



## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม
  - 1.1 ความหมายและพยาธิสรีรวิทยา
  - 1.2 สาเหตุของการเกิดก้อนที่เต้านม
  - 1.3 การวินิจฉัยก้อนที่เต้านม
  - 1.4 แนวทางการรักษาก้อนที่เต้านม
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ
  - 2.1 ภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม
  - 2.2 การเผชิญภาวะกดดันด้านจิตใจตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม
  - 2.3 ผลกระทบของภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม
  - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม
  - 2.5 การประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม
  - 3.1 ประเภทของข้อมูล
  - 3.2 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์
5. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม (Women with breast lump or mass)

### 1.1 ความหมายและพยาธิสรีรวิทยา (จักรพันธ์ เอื้อนครเศรษฐ์, 2548)

ก้อนที่บริเวณเต้านมเป็นการขยายใหญ่ของเต้านมจากการเพิ่มขนาดของเซลล์ (Hypertrophy) ซึ่งการเพิ่มขนาดโดยทั่วไปของเต้านมตามปกติที่พบได้บ่อยคือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การเจริญเติบโตของเต้านมในระยะเวลาวัยรุ่น (Puberty) ในหญิงตั้งครรภ์และมีการสร้างน้ำนม เป็นต้น สำหรับการเพิ่มขนาดที่เป็นอาการผิดปกติของก้อนนี้ออกจะประกอบด้วย เส้นใย (Fibroadenosis) ก้อนที่เต้านมมีหลายลักษณะ อาจมีก้อนโตเต็มเต้านมหรือพบเฉพาะที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของเต้านม ส่วนการมีก้อนเฉพาะบางส่วนของเต้านม อาจพบตำแหน่งเดียวหรือหลาย ๆ ตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน หรืออาจพบในเต้านมข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้

อาการผิดปกติของเต้านมสตรีที่พบบ่อย คือการมีก้อนบริเวณเต้านม ประมาณร้อยละ 70-80 ของสตรีมาพบแพทย์ด้วยการคลำพบก้อนด้วยตนเอง ร้อยละ 15-25 แพทย์ตรวจพบ และร้อยละ 5 จากการเอกซเรย์เต้านม (Mammography) ในทางการแพทย์หากคลำได้ก้อนต้องให้การวินิจฉัยจนถึงที่สุด ซึ่งมักหมายถึงการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Histological diagnosis) ในประเทศไทยพบว่าก้อนที่เต้านมส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกปกติ (Benign lesion) ถึงร้อยละ 80-91 และเป็นเนื้องอกร้ายแรง (Malignant lesion) ร้อยละ 9-20 ซึ่งเหมือนกับในประเทศสหรัฐอเมริกา

ก้อนที่เต้านมกลุ่มที่เป็น Benign lesions แต่ละชนิดพบได้เรียงลำดับดังนี้ (จักรพันธ์ เอื้อนครเศรษฐ์, 2548: 330) Fibrocystic disease (FCD) ร้อยละ 33.7, Fibroadenoma ร้อยละ 29.7, Giant fibroadenoma ร้อยละ 2.5, Cystosarcoma phylloides ร้อยละ 1.8 แบ่งตามอายุที่พบก้อนที่เต้านมแต่ละชนิดได้ดังนี้

อายุ 10-30 ปี พบ Fibroadenoma ร้อยละ 50.37, Fibrocystic disease ร้อยละ 26.5, Giant fibroadenoma ร้อยละ 5.5, Cancer ร้อยละ 3.8

อายุ 31-40 ปี พบ Fibrocystic disease ร้อยละ 49.4, Fibroadenoma ร้อยละ 25.2, Cancer ร้อยละ 9

อายุ 41-50 ปี พบ Fibrocystic disease ร้อยละ 43.3, Cancer ร้อยละ 33.5, Fibroadenoma ร้อยละ 6.6

อายุ 51-60 ปี พบ Cancer ร้อยละ 57.7, Fibrocystic disease ร้อยละ 21.8

อายุมากกว่า 60 ปี พบ Cancer ร้อยละ 79

ถ้าเป็นก้อนที่เต้านมที่คลำได้ชัดเจน (Dominant mass) มักเป็น Fibroadenoma หรือ Cyst galactocele

## 1.2 สาเหตุของการเกิดก้อนที่เต้านม (จักรพันธ์ เอื้อนครเศรษฐ์, 2548) แบ่งเป็น

1.2.1 การอักเสบติดเชื้อ (Infection) เช่น เต้านมอักเสบเฉียบพลัน (Acute mastitis) ฝีที่เต้านม (Breast abscess) วัณโรคของเต้านม ในระยะที่มีการอักเสบมักจะคลำไม่ได้ขอบเขตของก้อนชัดเจน แต่จะมีลักษณะเฉพาะของการอักเสบร่วมด้วยคือ ปวด บวม ผิวหนังแดง ร้อน และอาจมีไข้ นอกจากนี้อาจคลำพบก้อนจากโรควัณโรคของเต้านม แต่พบได้น้อย

1.2.2 การได้รับบาดเจ็บบริเวณเต้านม (Trauma) ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดบาดแผล แต่อาจทำให้มีเลือดออกภายใต้ผิวหนัง เกิดเป็นก้อนเลือดที่แข็งตัว (Hematoma) และอาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อไขมัน (Fat necrosis) บางครั้งอาจเห็นรอยช้ำเขียว คลำได้เป็นไตแข็ง อาจปวดหรือไม่ปวดหรือปวดเมื่อสัมผัส (Tenderness) เกิดในระยะเวลาใกล้เคียงกับการได้รับบาดเจ็บหรือคลำได้ในระยะเวลานาน ๆ ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บ

1.2.3 ก้อนที่เกิดจากโรคของเนื้อเต้านม (Mammary dysplasia) เช่น Fibrocystic disease ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมหรือ Mammary duct ectasia เป็นต้น

1.2.4 ก้อนจากเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign) มักคลำพบก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน จับเคลื่อนไหวไปมาได้ (Movable) ยืดหยุ่นดี ผิวเรียบ เช่น Fibroadenoma, Duct papilloma, Fibrolipoma เป็นต้น ความอ่อนแข็งของก้อนขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นก้อนบางชนิดเป็นถุงน้ำ (Cyst) หรือในสตรีที่ให้นมบุตรอาจมีน้ำนมคั่งเหลือเป็นถุงน้ำ (Galactocele)

1.2.5 ก้อนที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านมชนิดต่าง ๆ มักคลำได้ก้อนแข็งในเต้านม ขอบเขตไม่ชัดเจน แยกจากเนื้อเยื่อรอบ ๆ บางทีก้อนติดกับผิวหนังหรือผนังทรวงอกและกดไม่เจ็บ เช่น Infiltrating duct carcinoma มะเร็งของเนื้อส่วนต่าง ๆ ของเต้านม คือ Medullary breast carcinoma, Lobular carcinoma หรือ Mucinous carcinoma เป็นต้น

1.2.6 ก้อนที่ไม่อยู่ในเนื้อเต้านม เช่น ฝีของผนังทรวงอก (Retromammary abscess) เนื้องอกของกระดูกซี่โครง (Chondroma) เป็นต้น

1.2.7 ก้อนที่เกิดจากสิ่งแปลกปลอม (Foreign-body mass) เช่น ก้อนที่เกิดจากการทำศัลยกรรมตกแต่งทรวงอก จากการใช้วัสดุเสริมเต้านม (Prosthesis) บางชนิดเป็นถุงบรรจุของเหลวจะคลำได้เป็นถุงนิ่มอยู่ในชั้นที่ลึกกว่าต่อมน้ำนม หรือก้อนที่เกิดจากการฉีดพาราฟิน (Parafinoma) มักมีลักษณะเป็นก้อนแข็งตะปุ่มตะป่ำ (Nodular)

### 1.3 การวินิจฉัยก้อนที่เต้านม (บัณฑูร นนทสูติ, 2546)

ในการดูแลรักษาก้อนที่เต้านมนั้น ต้องอาศัยข้อมูลต่าง ๆ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางรังสีและการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อแยกให้ได้ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ (บัณฑูร นนทสูติ, 2546: 1-6) แบ่งได้ ดังนี้

#### 1.3.1 การซักประวัติ

มีเนื้อหาเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาการมีประจำเดือน อาการเปลี่ยนแปลงตาม ประจำเดือนหรือไม่ ประจำเดือนหมดหรือยัง มีบุตรกี่คน มีอาการปวดร่วมด้วยหรือไม่ มีประวัติ โรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวหรือไม่ ซึ่งการซักประวัติแบ่งเป็น 2 ส่วน (บัณฑูร นนทสูติ, 2546)

#### การประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk assessment)

เป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้ว่ามากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งเต้านม จะไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ตาม แบ่งเป็น

#### ปัจจัยเสี่ยงหลัก (Major risk factors) (บัณฑูร นนทสูติ, 2546)

1) พันธุกรรม ได้แก่ การมีประวัติมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ใน ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยที่เป็นญาติสายตรง เกิดในอายุน้อยและเป็น มากกว่าหนึ่งคน

2) ประวัติโรคเกี่ยวกับเต้านมที่เคยเป็นมา เช่น เคยเป็นโรคมะเร็งเต้านม มาก่อน พยาธิสภาพเกี่ยวกับเต้านมที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งสูง ได้แก่ Ductal carcinoma in situ, Lobular carcinoma in situ, Atypical ductal hyperplasia, Atypical lobular hyperplasia

3) การได้รับรังสีรักษาที่ผ่านบริเวณเต้านมมาก่อน โดยจะเพิ่มอัตราเสี่ยง การเป็นมะเร็งเต้านมหลังจากการฉายรังสีประมาณ 10-15 ปี

4) อายุ ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมจะสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ประมาณร้อยละ 78 อายุมากกว่า 50 ปี และเพียงร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยมีอายุน้อย กว่า 40 ปี

#### ปัจจัยเสี่ยงรอง (Weaker risk factors) (บัณฑูร นนทสูติ, 2546)

1) ประวัติการเจริญพันธุ์ ได้แก่ มีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปี หมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี ไม่มีบุตร คลอดบุตรคนแรกอายุมากกว่า 30 ปี

2) การดื่มแอลกอฮอล์

3) การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังจากหมดประจำเดือน

4) น้ำหนักผู้ป่วยที่น้ำหนักเกิน หลังจากหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมสูงขึ้น

### การประเมินอาการ (Symptom assessment)

ต้องทำร่วมกับการซักประวัติด้วย ไม่มีอาการใดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับมะเร็งเต้านม เมื่อใดก็ตามที่พบก้อนที่เต้านมในสตรีวัยหมดประจำเดือนให้คิดถึงมะเร็งเต้านมไว้ก่อนจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าเป็นอย่างอื่น

### 1.3.2 การตรวจร่างกาย

การตรวจเต้านมเริ่มจากทำนั้งไปท่านอนหงาย เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของเต้านม, Nipple, Areolar region และ Axilla รวมไปถึง Supraclavicular area โดยตรวจให้ครบทุก Quadrant จะต้องบอกให้ได้ว่าสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบเป็นก้อนที่เต้านมหรือไม่ (บัณฑิต นันทสูติ, 2546) แบ่งเป็น

#### 1.3.2.1 การดู (Inspection)

เริ่มจากทำนั้งแขนแนบลำตัวและท่ายกแขนเหนือศีรษะ ดู Symmetry, Skin edema, Ulcer, Nodular, Skin dimpling, Nipple retraction ความผิดปกติ 3 แบบหลัง คือ Nodular, Skin dimpling, Nipple retraction จะเห็นได้ชัดขึ้น ถ้าให้ผู้ป่วยเอนตัวมาข้างหน้า เพื่อให้เต้านมอิสระขึ้น (Breast dependent) การดูการเคลื่อนไหวของก้อนที่เต้านม ให้สังเกตขณะทำสะเอวแล้วเกร็งหน้าอกไว้ ถ้าก้อนติดกับกล้ามเนื้อจะพบว่าไม่สามารถโยกได้เฉพาะเวลาเกร็งกล้ามเนื้อเท่านั้น แต่ถ้าก้อนติดกับผนังทรวงอกก็ไม่สามารถโยกได้ แม้กล้ามเนื้อจะคลายตัว

#### 1.3.2.2 การคลำ (Palpation)

การตรวจเต้านมจะไม่สมบูรณ์ถ้าไม่ได้ตรวจ Supraclavicular และ Axillary lymph nodes โดยทำนั้ง ตรวจ Axillary โดยให้แขนผู้ป่วยพับบนแขนผู้ตรวจ เพื่อให้ Humerus กางเล็กน้อย และ Pectoralis muscle คลายตัว คลำกดซี่โครงเบา ๆ ส่วน Supraclavicular region ตรวจโดยยืนคลำข้างหลังผู้ป่วย

ลักษณะของก้อนที่เต้านมที่คลำได้ชัดเจน มักพบลักษณะที่เป็น 3 มิติ คือ แตกต่างจากเนื้อเยื่อข้างเคียง ไม่พบลักษณะนี้ในเต้านมอีกข้างและคงอยู่ตลอดรอบเดือน ซึ่งอาจมีโครงสร้างปกติบางอย่างที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่าเป็นก้อนที่เต้านม ได้แก่ กระดูกซี่โครง เนื้อเต้านมที่หนาตัวขึ้นซึ่งมักพบบริเวณ Upper outer quadrant inframammary ridge ช่วงเวลาที่ตรวจเต้านมโดยเฉพาะในสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน ควรเป็นเวลาที่เต้านมได้รับอิทธิพล

จากฮอร์โมนน้อยที่สุด ซึ่งก็คือช่วง 7-10 วันหลังจากวันเริ่มมีประจำเดือน ลักษณะจากการตรวจร่างกายที่ชวนให้สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง ได้แก่ การพบก้อนเดี่ยว แข็ง ยึดติดกับเนื้อเยื่อข้างเคียง การพบรอยบุ๋มของผิวหนังเต้านม (Skin dimpling) การพบผิวหนังเต้านมมีลักษณะเหมือนเปลือกส้ม (Peau d'orange) การพบหัวนมบอดที่เพิ่งเกิดขึ้น (New onset of nipple retraction) การพบหัวนมเป็นแผล การพบลักษณะอักเสบของเต้านม อย่างไรก็ตามความถูกต้องจากการตรวจร่างกายมีเพียงร้อยละ 60-85 เท่านั้น

โรคก้อนที่เต้านมที่พบบ่อย มีดังนี้ (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, 2548: 331)

1) Fibrocystic diseases (FCD) มีลักษณะทางพยาธิ 5 แบบแล้วแต่แบบใดจะมากหรือน้อยก็ได้ คือ Cyst formation, Adenosis, Fibrosis, Epitheliosis (Epithelial hyperplasia) และ Papillomatosis มีกลุ่มอาการใกล้เคียงกัน เช่น Chronic cystic mastitis, Fibroadenosis, Mastopathy, Mammary dysplasia เป็นต้น ลักษณะของ Fibrocystic diseases ไม่ใช่ Premalignant lesion นอกจากกรณีที่พบองค์ประกอบของ Epithelial hyperplasia มาก จึงจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนปกติ 3-4 เท่า ก้อนที่พบอาจเป็นก้อนใหญ่หรือเล็กจำนวนมาก มักเกิดที่บริเวณ Upper outer quadrant ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการไม่สบายทั่ว ๆ ไปจากการพบก้อนที่เต้านม เช่น อาการปวดร้อยละ 62.9 และมีน้ำนมไหลร้อยละ 20.7 Fibrocystic diseases แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

1.1) Type I เกิดในช่วงอายุ 20-30 ปี มักพบก้อนเล็ก ๆ ทั่วไปเป็น Fine nodular ขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร

1.2) Type II เกิดในช่วงอายุ 30-40 ปีขึ้นไป มักพบลักษณะของก้อนที่เต้านมขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร คล้ำได้ 2 มิติ การรักษาคือผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม (Excisional biopsy)

1.3) Type III มักพบลักษณะของก้อนที่เต้านมขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร คล้ำได้ 3 มิติ การรักษาทำโดยการเจาะดูดน้ำให้ก้อนที่เต้านมยุบลง (Aspiration) การใส่เสื้อชั้นในประคอง ทั้งกลางวัน กลางคืนร่วมกับให้ยาแก้ปวด

2) Cyst of the breast พบบ่อย โดย 1 ใน 10 ของสตรีจะมี Symptomatic breast cyst ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ แต่การวินิจฉัยยังไม่แน่นอนเพราะมีความแตกต่างของขนาด รูปร่างและความยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับ Intracystic pressure ส่วนใหญ่เป็นองค์ประกอบของ Fibrocystic diseases การตรวจร่างกายจะแยกจาก Fibroadenoma บางครั้งก้อนจะแข็งคล้ายมะเร็งได้ ถ้าเป็นก้อนใหญ่ก้อนเดียว เรียกว่า The blue domed cyst of bloodgood การรักษาจะทำ Needle aspiration ซึ่งเป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษาเลย ถ้าน้ำที่ดูดออกมาไม่มีเลือดปน หรือไม่มีก้อน

คงค้าง (Residual mass) หลังจากเจาะดูดน้ำก็ไม่ต้องส่งตรวจทางเซลล์วิทยา (Cytology) เนื่องจากมีมะเร็งน้อยมากและอาจเกิดผล False positive ได้

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม คือมีเลือดปนในน้ำที่ดูดออกมา (Blood stained fluid) และมีก้อนคงค้าง หลังจากเจาะดูดน้ำ ซึ่งอาจทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมก่อน คือส่งตรวจทางเซลล์วิทยาของน้ำที่เจาะดูดออกมาและทำ Pneumocystography เพื่อดู Intracystic papillary cancer ถึงผลเป็นลบ ก็ควรทำการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ถ้ามีการกลับเป็นซ้ำ พบได้ร้อยละ 10 ให้เจาะดูดน้ำซ้ำ ส่วนใหญ่ไม่เกิน 2-3 ครั้ง (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, 2548)

3) Galactoceles พบน้อย เป็นถุงน้ำของต่อมน้ำนม คล้ำได้ชัดเจน อาจมีอาการเจ็บมักอยู่ใกล้ลานนม การรักษาคือเจาะดูดน้ำที่เต้านมอาจต้องทำหลายครั้งโดยไม่ต้องผ่าตัด

4) Fibroadenoma เป็น Most common benign solid tumor ของก้อนที่เต้านม มีลักษณะ คือ Rubbery firm, Discrete mass ผิวเรียบ Non tender, Extremely mobile เนื่องจาก Well-capsulated อาจมี Calcification จนแข็งได้ พบก้อนกระจายทั่วไปร้อยละ 15-30 พบก้อนทั้งสองข้างร้อยละ 4-12 ไม่มี Malignant potential มักพบในสตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี อาจทำ Ultrasound เพื่อแยก Solid จาก Cyst การรักษาโดยการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม

5) Giant fibroadenoma คือ Fibroadenoma ที่มีขนาดมากกว่า 4 เซนติเมตร พบในช่วงอายุ 11-25 ปี มีอาการเพิ่มขนาดของก้อนเต้านมอย่างรวดเร็ว โดยไม่เจ็บปวด การรักษาโดยการผ่าตัด

6) Cystosarcoma phyllodes เป็น Most common sarcoma ของก้อนที่เต้านม ลักษณะทางพยาธิจะมีการเพิ่มขนาดของ Stromal cellularity และ Stromal anaplasia สำหรับ Benign แยกจาก Malignant โดยดูระดับของ Stromal anaplasia และจำนวนของ Mitosis ลักษณะก้อนจะเป็น Multi-lobulated, Well-circumscribed แต่ไม่มี True capsule ถ้าก้อนใหญ่มาก ผิวหนังจะตึงใส เห็นเส้นเลือดดำชัดเจน พบทั้งสองข้างน้อยมาก สำหรับขนาดนั้นไม่มีความสำคัญในการวินิจฉัยและไม่ใช้แยกระหว่าง Benign และ Malignant มีอาการไม่เจ็บปวด ก้อนมีขนาดเพิ่มขึ้นช้า ๆ ถ้าเป็น malignant เวลาเฉลี่ย 3.4 ปี อายุเฉลี่ยของ benign คือ 46 ปี Malignant คือ 34.4 ปี การกระจายมักไปตามกระแสเลือด การรักษาใน Benign lesion ถ้าก้อนขนาดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ทำผ่าตัด Wide excision ถ้าก้อนขนาดมากกว่า 4 เซนติเมตร ทำผ่าตัด Simple mastectomy (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, 2548)

7) Breast cancer สตรีส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ ด้วยพบก้อนที่เต้านมประมาณ ร้อยละ 80 พบข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาเล็กน้อยเพราะว่าข้างซ้ายมักจะใหญ่กว่าข้างขวาและตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ Upper outer quadrant ร้อยละ 37 น้อยที่สุด คือ Lower inner quadrant ร้อยละ 5 เพราะปริมาณเนื้อเยื่อของเต้านมมีมากที่สุดบริเวณ Upper outer quadrant

ร้อยละ 20 เป็นมากกว่าหนึ่ง Quadrant และพบทั้งสองข้างร้อยละ 4 พบในอายุส่วนใหญ่มากกว่า 45 ปี ลักษณะที่น่าจะเป็นมะเร็ง คือ ก้อนจะไม่เรียบ แข็ง ขอบเขตไม่ชัดเจน ไม่ยึดหยุ่น การพบรอยบุ๋มของผิวหนัง (Skin dimpling) เกิดจาก Shortening ของ Cooper's ligament จาก Tumor infiltration, Nipple retraction ดู Nipple discharge, Skin involvement พบมี Ulceration, Peau d'orange, Satellite nodule axillary lymph node โต เป็นอาการนำของมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 1 ภาวะที่คล้ายมะเร็งเต้านม คือ

7.1) Fat necrosis มักพบในสตรีอ้วน และ Pendulous breast ลักษณะ Lesion อยู่ต้นติดกับผิวหนังแต่ไม่ยึดติดกับบริเวณผนังทรวงอก ประมาณ 1 ใน 3 มีอาการปวดหรือคัน ตึง พบประวัติ Trauma ร้อยละ 50 เท่านั้น พบ Dimpling ได้ร้อยละ 40-60 การรักษาคือผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมเพื่อแยกจากมะเร็ง เพราะมีการวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็งจากการตรวจร่างกาย อาการแสดงถึง 1 ใน 4

7.2) Mondor's Disease (Thrombophlebitis of the superficial vein of the breast) มักเป็นที่ Thoracoepigastric vein หรือ Lateral thoracic vein สาเหตุจาก Trauma, breast surgery, Radiation ลักษณะเฉพาะ คือเป็น Subcutaneous indurated thrombotic cord ติดกับผิวหนังขนาด 3 มิลลิเมตร เวลายกแขนจะเห็นร่องที่ข้าง Cord ชัดเจนมักเจ็บ ตำแหน่งที่เต้านมมักพบบริเวณ Anterior chest wall และ Medial aspect ของแขน การรักษาภาวะนี้เป็น Self-limiting จึงให้รักษาตามอาการ มักหายปวดใน 3-4 สัปดาห์ และ Cord หายไป 2-3 เดือน โดยจะไม่มีโรคแทรกซ้อน Deformity หรือ Recurrent

### 1.3.3 การส่งตรวจทางรังสีและคลื่นเสียงความถี่สูง (บัตูร นนทสูติ, 2546) ได้แก่

#### 1.3.3.1 Mammography

เป็นการเอกซเรย์เต้านมความถูกต้องของการเอกซเรย์เต้านมในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก ๆ 3 ปัจจัย ได้แก่ เทคนิคและคุณภาพของการตรวจ ความหนาแน่นของเนื้อเต้านมและประสบการณ์ของรังสีแพทย์ การตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammography) สามารถนำมาเพื่อการวินิจฉัยโรค กรณีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมหรือเพื่อการตรวจคัดกรอง (Screening) ในรายที่ไม่มีอาการเพื่อให้สามารถพบก้อนที่เต้านมหรือมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น การตรวจคัดกรองด้วย Mammography สามารถลดอัตราการตายที่เกิดจากมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 25-30 และแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองในสตรีทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี โดยทำการตรวจทุก 1-2 ปี สำหรับอายุที่จะหยุดทำการตรวจคัดกรองให้พิจารณาอายุขัย (Life expectancy) และโรคประจำตัว (Co-morbid conditions) เป็นราย ๆ ไป และในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหลัก แนะนำ



ให้ทำการตรวจคัดกรองด้วย Mammography ตั้งแต่อายุ 25-35 ปี หรือตั้งแต่ 5 ปี ก่อนอายุน้อยที่สุดที่คนในครอบครัวเป็นมะเร็ง ในการตรวจ Mammography ในกรณีที่คลำก้อนได้นั้น นอกจากจะช่วยวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่นั้น ยังช่วยตรวจประเมินเต้านมบริเวณอื่นและเต้านมอีกข้างว่ามีรอยโรคที่ตรวจโดยการคลำไม่พบหรือไม่ ในบางรายก้อนมะเร็งที่คลำได้ก็อาจจะตรวจไม่พบโดย Mammography ดังนั้นในรายที่สงสัยมะเร็งจากการตรวจร่างกายถึงแม้ผลการตรวจ Mammography จะปกติก็ควรทำการตรวจโดยวิธีอื่นต่อเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ลักษณะความผิดปกติใน Mammography ที่มีโอกาสเป็นมะเร็งสูง ได้แก่ ก้อนที่มี Spiculation, Irregularity และลักษณะของหินปูนที่เรียงตัวเป็นเส้น (Calcification linear) หรือเป็น Segmental

### 1.3.3.2 Ultrasonography

เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการตรวจเต้านม ใช้เสริมการเอกซเรย์เต้านม (Mammography) ในการวินิจฉัยความผิดปกติของเต้านม โดยเฉพาะในกรณีที่การตรวจด้วย Mammography มีความไวต่ำ เช่น กรณีก้อนไม่มีหินปูนเนื้อเต้านมแน่นมาก โดยเฉพาะในคนที่ยอายุน้อย หรือก้อนอยู่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถเห็นได้จากการตรวจ Mammography ในกรณีที่ใช้เสริมการตรวจคัดกรองด้วย Mammography นั้น สามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ในการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการตรวจเต้านม ได้แก่

1) วินิจฉัย Benign breast cysts จะพบลักษณะก้อนเป็นรูปกลมหรือรูปไข่ ไม่มี Internal echoes ขอบเรียบ และมี Posterior acoustic enhancement โดยมีความถูกต้องร้อยละ 96-100

2) บอกลักษณะของก้อนว่ามีลักษณะไปทาง Benign หรือ Malignant ลักษณะของ Benign คือ Homogenous hyperechogenicity, Thin pseudocapsule pattern, Ellipsoid shape with fewer than four macrolobulations ส่วนลักษณะของ Malignant คือ Spiculation, Taller than wide shape, Branch pattern, Presence of calcifications, Duct extension

3) ใช้ตรวจประเมินก้อนเต้านมในสตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี เนื่องจากมีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมสูงทำให้ความไวในการตรวจด้วย Mammography ลดลงและไม่ต้องสัมผัสต่อรังสีโดยไม่จำเป็น

4) ใช้ช่วยนำทางในการตัดชิ้นเนื้อเต้านมออกตรวจ กรณีที่คลำก้อนไม่ได้หรือคลำก้อนได้ไม่ชัดเจน

### 1.3.4 การตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy) (Klein, 2005) แบ่งเป็น

#### 1.3.4.1 กรณีที่คลำก้อนได้

การรักษาที่ได้นั้นโดยเฉพาะในรายที่สงสัยมะเร็งมักจะทำเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรก นำชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิก่อนและทำการตรวจเพิ่มเติมหรือวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย ตามผลชิ้นเนื้อที่ออกมาก่อนที่จะทำการรักษาขั้นที่สองหรือขั้นสุดท้ายต่อไป แบ่งวิธีการตรวจเป็น (Klein, 2005)

1) Fine needle aspiration (FNA) เป็นการตรวจโดยใช้เข็มขนาดเล็กดูดเอาเซลล์บริเวณก้อนที่สงสัยไปตรวจทางเซลล์วิทยา ข้อสำคัญต้องมีพยาธิแพทย์ที่ชำนาญ FNA มีข้อดีคือ สามารถทำได้ง่ายที่หอผู้ป่วยนอก สะดวก ราคาถูก ภาวะแทรกซ้อนต่ำ ความถูกต้องสูงถึงร้อยละ 89-98 และไม่กระตุ้นให้เกิดการแพร่กระจายของก้อนเนื้อ แม้ว่า Fine Needle Aspiration จะมีผล False positive ต่ำ การใช้ผลการวินิจฉัยมะเร็งโดย Fine Needle Aspiration ในการรักษาขั้นสุดท้าย ควรทำด้วยความระมัดระวัง ควรใช้ในกรณีที่ พยาธิแพทย์แน่ใจจริง ๆ ถ้ายังไม่แน่ใจแต่มีแนวโน้มว่าจะใช่มะเร็ง ควรยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจทางพยาธิวิธีอื่นก่อน ที่สำคัญต้องให้ร่วมกับการตรวจร่างกาย และการทำ Mammography หรือทำ Ultrasonography เสมอด้วยเช่นเดียวกัน

2) Core needle biopsy (CNB) เป็นการตรวจโดยใช้เข็มขนาดใหญ่ขึ้น ตัดชิ้นเนื้อเล็ก ๆ (Core cutting biopsy) ไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้ได้ชิ้นเนื้อมากขึ้น มีข้อดีกว่า FNA คือสามารถแยก In situ จาก Invasive cancer ได้ และไม่ต้องการพยาธิแพทย์ที่ชำนาญ ข้อด้อย คือราคาแพงกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า อาจเกิดภาวะ Needle tract seeding

3) Breast biopsy เป็นการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม เอาก้อนที่บริเวณเต้านมออกไปตรวจทางพยาธิวิทยา โดยใช้ยาชาเฉพาะที่หรือดมยาสลบในขณะที่ผ่าตัด พิจารณาตามความจำเป็นร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์และผู้ป่วย การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม วิธีนี้เป็นชนิด 2 ขั้นตอน (Two-stage procedure) เป็นการแยกขั้นตอนการวินิจฉัยออกจากการรักษา รวมทั้งการตรวจสอบให้ผลที่แน่นอน ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ มีเวลาในการปรับตัวหรือขอความคิดเห็นจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วย จึงแตกต่างจากวิธีการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อและผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงในขั้นตอนเดียว การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมทำได้ 2 วิธี คือ

3.1) Incisional biopsy เป็นการผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนของก้อน

บริเวณเต้านมโดยการตัดผ่านเข้าไปในก้อนเนื้ออกนั้น แล้วเอาเนื้อเพียงบางส่วนของเนื้ออกไปตรวจนิยามทำในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่มาก ๆ ไม่สามารถเลาะออกให้หมด

3.2) Excisional biopsy เป็นการผ่าตัดเอาก้อนบริเวณเต้านมออกทั้งหมดโดยตัดเอาก้อนเนื้ออกออกหมดโดยไม่ตัดผ่านเข้าไปในก้อนเนื้อนั้น อาจตัดเลาะเอาเนื้อที่หุ้มก้อนเนื้ออกโดยรอบออกไปด้วย

### 1.3.4.2 กรณีที่คลำก้อนไม่ได้

ปัญหานี้พบมากขึ้นเนื่องจากการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการเอกซเรย์เต้านม (Mammography) มากขึ้น วิธีการนำชิ้นเนื้อในกรณีนี้ออกมาตรวจมีหลายวิธีได้แก่ (บัณฑิต นนทสูติ, 2546)

1) Needle localization for surgical excision เป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดความแม่นยำในการตัดชิ้นเนื้อและลดปริมาณชิ้นเนื้อที่เอามาตรวจ ด้วยการใส่เข็มเจาะดูหรือตัดชิ้นเนื้อภายใต้การเอกซเรย์เต้านมหรือเครื่องตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และเซลล์พยาธิแพทย์

2) Percutaneous image guide core breast biopsy เพื่อที่จะลดปัญหาการผ่าตัด Benign breast lesion โดยไม่จำเป็น (ร้อยละ 75 ของการผ่าตัด Non palpable breast lesion ที่ตรวจพบจากการทำ Mammography เป็น Benign) ทำให้ลดค่าใช้จ่ายลงได้ วิธีนี้สะดวกกว่า Invasive น้อยกว่า มีรอยแผลเป็นหลังจากการทำที่จะรบกวนการตรวจด้วย Mammography ภายหลังน้อยกว่า ทำให้สามารถวางแผนการรักษาโดยเฉพาะกรณีมะเร็งได้ดีกว่า กล่าวคือการทำผ่าตัดมะเร็งเต้านมครั้งแรก โดยอาศัยผลจากการทำ Percutaneous biopsy จะสามารถตัดขอบชิ้นเนื้อให้พ้นจากมะเร็ง (Clear margin) ได้ดีกว่ากรณีที่เคยทำ Needle localized excisional biopsy มาก่อน การทำ Percutaneous image guide core breast biopsy มีข้อจำกัดได้แก่ กรณีที่เป็นหินปูนซึ่งการวินิจฉัยต้องใช้ชิ้นเนื้อปริมาณพอควรทำให้อาจมีปัญหาในการสุ่มตัวอย่างได้ (Failure to sample lesion) อาจทำให้ผลอ่านทางพยาธิวิทยาต่ำกว่าความเป็นจริง (Histologic underestimation, False negative diagnosis) โดยเฉพาะในกรณีของ Atypical ductal hyperplasia (ADH) กับ Ductal carcinoma in situ (DCIS) ซึ่งสามารถแก้ไขโดยใช้เครื่องมือตัดชิ้นเนื้อแบบดูดสุญญากาศ (Vacuum assisted biopsy) แทนแบบเข็ม (Automated core biopsy) จะทำให้ได้ปริมาณชิ้นเนื้อมากกว่า และถ้าผลการตรวจเป็น Atypical ductal hyperplasia หรือ Ductal carcinoma in situ ควรทำผ่าตัดชิ้นเนื้อเต้านมเสมอ (บัณฑิต นนทสูติ, 2546)

## 3) Stereotactic biopsy หรือ Stereotactic fine needle aspiration

กระทำโดยเอกซเรย์เฉพาะจุดที่มีตำแหน่งผิดปกติและไม่สามารถคลำก้อนได้ โดยการตัดเอาชิ้นเนื้อหรือดูดเซลล์ที่อยู่ในก้อนออกมาตรวจ ผลการตรวจตรงกับ Surgical biopsy ร้อยละ 87-96 สามารถใช้ได้กับทุกพยาธิสภาพที่ตรวจพบจากการทำ Mammography

## 4) Ultrasound ผลการตรวจตรงกับ Surgical biopsy ถึงร้อยละ 100

และยังมีข้อดีอื่น ๆ เช่น ไม่ต้องสัมผัสรังสี เป็น Real-time visualization ราคาถูกกว่า ใช้เวลาน้อยกว่าแต่พยาธิสภาพที่จะทำต้องสามารถเห็นได้จาก Ultrasound ซึ่งใช้ไม่ได้กับกรณีหินปูน (Calcification) หรือขนาดเล็กมาก ๆ และความถูกต้องขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ทำ

ระยะเวลาของการวินิจฉัยก่อนบริเวณเต้านมในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไปตามลักษณะอาการของก้อนที่เป็นและการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม สำหรับก้อนเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง อาจติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของก้อนเป็นระยะเช่น นัดผู้ป่วยมาตรวจ 2-3 เดือนต่อครั้ง 6 เดือนต่อครั้ง หรือ 12-18 เดือนต่อครั้ง โดยการตรวจทางคลินิกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าหากก้อนหายไปได้เองหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาจยุติระยะเวลาการติดตามตรวจเป็นประมาณปีละครั้ง แต่ถ้าลักษณะของก้อนเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอาจได้รับพิจารณาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม

## 1.4 แนวทางการรักษาก้อนที่เต้านม (บัณฑูร นนทสุทธิ, 2546) แบ่งเป็น

1.4.1 กรณีที่สามารถคลำก้อนได้ชัดเจน จากการตรวจร่างกาย (Palpable breast mass) พิจารณาแยกว่าเป็น Cystic หรือ Solid mass โดยการใช้เข็มขนาดเล็กดูด (Aspiration) ทำโดยเซลล์พยาธิแพทย์ที่ชำนาญ หรือการทำ Ultrasonography แบ่งเป็น

1) ทำ Aspiration เป็น Cystic mass ถ้าของเหลวที่ดูดได้ไม่ใช่เลือดและก้อนยุบหมดให้ทำการติดตามการรักษาต่อไปใน 4-6 สัปดาห์ ซึ่ง Simple cyst อาจจะมีโอกาสเกิดซ้ำได้ประมาณร้อยละ 20 และเกิดซ้ำได้มากกว่าหนึ่งครั้ง ประมาณร้อยละ 9 ถ้าเกิดซ้ำก็สามารถ Aspirate ซ้ำได้ หรือผ่าตัดเลย ถ้าไม่เกิดซ้ำให้ทำการติดตามการรักษาต่อไป Cystic mass จะทำผ่าตัดในกรณีที่ของเหลวที่ดูดได้เป็นเลือด ภายหลังจากดูดก้อนไม่ยุบหมด หรือ Cyst เกิดซ้ำหลายครั้งอย่างรวดเร็ว เนื่องจากลักษณะเหล่านี้มีโอกาสเป็น Intracystic carcinoma ได้ สำหรับการส่งของเหลวที่ดูดได้เพื่อหาเซลล์มะเร็งนั้น (Fluid cytology) ควรส่งเฉพาะกรณีที่ดูดได้เลือดเท่านั้น เนื่องจากพบว่ากรณีที่ไม่ใช่เลือดนั้นจะไม่พบเซลล์มะเร็งเลย

2) ทำ Ultrasonography แล้วเป็น Simple cyst ถ้าไม่มีอาการสามารถสังเกตอาการต่อไปได้ แต่ถ้ามีอาการหรือผู้ป่วยวิตกกังวล แนะนำให้ Aspirate สำหรับกรณีที่ทำ

Ultrasonography หรือ Aspiration แล้วเป็น Solid mass หรือ Non-simple cyst (Irregular cyst wall or intracystic mass) ให้พิจารณาการรักษาแบบ Solid mass ต่อไป

3) กรณีที่เป็น Solid mass ให้ทำ Mammography หรือทำ Ultrasonography (ในกรณีอายุน้อยกว่า 35-40 ปี และไม่สงสัยมะเร็งให้ส่งทำ Ultrasonography อย่างเดียว) และทำ Fine Needle Aspiration เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการวินิจฉัย ถ้าผลจากการตรวจร่างกาย การทำ Mammography Ultrasonography และ Fine Needle Aspiration (Tripple test) เป็น Benign ก็ปรึกษากับผู้ป่วยว่าจะรักษาโดย การไม่ผ่าตัดและติดตามดูลักษณะของก้อนหรือผ่าตัดเอาก้อนออก ซึ่งถ้าเลือกการไม่ผ่าตัดและติดตามต้องยอมรับความเสี่ยงที่จะวินิจฉัยมะเร็งได้ล่าช้า ประมาณไม่ถึงร้อยละ 1 และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของก้อนระหว่างการติดตามที่สงสัยมะเร็งต้องทำผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมทันที สำหรับการผ่าตัดเอาก้อนออก ควรทำในกรณีที่ผู้ป่วยวิตกกังวลมาก วางแผนจะตั้งครรภ์ในอนาคต มีประวัติก้อนโตขึ้น สงสัย Phyllodes tumor สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี ศัลยแพทย์ตรวจร่างกายแล้วเป็น Benign ถ้าผู้ป่วยต้องการผ่าตัดเอาก้อนออก อาจจะสามารถทำได้เลยโดยไม่ต้องส่งตรวจเพิ่มเติม ถ้าผลจากการตรวจร่างกาย Mammography Ultrasonography และ Fine Needle Aspiration (Tripple test) เป็น Malignant สามารถทำผ่าตัดได้เลย แต่ถ้ามีอย่างใดอย่างหนึ่งขัดแย้งกัน เช่น Fine Needle Aspiration เป็น Benign แต่จากการตรวจร่างกายหรือทำ Mammography สงสัย Malignant หรือทำ Fine Needle Aspiration แล้วไม่แน่ใจ เช่นเป็น Atypical cells ควรจะทำผ่าตัด

1.4.2 กรณีที่คลำก้อนได้ไม่ชัดเจน (Vague thickening or nodularity) จากการตรวจร่างกายไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่ามีก้อนหรือไม่ แต่คลำได้เป็นเนื้อเยื่อหนา ๆ หรือมีก้อนตะปุ่มตะป่ำเล็ก ๆ ในสตรีที่ยังมีประจำเดือนอยู่ (Premenopausal) ให้นัดมาตรวจซ้ำวันที่ 7-10 หลังจากเริ่มมีประจำเดือนในอีก 1-2 รอบเดือน ถ้าหายไปก็ไม่จำเป็นต้องทำอะไรต่อแต่ถ้ายังอยู่หรือสตรีหมดประจำเดือนแล้ว (Postmenopausal) ต้องทำการประเมินเพิ่มเติมโดยการทำ Mammography และทำ Ultrasonography (ถ้าอายุน้อยกว่า 35 ปี อาจทำ Ultrasonography อย่างเดียว) แล้วรักษาตามผลการตรวจ

1.4.3 กรณีที่ตรวจร่างกายไม่พบก้อน แต่พบความผิดปกติจากการเอกซเรย์เต้านม (Mammography) เนื่องจากการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยวิธีการทำ Mammography มีมากขึ้น บางครั้งอาจพบความผิดปกติ โดยไม่คาดคิดทั้ง ๆ ที่การตรวจเต้านมปกติมากขึ้นตามมา แนวทางการวินิจฉัยให้เป็นไปตามผลการตรวจ Mammography ที่อ่านออกมา สำหรับการเลือกวิธีการนำชิ้นเนื้อเต้านมออกมาตรวจขึ้นอยู่กับลักษณะรอยโรคที่พบ ความพร้อมในด้านเครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ

### 2.1 ภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม

#### ความหมาย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ไว้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีการใช้ภาวะกดดันด้านจิตใจในเรื่องของด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ ด้านจิตวิทยาและด้านสังคมศาสตร์ โดยมีผู้กล่าวถึงภาวะกดดันด้านจิตใจ ไว้ดังนี้

Veit และ Ware (1983) ให้ความหมายของภาวะกดดันด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตด้านลบ หมายถึง สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ของชีวิตในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ในด้านลบ เป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ประกอบด้วย ความซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ (Loss of behavioral / emotion control)

Abeloff และคณะ (2000) กล่าวถึง ภาวะกดดันด้านจิตใจว่าเป็นแนวคิดทั่ว ๆ ไป ที่กล่าวถึงการทำหน้าที่ปรับตัวที่ไม่ถูกต้องเมื่อบุคคลเผชิญปัญหาด้วยความเครียด

Masse (2000) ศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลทั่ว ๆ ไป พบว่าบุคคลทั่วไปอธิบายการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 6 ประโยค คือ

- 1) หมดกำลังใจและมองไม่เห็นอนาคต (Demoralization and pessimism toward the future)
- 2) มีความกลัดกลุ้มและความเครียด (Anguish and stress)
- 3) สูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-depreciation)
- 4) ไม่เข้าร่วมสังคม โดดเดี่ยว (Social withdrawal and social isolation)
- 5) สุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง (Somatization)
- 6) เก็บตัว (Withdrawal into onset)

Ridner (2004) ให้ความหมายของภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ความไม่สุขสบายที่มีลักษณะเฉพาะ (unique discomfort) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร ประกอบด้วย การขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา (Perceived in ability to cope) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Change in emotional status) มีอาการไม่สุขสบาย (Discomfort) มี

ปัญหาในการติดต่อสื่อสาร (Communication of discomfort) และมีความรู้สึกเป็นอันตราย (Harm) และ Ridner (2004) ยังได้สรุปถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลนั้น เกิดจาก

- 1) ประสบการณ์ของบุคคลต่อการรับรู้ทางชีวจิตสังคม (Conscious biopsychosocial)
- 2) สิ่งกระตุ้น (Stressor) ซึ่งเกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีทั้งด้านบวกและด้านลบ อาจเป็นอาการทางกายหรือเหตุการณ์ที่สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก
- 3) การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Personal threat) ทำให้เกิดการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง
- 4) ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) ทั้งการยอมรับหรือการกระทำ
- 5) การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping)

จากการให้ความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลโดยเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ในด้านลบ

ภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม 2 สัปดาห์ เป็นผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของสตรีที่เกิดจากการประเมินรับรู้สถานการณ์ที่รอคอยผลการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นความเครียด เป็นสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพ โดยคาดเดาว่าผลที่ได้รับอาจเป็นข่าวร้าย กลัวเป็นมะเร็งเต้านม ทำให้สตรีเกิดความรู้สึกกดดันด้านจิตใจ ประกอบด้วย อาการวิตกกังวล (Anxiety) อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) และความรู้สึกสับสน (Confusion) เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ กลัว โกรธ กลุ่มใจ กังวลใจ กระสับกระส่าย (Poole และคณะ, 1999; Fridfinnsdottir, 1997) มุ่งร้ายโกรธ (Webb และ Koch, 1997) เครียดจนรู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น (Barrere, 1992) หวาดระแวง รู้สึกเป็นอันตราย รู้สึกหวาดหวั่นว่ามีอันตรายเกินกว่าที่ควรจะเป็น (Fridfinnsdottir, 1997) ภาวะกดดันด้านจิตใจนั้นส่งผลให้สตรีที่ตรวจพบที่ก้อนเต้านม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างปกติ (Harcourt และคณะ, 1999) นอนไม่หลับ (Lebel และคณะ, 2003) ย้ำคิดย้ำทำ คิดกลับไปกลับมา สับสนไม่แน่นอน (Benedict และคณะ, 1994; Northouse และคณะ, 1995) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเปลี่ยนไป แยกตัวเองไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอื่นรอบตัว (Chen และคณะ, 1996) ร้องไห้ (Webb และ Koch, 1997) ไม่ร่วมมือกับการรักษา (Andrykowski และคณะ, 2002) เกิดความยากลำบากทางความคิดโดยมีผล

มาจากสภาพจิตใจที่ถูกกดดันมาก ทำให้ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง (Chen และคณะ, 1996; Fridfinnsdottir, 1997) เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจร่วมมือกับการรักษาและการเลือกให้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของสตรี

## 2.2 การเผชิญภาวะกดดันด้านจิตใจตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม

แนวคิดทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยกล่าวว่าความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกันเป็นปฏิสัมพันธ์ (Stress viewed as transaction) เป็นกระบวนการและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินตัดสินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้เวลาทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่ตนเองจะให้การเผชิญปัญหา หรือรู้สึกว่าคุณค่าเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งทรัพยากร (Resources) ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal)

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดของบุคคลว่าเป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาประกอบด้วย 2 กระบวนการที่คาบเกี่ยวกันคือ กระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้คิดในการประเมิน (Cognitive appraisal process) กับ กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process) ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

### 2.2.1 กระบวนการใช้สติปัญญาความรู้คิดในการประเมิน (Cognitive appraisal)

เป็นการประเมินเหตุการณ์ที่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองซึ่งจะกระทำอยู่ตลอดเวลาที่มนุษย์ตื่นอยู่ เป็นกระบวนการทางปัญญาที่เกิดขึ้น เมื่อพบกับสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น แล้วบุคคลมีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลสามารถแยกแยะได้ว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนอย่างไร ซึ่งบุคคลจะสามารถประเมินเหตุการณ์นั้นได้โดยโครงสร้างการทำงานของสมองส่วนที่มีหน้าที่ในการเรียนรู้และความจำ การประเมินประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ



### 2.2.1.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal)

เมื่อมีสถานการณ์มากระทบต่อบุคคลในขั้นแรก บุคคลนั้นจะมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินอาจเป็นด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้านต่อไปนี้คือ

2.2.1.1.1 ไม่มีความสำคัญต่อตนเองหรือไม่ได้มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ ประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่มีผลกระทบใดเกี่ยวข้องกับตนเอง หรือตนเองไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น บุคคลจะไม่แสดงการตอบสนองใด ๆ ออกมา

2.2.1.1.2 เกิดผลในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (Benign-positive) คือ ประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับและมีผลในทางที่ดีต่อสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลนั้นจะตอบสนองในทางบวกคือ ดำรงไว้ซึ่งความสุข เช่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกสนุกสนาน ร่าเริง

2.2.1.1.3 เกิดความเครียด (Stressful) คือ ประเมินว่าสถานการณ์นั้นบุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเองในด้านลบ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) การเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) โดยผลกระทบของสถานการณ์นั้นทำให้เกิดการเจ็บป่วย สูญเสียอวัยวะหรือบุคคลที่เรารัก สูญเสียสถานภาพทางสังคม สูญเสียคุณค่าของความเป็นบุคคล เป็นต้น

2) การคุกคาม (Threat) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเมื่อเกิดอันตรายและสูญเสียขึ้นแล้ว บุคคลนั้นได้คิดต่อเนื่องไปถึงความยุ่งยากที่จะเกิดตามมา การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกลัว ความวิตกกังวลหรือกลัวความลำบาก ในกรณีความเจ็บป่วยบุคคลอาจจะประเมินทั้งเป็นอันตราย สูญเสียและคุกคามผสมกัน

3) การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถแก้ไขสถานการณ์ มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น หรือความร่าเริง อาจเกิดภาวะคุกคาม หรือท้าทายพร้อม ๆ กัน เพราะการที่ถูกคุกคามนั้นอาจจะมีความรู้สึกท้าทายร่วมอยู่ด้วย ทำให้บุคคลมีความมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้ มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

### 2.2.1.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

เป็นกระบวนการทางปัญญาที่เกิดขึ้นต่อจากการประเมินในครั้งแรกคือขั้นปฐมภูมิ เมื่อพบว่าร่างกายได้รับอันตรายถูกคุกคามหรือท้าทายจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลรู้จักจัดการ

กับความเครียด โดยใช้วิธีการลดความเครียดอาจเป็นวิธีเดียวหรือหลายวิธีก็ได้ ขณะที่บุคคลใช้ความพยายามในการคิดวิเคราะห์เพื่อที่จะลดความเครียดนั้น บุคคลจะดึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Coping resource) และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ มาใช้ในการเผชิญความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984) ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดดังนี้

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) บุคคลที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมจะมีพลังน้อยในการเผชิญปัญหา ซึ่งต่างจากคนที่มีสุขภาพดีจะมีความอดทนต่อภาวะเครียดและปัญหา รวมทั้งมีพลังในการแก้ปัญหาได้ดีกว่าจะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ การมีสุขภาพดี มีผลกำลังจะช่วยทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น

2) ความเชื่อในทางบวก (Positive belief) เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจที่ทำให้บุคคลมีความหวัง และสามารถเผชิญกับความเครียดได้ ความเชื่อทั่วไปและความเชื่อเฉพาะ เช่น ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ ความเชื่อว่าคุณสามารถทางการแพทย์หรือขั้นตอนการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น ความเชื่อในทางที่ดีจะเป็นพื้นฐานของความหวังและความพยายามในการเผชิญความเครียดในเงื่อนไขต่าง ๆ

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะหาข้อมูล วิเคราะห์และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีซึ่งการมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาจะทำให้บุคคลสะสมความรู้และสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่อาจนำไปใช้สถานการณ์อื่นได้เริ่มตั้งแต่ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกและดำเนินการตามวิธีที่เหมาะสม ทักษะในการแก้ปัญหาเป็นนามธรรมเกิดจากการสะสมความรู้และประสบการณ์ ความสามารถทางความคิดและสติปัญญาในการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ ตลอดจนความสามารถในการควบคุมตนเองซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญความเครียด

4) ทักษะในการติดต่อกับบุคคล (Social skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคล และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญความเครียด การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล จะได้รับการตอบสนองความต้องการของตนดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดทักษะในด้านนี้ ความสามารถในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งความสามารถในการขอความร่วมมือหรือการสนับสนุน ซึ่งจะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

5) การสนับสนุนจากสังคม (Social support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมทั้งบุคคลในครอบครัวทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ก) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การให้ความผูกพัน การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือหรือไว้วางใจในตัวบุคคล ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด

ข) การสนับสนุนในเรื่องวัตถุและการบริการ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของหรือการให้บริการ เช่น การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การทำงานอื่นแทนให้ซึ่งจะส่งผลในด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยผู้รับจะรู้สึกว่ามิได้เอาใจใส่และเห็นคุณค่า

ค) การสนับสนุนวัตถุและการบริการ ได้แก่ การให้ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับจากการกระทำของบุคคล

6) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material resources) ได้แก่ เงิน หรือ สิ่งของหรือบริการที่เงินสามารถหาซื้อได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการเผชิญได้มากขึ้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับระดับเศรษฐกิจ เช่น บริการทางการแพทย์หรือบริการทางวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งจะอำนวยให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

### 2.2.1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal)

เป็นกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของบุคคลยังไม่ลดลง โดยประเมินจากข้อมูลใหม่ที่ได้เพิ่มเติมจากบุคคลหรือจากการประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว นำมาประกอบการตัดสินใจในการที่จะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้ไปแล้วเพื่อลดหรือแก้ไขภาวะความเครียดต่อไป เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์ที่มากกระทบนั้น ก่อให้เกิดอันตราย คุกคาม ทำลายต่อชีวิตหรือสุขภาพ บุคคลจะมีปฏิริยาการตอบสนองต่อความเครียดนั้น 3 ด้าน คือ

1) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล คับข้องใจ

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางสังคม (Social behavioral change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในสังคมความเป็นอยู่ หรือความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ



3) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physiological change) ซึ่งทางด้านร่างกายจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและระบบภูมิคุ้มกัน เป็นปฏิกิริยาที่พบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น หัวใจเต้นเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เป็นต้น

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด บุคคลจะพยายามใช้กระบวนการทางสติปัญญาความรู้ในการประเมินประเมินสถานการณ์นั้นต่อไปเพื่อที่จะลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้สภาพทางร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล

### 2.2.2 กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)

เป็นความพยายามของบุคคล ทั้งในรูปของการกระทำ (Behavior) และความคิด (Cognitive) เพื่อจัดการกับความต้องการที่เฉพาะซึ่งประเมินแล้วว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง การเผชิญความเครียดมีลักษณะเป็นกระบวนการ (Process-oriented) มากกว่าลักษณะเฉพาะตัว (Trait-oriented) เป็นความคิดหรือการกระทำที่แสดงออกจริงของบุคคล (Actually thinks or does) ไม่ใช่การกระทำที่เกิดขึ้นเป็นประจำหรือเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลควรคิดหรือควรทำเท่านั้น โดยในแต่ละลักษณะประกอบด้วยการเผชิญความเครียดวิธีต่าง ๆ บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไป ตามสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ นอกจากนั้นความคิดหรือการกระทำในการเผชิญความเครียดจะแสดงออกในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเสมอ (Specific context) และมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในแต่ละขณะในครั้งหนึ่งบุคคลอาจจะเชื่อถือหรือใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง เช่น การปฏิเสธ แต่ในอีกครั้งหนึ่งจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีอื่น เช่น วิธีการแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น มีความแตกต่างจากพฤติกรรมที่เป็นอัตโนมัติ (Automatized adaptation behavior) กล่าวคือการเผชิญความเครียดเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) ซึ่งเป็นความต้องการที่บุคคลประเมินว่าจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ในขณะที่พฤติกรรมการปรับตัวอัตโนมัติเป็นการคิดหรือการกระทำที่ไม่ต้องใช้ความพยายาม และไม่จำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังเป็นการกระทำที่เป็นปกตินิสัยหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

Lazarus และ Folkman (1984) ได้แยกการเผชิญความเครียด (Coping) ออกจากผลของการเผชิญความเครียดซึ่งได้แก่ การปรับตัว (Adaptation) โดยนิยามการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามในการจัดการ (Manage) โดยไม่คำนึงว่าความพยายามในการจัดการกระทำนั้น ๆ จะเป็นผลดีหรือไม่ ซึ่งการจัดการดังกล่าวมีความหมายครอบคลุมถึงการลดความรุนแรง การ

หลีกเลี่ยง อดทน ยอมรับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด รวมถึงความพยายามที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วย

ในกระบวนการเผชิญความเครียดนี้จะคาบเกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมินโดยหลังจากที่บุคคลได้ไตร่ตรองและดึงแหล่งประโยชน์มาใช้เพื่อจะตัดสินใจในการเผชิญความเครียดแล้ว ก็จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping strategies) ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) ได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

### 2.2.2.1 การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping)

เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยตรง โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีการต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหา วิธีนี้จะใช้ความรู้และสติปัญญาในการประเมินสถานการณ์ศึกษาข้อมูลสาเหตุของปัญหา และเลือกวิธีการแก้ไขซึ่งอาจจะได้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้เพื่อจัดการแก้ปัญหาโดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไปในทางที่ดีขึ้น อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเองหรือใช้วิธีเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

### 2.2.2.2 การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused coping)

เป็นวิธีการที่พยายามปรับอารมณ์เครียด มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการไม่ยอมรับสถานการณ์ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้จะไม่พยายามลดหรือแก้ไขสาเหตุของปัญหา บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนี้เมื่อประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้

การตัดสินใจวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcome) แสดงออกใน 3 ด้าน คือ

- 1) การทำหน้าที่ในสังคม (Social function) โดยบุคคลสามารถดำรงบทบาทต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่คาดหวังของสังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี
- 2) ขวัญและกำลังใจ (Morale) จะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลพึงพอใจในการกระทำของตนเองและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลที่แสดงให้เห็นในระยะสั้น คือ สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ

3) ภาวะสุขภาพ (Somatic health) การเผชิญความเครียดจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ถ้าหากวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ไม่เหมาะสม ความเครียดก็จะยังคงอยู่และอาจเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยเกิดกลุ่มอาการไม่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ความเครียดที่มีอยู่จะลดลงส่งผลให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพอยู่ได้

### 2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ (Lazarus และ Folkman, 1984)

สิ่งแวดล้อมเป็นแรงกดดันของการเกิดความเครียด เกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกันไป เช่น บางคนแสดงออกด้วยอารมณ์โกรธ บางคนซึมเศร้า กลัว วิดก กังวลหรือเพิกเฉยที่เป็นเช่นนี้ เพราะเกิดจากการที่บุคคลมีความไวต่อเหตุการณ์และแปลความหมายของเหตุการณ์แตกต่างกัน ความแตกต่างนี้อยู่ที่กระบวนการคิดรู้ในการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยใหญ่ ๆ 2 ประการ คือ

#### 2.2.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย

2.2.3.1.1 ความรู้สึก (Feeling) เป็นความรู้สึกตื่นตัวของบุคคลต่อเหตุการณ์ เช่น เหตุการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่ามีกำลังหรือความรู้สึกมั่นคง ก็จะมีผลประโยชน์ต่อภาวะเครียดมากกว่าเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกตื่นตัวเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลยนอกจากนั้น ความรู้สึกยังหมายถึงความรู้สึกต่อภาวะคุกคามของความเครียดด้วย

2.2.3.1.2 ความผูกพัน (Commitment) หมายถึง สิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญกับบุคคลที่มีอิทธิพล ในการประเมินตัดสินใจ ความเกี่ยวข้องของสถานการณ์ต่อสวัสดิภาพของตน ซึ่งจะชี้แนะให้บุคคลกล้าเผชิญหรือผละหนีจากสถานการณ์ที่คุกคาม ถ้าความผูกพันมีมากบุคคลมีแนวโน้มจะประเมินสถานการณ์ว่า คุกคามหรือ ทำหาย ได้มาก นอกจากนี้ความผูกพันอาจมีแรงขับให้บุคคลมีความมุ่งมั่นพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้ผลลัพธ์ดังความตั้งใจ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกคุกคามลงได้ เช่น นักกีฬาที่มีความผูกพันกับกีฬามากเมื่อต้องผ่าตัดข้อเข่าก็มีความมุ่งมั่นที่จะรักษาตัวให้หายเพื่อจะกลับไปเล่นกีฬาได้เหมือนเดิม ดังนั้นหลังผ่าตัดเพียงไม่กี่เดือนก็สามารถกลับมาเล่นกีฬาได้เหมือนเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของความผูกพัน

2.2.3.1.3 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อมีอิทธิพลต่อบุคคลในการมองเกี่ยวกับโรคและผลการรับรู้ต่อความเครียดนั้นเป็นอย่างไร แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมของบุคคล (Belief about personal control) เป็นการเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ การประเมิน

ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำทนาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือ เป็น อันตราย ซึ่งเชื่อว่าสามารถควบคุมได้นี้สามารถลดความเครียดลงได้ แต่จะเพิ่มความรู้สึกคุกคามถ้าสถานการณ์ที่เชื่อว่าควบคุมได้ขัดกับความผูกพันหรือเป้าหมายอื่น ๆ ของบุคคล สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การประเมินสถานการณ์ที่นำไปสู่การปรับตัวได้นั้น จะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ถ้าการประเมินสถานการณ์มาจาก ข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบของบุคคลด้านอื่น ๆ อาจจะทำให้การประเมินไม่ตรงกับความคิดของบุคคล สิ่งที่คุณต้องการควบคุมในเหตุการณ์เมื่อเจ็บป่วย ดังนี้ คือ การหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดและสิ่งที่ทำให้ทุพพลภาพ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล วิธีการรักษา และระเบียบการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาล ความสมดุลทางอารมณ์ อึดทนในทัศนที่นำพึงพอใจ ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเพื่อน การเตรียมตัวสำหรับความไม่แน่นอนในอนาคต

2) ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอยู่ (Existential beliefs) ได้แก่ ความเชื่อในหลักการของศาสนา โชคชะตา หรืออื่น ๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลสร้างความหมายให้กับชีวิตและดำรงไว้ซึ่งการมีความหวัง

2.2.3.1.4 สถิติปัญญาของบุคคล (Cognition) ผู้ที่มีสติปัญญาดี จะสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงจึงอาจจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

2.2.3.2 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินด้วยสติปัญญา ไม่เพียงแต่ปัจจัยด้านนี้เท่านั้นที่มีความสำคัญต่อการประเมินความเครียด ความแตกต่างในเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่

2.2.3.2.1 เหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้ (Unpredictability) บุคคลทั่วไปมักจะรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่สามารถทำนายได้ จะมีความรู้สึกเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้ เนื่องจากการที่บุคคลสามารถทำนายเหตุการณ์นั้นได้ จะทำให้บุคคลนั้นมีเวลาเตรียมตัวที่จะเผชิญกับสถานการณ์ก็จะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นประสบกับเหตุการณ์ใหม่ซึ่งไม่เคยประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคตบุคคลนั้นอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

2.2.3.2.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (Uncertainty) จะเพิ่มความเครียดให้แก่บุคคล โดยที่บุคคลส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดหวังไว้ ในผู้ป่วยเรื้อรังมักจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและมีโอกาสที่จะหายเป็นปกติหรือไม่จึงทำให้ประเมินว่าเป็นความเครียด เพราะไม่สามารถวางแผนชีวิตในอนาคตได้

ตลอดจนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น

2.2.3.2.3 ความรุนแรงของเหตุการณ์ (Timing of events) ช่วงเวลาของเหตุการณ์นั้นมีผลกระทบต่อระดับความเครียด เหตุการณ์ที่มีระยะเวลาเพียงพอที่จะทำให้บุคคลนั้นได้คิด พิจารณาต่อการตัดสินใจที่จะกระทำใด ๆ ย่อมมีผลให้เกิดความเครียดน้อยกว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน แต่การใช้ระยะเวลาที่ยาวนานเกินไป ในการเผชิญความเครียด ย่อมทำให้ผลเสียได้เช่นกัน เช่น ในระยะหมดกำลัง (Exhaustion stage) เพราะจะทำให้บุคคลเหนื่อยล้า หมดกำลัง และความสามารถในการเผชิญความเครียด

2.2.3.2.4 เหตุการณ์ที่คลุมเครือ (Ambiguity of events) ความรู้สึกที่ว่า เหตุการณ์นั้นคลุมเครือจะเพิ่มระดับความเครียดมากขึ้น และความรู้สึกคลุมเครือมีอิทธิพลต่อวิธีการจัดการความเครียดด้วย เพราะบุคคลมักจะเลือกใช้เผชิญความเครียดบนพื้นฐานของข้อมูลที่บุคคลนั้นมีอยู่ หากข้อมูลที่ได้รับนั้นไม่ถูกต้อง การวางแผนที่เฉพาะและเหมาะสมของวิธีการจัดการความเครียดก็ย่อมเป็นไปได้

ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นพลวัต (Dynamic) ของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านใดด้านหนึ่ง จะไม่เพียงพอต่อการอธิบายถึงการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ดังนั้นจึงต้องพิจารณาปัจจัยทั้งสองด้าน ควบคู่กันไปในการทำความเข้าใจ การประเมินสถานการณ์ของบุคคล

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดดังกล่าวพบว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์และมีการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามแหล่งประโยชน์ในการเผชิญเหตุการณ์ หากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เป็นแรงสนับสนุนที่ดีตรงตามความต้องการจะส่งผลให้บุคคลมีกระบวนการประเมินเหตุการณ์ไปในทางบวก การตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจจะเป็นไปในด้านบวกด้วย

## 2.3 ผลกระทบของภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม

สตรีที่ตรวจพบว่าตนเองมีก้อนที่เต้านมเมื่อมารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ส่วนหนึ่ง ในความรู้สึกของสตรีเหล่านี้คือความกลัวว่าตนเองจะเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกระวนกระวายใจในระหว่างที่รอผลการตรวจวินิจฉัย ดังเช่นการศึกษาของ Fridfinnsdottir (1997) พบว่าสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม เมื่อมารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ในระหว่างที่รอการประเมินว่าเป็นมะเร็งหรือไม่นั้น สตรีเหล่านี้จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนและประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นกับสตรีในระยะดังกล่าวเป็นผลมาจากความไม่แน่ใจในผลการวินิจฉัย กลัวการเป็นมะเร็งเต้านมและ



คาดการณ์ไปถึงเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญเมื่อเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจต้องสูญเสียอวัยวะที่มีความสำคัญต่อภาพลักษณ์ความเป็นผู้หญิง รวมทั้งอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ที่สตรีกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับมาก่อน ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง พบว่าสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระหว่างรอการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่นั้นจะเผชิญความยากลำบากทางความคิด ซึ่งนับว่าเป็นประสบการณ์ที่มีผลในการดำเนินชีวิตของพวกเขา ความเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าว มีผลต่อการปรับตัวกับการเผชิญความเครียดของสตรีกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก

ดังนั้นความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของสตรีในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตลอดจนการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Northouse และคณะ (1997) ที่ศึกษาในสตรีที่เคยผ่านการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมจำนวน 50 รายและสามีของสตรีกลุ่มนี้หลังจากผ่าตัด 1 เดือน พบว่ายังสตรีกลุ่มนี้ยังมีความวิตกกังวลอยู่ สตรีร้อยละ 83 กล่าวว่าช่วงเวลาก่อนผ่าตัดมีความเครียดสูงมาก ไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น ไม่รู้ว่าจะป็นมะเร็งหรือไม่ เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจมาก คิดไม่ค่อยออก ตัดสินใจลำบาก ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลากรทางการแพทย์น้อย สตรีบางคนบอกว่าช่วงเป็นช่วงเวลาที่เลวร้าย ไม่มีใครช่วยได้ เมื่อแพทย์บอกว่าต้องทำผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม พวกเธอก็เริ่มหาหนังสือ หาความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งเต้านมมาศึกษา สภาพจิตใจช่วงนั้นเลวร้ายมาก แต่เพื่อน ๆ ก็ปลอบใจว่าไม่มีอะไร ส่วนสามีร้อยละ 50 กล่าวว่าช่วงเวลาก่อนผ่าตัดมีความเครียดสูงมาก และร้อยละ 44 กล่าวว่าช่วงเวลาที่ยกรยาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความเครียดในระดับปานกลางรองลงมา ส่วนสามีเมื่อเห็นแผลหลังจากผ่าตัดแล้วไม่รู้สึกอะไร ร้อยละ 76 อีกร้อยละ 12 รู้สึกยากลำบากทางความคิดเล็กน้อย ด้านการเผชิญความเครียดพบว่าสตรีใช้แหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ร้อยละ 87 ต้องการจากสามี ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญ แต่บางรายกล่าวว่าพยาบาลและแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญขณะอยู่โรงพยาบาล รองลงมาคือใช้ศาสนา มาช่วย ร้อยละ 21 ส่วนสามีก็ใช้แหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ มากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 64

ทั้งสามีและภรรยาใช้ความรักความห่วงใย ช่วยสนับสนุนให้สภาพจิตใจดีขึ้น ซึ่งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล สามีต้องการข้อมูลร้อยละ 22 ส่วนสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมใช้การมองโลกในแง่ดี เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 26 นอกจากเรื่องภาพลักษณ์แล้วเรื่องการค้ารงชีวิตก็ต้องตระหนักร่วมด้วย สตรีและสามีกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม สามีบางคนบอกว่าการสูญเสียเต้านมของภรรยาก็เหมือนกับการสูญเสียภรรยา

นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีเกิดความรู้สึกหมดหวังจะเห็นได้ว่าสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ต้องเผชิญกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่

อาจก่อให้เกิดความเครียด มีผลต่อการปรับตัวในการเผชิญความเครียด ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก ในช่วงนั้นนอกจากสตรีจะมีระดับความเครียดสูงแล้วความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณยังลดลงอีกด้วย (Scott, 1983; Fridfinnsdottir, 1997) แสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ของอารมณ์อาจเป็น วิตกกังวล กลุ้มใจ โกรธ ความซึมเศร้า (O'Mahony, 2001) บางคนแยกตัวเองไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอื่นรอบตัว (Chen และคณะ, 1996) นอนไม่หลับ (Lebel และคณะ, 2003; Harcourt และคณะ, 1999) การทำหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนไป (Harcourt และคณะ, 1999) การไม่ร่วมมือรักษา (Andrykowski และคณะ, 2002) บางรายร้องไห้ (Webb และ Koch, 1997) นับได้ว่าเป็นช่วงที่สตรีจะพบกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมาก (Woodward และ Webb, 2000) การทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง (Northouse และคณะ, 1995) บางรายอาจมีอาการนอนไม่หลับ

การผ่าตัดนับเป็นวิธีการรักษาโรคหรือแก้ไขความพิการ รวมทั้งการวินิจฉัยโรคที่ต้องใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีและวิธีการที่ซับซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามของโรคหรือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งในระหว่างที่สตรีรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม นั้น การเจ็บป่วยยังคงมีอยู่และอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานหรืออาจมีเหตุการณ์ส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งการผ่าตัดยังเป็นเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จึงทำให้ผู้ที่อยู่ระหว่างรอผ่าตัดอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ของการรักษาและการเจ็บป่วยได้ (ไสว นรสาร, 2540) สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนที่เต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม เป็นระยะของการวินิจฉัยโรค (Diagnosis phase) สตรีกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับช่วงเวลาและสถานการณ์ที่มีความรู้สึกวิตกกังวลควบคู่ไปกับการมีความหวังตลอดเวลา (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541) สตรีส่วนใหญ่มักมีความเครียดและกลัวอย่างมาก (Barrere, 1992; หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541) แม้ว่าผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมร้อยละ 9-20 ที่เป็นมะเร็งเต้านม (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์, 2548)

#### 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม

จากแนวคิดเรื่องภาวะกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) ได้ระบุสาเหตุของความกดดันด้านจิตใจของบุคคลมีสาเหตุมาจากประสบการณ์ของบุคคลต่อการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้น (Stressor) ว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Personal threat) ทำให้เกิดการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง หรือเกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ของแต่ละบุคคล มีทั้งด้านบวกและด้านลบ อาจเป็นอาการทางกายหรือเหตุการณ์ที่สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) ทั้งการยอมรับหรือการกระทำ รวมถึงการเผชิญปัญหาที่ขาด

ประสิทธิภาพ (Ineffective coping) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีกลุ่มนี้ เป็นความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1 ความต้องการสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ การมีปฏิสัมพันธ์กันทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด ช่วยในการกระตุ้นในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการ แก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้แก่ การศึกษาของ Derdarian (1987) ในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าข้อมูลที่ไม่ได้รับเป็นพวก การวินิจฉัย การรักษา การนอนโรงพยาบาล การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ การพยากรณ์โรค ข้อมูลที่ต้องการเป็นข้อมูลโรคทั่ว ๆ ไป ไม่ใช่การกระจายของโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความผาสุกของผู้ป่วย ทำให้การวางแผนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ Hack และคณะ (1994) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการข้อมูลของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อประกอบการตัดสินใจรักษา การตอบสนองความต้องการของสตรี พบว่าสตรีที่ตัดสินใจเห็นว่าการรักษาจะช่วยพวกเธอดีขึ้นได้จะรู้สึกดี อยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การพยากรณ์โรค ดังเช่นการศึกษาของ Luker และคณะ (1996) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม แบ่งเป็น 2 ระยะคือระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย และระยะหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าข้อมูลที่ต้องการของสตรีในช่วงแรกจะเป็นพวกโอกาสในการมีชีวิตรอด แต่หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแล้วก็ยังคงต้องการข้อมูลเหล่านี้อยู่ และอยากทราบความเสี่ยงของบุคคลในครอบครัวต่อการเป็นมะเร็งอย่างมาก แหล่งให้ข้อมูลที่สำคัญคือ ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในคลินิกเต้านมแต่ส่วนใหญ่สตรีเหล่านี้จะได้รับข้อมูลจากนิตยสารส่วนมาก และจากการศึกษาของ Deane และ Degner (1998) เป็นการศึกษาย้อนหลังในสตรีที่เคยผ่านการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ผลเป็นเนื้องอกปกติ พบว่าความต้องการข้อมูลที่สำคัญของสตรีในระยะนี้คือเรื่องปัจจัยเสี่ยงในการที่จะเป็นมะเร็ง ไม่ใช่เรื่องการรักษา การตรวจวินิจฉัย ส่วนเรื่องการนัดติดตามผล การวินิจฉัย สตรีกลุ่มนี้อยากรู้น้อยกว่าเรื่องภาวะคุกคามของมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown และคณะ (2000) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลในสตรีที่กำลังจะเข้ารับการผ่าตัดเต้านม พบว่าการจะเลือก

ชนิดข้อมูลต้องคำนึงถึงความต้องการของสตรีแต่ละคน พวกเขาต้องการทราบข้อมูลความเสี่ยงเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในครอบครัว ยิ่งครอบครัวที่มีบุตรสาวยิ่งอยากได้ข้อมูลเหล่านี้ ผลกระทบของโรคต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน สถานที่ทำงาน บทบาทของครอบครัวและคู่สมรสสามารถช่วยให้สตรีเผชิญความเครียดในระยะนี้ได้ตั้งแต่แรก

ข้อมูลที่ต้องการส่วนใหญ่ประกอบด้วย ข้อมูลในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ภาวะคุกคามของการเป็นมะเร็งเต้านม (Deane และ Degner, 1998) การรักษาโอกาสการหายและการแพร่กระจายของโรค (Denger และคณะ, 1997) การจะเลือกชนิดของข้อมูลต้องคำนึงถึงความต้องการของสตรีแต่ละคน ส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมในครอบครัว ผลกระทบของโรคต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว (Brown และคณะ, 2000) ต้องการการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ สตรีกลุ่มนี้พยายามแสวงหาแหล่งให้ข้อมูลเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนเต้านมแล้วต้องผ่าตัด (Benedict และคณะ, 1994) ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล (Lebel และคณะ, 2003) ต้องการแหล่งให้ข้อมูลที่มาจากพยาบาลมากกว่าสื่อคู่มือ (Bilodeau และ Degner, 1996) ต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม (Northhouse และคณะ, 1997) ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านมเพื่อการรักษา (MacFarlane และ Sony, 1992)

2.4.2 ความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการทำให้สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมและต้องเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมได้รับความสำคัญ ได้รับการยกย่อง ได้รับความมั่นใจ เกิดความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ หรือความรัก ความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งผู้ที่ได้รับจะรู้สึกมีที่พึ่งพา รู้สึกปลอดภัย การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยทำให้บุคคลที่มีความเครียด สามารถเผชิญกับความไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

จากการศึกษาความต้องการด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม พบว่าสตรีกลุ่มนี้ต้องการความมั่นใจ ความเข้าใจ ความหวัง ความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ (Northhouse และคณะ, 1997) พวกเขาต้องการพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการมีบุคคลสำคัญอยู่ร่วมฟังด้วยในขณะที่ฟังผลการตรวจวินิจฉัย (Fridfinnsdottir, 1997) ความต้องการด้านแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้สตรีที่เคยผ่านการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม เผชิญความเครียดทั้งด้านการจัดการกับปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เป็นอย่างดี (Drageset และ Lindstrom, 2005) และจากการศึกษาของ Lebel และคณะ (2003) ที่ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะที่รอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม พบว่าพวกเขาต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด รองลงมาเป็นบุคคลที่พวกเขาคิดว่ามีความสำคัญ

นับเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ช่วยให้สตรีเผชิญความเครียดได้ดี แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากพยาบาลจะต้องเข้าใจรับรู้ความรู้สึกของสตรีกลุ่มนี้ และให้การตอบสนองที่ตรงตามความรู้สึก จะช่วยให้สตรีมีความวิตกกังวลลดลง ความไม่แน่นอน ความซึมเศร้าลง (Chen และคณะ, 1996)

จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก่อนเข้ามามีในระยาระหว่างผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม เป็นความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในการสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้สตรีมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม และต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อช่วยให้สตรีสามารถเผชิญกับความไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

### 2.5 การประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สร้างเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจไว้หลายเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการนำมาประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจนั้นจะขึ้นอยู่กับแนวคิดภาวะกดดันด้านจิตใจที่ผู้วิจัยแต่ละคนสนใจศึกษา ปัจจุบันพบว่ามีแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจหลายชนิด ดังต่อไปนี้

2.5.1 แบบประเมิน Symptom Checklist-35-Revised (SCL-35R) แบบประเมินเป็นส่วนหนึ่งของ SCL-90R ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Derogatis (1983) แบบประเมิน SCL-35R นี้ประกอบด้วย 35 ข้อคำถามเพื่อประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ Somatization Anxiety และ Depression แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความกดดันด้านจิตใจของบิดาและมารดาของเด็กซึ่งป่วยเป็นมะเร็ง จำนวน 195 คู่ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .97 (Yeh, 2003)

2.5.2 แบบประเมิน Profile of Mood States (POMS) ของ Lorr และ McNair (1983) เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า ความสับสน และความกระปรี้กระเปร่า แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่เป็นคำคุณศัพท์ 65 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้นำไปใช้วัดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 212 ราย โดยภาวะกดดันด้านจิตใจแปรผลจากค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งได้จากการรวมคะแนนของทุกข้อคำถาม ค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์มาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .74 - .91 (Uchitomi และคณะ, 2003)

### 2.5.3 แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ที่สร้างขึ้นโดย

Derogatis และ Merisaratos (1983) แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 53 ข้อ แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกอดตันด้านจิตใจของสตรีในระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม 300 ราย และสามี 265 ราย (Northouse และคณะ, 1995) คะแนนภาวะกอดตันด้านจิตใจคำนวณโดยการรวมคะแนนของทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อที่เลือก คะแนนที่ได้เรียกว่า Global Severity Index (GSI) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะกอดตันด้านจิตใจสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีภาวะกอดตันด้านจิตใจต่ำ มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .90

### 2.5.4 แบบประเมิน Psychological Distress Manifestation Measurement

Scale (PDMMS) พัฒนาโดย Masse (2000) แบบประเมินนี้มีลักษณะข้อคำถามให้ผู้ถูกประเมินประเมินอาการของตนเองจำนวน 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะกอดตันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกอดตันด้านจิตใจของประชาชนทั่วไปจำนวน 400 ราย มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 (Masse, 2000)

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ของ Derogatis และ Merisaratos (1983) ในการประเมินภาวะกอดตันด้านจิตใจของสตรีที่พบก้อนเต้านมในระยะรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ประกอบกับเครื่องมือนี้เคยถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกอดตันด้านจิตใจของสตรีในระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 (Northouse และคณะ, 1995)

## 3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม

### 3.1 ความหมายและประเภทของข้อมูล

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระและเป็นความรับผิดชอบโดยตรงที่พยาบาลสามารถกระทำได้ (มรรยาท ณ นคร และคณะ, 2544) โดยการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบคลุมได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองจะต้องประสบล่วงหน้า ช่วยเพิ่มความรู้ซึ่งสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นการเพิ่มพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิด

ขึ้นกับตนเองได้ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ตลอดจนถึงความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วย (ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542)

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 “ข้อมูล” หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริงหรือการคำนวณ

Devine และ Cook (1986) ให้ความหมายของคำว่า การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดว่า หมายถึงการจัดเตรียมและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วย เพื่อความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมในการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

ดลธนา อิศริยานันท์ (2546) ให้ความหมายของคำว่า การให้ข้อมูล ว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างมีระบบ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่จะส่งผลให้บุคคลมีการฟื้นฟูสภาพ และมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลหมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแตกต่างกัน สามารถจำแนกประเภทของข้อมูลตามแนวคิดของ Butcher (1999) ได้ดังต่อไปนี้

3.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์แวดล้อมที่มาคุกคามที่อาจเกิดขึ้นหรือผู้ป่วยจะต้องประสบอธิบายว่าเหตุการณ์อะไรที่จะเกิด อธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติหรือกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นลำดับขั้นตอน เช่น ขั้นตอนการตรวจรักษา การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control) คาดการณ์เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

3.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ อธิบายถึงสิ่งบุคคลอาจต้องประสบในแต่ละสถานการณ์ เป็นความรู้สึกที่บุคคลอื่นเคยประสบมาแล้ว เมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ข้อมูลความรู้สึก จะอธิบายถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรู้รส และการได้กลิ่น ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของเหตุการณ์และความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้น ข้อมูลความรู้สึกจึงเป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าในสถานการณ์นั้นจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้างและจะเกิดเมื่อไร ขณะเดียวกันเมื่อมีสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้น บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์จะรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัสอย่างไรบ้าง เช่น ความรู้สึกเมื่อทราบว่าพบก้อนที่เต้านมและต้องผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจได้ (Response control)

3.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ เช่น การทำกายบริหารหลังผ่าตัด การหายใจเข้าออกลึก ๆ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำจิตใจให้สงบ ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control) สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

## 3.2 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

### 3.2.1 วิธีการ

การให้ข้อมูลเพื่อจะทำให้สตรีเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับบุคคล เวลา และสถานการณ์ ต้องใช้หลักจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบเนื่องจากสตรีแต่ละคนอยู่ในภาวะที่แตกต่างกันทั้งภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ ความพร้อม ทักษะ ความเชื่อ และการยอมรับสิ่งต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญคือความต้องการของสตรีมีความแตกต่างกัน ลักษณะการแบ่งกลุ่มการสอน มีดังนี้ (อาภรณ์ คำก้อน, 2545)

3.2.1.1 การสอนแบบรายบุคคล เป็นการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้ คำแนะนำเฉพาะเรื่องที่อาจเป็นเรื่องที่สตรีสนใจหรือเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ หรือเป็นการเรียนรู้ในสิ่งที่สตรีต้องการเป็นรายบุคคลไป ซึ่งเหมาะกับสตรีที่มีความสนใจและความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานของบุคคล ในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ผ่าตัด เป็นต้น นอกจากนี้การสอนแบบรายบุคคลยังทำให้ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของสตรีในแต่ละรายได้ชัดเจน สตรีมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย ผู้สอนสามารถให้ความรู้ ความเข้าใจกับสตรีได้อย่างละเอียด เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สามารถประเมินการเรียนรู้ของสตรีได้ทันที เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้สอนและสตรี เป็นวิธีการสอนที่ตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของสตรีแต่ละคน

3.2.1.2 การสอนแบบรายกลุ่ม เป็นการสอนหรือการถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเป็นกลุ่มจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อาจแบ่งเป็นกลุ่มเล็กหรือกลุ่มใหญ่ก็ได้ โดยมีวิธีการสอนหลายวิธีที่นิยม เช่น การอภิปราย การบรรยายและการสาธิต เป็นต้น การสอนวิธีนี้สามารถทำการสอนสตรีได้คราวละมาก ๆ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ระหว่างผู้สอนกับสตรีและระหว่างสตรีด้วยกัน ระหว่างบุคคลในกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้



การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลควรผสมผสานไปพร้อมกับการปฏิบัติการพยาบาล ให้ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้ และกำลังมีความสงสัยอยากรู้ อยากเห็นว่า มีอะไรเกิดขึ้นกับตนบ้าง ไม่ควรให้ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤต เพราะความสามารถในการรับรู้และการคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง (Scott, Oberst และ Dropkin, 1980)

ผู้วิจัยเลือกวิธีการสอนแก่สตรีแบบรายบุคคล เนื่องจากสตรีแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกัน การสอนวิธีนี้จะสามารถตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของสตรีแต่ละคน ตามลักษณะพื้นฐานของบุคคล ในด้านความสามารถ สถิติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ผ่าตัด เป็นต้น สตรีมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสามารถประเมินการรับรู้ของสตรีได้ทันที

แนวทางและข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลมี ดังนี้

1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูลและสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988) ประเมินผู้รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็นหรือการได้ยินตลอดจนภาวะจิตใจและอารมณ์มีการแปรปรวนหรือไม่ เพราะการแปรปรวนทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด

3) ต้องให้ในเวลาที่เหมาะสม ได้แก่ ก่อนการผ่าตัด แต่ถ้าให้ก่อนการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจไม่พร้อมที่จะฟังและถ้าให้นานเกินไปอาจลืมได้ การให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดี ควรให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Luckmann และ Sorrensen, 1987) มีการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลสามารถให้ได้ในทุกช่วงเวลาต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังการป่วย หรือก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด (Shulldham, 1999) ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้ข้อมูลแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 30 นาที (Devine, 1992)

4) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

5) การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอนที่ไม่สับสน พูดให้ช้าและชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ระยะห่างระหว่างผู้ให้และผู้รับต้องห่างกันพอสมควร เพื่อขจัดสิ่งรบกวนอื่น ๆ ช่วยให้การเห็นและการได้ยินชัดเจน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีการที่ดี (Perry, 1981)

6) ต้องเสนอข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้หลาย ๆ ด้าน อาจใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ หรือใช้วิธีอธิบายพร้อมการสาธิต (ฉวี มากพุ่ม, 2530) จากการศึกษาของ Lithner และ Zilling (2000) พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยศัลยกรรมต้องการในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านคือคู่มือและข้อมูลที่ได้รับการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์

7) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller และ Lee, 1981)

8) การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงโดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ (Edwards, 2003) อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและข้อมูลเฉพาะและเป็นความต้องการในผู้ป่วยแต่ละรายมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง (Suhonen และ Leino-Kilpi, 2006) โดยจากการศึกษาของ ฉวี มากพุ่ม (2530) ถึงผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลภายหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูงถึงร้อยละ 79.4 เมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเรื่องการฟื้นฟูสภาพเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ โรคและการผ่าตัด การใช้ยา เป็นต้น และเมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลเป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สาเหตุของโรค ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ เป็นต้น

ข้อควรระวังในการให้ข้อมูล (อุรวาดี เจริญไชย, 2541)

- 1) ไม่ควรอธิบายว่าผู้ป่วยจะพบกับความรู้สึกเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานที่รุนแรง
- 2) ไม่ควรคิดว่าข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบ สามารถใช้แทนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคามแต่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกสามารถให้ประกอบข้อมูลเหล่านี้ได้
- 3) ไม่ควรอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกที่พบน้อยในการตรวจรักษานั้น
- 4) ไม่ควรบอกผู้ป่วยว่าเมื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกแล้ว จะทำให้ความทุกข์ทรมาน

ลดลง

5) ไม่ควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

6) ไม่ควรคาดหวังผลการรักษาเกินความเป็นจริง จากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก

### 3.2.2 แนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

3.2.2.1 หลักการให้ข้อมูลแบบชนิด Goal-directed communication ของ Barrere (1992) เป็นการ จัดหาข้อมูลแก่สตรีชนิด Eliciting information เป็นการเผชิญหน้ากับสตรีโดยตรงมุ่งให้สตรีแต่ละคนพูดคุยระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่มีอยู่ ทบทวนประเด็นปัญหา (Rephrasing) และความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเข้าใจชัดเจน ตามสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความต้องการแต่ละบุคคล (Personalizing) แล้วให้ข้อมูลตามความต้องการของสตรีและตอบสนองสิ่งที่สตรีต้องการแต่ละบุคคล โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงความรู้สึกของสตรีได้อย่างเข้าใจ ใช้การเผชิญหน้ากับสตรีอย่างนุ่มนวล (Gentle confrontation) พูดคุยกับสตรีอย่างจริงใจ ช่วยให้สตรีเข้าใจในสิ่งที่กลัวหรือกำลังเผชิญอยู่ การให้ข้อมูลชนิดนี้ถูกนำมาใช้กับสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมที่จัดทำขึ้นร่วมกันระหว่างพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาลห้องผ่าตัด ช่วยให้สตรีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา ลดความกลัว ความวิตกกังวล ประกอบด้วยหลักการดังนี้

1) Goal-directing เป็นการตั้งเป้าหมายใหม่ (Refocusing) โดยให้ข้อมูลที่สนับสนุนให้สตรีตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้

2) Facilitating พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้สตรีเลือกใช้วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหา ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลหรือแรงสนับสนุนต่าง ๆ ตามความต้องการของสตรีแต่ละคน

3.2.2 การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Perry, 1981) หมายถึงการให้รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ ผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาและบริการพยาบาล ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสอนหรือการให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติ การเรียนรู้ของบุคคลจากการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ จะเกิดขึ้นใน 3 ด้าน (วนิดา อินทราชา, 2538) ดังนี้

1) ด้านความรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาหรือในเรื่องนั้นมากขึ้น

2) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ได้แก่ การที่บุคคลมีความเชื่อ ความสนใจ  
ทัศนคติ และค่านิยมต่อเรื่องนั้นดีขึ้น

3) ด้านทักษะหรือการปฏิบัติ ได้แก่ การที่บุคคลได้กระทำในสิ่งที่  
เกี่ยวกับเรื่องนั้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิด  
การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม  
วิธีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Perry, 1981) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ต้องประเมินผู้รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็น หรือการได้ยิน ตลอดจนภาวะ  
ทางจิตใจและอารมณ์มีความแปรปรวนหรือไม่ เพราะความแปรปรวนทางจิตใจและอารมณ์ มีผล  
ต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง

2) ต้องให้ในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้มีการเรียนรู้ได้ดี ควรให้ในช่วงที่ผู้รับ  
ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล

3) ต้องเสนอข้อมูลในลักษณะที่ผู้รับข้อมูลสามารถรับรู้ได้หลาย ด้าน อาจมีการ  
ใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ หรือใช้วิธีอธิบายพร้อมกับการสาธิต

4) ต้องเริ่มจากสิ่ง que ผู้รับข้อมูลมีความคุ้นเคย และเสริมแนวคิดและทักษะใหม่ใน  
ภายหลัง

5) การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอน ไม่สับสน พูดให้ช้าและชัดเจน เปิดโอกาสให้ซักถาม  
ระยะห่างระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูลต้องห่างกันพอสมควร ช่วยให้การเห็นและการได้ยินชัดเจน

จากหลักการให้ข้อมูลในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม และเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด  
ขึ้นเนื้อเต้านม ทำให้ทราบว่าสตรีกลุ่มนี้ต้องการข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ตอบสนองความต้องการของ  
สตรีแต่ละคน ผู้วิจัยนำหลักการให้ข้อมูลของ Barrere (1992) มาประยุกต์ใช้โดยพยาบาลมีส่วนร่วม  
ในการสนับสนุนช่วยให้สตรีเข้าใจในสิ่งที่กลัวหรือกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งแนะแนวทางให้สตรีเลือกใช้  
วิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในขณะนี้ โดยมีการประเมินความต้องการของสตรีแต่ละคนก่อน เป็น  
การให้ข้อมูลแบบรายบุคคลโดยมีการสร้างสัมพันธภาพกับสตรีกลุ่มนี้ เพื่อมุ่งหวังให้สตรีเหล่านี้  
เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ซึ่ง  
ผลที่ได้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถประเมินและวางแผน  
เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงและส่งผลให้สตรีกลุ่มนี้เผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้  
อย่างเหมาะสม

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์

Smeltzer และ Bare (1992) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ด้วยการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาล มีความห่วงใยพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจและเห็นใจในปัญหาของตน

2) มีการสนับสนุนให้กำลังใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดีและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (Lambert และ Lambert, 1985)

การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล ประเมินได้จากการแสดงออก หรือการกระทำของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง (Brandt และ Weinert, 1981)

การสนับสนุนด้านอารมณ์ควรกระทำร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้มแข็งและเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ตามแนวคิดของ Brandt และ Weinert (1981) Langford และคณะ (1997) กล่าวว่า การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เวลาที่ต้องการการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคลนั้น ๆ

จากแนวคิดของ Jacobson (1986) กล่าวว่าบุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ แตกต่างกันในเวลาและสถานการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน เช่น ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงต้องการการสนับสนุนทางความคิดสติปัญญาสำคัญที่สุด และในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์คือการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ ดังนั้นการประเมินชนิดของการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์นั้น ๆ ก่อนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

จากแนวคิดการสนับสนุนด้านอารมณ์ในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมและเข้ารับการผ่าตัด ตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ทำให้ทราบว่าสตรีกลุ่มนี้ต้องการความมั่นใจ ความเข้าใจ ต้องการความเอาใจ

ใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ นั่นคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ตามความต้องการของสตรีแต่ละคนโดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่น เปิดโอกาสให้สตรีพูดระบายความรู้สึก ซึ่งผลที่ได้จะทำให้สตรีกลุ่มนี้เกิดความเชื่อมั่นมีกำลังใจการเผชิญภาวะวิกฤต

### 5. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่าภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมและเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ก่อให้เกิดผลกระทบผลกระทบบด้านร่างกายและจิตใจของสตรีที่เกิดจากการประเมินรับรู้สถานการณ์ที่รอคอยผลการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นความเครียด โดยคาดเดาว่าผลที่ได้รับอาจเป็นมะเร็ง ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันด้านจิตใจขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างปกติ (Harcourt และคณะ, 1999) นอนไม่หลับ (Lebel และคณะ, 2003) แยกตัวเองไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอื่นรอบตัว (Chen และคณะ, 1996) ร้องไห้ (Webb และ Koch, 1997) ไม่รวมมือกับการรักษา (Andrykowski และคณะ, 2002) ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณลดลง (Fridfinnsdottir, 1997) วิตกกังวล (Anxiety) ซึมเศร้า (Depression) ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) และความรู้สึกสับสน (Confusion) กลัว โกรธ กังวลใจ กระสับกระส่าย (Poole และคณะ, 1999; Fridfinnsdottir, 1997) เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจร่วมมือกับการรักษาและการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของสตรี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยกล่าวว่าความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินตัดสิน โดยผ่านกระบวนการประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) เมื่อบุคคลประเมินรับรู้แล้วว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด บุคคลจะเผชิญปัญหาโดยผ่านกระบวนการตัดสินและพยายามจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นซึ่งต้องอาศัยการเผชิญปัญหาที่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยที่บุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามในการจัดการลดความรุนแรงพยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เป็นความเครียดนั้น ประกอบด้วยการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบต่อบุคคล บุคคลนั้นจะมีการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อตนเองอย่างไรโดยการประเมินตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินอาจเป็นด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้านต่อไปนี้เป็น 1) ไม่มีความสำคัญต่อตนเองหรือไม่ได้มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีผลกระทบใดเกี่ยวข้องกับ

ตนเอง หรือตนเองไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น ๆ บุคคลจะไม่แสดงการตอบสนองใด ๆ ออกมา 2) เกิดผลในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (Benign-positive) คือประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเกี่ยวข้องและมีผลในทางที่ดีต่อสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลนั้นจะเกิดการตอบสนองในทางบวก คือ ดำรงไว้ซึ่งความสุข เช่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกร่าเริง สนุกสนาน 3) เกิดความเครียด (Stressful) คือประเมินว่าเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เกิดผลกระทบต่อนตนเองในด้านลบ

ในการวิจัยครั้งนี้การตรวจพบก่อนที่เต้านมครั้งแรกระหว่างรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมคือเหตุการณ์ที่สตรีกลุ่มนี้กำลังเผชิญผ่านกระบวนการประเมินตัดสินใจแล้วว่า เหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดและพยายามจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยวิธีการเผชิญความเครียดตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Fridfinnsdottir, 1997)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีกลุ่มนี้มาจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะความต้องการด้านข้อมูลในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (Deane และ Degner, 1998) การรักษา โอกาสการหายและการแพร่กระจายของโรค (Denger และคณะ, 1997) ผลกระทบของโรค (Brown และคณะ, 2000) ต้องการการติดต่อสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อแสวงหาแหล่งให้ข้อมูล (Benedict และคณะ, 1994) ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล (Lebel และคณะ, 2003) ต้องการแหล่งให้ข้อมูลที่มาจากพยาบาลมากกว่าสื่อคู่มือ (Bilodeau และ Degner, 1996) ต้องการแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ต้องการความมั่นใจ ความเข้าใจ ความหวัง ความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ (Northhouse และคณะ, 1997) ต้องการพูดระบายความรู้สึกกับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการมีบุคคลสำคัญอยู่ด้วยในขณะฟังผลการวินิจฉัย (Fridfinnsdottir, 1997) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยให้สตรีเผชิญความเครียดทั้งด้านการจัดการกับปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ได้เป็นอย่างดี (Drageset และ Lindstrom, 2005)

เมื่อทราบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่จะช่วยให้สตรีกลุ่มนี้มีการประเมินสถานการณ์ที่มีผลต่อตนเองไปในทางบวก สามารถเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาโดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรงหรือมุ่งพยายามปรับอารมณ์เครียดนั้นให้บรรเทาลง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาจัดการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ไปพร้อมกัน โดยผู้วิจัยพบสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมเป็นรายบุคคล รวม 4 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที โดยเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองปัจจัยที่ต้องการของแหล่งประโยชน์ด้านข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้สตรีสามารถเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการประเมินรับรู้ว่าเหตุการณ์นั้นเกี่ยวข้องและมีผล

ในทางที่ดีต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้เกิดการตอบสนองในทางบวกคือดำรงไว้ซึ่งความสุขเกิด  
ความสมดุลของสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

5.1 การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยมี การให้  
รายละเอียด หรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ การกระทำ ผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษา และ  
บริการการพยาบาล ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Perry, 1981) จะทำให้บุคคลเกิดการ  
เรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ  
และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยให้สตรีกลุ่มนี้สามารถเผชิญ  
ปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาก่อให้เกิดผลการประเมินรับรู้ในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ บุคคลนั้นจะ  
ตอบสนองในทางบวก โดยเป็นการตอบสนองความต้องการแหล่งประโยชน์ด้านข้อมูลที่คำนึงถึง  
ความต้องการของสตรีแต่ละคน (Barrere, 1992) ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman  
(1984) กล่าวว่าการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม  
ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม  
สามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับภาวะวิกฤต และพยายามปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีหรือเพิ่ม  
ความเข้าใจต่อเหตุการณ์นั้นได้ สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำลายตนเองในขณะนั้นได้  
ตลอดจนคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยตรง วิธีนี้จะใช้  
ความรู้และสติปัญญาในการประเมินเหตุการณ์ ศึกษาหาข้อมูลหาสาเหตุของปัญหาและเลือก  
วิธีการแก้ไขซึ่งอาจจะได้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ เพื่อที่จัดการแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมาย  
เพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง ทำให้สตรีมีการแปลความหมายของ  
เหตุการณ์ที่เผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือและเกิดความรู้สึกว่าสามารถ  
ควบคุมเหตุการณ์ที่มาคุกคาม สามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับภาวะวิกฤตและพยายาม  
ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีหรือเพิ่มความเข้าใจต่อเหตุการณ์นั้น และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่  
คุกคามตนเองในด้านต่าง ๆ ขณะนั้น ข้อมูลที่ได้รับการเติมเต็มในส่วนที่ขาดจะช่วยให้ผู้ป่วย  
ตัดสินใจได้ดีขึ้นและช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมาย เพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุม  
ตนเองและจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นการเพิ่มพลังอำนาจ  
เมื่อบุคคลประเมินรับรู้ที่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ในขณะนั้นได้จะก่อให้เกิด  
ผลการประเมินรับรู้ในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์บุคคลนั้นจะตอบสนองในทางบวก

ผู้วิจัยพิจารณาให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการของสตรีมากที่สุด ใช้หลักการให้ข้อมูล  
แบบชนิด Goal-directed communication ของ Barrere (1992) โดยให้สตรีที่ตรวจพบก้อนที่  
เต้านมทบทวนประเด็นปัญหา ความรู้สึกที่เผชิญอยู่ พุดระบายความรู้สึก ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ช่วยให้  
สตรีเข้าใจในเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ขณะนั้น มีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา เป็นการให้สตรี  
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยข้อมูลที่สตรีต้องการทราบ ประกอบด้วยข้อมูลที่สตรี



ต้องการทราบซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง โรคก่อนที่ได้นาม ปัจจัยเสี่ยงในการที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ความแตกต่างของเนื้องอกปกติและมะเร็งเต้านม ผลกระทบของโรค สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีการระบุความรู้สึกที่สตรีได้รับขณะผ่าตัด วิธีการทำผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด วิธีปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด สภาพร่างกายหลังผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ซึ่งการตอบสนองความต้องการของสตรีกลุ่มนี้ตั้งแต่แรก สามารถช่วยให้สตรีเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดการประเมินรับรู้เหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ ก่อให้เกิดผลการประเมินรับรู้ในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ บุคคลจะเกิดการตอบสนองในทางบวก

5.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยให้สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมสามารถเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญเหตุการณ์ และตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์เป็นการตอบสนองความต้องการแหล่งประโยชน์ด้านอารมณ์ของสตรี ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ก่อให้เกิดแรงผลักดันที่บุคคลใช้เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกกดดันต่อจิตใจ เป็นกลไกการปรับสมดุลของความเครียดซึ่งจะเข้าเป็นตัวกลางระหว่างเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด และผลที่ตามมาภายหลังจากเกิดความเครียดนั้น โดยการลดการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดหรือเป็นสิ่งคุกคาม

การสนับสนุนด้านอารมณ์ยังเป็นตัวกลางระหว่างการประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและผลที่ตามมา โดยการลดหรือจำกัดปฏิกิริยาต่อการถูกคุกคาม เป็นการให้แนวทางการแก้ไขปัญหาหรือการลดความสำคัญของปัญหาซึ่งจะอยู่ภายใต้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ขณะนั้น ผู้วิจัยพูดคุย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้สตรีได้ระบายความรู้สึก ช่วยชี้แนะแนวทางการในการแก้ไขปัญหาด้วยการพูดคุย เปิดโอกาสให้สตรีซักถาม ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ตอบคำถามในสิ่งที่สตรีต้องการมากที่สุด โทรศัพท์ไปพูดคุย ให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่สตรีเพื่อให้สตรีสามารถโทรศัพท์มาพูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจระหว่างรอผ่าตัด ระหว่างรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนสตรีในห้องผ่าตัดวันที่มารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม มีการสนับสนุนปลอบใจให้ คำปรึกษาและให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สตรีเข้าใจศักยภาพของตนเอง และนำศักยภาพนี้มาใช้เพื่อดูแลตนเองในการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต ในขณะที่เดียวกันการเปิดโอกาสให้สตรีระบายความทุกข์และความวิตกกังวล เป็นการช่วย

ปรับเปลี่ยนอารมณ์ให้ดีขึ้น ปรับเปลี่ยนกระบวนการประเมินโดยการคิดรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและขวัญ กำลังใจเพื่อฟื้นฟูสภาพระยะสั้น ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม เกิดการรับรู้และสร้างความมั่นใจในทางที่ดี มีแรงผลักดันที่จะทำให้สตรีลดความวิตกกังวล ความไม่แน่นอนลง ภาวะอารมณ์แปรปรวนลดลง และสามารถเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในทางบวก

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้การรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ การตัดสินใจในการรักษา และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดขาดประสิทธิภาพ มีผลต่อการปรับตัวกับการเผชิญความเครียดของสตรีกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของสตรี และเกิดความต้องการแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดเพื่อให้สามารถเกิดกระบวนการรับรู้อย่างมีวิจารณญาณบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจได้ ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอฟังผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ดังนี้

มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ทำการศึกษาในสตรีที่มีก้อนที่เต้านมและมาทำการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ขณะรอฟังผลการวินิจฉัย จำนวน 80 ราย พบว่าสตรีมีความวิตกกังวลปานกลาง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากที่สุด โดยใช้การเผชิญหน้ากับปัญหา สตรีกลัวว่าจะเป็นมะเร็งเต้านมและต้องถูกตัดเต้านมออก สตรีต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้บอกผลการวินิจฉัย

ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีคะแนนความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๙ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีคะแนนความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ทำการศึกษาในสตรีที่มีก้อนที่เต้านมที่มารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 100 ราย พบว่าสถานการณ์ความเครียดที่สตรีกลัวคือการเป็นมะเร็ง

เด้านม กลัวถูกตัดเด้านม มีความเครียดโดยรวมระดับปานกลาง ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ทำการศึกษาในสตรีที่มีก้อนเด้านมและมาทำการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเด้านมขณะรอฟังผลการวินิจฉัย จำนวน 85 ราย พบว่าสถานการณ์ความเครียดที่สตรีกลัวคือการเป็นมะเร็งเด้านม กลัวการบาดเจ็บจากการผ่าตัด ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการมุ่งแก้ปัญหาผสมผสานกัน โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมากที่สุด

Derdarian (1987) เป็นการศึกษาย้อนหลังในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเด้านม จำนวน 60 ราย พบว่าข้อมูลที่ต้องการทราบคือ 1) โรคมะเร็งที่เป็นแล้วพวกเขาจะรอดหรือไม่ อยากรู้เรื่องการวินิจฉัย การตรวจสอบ การรักษา การพยากรณ์โรค ยิ่งในสตรีที่ขาดข้อมูลเหล่านี้ การเสริมในสิ่งที่ขาดความรู้ในกลุ่มนี้จะช่วยให้พวกเขาเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น 2) ผลกระทบของโรคที่เกี่ยวข้องกับการรักษา จะทำให้การดำเนินชีวิตผิดปกติไปหรือไม่ สภาพจิตใจเป็นอย่างไร หน้าที่การงาน เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัวและคนที่รัก เศรษฐกิจในครอบครัว วิตกกังวลกลัวว่าจะเป็นภาระในครอบครัว 4) ด้านสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อน ต้องการความเห็นใจ บางรายใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง ต้องการแรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ ความต้องการข้อมูลก็เพื่อการรับรู้ถึงผลกระทบในทางที่ไม่ดีที่เกิดจากการรักษา ความหวังในการรักษา รวมทั้งทางเลือกอื่นในการรักษา ช่วงเวลานับจากเริ่มมีอาการนำส่งสัยจนถึงได้รับการวินิจฉัย ยิ่งช่วงรอผลการวินิจฉัยนานยิ่งทำให้เกิดความกดดันด้านจิตใจอย่างมาก เช่น กลัว หวั่นวิตก สิ้นหวัง ซึมเศร้า ความคาดหวังทางสุขภาพเปลี่ยนไป แรงสนับสนุนทำให้พวกเขาารู้สึกมั่นคงนับเป็นแหล่งประโยชน์ที่สตรีต้องการในแต่ละช่วงเวลา

MacFarlane และ Sony (1992) ศึกษาในสตรีที่เคยผ่านการเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเด้านมในช่วงรอผลการวินิจฉัย จำนวน 42 ราย พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง เกิดจากกลัวการเป็นมะเร็งเด้านม ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ กลัวโรคที่จะถ่ายทอดทางพันธุกรรม กลัวปวดแผลผ่าตัด กังวลเกี่ยวกับขนาดของก้อน ภาพลักษณ์ และการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้หญิง เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเด้านม ประวัติการมีก้อนบริเวณเด้านม เป็นต้น สถานการณ์ดังกล่าวทำให้สตรีเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูง มีการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) ในระดับสูง

Northouse และคณะ (1995) ศึกษาในสตรีก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเด้านม 300 ราย และสามี 265 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์สตรีและสามีที่บ้านก่อนวันผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเด้านม 1 สัปดาห์ ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจจากแบบวัด (Brief Symptom Inventory: BSI) ของ

Derogatis และ Merisaratos (1983) พบว่าผู้ป่วยและสามีมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Emotional distress) ในระดับสูง ภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีสูงกว่าสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ความเครียด ระดับการศึกษา ความรู้สึกหมดหวัง และความไม่แน่นอน มีอิทธิพลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของสามี

Chen และคณะ (1996) ศึกษาในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมมารับการทำ Fine Needle Aspiration ในรายที่ผลการทำ Mammogram สงสัยว่าก้อนขึ้นเนื้อเต้านมผิดปกติ จำนวน 121 ราย พบว่ากลุ่มที่มีความผิดปกติของก้อนที่เต้านมมีจำนวนร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มที่มาตรวจวินิจฉัยทั่ว ๆ ไปมีจำนวนร้อยละ 20.5 กลุ่มที่มีความผิดปกติของก้อนที่เต้านม มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับสูง การเผชิญปัญหาในช่วงก่อนการวินิจฉัย พบว่ามักใช้ทั้งด้าน Problem-focused coping และ Emotion-focused coping ใช้การคิดในแง่ดีและแยกตัวเอง การเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบใดไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจช่วงนั้น หากใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมีส่วนร่วม มุ่งแก้ปัญหา จะช่วยให้สตรีกลุ่มนี้ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ระดับความเครียดลดลง แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและแรงสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ จะช่วยให้ลดระดับความกดดันด้านจิตใจได้

Fridfinnsdottir (1997) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในสตรี 12 ราย ซึ่งได้รับการติดต่อให้เข้ารับการตรวจเอกซเรย์เต้านมครั้งที่ 2 หรือเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมเพื่อการวินิจฉัย พบว่าสถานการณ์ ความเครียดของผู้สตรีมี 3 สถานการณ์ คือ การได้รับจดหมายให้ไปตรวจเอกซเรย์หรือเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ การรอผลการวินิจฉัย และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้น สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนที่เต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม จะประเมินตัดสินว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม (Threat) ต่อสวัสดิภาพและเป็นความเครียด ทำให้เกิดความกลัว โกรธ กังวลใจ กระสับกระส่าย เผชิญความยากลำบากทางความคิดนับว่าเป็นประสบการณ์ที่มีผลในการดำเนินชีวิต มีผลต่อการปรับตัวกับการเผชิญความเครียดของสตรี สำหรับการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่ใช้การจัดการกับอารมณ์ โดยใช้วิธีการคิดถึงในทางที่ดี พยายามไม่คิดถึง เบี่ยงเบนความสนใจไปในเรื่องงานหรืออื่น ๆ หรือยอมรับว่าเป็นเคราะห์ร้าย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมได้รับจากสามีมากที่สุด สตรีเหล่านี้ต้องการพูดคุยระบายความรู้สึกหรือร่วมพูดคุยกับบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกัน ต้องการมีบุคคลสำคัญอยู่ด้วยในขณะที่ฟังผลการวินิจฉัย ต้องการข้อมูลและความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

Northhouse และคณะ (1997) ทำการศึกษาในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม 300 ราย และสามี 265 ราย พบว่าก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ข้อมูลที่สตรีได้รับจากแพทย์มีดังนี้ คือ ร้อยละ 63 เป็นการผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัยก่อน ร้อยละ 36 บอกว่าก้อนที่พบอาจจะไม่เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 5 สงสัยว่าก้อนที่

พบอาจจะเป็นมะเร็งเต้านม และร้อยละ 2 แพทย์บอกว่าเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าสตรีและสามีในระยะรอก่อนเข้ารับการรักษาตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมในระดับสูง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่รอเข้ารับการรักษาตรวจชิ้นเนื้อเต้านม คือ ร้อยละ 32 ต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ร้อยละ 29 ต้องการลดจำนวนวันที่รอเข้ารับการรักษา ร้อยละ 28 ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์ คือให้ความมั่นใจ เข้าใจ ให้ความหวัง ร้อยละ 9 ต้องการความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 2 ต้องการให้สามีอยู่ด้วยในขณะที่ฟังผลการวินิจฉัย ส่วนสามี ร้อยละ 59 ไม่ต้องการความช่วยเหลือใด ๆ ร้อยละ 21 ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค ส่วนที่เหลือต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์ และลดจำนวนวันที่รอเข้ารับการรักษา สรุปว่าสตรีที่พบก่อนที่เต้านมและสามีต้องการความช่วยเหลือสูงจากบุคลากรทางการแพทย์

Webb และ Koch (1997) ทำการศึกษาประสบการณ์ความเครียดในสตรีกลุ่มโรคมะเร็งเต้านมชนิด Non-invasive breast cancer or Ductal carcinoma insitu (DCIS) จำนวน 10 ราย พบว่า สตรีส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีอาการแสดงอะไร ไม่คาดคิดว่าจะเป็นโรคนี แต่เมื่อพบว่าเป็นแล้วก็ทำใจยอมรับสภาพ แสดงออกทางอารมณ์ในรูปของการปฏิเสธปัญหา ทำเฉย ๆ กับสิ่งที่รับรู้ สตรีบางรายที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคเมื่อมาตรวจพบว่าเป็นอีกก็รู้สึกผิดหวัง ร้องไห้ออกมาแต่เมื่อได้รับข้อมูล คำอธิบายของโรคแล้วก็รับรู้ปัญหาทำให้มองโลกในแง่ดีขึ้น ปัญหาที่พบของสตรีกลุ่มนี้คือการแจ้งผลการตรวจทางโทรศัพท์ซึ่งมักไม่ชัดเจน สตรีส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรค ความแตกต่างของมะเร็งและเนื้องอก มักไม่ค่อยได้รับคำอธิบายเท่าไร ถ้าเป็นไปได้อยากได้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มาก

Deane and Degner (1998) เป็นการศึกษาย้อนหลังในสตรีที่เคยผ่านการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ผลเป็นเนื้องอกปกติ จำนวน 70 ราย พบว่าคะแนนความไม่แน่นอน และระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และสอบถามความต้องการข้อมูลที่สำคัญของสตรีในระยะนี้คือเรื่องปัจจัยเสี่ยงในการที่จะเป็นมะเร็ง ไม่ใช่เรื่องการรักษาหรือ การตรวจวินิจฉัย ส่วนเรื่องการนัดติดตามผลการวินิจฉัย สตรีอยากรู้น้อยกว่าเรื่องภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม

Harcourt และคณะ (1999) ทำการศึกษาในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเองแล้วมาพบแพทย์เพื่อรอผลการวินิจฉัย จำนวน 791 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ One-stop clinic (ให้การตรวจวินิจฉัยฟังผลในวันเดียวกัน) และ Two-stop clinic (ให้การตรวจวินิจฉัยที่ต้องมีการรอคอยผลนานเกินกว่า 1 วัน) พบว่าคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่ม Two-stop clinic มากกว่ากลุ่ม One-stop clinic คะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่ม One-stop clinic สูงกว่ากลุ่ม Two-stop clinic การเผชิญความเครียดในกลุ่ม Two-stop clinic ใช้ด้านการยอมรับสูงสุดร้อยละ 58 รองลงมาคือ สับสนทางความคิดร้อยละ 54 ส่วนกลุ่ม One-stop clinic ใช้การ

เผชิญความเครียดเช่นเดียวกันแต่ระดับคะแนนต่ำกว่า ด้านการยอมรับร้อยละ 42 สัมพันธทางความคิดร้อยละ 25 แต่การเลือกใช้วิธีได้นั้นก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ขณะนั้น ดังนั้นการใช้การตรวจวินิจฉัยแบบ One-stop clinic ที่รวดเร็ว ชัดเจน ลดการรอคอย จะช่วยลดความกดดันทางจิตใจได้ดีกว่ากลุ่ม Two-stop clinic

Poole และคณะ (1999) ทำการศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะรอผลการวินิจฉัย จำนวน 98 ราย พบว่าคะแนนความวิตกกังวลมีระดับสูงมาก คะแนนความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ด้าน Anxiety Confusion Uncertainty และ Depression ค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น การเผชิญความเครียดพบว่า เกินกว่าร้อยละ 75 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบ Emotion-focused coping โดยใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจและใช้แรงสนับสนุนทางสังคมช่วย ส่วนน้อยที่ใช้ศาสนาหรือใช้การเผชิญปัญหาโดยตรงเข้ามาช่วย ในกลุ่มที่มีคะแนนความวิตกกังวลสูง ร้อยละ 55 ใช้เทคนิคผ่อนคลาย โดยการปล่อยอารมณ์ ยอมรับสภาพ ลองคิดดูใหม่อีกที่

Brown และคณะ (2000) ศึกษาความต้องการข้อมูลในสตรีที่กำลังจะเข้ารับการผ่าตัดเต้านมในโรคมะเร็งเต้านมชนิด Non-invasive breast cancer จำนวน 6 ราย พบว่าการเลือกชนิดข้อมูลที่ให้ต้องคำนึงถึงความต้องการของสตรีแต่ละคน ผลกระทบของโรคต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน สถานที่ทำงาน ทักษะคติของสตรี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วบทบาทของครอบครัวและคู่สมรสสามารถช่วยให้สตรีเผชิญความเครียดในระยะนี้ได้ ตั้งแต่แรก ยิ่งในครอบครัวที่มีบุตรสาวก็ยิ่งอยากได้ข้อมูลเหล่านี้

O'Mahony (2001) ทำการศึกษาในสตรีที่มีประสบการณ์การเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม จำนวน 8 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า เป็นประสบการณ์ที่พบในช่วงนี้เป็นความเครียดอย่างมาก มีทั้งความวิตกกังวล ความไม่แน่นอน รู้สึกโกรธและหวาดกลัว สตรีเหล่านี้อยากให้ระยะเวลาออกไป ต้องการความช่วยเหลือตั้งแต่ช่วงแรกที่พบก้อนที่เต้านมจากบุคลากรทางการแพทย์ บางรายไม่รับรู้ต่อเหตุการณ์ และคิดว่าชีวิตนี้สั้นลง ซึ่งช่วงเวลาที่รอคอยนี้เป็นช่วงที่มีความวิตกกังวลสูงมาก กลุ่มใจ เครียด โกรธ กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดมักใช้ทั้งด้าน Emotion-focused coping และ Problem-focused coping

Lebel และคณะ (2003) ทำการศึกษาในสตรีที่รอผลการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม จากผลการทำ Mammogram ที่สงสัยความผิดปกติของก้อนเต้านม จำนวน 25 ราย พบว่าคะแนนความวิตกกังวลความซึมเศร้าสูงขึ้นหลังจากทำ Biopsy วัดความเครียดหลังจากเผชิญเหตุการณ์พบว่าคะแนนทั้งด้านที่คิดว่าเป็นการรุกรานสูงขึ้น หลังจากทำ Biopsy การเผชิญความเครียดใช้ด้านศาสนามากที่สุด หลังจากทำ Biopsy สตรีกลุ่มที่เคยมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนกับมีประวัติทำ Biopsy มาก่อนมักใช้การเผชิญปัญหาด้านการหลีกเลี่ยง หลังจากทำ Biopsy

มากที่สุด ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลร้อยละ 79.2 และจากบุคคลที่คิดว่ามีความสำคัญ<sup>63</sup>  
ร้อยละ 21.1 มาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม

Drageset และ Lindstrom (2005) ทำการศึกษาในสตรีที่เคยผ่านการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ  
เต้านม จำนวน 117 ราย พบว่าสตรีกลุ่มนี้ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมาช่วยในการเผชิญ  
ความเครียดทั้งด้านการจัดการกับปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ ในกลุ่มสตรีที่มีการศึกษาใน  
ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา กลุ่มที่ว่างงาน สถานภาพสมรสโสด หย่า หรือหม้าย มักมีการประเมิน  
รับรู้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการ  
การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงใน  
ตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย/ปี	อุบล จ้วงพานิช (2536)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson (1983)
รูปแบบการวิจัย	A quasi-experimental research
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 40 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือน พ.ย พ.ศ. 2535 ถึง เดือน พ.ค พ.ศ. 2536 โดยใช้วิธีเลือกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
เครื่องมือ	รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ชนิด ได้แก่ 1) ข้อมูลชนิดบ่งบอกวิธีการ 2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกจะถูกบันทึกเนื้อหาในเทปบันทึกเสียงและมีภาพพลิกประกอบ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความวิตกกังวลและภาพลักษณ์ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม ก่อนการทดลอง 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินหลังการทดลอง โดยประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สำหรับภาพลักษณ์ประเมินวันที่ 7 หลังผ่าตัด ใช้เครื่องมือ คือ 1) แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ (1976) 2) แบบวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของ Johnson (1977) 3) แบบประเมินภาพลักษณ์ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของ ยุพาวรรณ อักษรวงศ์ (2534)
ผลการวิจัย	พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลความรู้สึกเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสามารถลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมได้



## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	Barrere (1992)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาโปรแกรมการดูแลสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมที่จัดทำขึ้นร่วมกันระหว่างพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาลห้องผ่าตัด
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	แนวคิด The skills of helping ของ Carkhuff และ Anthony (1983)
รูปแบบการวิจัย	Descriptive research
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ศึกษาในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม ที่โรงพยาบาล Waterbury ขนาด 240 เตียง
เครื่องมือ	หลักการให้ข้อมูล Goal-directed communication ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแบบ Eliciting information คือการให้สตรีพูดคุยระบายความรู้สึก ทบทวนประเด็นปัญหา (rephrasing) และความรู้สึกของสตรีตามสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ตามความต้องการแต่ละบุคคล (Personalizing) แล้วให้ข้อมูลตามความต้องการของสตรีโดยพยาบาลต้องตระหนักถึงความรู้สึกของสตรีอย่างเข้าใจ ใช้การเผชิญหน้าอย่างนุ่มนวล (Gentle confrontation) พูดคุยกับสตรีอย่างจริงใจ ใช้เทคนิค 2 วิธี คือ 1) Goal-directing เป็นการตั้งเป้าหมายใหม่ (Refocusing) ด้วยข้อมูลที่สนับสนุนให้สตรีตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา 2) พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ (Facilitating) สนับสนุนให้สตรีเลือกใช้วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ตามความต้องการของสตรีแต่ละบุคคล
ผลการวิจัย	ผลของโปรแกรม ฯ เมื่อนำพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาลห้องผ่าตัดมาร่วมกันเตรียมสตรีก่อนผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านมเป็นประโยชน์มาก นับเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ที่แสดงถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและผู้สอนเพิ่มเติมในการสนับสนุน ก่อให้เกิดความคุ้มค่า คุ่มทุนและโปรแกรม ฯ นี้ยังช่วยให้สตรีกลุ่มนี้มีสภาพจิตใจกลับมาดีเร็วขึ้น ส่วนสามีจัดเป็นแรงสนับสนุนหนึ่งที่ช่วยให้สตรีมีความมั่นใจ พยาบาลยังสามารถนำโปรแกรม ฯ นี้มาใช้กับสามีของสตรีที่มีความวิตกกังวลได้ ในบางชุมชนก็มีคู่มือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสำหรับสามีด้วย

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	Lilja, Ryden และ Fridlund (1998)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยพยาบาล วิสัญญีต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกกับการพยาบาลตามปกติ
กรอบแนวคิด/ ทฤษฎี	แนวคิด The Swedish quality of care model (VIPS) ของ Ehnfors และคณะ (1991) ประกอบด้วยการดูแล 4 แบบ คือ 1) ความสุขสมบูรณ์ 2) การบูรณา การ 3) การป้องกัน 4) ความปลอดภัย
รูปแบบการ วิจัย	A randomized controlled trial
ลักษณะทั่วไป ของกลุ่ม ตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม จำนวน 46 ราย และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพก จำนวน 55 ราย ใช้เวลาเก็บข้อมูล 18 เดือน ใช้วิธีเลือกสุ่มเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม อายุต่ำกว่า 75 ปี เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลขนาด 400 เตียง ของ South part of Sweden
เครื่องมือ	โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดจะให้ก่อนผ่าตัด 30 นาทีในวันก่อนผ่าตัด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรักษา ข้อมูลเรื่อง โรค แรงสนับสนุนต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมที่ต้องพบในห้องผ่าตัด การดูแลทั่วไป จากพยาบาล การฝึกปฏิบัติตนก่อน ขณะ หลังผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลอุปกรณ์พิเศษที่จำเป็นในการผ่าตัด ความต่อเนื่องในการดูแล เครื่องมือที่ใช้ 1) A laboratory test (S-cortisol) ของ Boore (1978) วัดระดับ ฮอร์โมนความเครียด ตรวจ 4 ครั้ง คือ วันก่อนผ่าตัด วันที่ทำผ่าตัด หลัง ผ่าตัด 1 วันและ 3 วันหลังผ่าตัด ใช้วิธีตรวจโดยวิธี Radioimmunoassay (RIA) 2) Hospital Anxiety Depression scale ของ (Hicks และ Jenkins, 1988) ใช้วัดระดับความวิตกกังวลมี 14 คำถาม แบ่งเป็น 7 ข้อ เป็น คะแนนความวิตกกังวล ส่วนอีก 7 ข้อเป็นคะแนนความซึมเศร้า มีค่าความ เที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม ก่อนให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน 3) Visual Analogue Scale (VAS) ของ Sisk และคณะ (1991) วัดระดับความเจ็บปวด

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	Lilja และคณะ (1998) (ต่อ)
ผลการวิจัย	<p>พบว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงจากคะแนน HADS ในวันก่อนผ่าตัดคะแนนเท่ากับ 6 ในวันผ่าตัดเท่ากับ 8 ส่วนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกคะแนนคงที่ทั้ง 2 วันเท่ากับ 5 ระดับฮอริโมนความเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น วันผ่าตัดเท่ากับ 390 วันหลังผ่าตัด 1 วันเท่ากับ 396 หลังจากได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ระดับฮอริโมนความเครียด ความเจ็บปวดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในวันก่อนผ่าตัดจะมีระดับความวิตกกังวลมากและเพิ่มมากในวันผ่าตัดแม้จะได้รับข้อมูลแล้วก็ตาม แสดงให้เห็นถึงความต้องการด้านข้อมูลที่แตกต่างกันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแต่ละบุคคล</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	Ambler และคณะ (1999)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบของการพยาบาลให้คำปรึกษาชนิด "พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย" กับคำปรึกษาทั่วไปซึ่งเป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษาในช่วงของการวินิจฉัยเพื่อจะจัดเตรียมให้เหมาะสมในการสนับสนุนผู้ป่วยและพิจารณาว่ารูปแบบใดที่เหมาะสมที่สุดต่อการดูแลสตรีในช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	แนวคิดการพยาบาลให้คำปรึกษาชนิด "พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย" ของ Ganz (1995) ประกอบด้วย 1) การให้ความช่วยเหลือ 2) การให้คำปรึกษา 3) การให้แรงสนับสนุนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะต้องให้ความสนใจในความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด
รูปแบบการวิจัย	A randomized controlled trial
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	สตรีจำนวน 103 รายที่เข้ารับการรักษาโรคก่อนที่เต้านมด้วยวิธีผ่าตัดเต้านม ผลการวิจัยเป็นเนื้องอกปกติหรือมะเร็งเต้านมก็ได้ อายุระหว่าง 22-80 ปี เก็บข้อมูลที่ The Breast Care Center โรงพยาบาล Frenchay เมือง Bristol ประเทศอังกฤษ แบ่งเป็น 66 รายได้รับคำปรึกษาแบบทั่วไป ส่วนอีก 37 รายได้รับคำปรึกษาแบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เก็บข้อมูลหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ และเก็บซ้ำอีก 6 เดือน
เครื่องมือ	รูปแบบการพยาบาลแบบ พิทักษ์สิทธิช่วยเพิ่มคุณค่าในตัวผู้ป่วย ประเมินจากภาวะกดดันด้านจิตใจ กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วย การยอมรับเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) พยาบาลจัดการให้การให้คำปรึกษาดังแต่ระยะแรกที่พบผู้ป่วยก่อนการวินิจฉัย และพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนที่จะพบแพทย์เพื่อเตรียมคำถามที่ต้องการไว้เมื่อพบแพทย์ 2) การให้คำปรึกษายังคงดำเนินการต่อหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ แล้วแต่จะใช้เวลานานกว่า 3) ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบใกล้ชิด หลังจากนั้น การติดต่อพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลยังคงดำเนินต่อไปในเรื่องของการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบใกล้ชิด ตามความต้องการของ

<p><b>ผู้วิจัย/ปี</b></p>	<p>Ambler และคณะ (1999) (ต่อ)</p>
<p><b>เครื่องมือ(ต่อ)</b></p>	<p>ผู้ป่วยมากที่สุด เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วย 1) semi-structure interview                  2) Visual Analogue Scale (VAS) ใช้สอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการวินิจฉัย การตัดสินใจผ่าตัด ความพึงพอใจในการรักษา การทำหน้าที่ทางจิตสังคม ระดับของการยอมรับในแรงสนับสนุนต่าง ๆ และความรู้สึกที่พบกับพยาบาล                  3) Hospital Anxiety and Depression (HADS) ของ Zigmond และ Snaith (1983) วัดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกดดันทางจิตใจ ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .76 4) Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) ของ DeHaes และคณะ (1990) วัดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 และความเชื่อมั่นของ Physical scale เท่ากับ .88</p>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>พบว่าระยะเวลาให้คำปรึกษาในช่วงแรกก่อนพบแพทย์ เฉลี่ย 9 นาที และครั้งที่ 2 หลังจากพบแพทย์แล้วใช้เวลา เฉลี่ย 16 นาทีรวมเวลาทั้งหมด เฉลี่ย 25 นาที ในกลุ่มที่ผลขึ้นเนื้องอกติพยาบาลพบผู้ป่วยครั้งเดียวหลังจากพบแพทย์ใช้เวลาเฉลี่ย 25 นาที การให้คำปรึกษาแบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยช่วยลดระดับผลกระทบทางจิตใจลงได้หลังได้รับการวินิจฉัย คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ 11.38 เมื่อได้รับคำปรึกษาหลังผ่าตัดคะแนนเท่ากับ 5.00 (2สัปดาห์) คะแนน 6.29 (6เดือน) กลุ่มที่ผลเป็นมะเร็งเต้านมแม้จะได้รับคำปรึกษาไม่ว่าแบบใด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ไม่ลดลงยิ่งช่วงก่อนผ่าตัดคะแนนสูงมาก หลังจากผ่าตัด 6 เดือนคะแนนผลกระทบทางด้านร่างกายหลังจากได้รับคำปรึกษาแบบพิทักษ์สิทธิ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทั่วไปกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบพิทักษ์สิทธิพบว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทั่วไปซึ่งส่วนใหญ่บอกว่าแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจมากกว่าและพึงพอใจในผลการรักษาแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาของพยาบาลช่วยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยชัดเจนขึ้น จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การให้คำปรึกษาตั้งแต่ก่อนการวินิจฉัยมีประโยชน์มาก ช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและวางแผนได้ดีและยังมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องผู้ป่วยจะระดับความวิตกกังวลสูงมากทั้งในกลุ่มเนื้องอกปกติและมะเร็งเต้านมเมื่อได้รับคำปรึกษา กลุ่มเนื้องอกปกติคะแนนลดลงกว่ากลุ่มมะเร็งเต้านม</p>

ผู้วิจัย/ปี	Ambler และคณะ (1999) (ต่อ)
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>ในระยะยาวกลุ่มมะเร็งเต้านม ยังคงมีระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ไม่ลดลงเพราะผู้ป่วยยังคงต้องการการรักษาเพิ่มเติม ผลกระทบทางด้านจิตใจในการใช้รูปแบบการดูแลแบบพหุศาสตร์ มีระดับความเครียดลดลง ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องการการดูแลที่มากกว่าการดูแลทั่วไป การดูแลผู้ป่วยแบบพหุศาสตร์ในระยะการวินิจฉัยเหมาะแก่การนำมาใช้ในคลินิกเต้านม</p>



## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	Lev และ Owen (2000)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
กรอบแนวคิด/ ทฤษฎี	ทฤษฎี Social learning ของ Bandura (1997) ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมาจากการรับรู้ของมนุษย์ต่อสิ่งแวดล้อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
รูปแบบการวิจัย	A randomized clinical trial
ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	สตรีจำนวน 22 รายที่เป็นมะเร็งเต้านมได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อายุระหว่าง 30-72 ปี ร้อยละ 79 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 83 เป็นชนผิวขาว ร้อยละ 57 นับถือคริสต์นิกายคาทอลิก ร้อยละ 54 สำเร็จการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาใช้เวลาเก็บข้อมูล 8 เดือน มีสตรี 5 รายไม่สามารถอยู่ครบ 8 เดือน และ 1 รายไม่เข้าเกณฑ์เลือกสุ่มจึงมีกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 10 รายและกลุ่มควบคุม 8 ราย
เครื่องมือ	รูปแบบการรูปแบบการให้คำปรึกษาพัฒนาโดยผู้วิจัยใช้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพิ่มการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดการยอมรับในตนเองหลังทำผ่าตัดเต้านมเป็นความรู้สึกที่ท้าทายสมรรถนะของสตรีจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเองเข้มแข็งพอ (Bandura, 1997) สตรีใช้เวลาฝึก 8 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การชมวิดีโอเทป 1 ชั่วโมงในเรื่องของประสบการณ์ที่สตรี 3 ราย ใช้ปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองแล้วสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้วยังมีชีวิตที่ดี 2) ได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและได้รับคำปรึกษา 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละไม่ต่ำกว่า 1-2 ชั่วโมง ซึ่งสตรีจะให้ความร่วมมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่พวกเขาต้องการพยาบาลต้องให้คำปรึกษาอย่างเป็นมิตร ตั้งแต่ระยะให้การวินิจฉัยและระยะการรักษาโรคมะเร็งเต้านม การฝึกฝนจนเกิดความชำนาญตั้งแต่เริ่มแรกนับเป็นหลักสำคัญของกาให้คำปรึกษาวิธีนี้ คือยึดหลักการให้สตรีเห็นประสบการณ์จริงมีตัวแบบ จากการใช้สตรีที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองหลังจากรักษาโรคมะเร็งแล้ว พยาบาลใช้คำพูดชักจูง

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	Lev และ Owen (2000) (ต่อ)
เครื่องมือ (ต่อ)	<p>ทำให้สภาพจิตใจของสตรีกลับสู่ปกติเร็วขึ้นสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วย 1) Functional Assessment of Cancer Treatment (FACT) ของ Cella (1997) วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง 2) Symptom Distress Scale (SDS) ของ McCorkle และคณะ (1998) วัดอาการกอดตันต่าง ๆ 3) Strategies Used by Patients to Promote Health (SUPPH) ของ Lev และ Owen (1996) วัดปัจจัยในการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>
ผลการวิจัย	<p>พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความกอดตันของสตรีอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านความสุขในชีวิตสำหรับการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ การเผชิญความเครียดของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง การตัดสินใจของสตรีเพิ่มขึ้น การให้คำปรึกษาแบบเสริมสมรรถนะแห่งตน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอาการกอดตันในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม</p>



## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

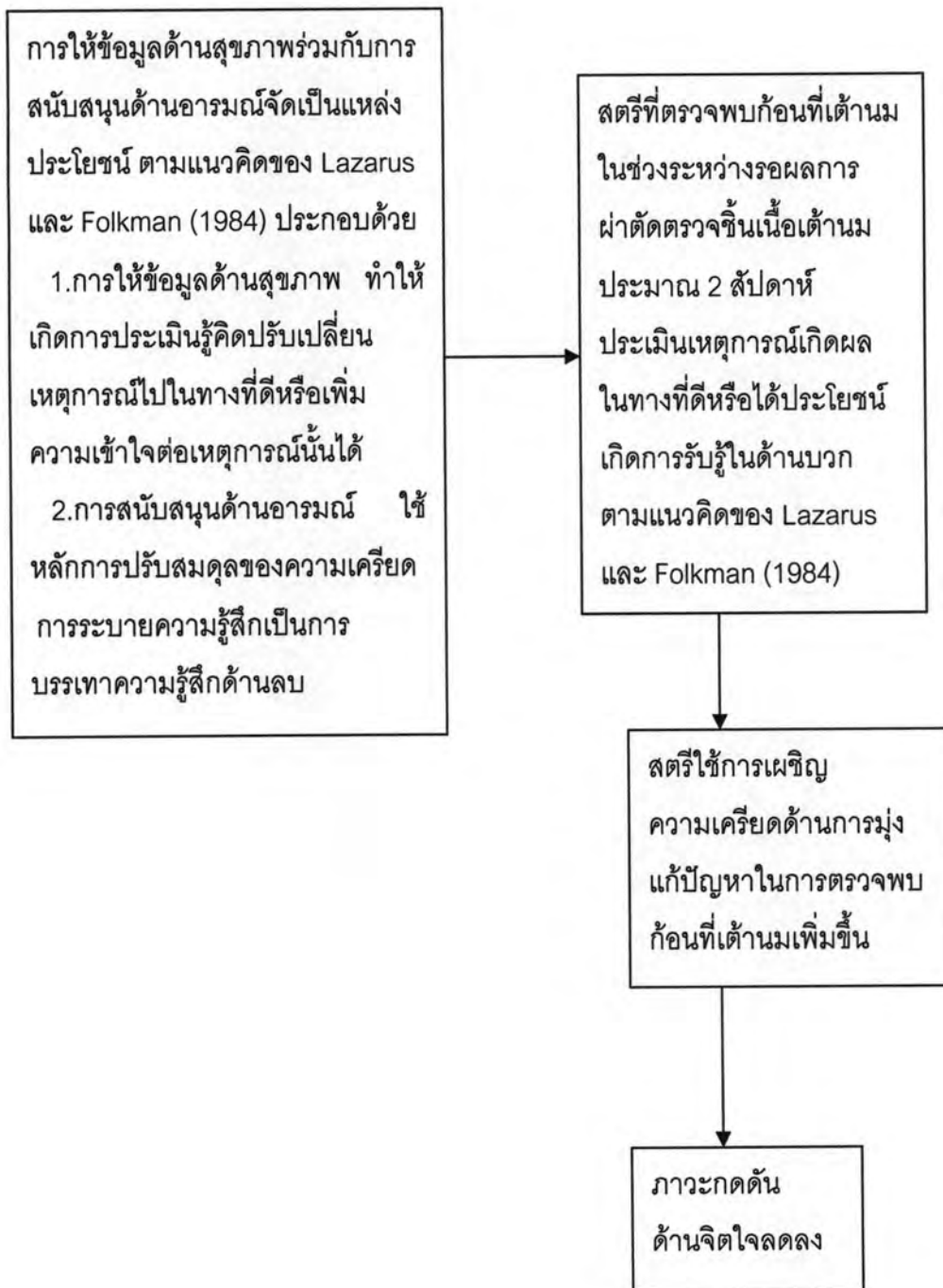
จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่มียานวิจัยในประเทศไทยที่ทดสอบการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือกลุ่มสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม ซึ่งการพยาบาลตามปกติสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมจะได้รับข้อมูลโดยภาพรวมของกระบวนการที่ได้รับการรักษา ยังไม่ครอบคลุมสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีกลุ่มนี้มาจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในด้านข้อมูลในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (Deane และ Degner, 1998) การรักษา โอกาสการหายและการแพร่กระจายของโรค (Denger และคณะ, 1997) ผลกระทบของโรค (Brown และคณะ, 2000) การติดต่อสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อแสวงหาแหล่งให้ข้อมูล (Benedict และคณะ, 1994) ความช่วยเหลือจากพยาบาล (Lebel และคณะ, 2003) แหล่งให้ข้อมูลที่มาจากพยาบาลมากกว่าสื่อคู่มือ (Bilodeau และ Degner, 1996) ต้องการแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ความมั่นใจ ความเข้าใจ ความหวัง ความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ (Northhouse, และคณะ, 1997) ต้องการมีบุคคลสำคัญอยู่ด้วยในขณะฟังผลการวินิจฉัย (Fridfinnsdottir, 1997)

ผู้วิจัยพัฒนาการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองปัจจัยที่ต้องการทำให้สตรีสามารถเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลที่จัดขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) การสนับสนุนด้านข้อมูลสามารถ ช่วยให้ผู้เผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาได้เกิดการประเมินรู้คิดสามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับภาวะวิกฤตและพยายามปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีหรือเพิ่มความเข้าใจต่อเหตุการณ์นั้นได้ 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยให้สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมสามารถเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึก ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นการตอบสนองความต้องการแหล่งประโยชน์ด้านอารมณ์ของสตรี ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ เกิดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำหน้าที่ทางสังคมเป็นปกติ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้กลับสู่สมดุล ดังแผนภาพที่ 1

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยในประเทศไทยที่ทดสอบการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือกลุ่มสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม ซึ่งการพยาบาลตามปกติสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมจะได้รับข้อมูลโดยภาพรวมของกระบวนการที่ได้รับการรักษา ยังไม่ครอบคลุมสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในสตรีกลุ่มนี้มาจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในด้านข้อมูลในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (Deane และ Degner, 1998) การรักษา โอกาสการหายและการแพร่กระจายของโรค (Denger และคณะ, 1997) ผลกระทบของโรค (Brown และคณะ, 2000) การติดต่อสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อแสวงหาแหล่งให้ข้อมูล (Benedict และคณะ, 1994) ความช่วยเหลือจากพยาบาล (Lebel และคณะ, 2003) แหล่งให้ข้อมูลที่มาจากพยาบาลมากกว่าสื่อคู่มือ (Bilodeau และ Degner, 1996) ต้องการแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ความมั่นใจ ความเข้าใจ ความหวัง ความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ (Northhouse, และคณะ, 1997) ต้องการมีบุคคลสำคัญอยู่ด้วยในขณะที่ฟังผลการวินิจฉัย (Fridfinnsdottir, 1997)

ผู้วิจัยพัฒนาการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยเน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองปัจจัยที่สตรีต้องการ ทำให้สามารถเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลที่จัดขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) การสนับสนุนด้านข้อมูลสามารถ ช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาได้เกิดการประเมินรู้คิดสามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับภาวะวิกฤตและพยายามปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีหรือเพิ่มความเข้าใจต่อเหตุการณ์นั้นได้ 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยให้สตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมสามารถเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึก ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นการตอบสนองความต้องการแหล่งประโยชน์ด้านอารมณ์ของสตรี ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ เกิดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำหน้าที่ทางสังคมเป็นปกติ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของสตรีกลุ่มนี้กลับสู่สมดุล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย