มรับทราบ สมาชิกจะสะท้อนความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เพื่อสมาชิกจะได้มีโอกาสสำรวจ และพิจารณาตนเองด้วยทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง ซึ่งช่วยให้สมาชิกแต่ละคนมีการตัดสินใจที่ดี การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มช่วยสมาชิกให้ประเมินความ ชัยซ้อนของปัญหา หาทางเลือกและทดลองปฏิบัติ ช่วยสมาชิกให้เห็นแนวทางแก้ปัญหาคือดี และเตรียม สมาชิกให้พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นจริง อันจะนำไปสู่ความงอกงามทางจิตใจ สมาชิกจะเกิด ความภาคภูมิใจในตนเองที่เขาสามารถแสดงความคิดเห็นอันเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มได้ เขาจะรู้สึกมีคุณค่า เพิ่มขึ้น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างสอดคล้องกับความเป็น จริง (Rogers 1961 ; Trotzer 1977 : 2 ; Ohlsen : 3)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จึงมีใช้ลักษณะการสอน (instructional) แต่เป็นการช่วยเหลือสมาชิกให้สำรวจ ได้ค้นหา และเผชิญกับปัญหาที่รบกวนจิตใจเขาโดยตรง และทางแก้ปัญหานั้น กระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่มจึงแตกต่างกันออกไปตามสภาพกลุ่มสมาชิก ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม และสถานที่ที่ทำกลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่ม (Facilitator) คอยเอื้ออำนวยให้กระแสกลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น บรรลุเป้าหมาย ให้สมาชิกตระหนักรู้ตนเอง (Self - Awareness) เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ เป็นจิตใจที่อิสระอยู่บนรากฐานของความจริงกับสิ่งที่มีปรากฏอยู่ข้างหน้าอย่างชัดเจน เป็นภาวะที่กลมกลืน เป็นหนึ่งเดียวกับความจริง (โสรีซ์ โพรธแก้ว 2528 . 6.8)

ดังนั้น เป้าหมายสูงสุดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา คือ การพัฒนาบุคคล ยกระดับ จากสภาวะจิตใจอันขาดพร้อมสู่ภาวะจิตใจอันสมบูรณ์ คือ ความเป็นมนุษย์ที่แท้ ซึ่งมาสโลว์เรียกว่า " Actualizing person" หรือ รอเจอร์ เรียกว่า " Fully Functioning person" หรือ อิริค ฟรอมม์ เรียกว่า " Productive person " (Schultz 1973 : 3 ; Trotzer 1977 : 136 ; Verny 1974 : 34-35)

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในแนวทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางของรอเจอร์

รอเจอร์ (Rogers , 1915) มองมนุษย์อย่างมีคุณค่า มีความสามารถ เขาตระหนักว่า มนุษย์สามารถใช้ความคิด สติปัญญา และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองได้เมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่เหมาะสม การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในแนวทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง จึงถือว่าสมาชิกกลุ่มทุกคนมีคุณค่า ซึ่งผู้นำกลุ่มจะต้องเอื้ออำนวยบรรยากาศของสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความอบอุ่นและการยอมรับ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจ สมาชิกสามารถเปิดเผยโครงสร้างของตน (self - structure) ซึ่งเป็นส่วนของประสบการณ์ ออกมาให้กลุ่มรับรู้ สมาชิกสามารถเผชิญปัญหา และเริ่มการเปลี่ยนแปลงไปสู่ทางเลือกที่ตนต้องการและพึงพอใจได้ โดยปราศจากความรู้สึกคุกคาม หรือวิตกกังวล

ความวิตกกังวลในความหมายของความไม่กลมกลืนระหว่างโครงสร้าง " ตน " กับความจริง

รอเจอร์ (Rogers 1951 : 483-523) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นความไม่สอดคล้อง หรือไม่กลมกลืนระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์หรือความเป็นจริง ความวิตกกังวลเกิดขึ้น เมื่อความนึกคิดเกี่ยวกับ " ตน " แตกต่างไปจากประสบการณ์จริงที่รับรู้ จึงทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการคุกคามทางจิตใจ จึงใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense mechanism) เพื่อหลบไปจากการคุกคามนั้น ซึ่งอาจทำได้โดยการปฏิเสธการรับรู้ประสบการณ์จริง หรือทำให้การรับรู้บิดเบือนไป เพื่อให้สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน ซึ่งโดยแท้จริงแล้ว การคุกคามนั้นยังคงมีอยู่เพียงแต่บุคคลที่มีความวิตกกังวลนั้นป้องกันตนเองไว้ โดยการรับรู้ที่แข็งงวดตายตัว (rigidity) และการบิดเบือนความจริง ภาวะดังกล่าวจะทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน

โครงสร้างสำคัญของบุคลิกภาพ คือ ตน (self) ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเขา โดยบุคคลให้ความหมายกับสิ่งเหล่านั้นประกอบกันขึ้น เป็นสนามแห่งปรากฏการณ์ (Phenominal field) หรือสนามแห่งประสบการณ์ (Experiential field) ของบุคคล บุคคลทุกคนมีชีวิตรอยู่ในโลกแห่งประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยที่บุคคลเป็นศูนย์กลาง

บุคคลทุกคนมีชีวิตอยู่ในโลกแห่งประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยที่บุคคลเป็นศูนย์กลางแห่งประสบการณ์นั้น สนามแห่งประสบการณ์จึงเป็นโลกส่วนตัวที่บุคคลรับรู้ จึงเป็นความจริงสำหรับเขา และการกระทำต่าง ๆ หรือพฤติกรรมก็แสดงออกมาตามการรับรู้ของอินทรีย์

การรับรู้ของบุคคลนั้นแปรผันไปตามองค์ประกอบอันได้แก่

1. ความสามารถในการรับรู้ของบุคคล ซึ่งขึ้นกับพัฒนาการทางสรีรวิทยา เช่น ประสาทรับความรู้สึก ความสามารถทางสมอง และการให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้า บุคคลรับรู้ประสบการณ์ได้ 3 ทาง คือ รับรู้ตามสภาพความเป็นจริง บิดเบือนสิ่งที่รับรู้ และปฏิเสธการรับรู้
2. ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล มีส่วนช่วยพัฒนาโครงสร้างการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง การรับรู้สิ่งเร้าภายนอกในปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องจากประสบการณ์เดิม เช่น ความรู้สึก ค่านิยม และทัศนคติ
3. การปรับตัวของแต่ละบุคคล ขึ้นกับประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคลว่า ตรงกับสภาพความเป็นจริงเพียงใด

ดังนั้น การเรียนรู้ของบุคคลจึงแตกต่างกัน การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลต้องเข้าใจถึงโลกทัศน์ภายใน (internal frame of reference) ของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึก การรับรู้ ความหมาย และความจำเป็นมาสู่การรู้ตัวได้ โดยต้องมีความรู้สึกเข้าใจ (Empathy) เสมือนหนึ่งเป็นตัวเขา โลกทัศน์ภายในของบุคคลนั้นมีการพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิดเมื่อทารกเริ่มมีชีวิต เขาจะพัฒนาความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ และให้คุณค่ากับสิ่งที่มาตอบสนองความต้องการของเขา ทารกจะรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ แยกแยะและให้สัญลักษณ์จนกลายเป็นประสบการณ์ส่วนตัว (self - experience) ซึ่งจะพัฒนาต่อมา กลายเป็นความคิดเกี่ยวกับตน (Self - concept) โดยเริ่มมีความต้องการพื้นฐานเกิดขึ้นซึ่งได้แก่

1. ความต้องการความรัก ความสนใจ และการยอมรับจากผู้อื่น (need for positive regard)
2. ความต้องการเป็นที่ยอมรับของตนเอง (need for positive self - regard)

3. ความต้องการที่จะเป็นตนเอง เป็นการพัฒนาการของเงื่อนไขแห่งความมีคุณค่า (Conditions of worth) โดยเด็กจะเริ่มแยกได้ว่า ภายใต้อะไรเงื่อนไขใดที่เขาจะได้รับความรักจากผู้อื่น และสนองตอบความต้องการเป็นที่ยอมรับของตนเอง แต่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่ก่อให้เกิดความขุ่นใจ เด็กจึงเริ่มมีชีวิตรอบนเงื่อนไขแห่งความมีคุณค่า หรือเป็นการยอมรับเอาค่านิยมต่าง ๆ ของผู้อื่นมาเป็นของตน เด็กจะควบคุมพฤติกรรมของตนโดยมีเงื่อนไขจากภายนอก

การอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องจึงมีส่วนในการพัฒนาความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างของตน กับประสบการณ์จริง บุคคลจึงมักบิดเบือนหรือปฏิเสธการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขแห่งความมีคุณค่า และไม่สอดคล้องกับความคิดเกี่ยวกับตน ดังนั้น ประสบการณ์ของอินทรีย์มักเกิดปัญหาขึ้น ดังอธิบายโดยละเอียด จากแผนภูมิภาพต่อไปนี้

บริเวณ 2 a. เป็นตัวอย่างความนึกคิดของบุคคลหนึ่งที่ว่า " ฉันไม่มีความสามารถเลย ในทางเครื่องยนต์กลไก และนี่เป็นข้อพิสูจน์หนึ่งที่แสดงว่าฉันเป็นคนไม่มีความสามารถ " ลักษณะความคิดเช่นนี้ อาจจะเป็นการรับเอาความคิด ความคาดหวัง และคุณค่าจากบิดามารดาไว้เป็นของตน เสมือนหนึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่ประสบการณ์จริงคือ " พ่อแม่ของฉันคิดว่า ฉันไม่มีความสามารถทางเครื่องยนต์กลไก " การบิดเบือนเช่นนี้เกิดขึ้น เพราะต้องการป้องกันการสูญเสียความคิดเกี่ยวกับตนว่า " ฉันเป็นที่รักของพ่อแม่ " จึงเกิดความรู้สึกที่ต้องปฏิบัติตนให้เหมือนที่เขาคิด เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากบิดามารดา

บริเวณ 1 b. เป็นประสบการณ์จริงที่พบว่า " ฉันล้มเหลวในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไก " ซึ่งสอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน และถูกรับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความคิดเกี่ยวกับตน

บริเวณ 3 c. เป็นประสบการณ์จริงที่ประสบความสำเร็จในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์กลไกที่ยาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน ดังนั้นบุคคลไม่สามารถยอมรับได้ แต่จะปฏิเสธหรือรับรู้บิดเบือนว่า " เป็นเพราะโชคชะตาของตน " ความคิดที่บิดเบือนเช่นนี้ สามารถจัดอยู่ในบริเวณ 2 ได้ แต่ประสบการณ์จริงที่ได้รับความสำเร็จจะถูกปฏิเสธ และคงอยู่ในบริเวณ 3.

ในแผนภูมิ ข. เกิดการ เปลี่ยนแปลง มีความสอดคล้องกันมากขึ้นระหว่างตนกับประสบการณ์จริง อันมีผลจากการให้การปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่า

บริเวณ 1 a. บุคคลเปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็น " ฉันรู้ว่าพ่อแม่ของฉันรู้สึก ว่า ฉันไม่มีความสามารถทางเครื่องยนต์กลไก และนี่เป็นสิ่งที่ท่านคิดว่าไม่ดี "

บริเวณ 2 b. เปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็น " จากประสบการณ์ของฉันยืนยันความรู้สึกของท่านในบางส่วน "

บริเวณ 3 c. เปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็น " แต่ฉันก็มีความสามารถบางอย่างในด้านนี้เหมือนกัน "

จะเห็นได้ว่า บริเวณที่ 1 ขยายออก เนื่องจากประสบการณ์จริงที่เคยถูกปฏิเสธได้รับการยอมรับ และรับรู้ประสบการณ์จริงบริเวณ 2 อย่างถูกต้องตามสภาพความจริงว่า " เป็นทัศนคติของผู้อื่น " แผนภูมิ ข. จึงเป็นบุคลิกภาพที่มีความมั่นคงในอารมณ์ มีความวิตกกังวลน้อย เพราะบุคคลมีความยืดหยุ่น เปิดใจกว้างรับประสบการณ์ใหม่อย่างตรงต่อความเป็นจริง

เทคนิคในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางของรอเจอร์

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางนั้น รอเจอร์ เน้นการสร้างสัมพันธภาพเป็นเทคนิคเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสัมพันธภาพในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Relationship or Rapport) ประกอบด้วยภาวะดังต่อไปนี้ คือ

1. การยอมรับและให้เกียรติ (Acceptance) เป็นการที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อต่อบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ มีความรู้สึก และความคิดเห็นของตน มนุษย์มีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ ซึ่งรอเจอร์กล่าวว่า การยอมรับบุคคลเป็นลักษณะการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditioned Positive Regard) โดยไม่มีการประเมินหรือตัดสินเขา การยอมรับดังกล่าวแสดงออกได้จากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงที่เป็นมิตรของผู้นำกลุ่ม มีการสบตาสมาชิกขณะพูด

2. ความเข้าใจสภาวะ และความรู้สึกของสมาชิก (Empathy) เป็นความสามารถอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้นำกลุ่มสามารถเข้าถึงจิตใจ รับรู้โลกของสมาชิกกลุ่มเหมือนโลกของตนเอง โดยไม่ใช้ความรู้สึกของตนเองประเมิน มีความเข้าใจในภาวะจริงของบุคคลนั้น เรียกว่า ความเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic Understanding) ซึ่งแสดงออกได้ 2 ระดับ คือ

2.1 สนใจในสิ่งที่เขาพูด (Primary empathy)

2.2 เหนือระดับลึก สามารถตีความได้ถูกต้อง แนะนำสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของเขา ระบุระดับปัญหาที่แท้จริง (Advanced empathy)

3. ความจริงแท้ของความเคลื่อนไหวภายใน (Authenticity or Genuine) หมายถึง การไม่แสร้ง มีความเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่เป็นการสวมบทบาท ตระหนักรู้ว่า ตนเองคิดหรือรู้สึกอย่างไร ก็แสดงออกไปเช่นนั้นได้เหมาะสม ทั้งคำพูดและการกระทำ

4. การสื่อความอย่างเด่นชัดตรงประเด็น (Concreteness) ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจปัญหา และความรู้สึกของตนได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง เป็นการสื่อสารซึ่งสมาชิกกลุ่มมีการติดต่อกันโดยตรง

สัมพันธภาพในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นในบรรยากาศกลุ่ม สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกอิสระที่จะแสดงความรู้สึกออกมา ทั้งคำพูดและการแสดงออกเกี่ยวกับตนเองมากขึ้นจากการยอมรับของกลุ่ม สมาชิกจะรับรู้ได้ว่า มีคนอื่น

เข้าใจคนได้อย่างแท้จริง สมาชิกจึงเกิดความรู้สึกลดการถูกคุกคามลง ลดการป้องกันตนเอง ยอมรับประสบการณ์ ได้ตามความเป็นจริงมากขึ้น และสมาชิกจะยอมรับตนเองมากขึ้น ทำให้เงื่อนไขแห่งความมีคุณค่าก็จะลดความสำคัญลง จากจุดนี้บุคคลก็สามารถที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสมบูรณ์ หรือบุคคลที่มีชีวิตเต็ม (Fully Functioning Person) ได้ในที่สุด (Patterson 1977 : 395-396 ; Stefflre 1979 : 53-59 ; Corsini 1977).

ลักษณะของบุคคลที่มีชีวิตเต็ม (Fully Functioning person)

โรเจอร์ ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีชีวิตเต็มไว้ 5 ประการ (Rogers 1961 cited in Schultz 1977 : 31-35 โสริช โพรแก้ว แพล)

1. เปิดกว้างต่อประสบการณ์ (An Openness to Experience)
มีความชัดเจนที่จะรับรู้การประสบกับความรู้สึก อารมณ์ และค่านิยม หรือทัศนคติต่าง ๆ และแสดงออกให้เห็นได้ โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ที่จะต้องปกปิด สามารถรับรู้อารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความปีติ และความเศร้า รับอารมณ์เหล่านั้นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่ปกป้องตนเอง (Defense person) ที่มักปฏิบัติตนตามเงื่อนไขทางสังคมอย่างตายตัว ปิดบังตนเองอยู่ภายในบทบาท "ไม่สามารถที่จะ " กลืน " หรือแม้แต่ยอมรับประสบการณ์บางอย่างได้"

2. มีชีวิตอยู่อย่างเป็นปัจจุบัน (Existential living) บุคคลที่ใช้ตนเองอย่างเต็มที่ จะรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่ทุกขณะ เปิดกว้างต่อประสบการณ์ทั้งหมด มีความตื่นตัว และอิสระในการปรับตัวได้เสมอ บุคลิกภาพของเขาจะไม่คับแคบและเข้มงวดกับตนเองมากเกินไป เขาจะถือหลักว่า " ข้าพเจ้าจะเป็นอย่างไรในชั่วขณะต่อไปนั้น หรือจะทำอะไรในชั่วขณะต่อไปนั้น จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องจากสิ่งที่ข้าพเจ้าเป็น หรือข้าพเจ้าทำในขณะนี้ และไม่สามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ " ไม่ว่าโดยข้าพเจ้าเอง หรือผู้อื่น "

โรเจอร์เชื่อว่า คุณภาพของการมีชีวิตปัจจุบัน เป็นภาวะที่มีสาระที่สุดของบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ บุคลิกภาพของเขาจะเปิดกว้างที่จะรับทุกสิ่งซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น และสามารถจะเปลี่ยนโครงสร้างของการรับรู้ได้ไม่ยาก เพื่อจะรับรู้ประสบการณ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะต่อไป

3. เชื่อภาวะอินทรีย์ของตน (A Trust in one's own organism)
โรเจอร์เน้นว่าการกระทำใดที่ความรู้สึกเป็นตัวสั่งการนั้น จะเป็นภาวะที่กำหนดพฤติกรรมที่เชื่อถือได้มากกว่าเหตุผล หรือองค์ประกอบทางความคิด บุคคลผู้ใช้ตนเองอย่างเต็มที่จะสามารถแสดงพฤติกรรม

โดยการ " ลั่ง " ของอินทรีในขณะนั้น ดังนั้นพฤติกรรมที่แสดงออกจึงแฝงด้วยความเป็นอิสระและความรู้สึกเสรี แต่ไม่ใช่การแสดงออกโดยปราศจากการยั้งคิด และการไม่คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้น

4. ความรู้สึกของการมีอิสระ (A sense of freedom)

รอเจอร์มีความเชื่อว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ จะรู้สึกถึงความ มีอิสระในการเลือก และในการกระทำต่าง ๆ มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลใด ๆ

5. ความคิดริเริ่ม (Creativity) บุคคลที่ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่จะมีความคิดริเริ่มสูง คุณภาพต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเหล่านั้น เป็นภาวะที่เอื้ออำนวยต่อการมีความคิดริเริ่มเป็นอย่างยิ่ง บุคคลผู้ซึ่งเปิดใจกว้างรับประสบการณ์ต่าง ๆ จะเชื่อมั่นในตัวเอง และมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจ สามารถแสดงตนเองในรูปแบบของงานประเภทรื่นต่าง ๆ และมีอิสระที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้พัฒนา และงอกงามขึ้นในสิ่งที่สนใจจะสนองตอบต่อสิ่งเร้าซึ่งอยู่รอบตัว

ดังนั้น บุคคลผู้อยู่ในภาวะจิตใจสมบูรณ์ จะสามารถปรับตนเองให้ใช้ชีวิตอยู่ในภาวะแวดล้อมซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างมากในปัจจุบัน เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีอิสระที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง เป็นบุคคลที่มีคุณภาพในกระแสของการเติบโตของมนุษยชาติ

กระแสความเคลื่อนไหวของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในแนวคิดของรอเจอร์

(Rogerian Group Process Pattern)

รอเจอร์ (Rogers 1977 : 12-71) อธิบายกระแสความเคลื่อนไหวของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มไว้ 15 ขั้นตอน ขั้นตอนหนึ่งในกระแสกลุ่มของกลุ่มหนึ่งอาจเกิดขึ้นก่อน ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเกิดขึ้นภายหลัง และในแต่ละขั้นตอนมีความกลมกลืนกันจนไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่า ขั้นตอนใดกำลังเริ่มต้น หรือขั้นตอนใดกำลังสิ้นสุด บางครั้งแต่ละขั้นตอนอาจเกิดต่อเนื่องกันไป หรือติดขัดชะงักอยู่กับที่ก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มที่จะเอื้ออำนวยให้กระแสกลุ่มดำเนินไปราบรื่นเพียงใด ขั้นตอนดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นลักษณะพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตลอดจนความสำเร็จในการแก้ปัญหา โดยทั่วไป กระแสกลุ่มมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

1. การเริ่มต้นอย่างคลุมเครือ สับสน (Milling around) เกิดขึ้นในระยะ

แรกของการร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกอึดอัด กังวลใจ และสงสัยว่า กลุ่มจะดำเนินไปอย่างไร จึงทำให้บรรยากาศของกลุ่มเงียบเป็นส่วนใหญ่ สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยมาก และเป็นไปในลักษณะผิวเผิน คอยกันเรื่องทั่ว ๆ ไป สภาพคล้ายการพบปะในงานเลี้ยง สถานะอึดอัดไม่สบายใจนี้ เป็นธรรมชาติของการเริ่มต้นกลุ่ม

2. การแสดงความต่อต้านต่อบุคคล หรือต่อการสำรวจตนเอง (Resistance to personal expression or exploration) เกิดความลังเลใจว่า จะเล่าเรื่องของตนเองหรือไม่ เนื่องจากยังไม่ไว้วางใจกลุ่ม การสนทนาจึงยังเป็นเรื่องนอกกลุ่ม หลีกเลี่ยงการพูดเรื่องตนเอง ไม่ได้ใส่ใจในความรู้สึกขณะเล่า บรรยายกลุ่มจึงมีลักษณะเงียบเปรี๊ยะเหมือนตอนเริ่มต้น

3. การอธิบายกันเกี่ยวกับความรู้สึกในอดีต (Description of past feeling) สมาชิกกลุ่มเริ่มเสียดที่จะแสดงตนเองทั้งที่ยังไม่แน่ใจ ต่อการไว้วางใจของกลุ่ม การบอกเล่า เป็นลักษณะเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาแล้ว

4. การแสดงความรู้สึกในทางลบ (Expression of negative feeling) สมาชิกกลุ่มเริ่มไม่พอใจกับบรรยากาศกลุ่ม เขาจึงเริ่มแสดงความรู้สึกที่เป็น " ที่นี่ และ เตี้ยวันนี้ " (Here and Now) ออกมา ให้สมาชิกคนอื่น และผู้นำกลุ่มทราบว่าเขารู้สึกอย่างไร เป็นการเริ่มต้นแสดงความรู้สึกส่วนตัว อันจะนำไปสู่การเปิดเผยตนในกลุ่มสมาชิกมีอิสระ และไว้วางใจต่อกันมากขึ้น สมาชิกจะรู้สึกว่ากลุ่มเป็นสถานที่ปลอดภัยที่เขาจะแสดงความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบออกมาได้อย่างเต็มที่

5. การแสดงออก และเปิดเผยที่มีความหมายของบุคคล (Expression and exploration of personally meaningful material) หลังจากสมาชิกได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงต่อกัน แม้จะเป็นความรู้สึกทางลบ แต่กลุ่มก็แสดงการยอมรับ รับฟังเขาโดยไม่ประเมิน หรือโจมตีเขา ทำให้เขาเกิดความไว้วางใจกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยสิ่งที่ค้างอยู่ในใจให้ผู้อื่นรับรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร ขณะที่เล่าเรื่องนั้นเป็นการเริ่มสำรวจตนเองของสมาชิก

6. การแสดงความรู้สึกระหว่างบุคคลในกลุ่ม (The expression of immediate interpersonal feelings) ปัญหาส่วนตนแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ในบรรยากาศของความไว้วางใจเพิ่มขึ้น

7. พัฒนาความรู้สึกสบายขึ้นเมื่ออยู่ในกลุ่ม (The development of a healing capacity in the group) สมาชิกมีการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ สมาชิกมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม พยายามช่วยเหลือตามวิถีทางที่ตนสามารถทำได้

8. มีการยอมรับตนเอง และเริ่มต้นสู่การเปลี่ยนแปลง (Self - acceptance and the beginning of change) การที่สมาชิกได้เปิดเผยตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ เป็นโอกาสให้เขาได้สำรวจตนเองอย่างละเอียดถี่ถ้วน ได้พิจารณาตนเองในแง่มุมต่าง ๆ ได้เข้าใจ และรู้จักตนเองว่าตนเองคือใคร และเป็นอย่างไร

9. เป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่ (The cracking of facades) สมาชิกจะรู้สึกว่าการบรยากาศกลุ่มเป็นกันเองมากขึ้น เขาจะละทิ้งบทบาท หรือหน้าที่ที่เขามืออยู่ออก เขามีความกล้าที่จะเป็นตัวของตัวเอง และรู้สึกมีอิสระเต็มที่ อาจมีการร้องไห้ เมื่อแสดงความรู้สึกเจ็บปวดในสิ่งที่ถูกทำลาย

10. การให้ข้อมูลย้อนกลับของแต่ละบุคคล (The individual receives feedback) ในสิ่งที่ตนฟังจากสมาชิกคนอื่น บรรยากาศเช่นนี้เป็นสิ่งที่แสดงถึงความร่วมมือซึ่งกันและกัน และเป็นโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้เผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น สมาชิกอาจแสดงออกถึงการยอมรับ และไม่ยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ และจากการสะท้อนกลับของข้อมูล ทำให้สมาชิกได้พิจารณาปัญหา นำไปสู่การเข้าใจตนเอง และสมาชิกมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างแท้จริง

11. การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องจากการสะท้อนกลับของข้อมูล ซึ่งอาจเป็นทางบวกหรือทางลบ สมาชิกอาจจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ สิ่งเหล่านี้สมาชิกเข้าใจว่า มีความหวังใยต่อกัน สมาชิกต้องการช่วยเหลือกันให้กระจ่างชัดในสิ่งต่าง ๆ ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับ และไว้วางใจกันมากขึ้น

12. สัมพันธ์ภาพในรูปแบบการช่วยเหลือภายนอกกลุ่ม (The helping relationship outside the group sessions) ปัญหาบางอย่างสมาชิกอาจนำมาสนทนากันนอกกลุ่ม มีการนัดหมายกัน เขียนจดหมายถึงกัน ช่วยให้สมาชิกเข้าใจ มีกำลังใจ และมีความผูกพันกันจากในกลุ่มสู่ภายนอกกลุ่มซึ่งเป็นสิ่งที่มีค่ามาก

13. จิตสัมพันธ์ขั้นแท้ (The basic encounter) สมาชิกเกิดความรู้สึกใกล้ชิดกันจากการเข้ากลุ่ม สมาชิกมีความรู้สึกยอมรับความรู้สึกของคนอื่น สมาชิกสามารถติดต่อกับผู้อื่นได้ด้วยความเข้าใจ จริงใจ และจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ทำให้ เขาสามารถแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

14. การแสดงความรู้สึกทางบวก และความผูกพันใกล้ชิด (The expression of positive feeling and closeness) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่เกิดขึ้นในกระแสกลุ่ม เมื่อสมาชิกยอมรับในสัมพันธ์ภาพกลุ่ม สมาชิกจะรู้สึกสนิทสนม อบอุ่น ใกล้ชิดกันมาก มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และสมาชิกเกิดความรู้สึกผูกพันกับกลุ่ม เหมือนหนึ่งเป็นครอบครัวเดียวกัน

15. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในกลุ่ม (Behavior changes in the group) สังเกตได้จากลักษณะท่าทาง น้ำเสียงของสมาชิกมีความเป็นธรรมชาติมากขึ้น สมาชิกมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น เป็นตัวของตัวเอง มีความไว้วางใจผู้อื่น ต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง

ผู้นำกลุ่ม (The Group Leader)

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการรักษาทิศทางกลุ่มให้บรรลุตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ และผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้มีส่วนร่วมในกลุ่มมากที่สุด รอเจอร์กล่าวถึงหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการเอื้ออำนวยกลุ่มไว้ดังนี้ คือ (Rogers 1970 : 52-73)

1. การสร้างบรรยากาศกลุ่ม (climate - Setting Function) ผู้นำกลุ่มต้องพยายามสร้างบรรยากาศกลุ่มที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกอบอุ่น และกลุ่มเป็นสถานที่ปลอดภัยสำหรับเขา โดยผู้นำกลุ่มให้อิสระแก่สมาชิกในการบอกเล่าสิ่งที่เขาต้องการให้กลุ่มรับทราบ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องในระดับผิวเผิน หรือลึกซึ้ง ผู้นำกลุ่มก็ตั้งใจฟังสิ่งที่เขาพูดอย่างใส่ใจระมัดระวัง และชัดเจนมากที่สุด และผู้นำกลุ่มพยายามตอบสนองสิ่งที่เป็นความหมายของประสบการณ์ และความรู้สึกของเขา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกว่า อย่างน้อยก็มีผู้นำกลุ่มคนหนึ่งในกลุ่มที่เชื่อถือ ไว้วางใจ และใส่ใจมากที่จะฟังสิ่งที่เขาพูด โดยผู้นำกลุ่มสามารถแสดงออก ให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ได้ทั้งทางคำพูด และภาษาท่าทาง ซึ่งผู้นำกลุ่มสามารถแสดงออก และมีความละเอียดอ่อน ที่จะสัมผัสได้ถึงความหวาดกลัว

หรือเจ็บปวด ของสมาชิกจึงจะสามารถตอบสนองต่อความหมาย และความรู้สึกเหล่านั้นให้เขารับรู้ได้

2. การยอมรับกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม (Acceptance of the Individual)

ผู้นำกลุ่มต้องมีความพยายาม และอดทนมากกับกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มมีบทบาทเป็นสมาชิกกลุ่มคนหนึ่งด้วยเหมือนกัน ผู้นำกลุ่มจึงมีส่วนของการมีผลต่อกลุ่ม และจะไม่บังคับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเลือกของกลุ่ม เพียงผู้นำกลุ่มมีหน้าที่จะตอบสนองมากต่อความรู้สึกในปัจจุบันของสมาชิกมากกว่าตัวประโยคที่กล่าวถึงประสบการณ์ในอดีต

3. ความเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic Understanding)

ผู้นำกลุ่มต้องพยายามที่จะเข้าใจความหมายที่แท้ของสิ่งที่บุคคลสื่อออกมา โดยการที่ผู้นำพยายามหาความกระจ่างจากสิ่งที่สมาชิกพูด และแสดงออกมา พร้อมทั้งถ่ายทอดความหมายนี้กลับไปให้ตัวสมาชิก วิธีการนี้จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นเข้าใจ โดยไม่ต้องเสียเวลาซักถาม หรือใส่ใจกับรายละเอียดปลีกย่อยที่ผู้พูดได้แสดง ผู้นำกลุ่มต้องใช้ทักษะให้สมาชิกเผชิญกับสิ่งที่เขาพูด และการตีความหมายในระดับลึกได้อย่างถูกต้อง

4. การทำหน้าที่จากฐานความรู้สึก (Operating in terms of Feeling)

รอเจอร์เรียนรูที่จะเป็นอิสระในการแสดงความรู้สึกของตนเอง ที่มีผลต่อกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม หรือกับตนเอง ด้วยความรู้สึกที่แท้จริงในปัจจุบัน การกระทำดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้นำกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสามารถไวต่อความรู้สึกของสมาชิกที่พูด หรือปิดบังบางสิ่งไว้ บรรยากาศที่เอื้ออำนวยนั้น ผู้นำกลุ่มต้องยอมรับ ทั้งการแสดงออกในทางบวก และความรู้สึกในทางลบ การตอบคำถามของผู้นำกลุ่มจึงไม่ควรแสดงความรู้สึกของตนเองขณะนั้นตีความ ผู้นำกลุ่มควรพยายามตอบโดยความรู้สึกอิสระ ไม่ได้ถูกบังคับ หรือการตอบโดยมรรยาทสังคม แต่เป็นการตอบเพราะเห็นว่า มันอาจมีสาระอื่น ๆ แฝงอยู่ในคำถามนั้นมากกว่าที่จะเป็นคำถามที่แท้

5. การเผชิญหน้า และการสะท้อนกลับของข้อมูล (Confrontation and Feedback) บุคคลที่กระตุ้นความรู้สึกบางอย่างไว้ ผู้นำกลุ่มควรให้เขามีโอกาสได้เผชิญเมื่อเขาต้องการเพื่อช่วยให้เขามองเห็นสิ่งที่เขาคิด โดยการที่ผู้นำกลุ่มนำสิ่งที่สมาชิกแสดงออกมาสนองตอบให้เขาเห็น บางครั้งผู้นำกลุ่มอาจต้องใช้วิธีชี้แนะ และให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ โดยการสะท้อนกลับของข้อมูล แม้ว่าบางครั้งจะต้องทำให้เขาเจ็บปวดบ้าง ในการเผชิญกับความจริง ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยเหลือให้เขาพ้นจากสภาพความเจ็บปวดได้เมื่อเขาต้องการ

6. การแสดงถึงปัญหาของตนเอง (Expression of Own Problem)

ผู้นำกลุ่มที่ไม่กล้าแสดงความรู้สึกที่เป็นปัญหาของตนเองออกมา จะทำให้เกิดผลเสีย คือ ทำให้ผู้นำกลุ่มไม่สามารถตั้งใจรับฟังผู้อื่นในกลุ่มได้ และกลุ่มมักจะรู้สึกถึงความไม่สบายใจของผู้นำกลุ่ม และคิดว่าเป็นความผิดของสมาชิกที่ทำให้ผู้นำกลุ่มไม่สบายใจ ดังนั้นผู้นำกลุ่มควรมีความพร้อมในการทำกลุ่ม หากผู้นำกลุ่มมีความกังวลใจเกิดขึ้นขณะทำกลุ่ม ควรเปิดเผยบอกเล่าให้กลุ่มทราบ เพราะการกระทำดังกล่าวของผู้นำกลุ่มจะมีส่วนเอื้ออำนวยกระแกลุ่มได้ดีมากขึ้น สมาชิกคนอื่น ๆ จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น

7. หลีกเลี่ยงการวางแผน และ " แบบฝึกหัด " (Avoidance of Planning and " Exercise ")

หากมีความจำเป็นต้องวางแผน ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มควรมีส่วนร่วมมากพอกัน รอเจอร์เชื่อว่าในความเป็นธรรมชาติ (Spontaneity) ว่าเป็นสิ่งที่มีค่ามากที่สุด และมีประสิทธิภาพที่สุด กิจกรรมต่าง ๆ อาจนำมาใช้ได้เมื่อกิจกรรมเหล่านี้สามารถเอื้ออำนวยการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงในขณะนั้นของสมาชิกกลุ่มได้

8. หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ หรือตีความกระแกลุ่ม (Avoidance of Interpretive or Process Comments)

การตีความหรือวิจารณ์สิ่งซึ่งอยู่ภายใต้พฤติกรรมของบุคคล เป็นสิ่งที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ผู้นำกลุ่มจึงควรหลีกเลี่ยง หากจำเป็นต้องมีการวิจารณ์ ควรเกิดในลักษณะความสมัครใจของสมาชิกทุกคนมากกว่าการที่ผู้นำกลุ่มจะไปกำหนด หรือวิเคราะห์พฤติกรรมนั้น ๆ

9. ศักยภาพในการรักษาทางจิตใจของกลุ่ม (The Therapeutic Potentiality of the Group)

รอเจอร์เชื่อว่า คนปกติทั่วไปมีศักยภาพในการช่วยเหลือทางจิตใจอยู่มาก ผู้นำกลุ่มไม่ควรที่จะวินิจฉัยพฤติกรรมที่ผิดปกติบางอย่างที่สมาชิกบางคนอาจแสดงออกในกลุ่มขณะที่สถานการณ์กลุ่มตึงเครียด เพราะการวินิจฉัยดังกล่าวของผู้นำกลุ่ม จะทำให้เกิดความรู้สึกห้ำหั่นของสมาชิกว่า ผู้นำกลุ่มเห็นบุคคลเป็นวัตถุสำหรับการวิเคราะห์เท่านั้น ผู้นำกลุ่มควรอาศัย " ปัญหาของกลุ่ม " มากกว่าของตนเอง

10. การเคลื่อนไหวทางกาย และการสัมผัส (Physical movement and Contact)

ผู้นำกลุ่มควรแสดงการเคลื่อนไหวทางกายอย่างเป็นทางการมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการขยับตัว การย้ายที่นั่ง ผู้นำกลุ่มควรถามความสมัครใจของสมาชิกด้วยว่า เขาเต็มใจ

ที่จะถูกย้ายที่หรือไม่ ส่วนในด้านการสัมผัสเป็นการตอบสนองอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้นำกลุ่มอาจแสดงออกได้ตามความเหมาะสม โดยไม่มีการวางแผนล่วงหน้า การสัมผัสอาจเป็นอุปสรรคทางวัฒนธรรมที่อาจสื่อความหมายไปได้ว่า เป็นการแสดงออกทางเพศสัมพันธ์ ผู้นำกลุ่มจึงควรระมัดระวังไม่ให้เกิดความหมายในลักษณะนี้ ผู้นำกลุ่มควรแนะนำให้สมาชิกแสดงความเป็นตัวของตัวเอง มีความไว้วางใจผู้อื่น ผู้นำกลุ่มอาจสร้างความคุ้นเคยในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มทักทายกัน การเอ่ยชื่อครั้งแรก ประสานสายตา และสัมผัสมือ เป็นต้น

แนวทางในการนำกลุ่มของรอเจอร์ดังกล่าว ถือว่าผู้นำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ต้องมีความเชื่อถือ และไว้วางใจในสมาชิกกลุ่มทุกคน ว่าเขาสามารถพัฒนาคนไปสู่บุคลิกภาพที่สมบูรณ์ได้ โดยผู้นำกลุ่มเป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยบรรยากาศที่เหมาะสม ซึ่งเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น อันจะส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มมากขึ้น โดยใช้ทักษะง่าย ๆ คือ การหาความกระจ่าง (Clarification) การสะท้อนกลับของข้อมูล การตั้งคำถาม (Questioning) ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ต้องพยายามสื่อความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ได้ด้วย จึงจะสามารถนำกลุ่มได้อย่างอ่อนโยน ตามหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่ดี

สมาชิกกลุ่ม (The group member)

สมาชิกกลุ่มขึ้นกับจุดมุ่งหมายของกลุ่มว่า ในการจัดกลุ่มแต่ละครั้งนั้นจัดขึ้นเพื่อบุคคลประเภทใดโดยเฉพาะ หรือจัดขึ้นเพื่อบุคคลทั่วไปที่สนใจจะมาเข้ากลุ่ม สมาชิกที่มาเข้ากลุ่มอาจจะมีอายุ และวุฒิภาวะใกล้เคียงกันก็ได้ หรืออาจจัดให้มีทั้งสมาชิกที่มีอายุและวุฒิภาวะแตกต่างกันก็ได้ เพื่อที่จะทำให้สมาชิกได้รับรู้ถึงบุคคลที่มีวัย หรือวุฒิภาวะแตกต่างไปจากตน อาจแสดงความคิดเห็นในเรื่องเดียวกันด้วยทัศนคติที่ต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้ยอมรับและเข้าใจบุคคลในวัยอื่นได้ด้วย สำหรับเพศสมาชิกกลุ่มที่จัดขึ้นควรมีทั้งเพศชายและหญิง เพื่อให้เรียนรู้สภาพความเป็นจริงของสังคม และช่วยให้สมาชิกมีโอกาสพัฒนาระดับอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการแก้ปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม ก็ขึ้นกับความสนใจของสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม แต่ละลักษณะอาจมีน้อยต่างกัน ผู้นำกลุ่มควรพยายามจัดให้มีคุณค่าเท่าเทียมกัน ทั้งในวัย วุฒิภาวะ และเพศ เพื่อป้องกันปัญหาการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในกลุ่ม



ขนาดของกลุ่ม (Group size)

ขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และรูปแบบของกลุ่ม โดยทั่วไปรอเจอร์กล่าวว่า กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 8 - 18 คน เพื่อสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้ทั่วถึง (Rogers 1972 : 2)

ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม (Time)

ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันในกลุ่ม อาจเป็นสัปดาห์ละ 18 - 40 ชั่วโมง หรือมากกว่านี้ ก็ได้ (Rogers 1970 : 3)

ความวิตกกังวล (Anxiety)

รอเจอร์ (Rogers 1951 cited in Epstein 1972:42) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะไม่สมดุลทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน โดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตนตามการรับรู้กับประสบการณ์ หรือความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเบค และโกรเอน (Beck 1972 : 349 ; Groen 1975 : 733) ที่ให้ข้อสังเกตว่า ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นมีส่วนทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย หากบุคคลรับรู้ความกดดันมากก็มีความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ความกดดันน้อย

ฟิลลิป มาร์ติน และเมย์เออร์ (Phillips , Martin and Mayers 1972:42) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล เขาอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระบบรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว (Sensorimotor) ซึ่งเป็นกลไกทางสรีระส่งผ่านไปสู่การรับรู้ โดยที่ประสบการณ์นั้นจะถูกแปรไปเป็นภาพพจน์และจินตนาการต่าง ๆ และในที่สุดความวิตกกังวลก็จะผสมผสานกันระหว่างการสร้างสัญลักษณ์ และการให้ความหมายซึ่งเกิดจากกระบวนการทางความคิดแสดงออกในเชิงลบ เช่น

การถอยหนี และมีแนวโน้มที่จะเกิดกลวิธีป้องกันตนเองในรูปแบบต่าง ๆ แนวคิดของเขาทั้งสามสอดคล้องกับการอธิบายในทฤษฎีของโฮแกน (Hogan cited in Rogers 1951 :88) ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้กลวิธีป้องกันตนเองของบุคคลว่า เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามภาพพจน์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นนั้น บุคคลจึงพยายามที่จะรักษาโครงสร้างแห่งตนไว้ โดยการปฏิเสธการรับรู้หรือบิดเบือนการรับรู้ประสบการณ์จริงนั้นเสีย ทำให้เกิดความไม่กลมกลืนระหว่างตนกับประสบการณ์จริงมากขึ้น การใช้กลวิธีป้องกันตนเองบ่อยครั้ง จึงทำให้บุคคลนั้นวิตกกังวลมากจนกระทั่งห่างไกลจากโลกของความจริง กลายเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนในที่สุด

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger 1977:17) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ และจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ มีปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และถ้ามีความวิตกกังวลสูงจะมีความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดกลัวสุดขีด (Zung 1980 : 348 - 357) ความกลัวจึงเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวล (Izard 1972 : 40) ซึ่งฮิลการ์ด (Hilgard 1975 : 346-347) ชี้ให้เห็นว่า ความกลัวคล้ายกับความวิตกกังวลในแง่ที่ว่า เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ และต้องการหลีกเลี่ยง แต่ส่วนที่แตกต่างกันคือ ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคาม ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร เป็นความหวั่นกลัวล่วงหน้า ส่วนความกลัวนั้น มีสาเหตุมาจากวัตถุ บุคคล หรือสถานที่ที่สามารถบอกได้ชัดเจน

สภาพความวิตกกังวล

สภาพความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลนั้นจะมีลักษณะเหมือนกัน โดยมี 3 ส่วนประกอบ ดังนี้ (สุนีย์ ดันดิพัฒนานันท์ 2521 : 22)

1. มีสิ่งมาคุกคามต่อภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพพจน์ดังกล่าว คือ การรวมกันของความเชื่อ ค่านิยม และความหวังของบุคคลนั้น
2. บุคคล นั้นจะมีความรู้สึกตึงเครียด อึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น เรียกว่า ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้ประสาทรับความรู้สึก เตรียมตัวเพื่อรับรู้อารมณ์ต่อสิ่งที่มากระทบ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาท

อัตโนมัติเพื่อจัดพลังงานส่วนเกินนั้น

3. มีการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้หลายรูปแบบขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger 1972 : 487-489) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A - Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็น ตัวเสริม หรือ ตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบภาวะ (A - state) ว่าเช่นเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบภาวะต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลแบบภาวะ (State-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ระดับความวิตกกังวล

เปปเปลอ (Peplau cited by Stuart and Sundeen 1979:76) แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้างขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้ และการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความกังวลใจที่เกิดขึ้นทันที การรับรู้แคบลง บุคคลจะเลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของสภาพการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบมาก การมองสภาพแวดล้อมบิดเบือนจากสภาพความเป็นจริง มีความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับที่รุนแรงที่สุด หรือกลัวสุดขีด (Panic Anxiety) การรับรู้แคบมากไม่ตรงตามความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพ และความคิดจะผิดปกติ ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น และการเรียนรู้เสียไป

ระดับความวิตกกังวลดังกล่าวจึงมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน เพราะทำให้บุคคลมีการตื่นตัว การรับรู้ และการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพขณะนั้น (Luckmann and Sorensen 1974 : 112 ; Sarason 1972 : 398)

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ (Goldberger 1982 : 11-13)

1. ด้านชีวเคมี (Biochemical) มีผลต่อสมองและต่อมไร้ท่อซึ่งควบคุมศูนย์กลางของอารมณ์และระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ส่งกระแสไปที่ส่วนกลางของต่อมอดรีนาล (Adrenal Medulla) หลังสารอดรีนาลีน (Adrenaline) ที่ทำให้เกิดพลังงานการไหลเวียนโลหิตในกล้ามเนื้อดีขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ด้านทานโรคลดลง ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น และเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น (Simon and Herbert 1977 : 199)

2. ด้านสรีรวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นกับระดับของความวิตกกังวล ได้แก่ อาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจถี่และเร็ว หรือหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณ

ฝ่ามือเป็นชั้น มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดเฟ้อ บัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะบริเวณคอ ตัวสั่น นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิง เป็นต้น

3. ด้านอารมณ์ มีอาการตกใจง่าย โกรธง่าย หงุดหงิด กระสับกระส่าย หวาดหวั่น สงสัย ขอบซักถาม เรียกร้องการพึ่งพาผู้อื่น ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ ขาดความสนใจ แยกตัว และร้องไห้

3. ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ มีอาการหมกมุ่น ครุ่นคิด การใช้ภาษาผิดพลาด ตัดขาด สมองง่าย ไม่มีสมาธิ สับสน ไม่แน่ใจ และการรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

ผลของความวิตกกังวล อาจแสดงออกลักษณะพฤติกรรมเปิดเผย หรือซ่อนเร้นก็ได้ ขึ้นกับวิธีการที่บุคคลแต่ละคนใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลเหล่านั้น

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากการจัดการตอบสนองของร่างกายต่อความวิตกกังวล เช่น วัดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา จากการตรวจคลื่นสมองเพื่อดูการทำงานของหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต วัดจังหวะความถี่ของการหายใจ ระดับความเป็นกรด - ด่าง หรือความเป็นกลางของน้ำย่อยกระเพาะอาหาร การวัดความต้านทานของไฟฟ้าที่ฝ่ามือเพื่อตรวจสอบปริมาณเหงื่อที่ออก ดูการขยายของม่านตา เป็นต้น ส่วนการวัดการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี เช่น วัดระดับของไขมันในเลือด ระดับของกรดแลคติก (Lactic acid) จะสูงเมื่อความวิตกกังวลมีระดับรุนแรง นอกจากนี้ยังวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน จิตใจจากพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นต้น (Kelly 1980 : 121-193)

แบบวัดความวิตกกังวลที่มีชื่อเสียงมาก คือแบบวัด STAI (The state Trait Anxiety Inventory) ซึ่งประเมินสภาวะอารมณ์ที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลตามแนวของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger , 1970) และ Self-Rating Anxiety scale ของซุง (Zung 1965 ; 1971) แบบวัดดังกล่าวเป็นแบบวัดที่ได้ทฤษฎีการตอบสนอง (Response oriented measure) ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นต้นเหตุของความเครียด เป็นลักษณะของการประเมินอาการแสดงทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพที่บุคคลแสดงออก โดยให้ผู้ถูกวัดตอบคำถามด้วยตนเอง ตามความรู้สึก และการรับรู้ของตน

วิธีลดความวิตกกังวล

เมื่อสามารถประเมินได้ว่า บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง เกิดผลเสียมากกว่าผลดีดังกล่าวมาแล้ว จึงควรหาวิธีลดความวิตกกังวลนั้นเสีย โดยการนำบุคคลนั้นออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเสียชั่วคราว หรือโดยการไช้ยา หรือโดยการฝึกให้บุคคลที่มีความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และการปรับพฤติกรรมทางความคิด เป็นต้น (Beck 1972 : 349)

การศึกษาพบว่า การเจ็บป่วย และการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้บุคคลส่วนมากเกิดความวิตกกังวล (Handerson and Nite 1978 : 1622) เพราะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้เจ็บป่วยมาก ความเจ็บป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ทั้งสถานที่ บุคคล กฎระเบียบข้อบังคับ ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลทั้งสิ้น (Prichard 1981 : 162 - 164) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง (อนุรีย์ ดันสกุล 2522 : 706 - 707) ศึกษาพบว่า จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 100 ราย สภาพจิตใจที่พบในผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าวคือ ความวิตกกังวล หวาดกลัว และซึมเศร้า

มะเร็ง (Cancer)

มะเร็งเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant Tumor) ที่เกิดจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อชนิดหนึ่งในร่างกาย ทำให้มีการทำลายของเนื้อเยื่อชนิดอื่น ๆ ตามมา มะเร็งจึงสามารถเกิดขึ้นได้กับอวัยวะในร่างกาย และในทุกเพศทุกวัย ทุกฐานะอาชีพ (สายสงวน อุณหะนันท์ 2521 : 1) นอกจากนั้นมะเร็งยังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาหายยาก เพราะผู้ป่วยส่วนมากมารับการรักษาเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว จึงเป็นการเจ็บป่วยหนัก อาจถึงตายได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง อนาคตไม่แน่นอน (สมพร บุขราก็ 2521 : 1) ผู้ป่วยต้องเสียเงิน เสียเวลาในการรักษานาน เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ โรคที่เป็น วิธีการรักษานาน เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ ตลอดจนผู้ป่วยมักเกิดความกลัวที่จะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพิ่มภาระให้กับครอบครัว

ผู้ป่วยวิตกกังวลว่า ครอบครัวจะรังเกียจ (อุทิศ ศุภะทัต . 2510) เนื่องจากพบว่า มะเร็งเป็นบ่อเกิดของกลิ่นเหม็น ผู้ป่วยมะเร็งมักมีร่างกายที่ผิดปกติจากปกติ และมะเร็งยังเป็นเครื่องหมายแห่งความตายอีกด้วย (Donovan and Pierce 1976 : 4)

สาเหตุของโรคมะเร็ง

ปัจจุบันมีผู้ศึกษาพบว่า มะเร็งมีสาเหตุหลายอย่างซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ดังนี้ คือ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2529)

1. สารคาร์ซิโนเจน (Carcinogenic substance) ซึ่งพบในกำมะถัน ถ่าน และสารเคมีอื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อการสร้างเซลล์ที่ผิดปกติ
2. กรรมพันธุ์ (Genetic) เนื่องจากพวกที่เป็นมะเร็งเด็กรุ่น ถ้าบิดามารดาเป็นบุตรก็จะเป็นด้วย
3. รังสี (Radiation) การที่ร่างกายรับรังสีต่าง ๆ เช่น อุลตราไวโอเลต (Ultraviolet) จากแสงแดด หรือรังสีเอ็กซ์ (X - rays) เกิน 5 rad. ต่อปี อาจเป็นอันตราย ต่อการเจริญผิดปกติของเซลล์ร่างกาย ก่อให้เกิดเซลล์มะเร็งขึ้นได้
4. อาหาร (Diet) ประเภทไขมันสูง (High fat)
5. ระบบภูมิคุ้มกันโรค (The immune system) เป็นประสิทธิภาพของร่างกายที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคที่มาก หรือน้อย แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล
6. เชื้อไวรัส (Virus)
7. สิ่งแวดล้อม (Environment) มะเร็งบางชนิดเป็นมากในบางประเทศ สาเหตุดังกล่าวมักเกิดร่วมกัน แบ่งแยกไม่ได้ชัดเจน เป็นสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยภายใน และภายนอกในร่างกายของบุคคล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าสภาวะตึงเครียดทางจิตใจ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายลดลง อันจะส่งผลสู่ความผิดปกติของฮอร์โมน ร่างกายมีความไม่สมดุลย์เกิดขึ้น การสร้างเซลล์ผิดปกติก็เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการทำลายเซลล์ผิดปกติกลับลดลง มะเร็งจึงสามารถเจริญเติบโตได้รวดเร็วในสภาวะร่างกายดังกล่าว (Simonton 1978 : 46)



อาการและอาการแสดง

1. อาการทั่วไป ผู้ป่วยมะเร็งจะมีน้ำหนักลดประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ ของน้ำหนักตัว ภายในเวลา 6 เดือน หรืออาจมีน้ำหนักลดมากกว่านี้ก็ได้ มีอาการอ่อนเพลีย ซีด มีใจต่ำ ๆ เนื่องจากระบบเผาผลาญ (Metabolism) ในร่างกายสูงขึ้น มีเหงื่อออกตอนกลางคืน
2. อาการเฉพาะที่ ขึ้นกับอวัยวะที่เป็นมะเร็งว่า อวัยวะนั้นทำหน้าที่อะไร เพราะเซลล์มะเร็งจะไปอุดตัน ไปกีดการทำงานของอวัยวะดังกล่าว ทำให้อวัยวะเหล่านั้นผิดปกติ หรือทำงานได้ไม่เต็มที่
3. อาการจากการแพร่กระจาย ขึ้นกับอวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไปถึงว่าอวัยวะนั้น ทำหน้าที่อะไร ซึ่งมะเร็งมักมีการกระจายไปสู่อวัยวะใกล้เคียงสุดก่อนน้ำเหลือง กระแสโลหิตหรือ บริเวณใดของร่างกายก็ได้ ส่วนใหญ่มักพบที่ต่อมน้ำเหลือง ตับ ม้าม กระดูก สมอง ปอด และ ไชสันหลัง

อาการดังกล่าวจึงทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความต้านทานโรคลดลง สภาพจิตใจและ อารมณ์ผิดปกติ (วนิดา ดันติสุนทร 2523 : 75) ดังนั้น ในการรักษาโรคมะเร็งทางร่างกายมี 2 ทาง คือ การเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค หรือการลดเซลล์ที่ผิดปกติลง ในทางการแพทย์นิยมใช้การรักษาด้วย รังสีบำบัด ร่วมกับการผ่าตัดชิ้นเนื้อซึ่งมีเซลล์ผิดปกติออกไป หรือบางครั้งก็ใช้เคมีบำบัดร่วมด้วย ขึ้นกับ ความรุนแรงของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

รังสีรักษา (Radiation)

รังสีรักษา เป็นการรักษามะเร็งวิธีหนึ่งซึ่งได้ผลดีในทุกระยะของโรค โดยการนำรังสีเอ็กซ์ (X - rays) หรือรังสีแกมมา (gamma - rays) ประมาณ 4.000 - 5.000 แรด (Rad) ฉายลงไปยังอวัยวะที่ต้องการรักษา ซึ่งเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคจะขีดเส้นเป็นเครื่องไว้ในผู้ป่วยแต่ละราย การฉายแสงใช้เวลาบางครั้งละ 2 - 10 นาที ระยะเวลาทั้งหมดในการรักษาประมาณ 4 - 6 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

1. ด้านร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ อาเจียน

ห้องเดิน ปริมาณเม็ดโลหิตขาวของผู้ป่วยจะลดน้อยลง ถ้าน้อยกว่า 1,000 เม็ด ต่อ 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ต้องหยุดการรักษาชั่วคราว เพราะภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยลดลง ส่วนเกล็ดเลือดต่ำลงมาก อาจมีอันตรายจากการเสียเลือดได้

2. ด้านร่างกายเฉพาะที่ เช่น ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีอาจจะมีลักษณะอักเสบได้ มีขนร่วงโดยไม่เจ็บปวด หรืออาจเป็นแผลอักเสบถ้าบริเวณนั้นเกิดการติดเชื้อขึ้น ซึ่งความรุนแรงขึ้นกับบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี

ดังนั้นการปฏิบัติตนในระหว่างการรักษาด้วยรังสีบำบัด ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย และมีประโยชน์ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 - 3 ลิตร รักษาความสะอาดของร่างกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรมีการออกกำลังกายเพื่อให้ระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และเพื่อป้องกันความพิการของข้อต่อต่าง ๆ สังเกตความผิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง พยายามป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ นอกจากนี้สิ่งที่ควรระมัดระวังคือ การงดอาหารรสจัด และระมัดระวังความเปียกชื้นบริเวณที่ฉายรังสี เป็นต้น (จิตรา จาวยนต์ 2528 ; 20 - 21)

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer Anxiety)

โรคมะเร็งพบว่าเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Graham and Conley 1971 ; นิภา รุติฉัตรชัย, 2522 ; วนิดา ตันติสุนทร, 2523 ; กนกรัตน์ สุขะดุงคะ, 2525) เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง จะมีความรู้สึกถูกจู่โจมอย่างรุนแรง ตื่นตกใจ สับสน งุนงง อาจจะค้นหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง โดยการปฏิเสธความจริง ทั้งนี้เพื่อปรับสภาพจิตใจ (Barbara Brumberg 1980 : 14) หรือผู้ป่วยมะเร็งอาจแสดงปฏิกิริยาออกมาอย่างขาดเหตุผล (Henry T. Lynch 1971 : 226) บางคนมีอาการมึนงง จมูกเฉียวง่าย ไม่ยอมรับประทานอาหาร เฉื่อยชา และรบกวนผู้อื่นให้เดือดร้อน โดยการร้องไห้เสียงดัง หรือพูดพร่ำตลอดเวลา (Whiteman 1975 : 98-99) นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งอาจมีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต มีความรู้สึกกลัวตาย เกิดความกดดันดังกล่าว ทางร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น (ไพรัช เทพมงคล 2520 : 1798) ซึ่งการกลัวความตายและสภาวะอารมณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ

สันต์ หัตถ์รัตน์ (2528 : 402-403) อธิบายปฏิกิริยาของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นมะเร็ง หรือเมื่อผู้ป่วยสงสัยว่าตนจะเป็นมะเร็ง จากวิธีการรักษา หรือปฏิกิริยาของบุคคล ใกล้ชิดก็ตาม ปฏิกิริยา หรืออาการตอบสนองของผู้ป่วยมักจะออกมาในรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ คือ

1. ตกใจ มีอาการคล้ายกับความตกใจ ของบุคคลทั่วไปที่ได้รับข่าวร้าย อาจจะมี ความรุนแรงแตกต่างกันไปตามสภาพจิตใจของแต่ละบุคคล
2. -ปฏิเสธ อาการนี้มักเกิดตามหลังอาการตกใจ อาจแสดงออกโดยไม่เชื่อในสิ่งที่ ตนได้ยิน มักจะถามซ้ำใหม่ ถ้าได้รับการยืนยันคำตอบเดิม ก็มักจะปฏิเสธ
3. เสียใจ หรือโกรธ แสดงออกโดยการโทษสิ่งอื่นว่าสิ่งนั้นสิ่งนี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ ตนเองเกิดเป็นมะเร็งขึ้น ผู้ป่วยระยะนี้จึงมักหงุดหงิด กังวล ฉุนเฉียว ระวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
4. ต่อรอง ผู้ป่วยพยายามต่อรองเพื่อหวังว่าตนเองจะไม่เป็นโรคมะเร็ง โดยอาจให้ แพทย์ตรวจซ้ำใหม่เพื่อให้แน่ใจ หรือถ้าเป็นมะเร็งจริงก็ขอให้รักษาได้
5. ซึมเศร้า หลังจากผู้ป่วยได้ปฏิเสธ และต่อรองทุกวิถีทางแล้ว ในที่สุดผู้ป่วยจะยอมรับว่าตนเป็นมะเร็ง จะเกิดอาการซึมเศร้า ไม่พูดหรือพูดน้อยลง ชอบอยู่คนเดียวเงียบ ๆ เหม่อลอย นอนไม่ค่อยหลับ
6. ปลงตก เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยยอมรับความจริงแห่งชีวิต เข้าใจธรรมชาติว่า สรรพสิ่ง ต่าง ๆ ย่อมมีการเกิด แก่ เจ็บ และตาย พยายามต่อสู้เพื่อให้มีความสุขอีกครั้ง ด้วยการร่วมมือในการ รักษา เพื่อลดความทุกข์ทรมานลง

ปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการเป็นมะเร็งดังกล่าว อาจเกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นตอน หรือ เกิดขึ้นสลับกันไปมาระหว่างอาการต่าง ๆ ก็ได้ มีบุคคลจำนวนมากที่ไม่เกิดอาการปลงตก ทำให้เขา เหล่านั้นต้องทุกข์ทรมานกับความกลัว ความโกรธ ความเสียใจ ความซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล มากจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นจึงควรหาวิธีการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญต่อการมี ชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งลงเสีย

บรุนเนอร์ และซัดดาร์ท (Brunner and Suddarth 1982 : 926) พยายามลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำ

โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ให้ผู้ป่วยได้มีการอภิปรายกันในกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มพยายามลดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องในลักษณะการสอน (instruction) ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ (Schmitt and wooldridge 1973; สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ.2529)

การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งด้วยกระบวนการทางจิตวิทยา

การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งด้วยกระบวนการทางจิตวิทยา ตามแนวทฤษฎีของคาร์ล และสเตฟาณี ไชมอนตัน (Carl O.Simonton and Matthews Stephanie Simonton 1978 : 1 - 11) สามีภรรยาผู้ร่วมกันศึกษาวิจัยเชื่อมโยงการรักษาทางการแพทย์กับด้านจิตวิทยาเข้าด้วยกัน คาร์ล ไชมอนตัน เป็นรังสีแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็ง ส่วนสเตฟาณี ไชมอนตันเป็นจิตแพทย์และเคยผ่านการอบรมทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา ทั้งสองคนพยายามศึกษาเทคนิคทางจิตวิทยา เช่น กลุ่มสัมพันธ์ (Encounter groups) กลุ่มจิตรักษา (group therapy) การฝึกสมาธิ (Meditation) การสร้างจินตนาการ (mental imagery) และเทคนิคการจูงใจ (motivation technic) และนำความรู้เหล่านั้นมาพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer Counseling Programe) โดยมีปรัชญาพื้นฐานว่าผู้ป่วยทุกคนควรมีส่วนร่วม (participate) ในการเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง โดยมีความเชื่อ ความรู้สึก และทัศนคติต่อชีวิตที่ถูกต้องกับความเป็นจริง ไชมอนตันทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 คน ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าหมดทางรักษาและการพยากรณ์โรค (Prognosis) เฉลี่ย 1 ปี โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบ (Match control population) ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ศูนย์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมลรัฐเท็กซัส กับกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาทางยาอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีชีวิตอยู่ได้ถึง 63 คน โดยมีอายุยืนยาวเป็น 2 เท่าของกลุ่มควบคุม สถิติผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่แสดงว่า ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 22.2 ผู้ป่วยที่มีจำนวนเซลล์มะเร็งลดลงร้อยละ 19.1 ผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งคงที่ร้อยละ 27.1 และผู้ป่วยที่มีจำนวนเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้นมีร้อยละ 31.8 หลังจากการวิจัยดังกล่าว ไชมอนตันและคณะได้มีการศึกษาวิจัยอีก จนกระทั่งปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการหายจากโรคเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51 เขาจึงสรุปเป็นทฤษฎี อธิบายรูปแบบเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งและวิธีการยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งดังนี้คือ (Simonton 1978 : 71 - 88)

ภาวะตึงเครียดทางจิตใจต่อการเจริญเติบโตของมะเร็ง

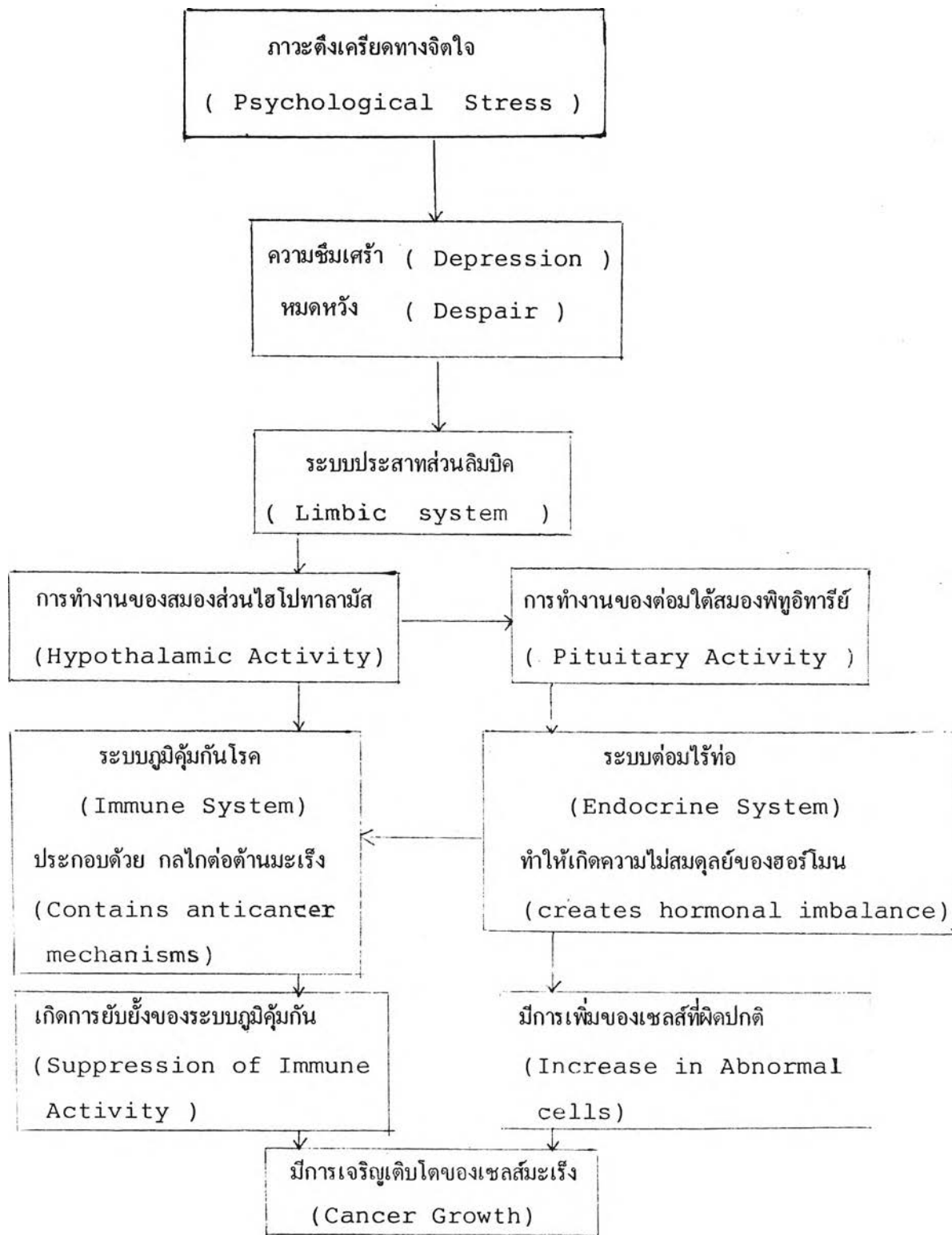
สภาวะตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) เป็นปัจจัยส่งเสริมอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ จากภาวะตึงเครียดซึ่งคงอยู่เป็นเวลานาน 4-6 เดือน ความเครียดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความรู้สึกถูกคุกคามภาพพจน์ของตน ทำให้ขอบเขตการรับรู้และการตัดสินใจแคบลง การปรับตัวของบุคคลที่มีความวิตกกังวลจึงถูกจำกัด ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะเกิดความรู้สึกซึมเศร้า (Depression) และหมดหวัง (Despair) ความรู้สึกดังกล่าวอาจอยู่ในระดับรู้สึกตัว (Conscious) หรือระดับไม่รู้สึกตัว (Unconscious) ก็ได้ กระแสความรู้สึกดังกล่าวจะถูกส่งผ่านไปยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic System) ซึ่งเป็นศูนย์ในสมอง ทำหน้าที่รับความรู้สึก

และถ่ายทอดความรู้สึกนั้นต่อไปให้กับอินทรีย์ (Organism) เพื่อตอบสนองความรู้สึกออกมา เช่น อาจแสดงออกเป็นปฏิกิริยาสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) ก็ได้ การแสดงออกของอินทรีย์เป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่า ผู้ป่วยกำลังอยู่ในสภาวะตึงเครียดทางจิตใจ จากประสาหลิมบิคจะถูกส่งต่อมายังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งมีหน้าที่ 2 ประการ คือ

1. เป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล และทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันโรค (Immune System)

2. ปรับสภาพการทำงานของต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ซึ่งควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) ซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะในร่างกาย โดยรักษาฮอร์โมนเหล่านั้นให้อยู่ในสภาวะสมดุล

ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย เป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในการทำลายเซลล์มะเร็งซึ่งเกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันโรคถูกกดจากสภาวะตึงเครียดทางจิตใจดังกล่าว เซลล์มะเร็งก็มีโอกาสเจริญเติบโตมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันเมื่อต่อมใต้สมองถูกกด ความไม่สมดุลของฮอร์โมนก็เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนมีผลทำให้เกิดการสร้างเซลล์มะเร็งได้เช่นเดียวกัน ดังแสดงในแผนภูมิภาพที่ 2 .



แผนภูมิภาพที่ 2 รูปแบบภาวะตึงเครียดทางจิตใจต่อการเจริญเติบโตของมะเร็ง

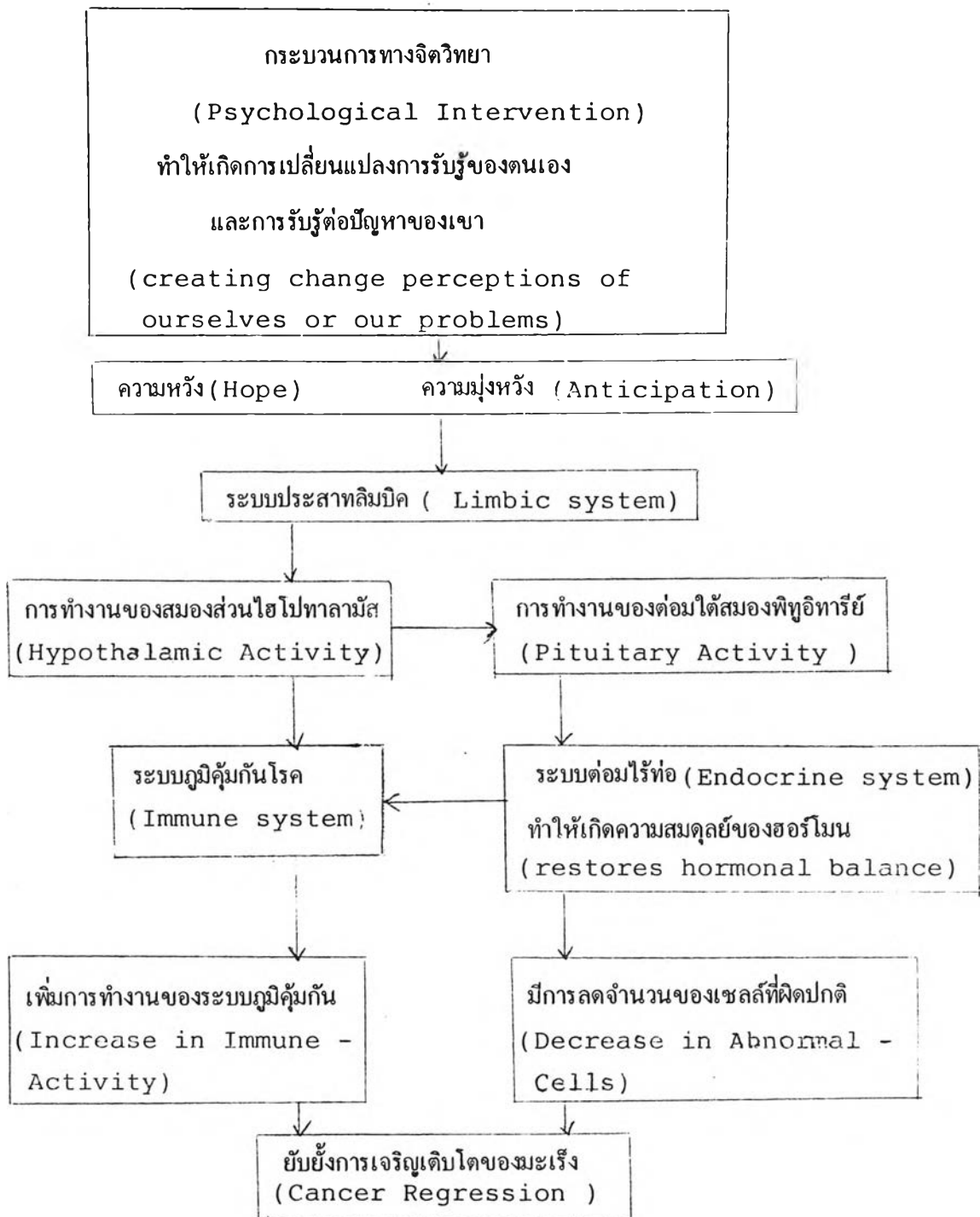
(Simonton. " A Mind / Body Model of Cancer Development "1978:77)

กระบวนการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง

กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological intervention) เป็นการปรับความคิดและการรับรู้ของบุคคลให้สอดคล้องกับความจริง โดยการนำบุคคลที่มีความวิตกกังวลได้พูดถึงความรู้สึก และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเหล่านั้น เพื่อให้เขาสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นจริง เขาจะเกิดความรู้สึกยอมรับปัญหาของตนเอง และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถแก้ปัญหาได้ต่อไป ความวิตกกังวลจากสิ่งที่คุกคามต่อสภาพพจน์ของตนก็ลดลง สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด กระบวนการดังกล่าวคือ การใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Counseling intervention) (Stuart and Sundeen 1970 : 90 , 94)

ในผู้ป่วยมะเร็ง การบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า เขาเป็นโรคมะเร็งนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเป็นมะเร็ง การดูแลรักษาจะลำบากมากขึ้น เพราะทั้งแพทย์ พยาบาล ญาติ และบุคคลใกล้ชิดต้องพยายามปกปิดความลับตลอดเวลา ซึ่งกระทำได้ยาก ผู้ป่วยจะเริ่มสงสัย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจทั้งในผู้ให้การรักษา และบุคคลใกล้เคียงได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ดังนั้นการให้ผู้ป่วยทราบความจริงตั้งแต่เริ่มต้น ด้วยวิธีการพูดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และสภาพจิตใจของผู้ป่วย จะเป็นการเพิ่มโอกาสแก่ผู้ป่วยในการปรับจิตใจของตนให้เข้าใจ และยอมรับปัญหาได้มากขึ้น (สันต์ หัตถ์รัตน์ 2528 : 406)

การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับความจริงให้มากที่สุด เพื่อเขาจะได้เห็นแนวทางของการปรับตัวที่เหมาะสมได้ต่อไป เกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ ดังแสดงในแผนภูมิภาพที่ 3



แผนภูมิภาพที่ 3 แสดงรูปแบบของกระบวนกรทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการยับยั้ง
การเจริญเติบโตของมะเร็ง

(Simonton. " A mind / Body Model of Recovery " 1978:81)



ในแผนภูมิภาพที่ 3 อธิบายได้ว่า กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological intervention) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง และการรับรู้ปัญหาของเขา ผู้ป่วย จะได้รับการสอนตามโปรแกรมซึ่งใจมอดันจัดไว้ โดยยึดการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Counseling) เป็นหลัก ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริงต่อการเป็นมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยยอมรับว่าเขาเป็นมะเร็ง เขาจะรู้สึกมีความหวัง (Hope) และมีความมุ่งหวัง (Anticipation) ในการปรับตัว ตลอดจนหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มีความรับผิดชอบต่อปัญหา ซึ่งกระแสความรู้สึกดังกล่าวถูกส่งไปยังระบบประสาทลิมบิกเช่นเดียวกัน และส่งผ่านต่อมายังสมองส่วนไฮโปทาลามัส เพื่อสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกออกมา เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีกำลังใจที่จะต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ระบบภูมิคุ้มกันโรคซึ่งถูกกดอยู่ก็สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ มีความสามารถในการต่อสู้ป้องกันเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายอีกครั้ง ต่อต้านเซลล์ที่ผิดปกติ ในทำนองเดียวกันกระแสความรู้สึกจากไฮโปทาลามัส ก็ถูกส่งผ่านไปยังระบบต่อมไร้ท่อ ให้ผลิตฮอร์โมนขึ้นใหม่จนอยู่ในสภาพสมดุล ทำให้เซลล์ที่ผิดปกติไม่สามารถขยายตัวต่อไปได้อีก ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มทำหน้าที่ปกติ เซลล์มะเร็งก็จะถูกทำลายลงไปด้วยการรักษา หรือการป้องกันของร่างกายนั่นเอง

การยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Cancer Regression) จึง อธิบายได้ 2 วิธี คือ

1. โดยการเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโรค
2. โดยการลดจำนวนเซลล์ที่ผิดปกติลง

ในการรักษาของแพทย์ พยายามใช้ยา เพื่อลดจำนวนเซลล์ที่ผิดปกติลง หรือใช้การรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด (Chemotherapy) ตลอดจนการผ่าตัดเอาเซลล์ที่ผิดปกติออกไปจากร่างกาย ส่วนการเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคมักกระทำได้โดยการใช้วิธีกระตุ้นร่างกายให้ต่อสู้เชื้อโรค โดยใช้เชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย หรือพวกเซลล์มะเร็งเป็นตัวกระตุ้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่ากระบวนการทางจิตวิทยาสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งได้ โดยการทำงานตามหน้าที่ธรรมชาติของร่างกาย ซึ่งสามารถเพิ่มตั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโรค และลดจำนวนเซลล์ที่ผิดปกติลงได้ การศึกษาของไซมอนตัน (Simonton 1978:10) พบว่าการใช้กระบวนการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวได้เป็น 2 เท่าของการพยากรณ์โรค (Prognosis) ของแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โกลอนคา (Golonka 1976 : 6362 A) ศึกษาการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการทำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มรวม 12 ครั้ง และวิเคราะห์เป็น 5 ระดับ คือ การให้ความช่วยเหลือ การแสดงความรู้สึก การเปิดเผยตนเอง การเผชิญหน้า และการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

บี.อี. คลีเมนส์ (B.E.Clements 1970 : 70) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในการลดความวิตกกังวลของนักเรียน ซึ่งได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 6 ครั้ง เมื่ออยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่สุดท้าย และอีก 1 ครั้ง เมื่อเข้าศึกษาในวิทยาลัยปีที่ 1 โดยเน้นทางด้านทัศนคติ (Attitude) ความกลัว (Fear) ความทะเยอทะยาน (Aspiration) ปรากฏว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเมื่อตอนสอบเข้าและเริ่มเรียนในวิทยาลัย

อาร์ ดี บราวน์ (R.D. Brown 1969 : 209-214) วิจัยพบว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มไม่มีโครงสร้างให้ประโยชน์กับนักศึกษากลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงในด้านสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

สำหรับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham and Conley 1971 : 113) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วย 71 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลออกมาได้ชัดเจน เช่น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การพูดคุยผิดปกตซึ่งมากขึ้นกับอายุ เพศ ระยะเวลาที่รอการผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด ผู้ป่วยที่พบว่ามีความวิตกกังวล และความกลัวอยู่ในระดับสูงคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง กับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 80.50 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2525 : 29-35) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง และไม่แตกต่างกันในวัย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

นิภา ชูติฉัตรชัย (2522 : 186) ศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งหมด 100 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวล เศร้า เสียใจต่อการเป็นมะเร็งอยู่ในเกณฑ์มาก

วนิดา ดันติสุนทร (2523 : 86) ศึกษาปัญหาทางอารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้ามาก จนหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

อนุรีย์ ดันสกุล (2525 : 706) ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ได้ผลสอดคล้องกับ เพค และโบลแลนด์ (Peck and Boland 1977 : 733) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะมีความวิตกกังวลสูงเมื่อเริ่มรักษา และค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ในระหว่างการรักษา จนกระทั่งเมื่อการรักษาใกล้จะสิ้นสุด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอีก

ฮอลแลนด์ (Holland 1974 : 991-1021) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกในปัจจุบัน ยอมรับว่าเขาเป็นโรคมะเร็ง และยอมรับที่จะอภิปรายเรื่องนี้ จะมีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น จากการเผชิญกับแรงกดดันของมะเร็งในระยะเริ่มแรก และยังมีความสุขสำหรับชีวิตมากขึ้น มีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น และมีความกลัวลดลง

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่นำกระบวนการกลุ่ม (Group Process) มาใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล โดยให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกนึกคิดในระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันในกลุ่มย่อย สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการค้นหาความรู้ มีโอกาสซักถามปัญหา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย นำไว้วางใจ เพอร์รี่ (Perry 1980 : 219) กล่าวว่า บรรยากาศที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี และการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ อันได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางเหมาะสม คือ สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ โดยมีผู้นำกลุ่มคอยเป็นผู้นำ และเชื่อมโยง

คำพูด ตลอดจนความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สมาชิก ตอบข้อสงสัยของสมาชิก พร้อมทั้งการให้ความรู้ และคำแนะนำแก่สมาชิกในโอกาสที่เหมาะสม วิธีการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เข้ากับสภาพความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกนึกคิด และมีความหวังที่ดีขึ้น (Dziurbejko and Lankin 1978 ; Walters 1977 ; Marran 1978 ; Whiteman , Gustafson and Coleman 1979 ; Kelly and Ashburg 1979 ; Krum , Vannatta and Sanders 1979) .

ชมิท และวูลดริจ (Schmitt and Wooldridge 1973 : 109-115) ศึกษาเรื่องผลของการเตรียมทางจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้มีการอภิปรายกันในกลุ่มย่อย มีการบอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวลที่มีต่อการผ่าตัด ในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งการสอน และให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสมในเรื่องของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง

สุกันยา ฉัตรสุวรรณ (2529 : 148) วิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม มีความวิตกกังวลลดลงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนในคลินิกตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งในช่วงการรับรังสีรักษา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระแสดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาใช้ โดยคาดหวังว่าจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ลดความวิตกกังวลลงได้ ผู้ป่วยมะเร็งจะสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ และการรักษาที่ได้รับ จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อสู้ชีวิตได้อย่างมั่นคงขึ้น สามารถมีชีวิตยืนยาวได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของรอเจอร์ ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา

สมมติฐานในการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มจะลดลง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร เป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งต้องใช้รังสีรักษา และต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นเวลา 4 - 6 สัปดาห์ ที่สถานผู้ป่วยพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา และต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นเวลา 4 - 6 สัปดาห์ ที่สถานพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้คะแนน บวก 0.5 S.D. ขึ้นไปของค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบวัดจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่ม (Random Assignment) เป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย .

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ คือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ คะแนนที่ได้จากการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงรับรังสีรักษา โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ความรู้สึกจริง และแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวลแบบภาวะ (State - anxiety) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger and others , 1976) ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ความรู้สึก 3) ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้

2. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ตามความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา – ต่อการเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา ต่อผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม โดยให้แนวคิดที่กำลังศึกษาปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการศึกษาที่มีประสบการณ์เท่าเทียมกับผู้วิจัย เป็นผู้สัมภาษณ์

เวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวของรอเจอร์ เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่บ่ายวันศุกร์ จนถึงเย็นวันอาทิตย์ รวม 18 ชั่วโมง

สถานที่

สถานที่ที่ใช้ในการประชุมการศึกษาเชิงจิตวิทยา คือ สถานที่พักผ่อนผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ 1909/86 ซอยร่วมพัฒนา ถนนจรัสสนิทวงศ์ ต.บางพลัด อ.บางกอกน้อย จ.กรุงเทพมหานคร

ความจำกัดของการวิจัย

การวิจัยพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ที่เข้าพักรักษาตัวที่สถานพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งผู้ป่วยทำคะแนนในแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้คะแนน บวก 0.5 S.D มั่นใจของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

คำจำกัดความ

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มจำนวน 8 คน มีจุดมุ่งหมายในการเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวล โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวยบรรยากาศกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค และทักษะการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของรอเจอร์ เป็นหลักในการนำกลุ่มสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ สมาชิกกลุ่มจะใช้เวลาในการเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 18 ชั่วโมง

ความวิตกกังวล หมายถึง การตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ตนได้ไม่กลมกลืน หรือไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก

ความคิด ความจำ และการรับรู้ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการสัมภาษณ์
ข้อเท็จจริง และสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ
(Spielberg and others , 1976) แบบภาวะ (State - anxiety)

ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึงผู้ป่วยเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ที่ต้องได้รับการ
รักษาด้วยการฉายรังสีเป็นเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ และเข้าพักรักษาตัวที่สถานพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็งของ
สมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความ
เจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล