

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง "ผลของการพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด" ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงองค์ประกอบหลักทางการพยาบาล พบว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประเภท คือ ความเชื่อและค่านิยมที่สัมพันธ์กับ คน สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เป็นหมยในการปฏิบัติเพื่อบรรลุจุดหมายนั้น และความรู้ทักษะในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาให้ถึงจุดหมาย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ดังนี้

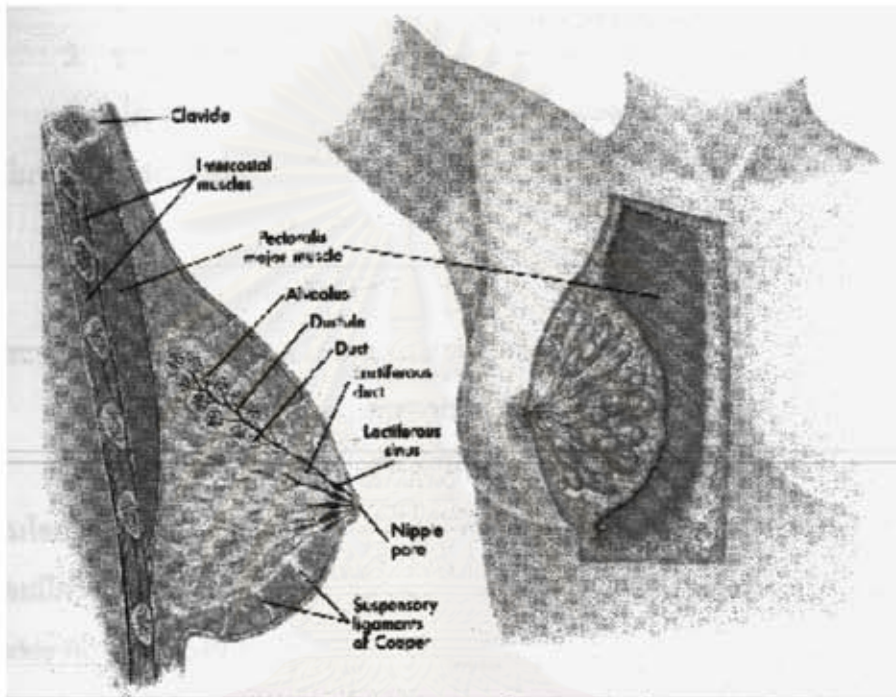
1. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. บทบาทพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
3. แนวคิดทฤษฎีการดูแลและการประยุกต์ในการพยาบาล
 - 3.1 แนวคิดการดูแล
 - 3.2 ทฤษฎีการดูแลทางการพยาบาล
 - 3.3 การประยุกต์ แนวคิด ทฤษฎี พฤติกรรมการดูแล
4. คุณภาพชีวิตและการประเมินคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม

เต้านมหรือต่อมน้ำนมเป็นอวัยวะที่เป็นส่วนประกอบในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งประกอบด้วย glandular epithellum และระบบท่อซึ่งแทรกอยู่ในเนื้อเยื่อ intersitial และไขมัน ซึ่งอยู่ด้านหน้าของกล้ามเนื้อ pectoralis major และแยกออกจากชั้นของไขมันที่เชื่อมโยงกับท่อไขมันของต่อมเอง ซึ่งเต้านมยื่นออกจากของด้านหน้าของรักแร้หึ่งรอบด้านข้างของกระดูก sternum แต่ละต่อมประกอบด้วย ก้อนรูปวง และเนื้อเยื่อ ที่มีขอบเขตถึงรักแร้ ตำแหน่งของเต้านมยึดอยู่กับ cooper's ligaments, น้ำเหลืองไหลลงส่งต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ซึ่งบางส่วนไหลสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ใต้ Sternum กระบังลม (diaphragmatic) และ subclavicular nodes โดยตรง

ศูนย์กลางของเต้านมในสตรีที่พัฒนาเต็มที่ คือ หัวนม (nipple) ซึ่งตั้งเต้านมให้ออกด้านหน้า กลุ่มของกล้ามเนื้อเรียบที่หัวนมทำให้หัวนมแข็งขึ้น รอบ ๆ หัวนมเป็นขอบ 1.5-2.5 ซม. เป็น areola ซึ่งมีต่อมไขมันเล็ก ๆ รอบ ๆ ทำให้มีผิวหนังขรุขระ น้ำมันไหลลงสู่ Lobes of glandular tissue ก่อนที่จะถึงหัวนม ซึ่งเป็นที่เก็บน้ำนม



รูปที่ 1 แสดงตำแหน่งและโครงสร้างของเต้านมด้านข้างและด้านหน้า

ที่มา : Seidel H.M. et al.; Mosby's guide to physical examination, St. Louis, 1987. Mosby)

ภาพลักษณะที่สัมพันธ์กับเต้านมจากการรับรู้ โครงสร้าง และหน้าที่ของเต้านมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการเป็นสตรีในบทบาทหน้าที่ของภรรยาและมารดา เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่สำคัญที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งเชิดชูความงามของสตรีที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ทางสังคมที่ทั้งบุรุษและสตรีให้ความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับว่า เต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศที่อยู่ในใจของสตรีทุกคน (วรวิทย์ คลอจุณวิวัฒน์, 2525: 106)

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่เกิดในสตรีร้อยละ 99 และเป็นสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด และเป็นสาเหตุในการตายในสหรัฐอเมริกาของสตรีที่อยู่ในช่วงอายุ 50-55 ปี (American Cancer Society Home page; 1997) ส่วนในประเทศไทยจากการ

สำรวจของสถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติ พบว่า มีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 26.9 เป็นร้อยละ 29 (National cancer institute, 1991: 8; 1992: 8) และร้อยละ 31.8 (เมทกซ์ แห่งเซตคิก, 2539: 30) ตามลำดับ

ภาวะเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม

1. ผู้หญิงทุกคนมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม
2. อายุ 40 ปีขึ้นไป
3. ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม (American cancer society, 1997) และสตรีที่มีมารดาเป็นมะเร็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 15-30 % (Kelly 1991 อ้างใน McCorkle, 1996: 549)
4. มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว (early menarche) คือ ก่อนอายุ 12 ปี และหมดประจำเดือนช้าหลังอายุ 55 ปี โดยประมาณ (late menopause)
5. สตรีที่ไม่มีการตั้งครรภ์หรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี
6. ได้รับรังสีจากสงครามหรืออุบัติเหตุหรือจากการรักษาด้วยรังสี มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งเต้านม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของรังสี และอายุขณะที่ได้รับรังสี ซึ่งถ้าอายุน้อยมีภาวะเสี่ยงสูง (Hildreth, Shore, Dvoretzky, 1989, Miller et al., 1989 cited in McCorkle R., 1996: 549)
7. การป่วยเป็นโรคมบางโรค เช่น Hodgkin's disease หรืออื่น ๆ (American cancer society, 1997)

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า การรักษามะเร็งเต้านมนั้น ถ้ารับการรักษาในระยะเริ่มแรกเร็วเท่าใด มีโอกาสหายได้มากขึ้น การตรวจที่ดีคือ การตรวจและคลำเต้านมของตนเองทุกเดือน เพื่อให้พบก้อนได้เร็วที่สุด Goodman and Chapman (1993: 911) แนะนำว่าผู้หญิงทุกคนควรได้รับการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองจากผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ เพื่อตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป เพราะประมาณร้อยละ 90 ของก้อนที่เต้านมพบด้วยตนเองหรือสามีหรือคู่ ส่วนในประเทศไทย กวีช โพธิสุวรรณ (2531; 291) พบว่า 80 % ของผู้ป่วยคลำพบก้อนได้โดยบังเอิญขณะอาบน้ำหรือนอนเล่น มีเพียงส่วนน้อยที่ผู้ป่วยสนใจตรวจตนเองอยู่เสมอ ซึ่งพบว่าในกลุ่มที่ตรวจตนเองอย่างสม่ำเสมอจะพบก้อนที่มีขนาดเล็กกว่ากลุ่มที่พบโดยบังเอิญ

อย่างไรก็ตามมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้น บางครั้งไม่สามารถคลำก้อนได้เรียกว่า nonpalpable breast lesion ดังนั้น Goodman และ Chapman, (1993: 913) จึงแนะนำการป้องกันการเป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรกดังนี้

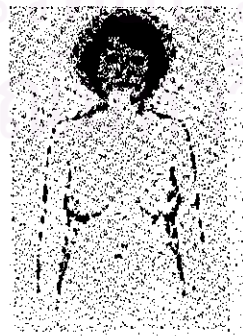
1. ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่ออายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ทุกเดือน
2. ตรวจโดยแพทย์หรือผู้ที่มีความชำนาญพิเศษทางคลินิก ในวัยอายุ 20-30 ปี ตรวจทุก 3 ปี อายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจทุก 1-2 ปี และอายุ 50 ปีขึ้นไปตรวจทุก 1 ปี
3. การตรวจโดยการถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammogram) เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ทุก 1-2 ปี และเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ตรวจทุก 1 ปี

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมต้องอาศัยการดูและการคลำเป็นสำคัญ โดยเปรียบเทียบระหว่างเต้านมทั้ง 2 ข้าง ถ้าข้างใดข้างหนึ่งแตกต่างกัน ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ซึ่งสามารถจะตรวจพบได้หากผู้ป่วยมีความตั้งใจในการตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำทุกเดือน สามารถทำได้ตามลำดับดังนี้

1. ถอดเสื้อออกหมดทุกครั้ง นั่งตัวตรงหน้ากระจกเงา ไหล่ผิงตรง แขนแนบลำตัว สังเกตลักษณะเต้านมทั้ง 2 ข้างโดยละเอียด เปรียบเทียบดูรูปร่าง ขนาด และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทุกส่วนของเต้านม

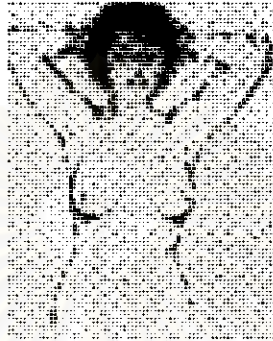
ปกติเต้านมจะมีรูปร่างกลม 7 รูปไข่ มีส่วนเล็กยื่นแฉงไปทางรักแร้ 2 ข้าง เรียกว่า ส่วนหางของเต้านม โดยปกติเต้านม 2 ข้าง มีขนาดเท่ากัน มีส่วนนูน ส่วนโค้งเหมือนกัน หัวนมอยู่ในระดับเดียวกัน ผิวหนังที่คลุมอยู่ มีสีส้ม และความตึงตึง สภาพความยืดหยุ่น และกระพือมเหมือนกัน



รูปที่ 2 แสดงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ที่มา : Youngkin E. and Davis M. 1998. Women's Health. Appleton and Lange Stamford; 366-367.

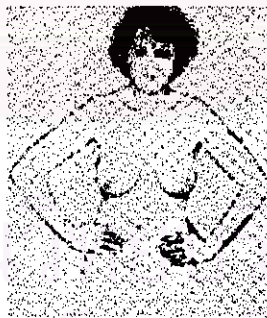
2. นิ่งตัวตรง ยกแขนเหยียดขึ้นเหนือศีรษะทั้ง 2 ข้าง สังเกตรอยบุ๋ม เพราะหากมีก้อนเนื้อออกมาในเต้านมจะเกิดรอยบุ๋ม เนื่องจากการดึงรั้งของก้อนเนื้อออกมาในเต้านม โดยปกติ ทำนี้หัวนมจะสูงขึ้น แต่ในรายปกติจะสูงขึ้นในระดับเท่ากัน



รูปที่ 3 แสดงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ที่มา : Youngkin E. and Davis M. 1998. Women's Health. Appleton and Lange Stamford; 366-367.

3. นิ่งเอนตัวมาด้านหน้า ให้เต้านมห้อยลง ให้สังเกตการมีรอยบุ๋มที่เกิดจากการเหนี่ยวรั้งหรือไม่ หรือมีการถ่วง นูน สูง ต่ำ เพราะมีก้อนนูนภายในเต้านมข้างใดข้างหนึ่งหรือไม่



รูปที่ 4 แสดงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ที่มา : Youngkin E. and Davis M. 1998. Women's Health. Appleton and Lange Stamford; 366-367.

4. การคลำ อาจคลำในท่านั่งหน้ากระจกเงา โดยใช้ฝ่ามือข้างตรงข้ามคลำตรวจ เต้านมทีละข้าง เริ่มโดยใช้ฝ่ามือคลำก่อน สังเกตความรู้สึกว่ามีก้อนอะไรสะดุด หรือดันได้ฝ่ามือหรือไม่ หรือมีส่วนใดเป็นไตแข็ง ผิดกับส่วนอื่นหรือไม่ จากนั้นตรวจโดยใช้นิ้วคลำ แล้วบีบเข้าหากัน ซึ่งจะช่วยให้รู้ว่าผิวหนังส่วนใดของเต้านมหนาหรือด้าน หรือแข็งผิดปกติ และคลำได้เป็นก้อนชัดเจนยิ่งขึ้น



รูปที่ 5 แสดงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ที่มา : Youngkin E. and Davis M. 1998. Women's Health. Appleton and Lange Stamford; 366-367.

ในการบีบเต้านมหรือหัวนมควรสังเกตมีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลออกจากหัวนมหรือไม่

5. การคลำในท่านอน เต้านมจะแบนลง ทำให้คลำก้อนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ส่วนครึ่งนอกของเต้านมมีต่อมน้ำนมและไขมันมาก คลำได้เป็นเนื้อหนา ส่วนครึ่งในของเต้านมเนื้อน้อยกว่า จึงมักคลำได้แข็งกว่า เพราะมีกระดูกซี่โครงอยู่ข้างใต้ การคลำก็ใช้วิธีทำนองเดียวกันกับท่านั่ง

ในการตรวจท่านอนให้ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนสะบักให้อกด้านที่จะตรวจ墊สูงขึ้น ยกแขนขึ้นสูง ใช้ปลายนิ้วของมือด้านตรงข้ามคลำเบา ๆ ก่อน จะคลำก้อนที่อยู่ตื้น ๆ ได้ ต่อไปกดแบบเลียบไปเป็นส่วน ๆ ของเต้านม วดให้แนบไปกับซี่โครง หากมีก้อนจะสะดุดปลายนิ้วมือได้ชัดเจนขึ้น



รูปที่ 6 แสดงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ที่มา : Youngkin E. and Davis M. 1998. Women's Health. Appleton and Lange Stamford; 366-367.

ตรวจโดยแพทย์หรือผู้ที่มีความชำนาญพิเศษในคลินิก พบระยะของการวินิจฉัย แบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ได้คือ

1. มีอาการและอาการแสดงทางคลินิก

1.1 ที่พบบ่อย คือ มีก้อนที่เต้านมหรือเต้านมมีความหนามากขึ้น ดังกล่าวแล้วว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของก้อนที่เต้านม พบด้วยตนเอง และร้อยละ 20-25 เป็นเนื้อร้ายที่เรียกว่า มะเร็งเต้านม

1.2 มีความผิดปกติที่หัวนม (nipple) คือ มีของเหลวไหลออกมา (nipple discharge) หรือมีการดึงรั้งของหัวนม (nipple retraction) มีความหรือเป็นเกล็ดที่ผิวหนังรอบหัวนม (scaly skin around nipple)

1.3 ผิวหนังที่บริเวณเต้านมเปลี่ยนแปลง เป็นลักษณะคล้ายผิวส้ม มีอาการอักเสบ ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งที่เต้านมในระบะที่มีความรุนแรง

2. มีความผิดปกติจากการถ่ายภาพรังสีของเต้านม (abnormal Mammography) คือ การตรวจเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์พิเศษ ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจเต้านมโดยเฉพาะ นอกจากใช้ค้นหา มะเร็งแล้วยังบอกลักษณะของก้อนที่ผิดปกติได้ และสามารถถ่ายภาพได้หลายทิศทางขยายภาพ การถ่ายภาพรังสีของเต้านมที่ชี้ให้เห็นถึงการวินิจฉัยการเป็นมะเร็งเต้านม โดย

2.1 เต้านมไม่เท่ากัน (asymmetry)

2.2 มีกลุ่มของเม็ดแคลเซียมเล็ก ๆ (clusters of micro calcification)

2.3 ก้อนปรากฏเป็นแฉก ๆ มีรูปร่างบิดเบี้ยวและมีความหนาที่ผิดปกติของก้อน

ในขั้นนี้เมื่อพบความผิดปกติของภาพรังสีจาก mammography แล้ว การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) เพื่อเพิ่มความแม่นยำ และสามารถแยกลักษณะของก้อนว่าเป็นถุงน้ำ (cyst) หรือก้อนเนื้อ (solid tumor) (วิลโด โพธิสุวรรณ, 2538: 299)

ในกรณีถ่ายภาพรังสีของเต้านมและเป็นก้อนที่คลำไม่ได้ (nonpalpable lesion) การนำชิ้นเนื้อออกตรวจกระทำได้หลายวิธี คือ

1. Needle localization and surgical biopsy คือ การใช้เข็มนำเพื่อบอกตำแหน่งภายใต้การถ่ายภาพรังสีเต้านมเพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อที่ถูกต้อง เพื่อส่งตรวจ

2. Stereotactic biopsy หรือ stereotactic fine needle aspiration กระทำโดยเอกซเรย์เฉพาะจุดที่มีตำแหน่งผิดปกติและไม่สามารถคลำก้อนได้ โดยการตัดเอาชิ้นเนื้อหรือของเหลวที่อยู่ในก้อนออกตรวจ

ในกรณีที่สามารถคลำก้อนได้ (palpable lesion) อาจใช้วิธีเจาะด้วยเข็ม เพื่อนำของเหลวมาตรวจ (fine needle aspiration) หรือการเจาะเพื่อนำก้อนเนื้อมาตรวจบางส่วน (core needle biopsy) วิธีการนี้จะได้ผลดีเมื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา มีความชำนาญในการเจาะชิ้นเนื้อหรือของเหลวนั้น อย่างไรก็ตามวิธีการผ่าตัดเพื่อนำชิ้นเนื้อไปตรวจก็ยังเป็นที่นิยม ซึ่งปฏิบัติได้ 2 วิธี คือ

1. การตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดที่เป็นก้อน (excision) หรือการตัดชิ้นเนื้อออกบางส่วน (incision) ในชั้นตื้นเดียว คือ ตัดชิ้นเนื้อขณะผู้ป่วยได้รับความรู้สึก และส่งชิ้นเนื้อหรือตรวจภายใน 30 นาที ถ้าผลเป็นมะเร็งแพทย์ผู้รักษาจะดำเนินการตัดเต้านมออกทั้งหมด หรือตัดบางส่วน
2. การตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดที่เป็นก้อนหรือตัดบางส่วน ใน 2 ชั้นตื้น คือ เมื่อได้ชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจแล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือกลับหอบผู้ป่วยเพื่อพักฟื้นและรอผลการตรวจแล้วจึงมารับการรักษาต่อ

ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

ในระหว่างการรอผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เครียด มีความรู้สึกไม่แน่นอน มณฑา ลิมทองกุล (2535) พบว่า ขณะรอผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมีก้อนที่เต้านม ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ กลัวการเป็นมะเร็ง และกลัวการถูกตัดเต้านม และ 79 ใน 80 คน ต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลบอกให้ผู้ป่วยรับรู้เพื่อการปฏิบัติตนและการวางแผนในอนาคตของตนและครอบครัวเช่นเดียวกับ Schag, (1993 cited in Ferrell et al. 1997) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม มีปัญหาทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาพลักษณ์ วิตกกังวล ความโศกเศร้า กลัว นอนไม่หลับ วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา และตรวจในอนาคต และมีปัญหาในการคิด Deane (1997) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รอผลการวินิจฉัยในการตรวจเต้านมมีความวิตกกังวลสูงกว่าการตัดถุงน้ำดีเสียอีก ในทำนองเดียวกับ Weber (1997: 30) ที่พบว่า ผู้ป่วย 80 % มีความวิตกกังวล กลัว ซีดอัด และโศกเศร้า หลังจากการวินิจฉัยผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากการยืนยันการป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวการสูญเสียความเป็นสตรี และบทบาททางเพศกับคู่ หรือบุคคลสำคัญ หรือสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง โศกเศร้า โกรธ ซีดอัด กลัว หัวใจสลาย (Samarel et al., 1997, Morse and Barbara 1995 ; 270, และ Benner and Wrubel (1989, 256-311) กล่าวว่า ผู้ป่วยมีความเครียดสูงในระยะการวินิจฉัย ซึ่ง Pasacreta (1997; 214) พบว่า หลังการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 9 ของกลุ่มตัวอย่างมีความโศกเศร้า มีอาการทางกายมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการโศกเศร้า

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบทางด้านจิตสังคม ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า โศกเศร้า ก้าว โกรธ และมีผลต่อการปรับตัวทางกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการในด้านข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษาที่แตกต่างกัน และมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Kelly and Winslow (1996: 639) แนะนำให้มีการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนรับการวินิจฉัย โดยการให้ความรู้และเข้าถึงอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมและเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล

ในทางตรงข้าม Fillion et al. (1996: 169) กล่าวว่า ผลการแนะนำในช่วงการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากกว่าหลังการวินิจฉัย ดังนั้นการให้คำแนะนำผู้ป่วยแต่ละคนจึงต้องประเมินถึงความต้องการ ความเชื่อ และความแตกต่างของแต่ละบุคคล ก่อนที่จะวางแผนและให้คำแนะนำผู้ป่วยแต่ละราย

อย่างไรก็ตามมีผู้ศึกษาถึงความต้องการข้อมูลในด้านต่าง ๆ เมื่อได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย ดังนี้

Weber (1997: 30-38) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยอาจไม่ได้ยินหรือเข้าใจในสิ่งที่อธิบาย ต้องให้ข้อมูลที่ง่าย ชัด และซ้ำ และเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องการความจริงเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค การสื่อสาร แหล่งสนับสนุน และแหล่งค้นหาเพิ่มเติม

Benner and Wrubel (1989: 256-311) กล่าวว่าคนให้ข้อมูลผู้ป่วยในระยะเวลาการวินิจฉัย ต้องให้อย่างเป็นรูปธรรม มีการวางแผน และพยายามให้พบกับสถานการณ์ในการแก้ปัญหาที่ดี ซึ่งอาจนัดครอบครัวเพื่อให้ข้อมูล

Deane (1997) กล่าวว่า หลังจากการตัดสินใจเนื้อตรวจผู้ป่วยซึ่งมีความวิตกกังวลสูงและความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลต่ำ ความต้องการข้อมูลความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอน สัมพันธ์กับการตัดสินใจออกตรวจในกระบวนการของผลลัพธ์

Galloway et al. (1997) พบว่าสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมนั้น มีความต้องการข้อมูลสูงในด้านของโรคและการรักษา และสถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูล แต่ผู้หญิงอายุน้อย มีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้หญิงที่อายุมาก

Northouse et al (1995) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมผู้ป่วยในระหว่างเวลาวิกฤตนี้ได้เป็นอย่างดี

DeGrasse and Hugo (1996) พบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยนี้ ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองในความต้องการ เสี่ยงต่อความโศกเศร้าทางจิตสังคม และพยายามเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดที่จะให้บริการดูแลระดับประคอง

และ Palson and Norberg (1995) พบว่าสตรีชาวสวีเดนที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมแล้วได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองทางอารมณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสพูดในสิ่งที่เกี่ยวกับอาการป่วยและความรู้สึก ให้พยาบาลฟังและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มั่นคง และสามารถพัฒนาความรู้สึกในการควบคุมตนเองและการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้

สรุปได้ว่า ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม นั้นมีความต้องการที่จะระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ความวิตกกังวล และความต้องการการสนับสนุนประคับประคอง นอกจากนี้ยังมีความต้องการข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการรักษาและวางแผนในอนาคต

ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ก่อนในเต้านมมีทั้งชนิดเนื้องอกธรรมดาและมะเร็ง ถ้าพบในอายุน้อย มักจะเป็นเนื้องอกธรรมดามากกว่า แบ่งเป็น 2 ชนิด

1. เนื้องอกธรรมดา จะตั้งวินิจฉัยแยกจากโรคมะเร็ง มักจะคลำก้อนได้ เวียนรอบเขตซัดเจน อาจมีลักษณะเป็นถุงน้ำ ได้แก่ fibroadenoma, chronic cystic disease intraductal papilloma, galactocoele, abscess และ cystosarconia phylloides ซึ่งก้อนมักจะมีขนาดใหญ่มาก

2. เนื้องอก (มะเร็ง)

2.1 เกิดจาก mamary duct พบมากที่สุดถึงร้อยละ 99 มีจุดกำเนิดจากท่อน้ำนม

2.1.1 Non infiltrative ได้แก่ papillary carcinoma, comedo carcinoma และ intraductal carcinoma

2.1.2 Infiltrating พบประมาณร้อยละ 75 ได้แก่ paget's disease, infiltrating ductal carcinoma, scirrhous carcinoma, medullary carcinoma, mucinous carcinoma และ inflammatory carcinoma

2.2 เกิดจาก mammary Lobules ได้แก่ lobular adenocarcinoma

2.3 เกิดจาก epithelial และ mesodermal origin

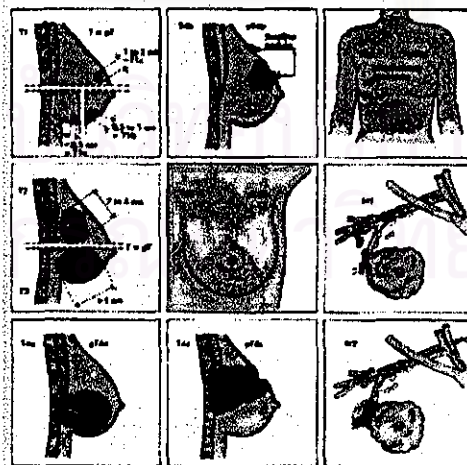
การจำแนกระยะของโรคมะเร็งเต้านมโดยระบบของ TNM classification
อักษรย่อที่ใช้ในการจำแนกระยะของโรค

- T = มะเร็งปฐมภูมิ
- Tx = เนื้องอกเบื้องต้นที่ไม่สามารถคลำพบได้
- To = ไม่มีเนื้องอก
- T1s = มะเร็งในระยะ in situ โรค Paget ของหัวนม
- T1 = มะเร็งก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร
- T1a = ก้อนมะเร็งขนาด 1 เซนติเมตร ถึง 2 เซนติเมตร
- T1b = ยึดแน่นกับกล้ามเนื้อ หรือ fascia
- T2 = ก้อนมะเร็งขนาด 2-5 เซนติเมตร
- T3 = ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร
- T4 = มะเร็งขนาดเท่าไรก็ได้ ที่ลุกลามถึงผิวหนังหรือผนังอก (chest wall) (กระดูกซี่โครง กล้ามเนื้อ Intercostal และกล้ามเนื้อ serratus anterior)
- T4a = ก้อนมะเร็งถึงผนังอก
- T4b = มีอาการบวม มีแผลที่ผิวหนังหรือมีก้อนอื่นในเต้านมข้างเดียวกัน
- T4c = ทั้ง T4a และ T4b
- T4d = มีการอักเสบของมะเร็ง
- N = ต่อมน้ำเหลืองทุติยภูมิ
- Nx = คลำต่อมน้ำเหลืองไม่ได้
- N0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง
- N1 = คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้ เคลื่อนไหวได้
- N1a = ขนาดเล็กไม่ใหญ่กว่า 0.2 เซนติเมตร
- N1b = กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและมีขนาดใหญ่กว่า 0.2 เซนติเมตร
- N1b1 = กระจายไป 1-3 ต่อมน้ำเหลืองที่มีขนาดมากกว่า 0.2 เซนติเมตร
- N1b2 = กระจายไป 4 ต่อมน้ำเหลืองขึ้นไป และขนาดใหญ่กว่า 0.2 ถึง 2 เซนติเมตร
- N1b3 = กระจายไปในเยื่อหุ้มต่อมน้ำเหลืองและขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร
- N1b4 = กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร
- N2 = คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้ ยึดแน่นไม่เคลื่อนไหว

- N3 = คลำต่อมน้ำเหลืองที่ใต้หรือแง่เหนือกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกันได้ หรือแขนข้างเดียวกันวม
- M = การแพร่กระจาย
- Mx = ไม่สามารถตรวจพบการกระจายได้
- M0 = ไม่มีการแพร่กระจาย
- M1 = มีการแพร่กระจาย ซึ่งรวมถึงการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่ ipsilateral supraclavicular

ระยะต่าง ๆ ของมะเร็งเต้านม

Stage 0	Tis	No	Mo
Stage 1	T1	No	Mo
Stage II	To	N1	Mo
	T1	N1	Mo
	T2	No	Mo
Stage III A	To	N2	Mo
	T1	N2	Mo
	T2	N2	Mo
	T3	N1	Mo
	T3	N2	Mo
Stage IIIB	T4	AnyN	Mo
	Any T	N3	Mo
Stage IV	Any T	Any N	M1



รูปที่ 7 แสดงการจัดระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก TNM Classification

ที่มา : Edge V. and Miller M. (1993). Woman's Health Care, Mosby

St. Louis, p. 87.

การแพร่กระจายโรค

1. โดยทางเดินต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของมะเร็งเต้านม

1.1 ทางเดินน้ำเหลืองต้นในผิวหนัง (dermal lymphatics) ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือไปยังเต้านมด้านตรงข้าม

1.2 ทางเดินน้ำเหลืองลึก ซึ่งอยู่รอบ ๆ ต่อมน้ำนม และไปตามท่อน้ำนมมารวมกันที่ subareolar plexus แล้วทะลุเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองใหญ่ ๆ 3 ทาง เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในแง่เหนือกระดูกไหปลาร้า ดังนี้คือ

1.2.1 Axillary route ไปตามขอบด้านนอกของกล้ามเนื้อ pectoris major เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ ซึ่งเป็นทางการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมที่สำคัญ

1.2.2 Internal mammary route จากส่วนกลางและด้านในของเต้านมเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง Internal mammary โดยเฉพาะ

1.2.3 Accessary route จากด้านบนของเต้านมเข้าสู่ retropectoral ในระหว่างชั้นกล้ามเนื้อ pectoralis major และ minor เข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง subclavian

2. โดยการลุกลามเฉพาะที่

3. โดยทางกระแสเลือดไปยังปอด ตับ กระดูก และสมอง

การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา การรักษามะเร็งเต้านมนั้นร้อยละ 75 รักษาด้วยการผ่าตัด (American cancer society home page: 1997) และมีการกำหนดมาตรฐานในการรักษามะเร็งเต้านมของสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา คือ การตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือการตัดเต้านมบางส่วน พร้อมเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างที่เป็นออก (Krug, 1997: 330-333)

วิธีการเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัดมีหลายวิธี คือ (กวิธ โพธิสุวรรณ, 2538; 331-2)

1. Extended radical mastectomy เป็นการผ่าตัดที่เลาะเอา internal mammary lymph nodes ออก พร้อมกับเต้านมออกทั้งหมด จะทำเฉพาะในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่ทางครึ่งหนึ่งของเต้านม ซึ่งอาจจะมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองกลุ่มดังกล่าวได้

2. Radical mastectomy เป็นวิธีการตัดเต้านมที่ตัดกล้ามเนื้อ pectoris major และ minor ออกด้วย ซึ่งจะทำให้มีความผิดปกติของหน้าอก

3. Modified radical mastectomy เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการรักษาได้สมบูรณ์แบบที่สุด คือ การตัดเนื้อเต้านมออกทั้งหมด เป็นการป้องกันการเกิดซ้ำ และเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เพื่อศึกษาระยะของมะเร็งให้แน่นอนและเป็นวิธีการรักษา

4. Total Mastectomy เป็นวิธีการตัดเนื้อเต้านมออกทั้งหมดแต่ไม่เลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้

5. Partial mastectomy with axillary dissection คือ การตัดเต้านมออกบางส่วน ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันออกด้วย

6. Lumpectomy with axillary dissection คือ การตัดก้อนเนื้องอกและเต้านมรอบ ๆ ก้อน ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันออกด้วย

อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัด

1. จากการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด

1.1 รู้สึกแน่นตัวที่ผนังหน้าอก (chest wall tightness)

1.2 ความรู้สึกว่ามีเต้านมคงอยู่ (phantom breast sensation)

1.3 แขนบวม (arm swelling)

1.4 ความรู้สึกเปลี่ยน (sensory change)

2. จากการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน

2.1 เจ็บปวดเต้านม (breast soreness)

2.2 เต้านมบวม (breast edema)

2.3 เกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนัง (skin reaction)

2.4 แขนบวม (arm swelling)

2.5 ความรู้สึกเปลี่ยน (sensory change)

อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั่ว ๆ ไป

1. จากการตัดเต้านมออกทั้งหมด

1.1 อาการแทรกซ้อนระยะสั้น ได้แก่ การตายของผิวหนัง (skin flap necrosis), น้ำเหลืองไม่ระบายออก (seroma), ก้อนน้ำเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) และการติดเชื้อ (infection)

1.2 อาการแทรกซ้อนระยะยาว ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ (muscle atrophy), กล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle weakness), ระบบทางเดินน้ำเหลืองอุดตัน (Lymphedema) พบประมาณ ร้อยละ 12 ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจเกิดภายในสัปดาห์ 1 เดือน หรือเป็นปี หลังการทำผ่าตัด

2. การตัดเต้านมออกบางส่วน

2.1 อาการแทรกซ้อนระยะสั้น ได้แก่ แผลชื้นแฉะ (moist desquamation), ก้อนน้ำเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma), น้ำเหลืองไม่ระบายใต้ผิวหนัง (seroma) และการติดเชื้อ (infection)

2.2 อาการแทรกซ้อนระยะยาว ได้แก่ พังผืดยึดแน่น (fibrosis), ซี่โครงหัก (rib fractures), ระบบทางเดินน้ำเหลืองอุดตัน (lymphedema), กล้ามเนื้ออักเสบ (myositis) และปอดอักเสบ (pneumonitis)

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1. จากการผ่าตัดเต้านมทั้งหมด ได้แก่ สูญเสียเต้านม, มีรอยแผลเป็น, เสียภาพลักษณ์, มีการเคลื่อนไหวของแขนลำบาก และต้องการอุปกรณ์ทดแทนเต้านม
2. จากการผ่าตัดเต้านมบางส่วน ได้แก่ การรักษาใช้เวลายาวนาน, มีการเคลื่อนไหวของแขนลำบาก, รูปทรงของเต้านมเปลี่ยนแปลง และสูญเสียความรู้สึก

อาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ อาการต่อมน้ำเหลืองรั่วอุดตัน (Lymphedema) ซึ่งมีรายงานว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนมีอาการต่อมน้ำเหลืองอุดตัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจอย่างมากและเป็นสาเหตุความเครียดได้เท่ากับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม (Price and Purtell, 1997: 34)

การลดความเสี่ยงในการเกิดต่อมน้ำเหลืองอุดตัน

1. ช่วงก่อนผ่าตัด โดยการประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเพื่อการบริหารหลังผ่าตัด วัดรักแร้ วัดแขนเหนือข้อศอก 4-6" ฝ่ามือและข้อศอก ๗ ของหัวแม่มือและนิ้วกลาง โดยบันทึกท่าของการวัดด้วย บันทึกมือที่ถนัดประเมินวิถีชีวิต อาชีพ และกิจกรรมอาชีพของผู้ป่วย

2. เตรียมผู้ป่วยในสิ่งที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

2.1 คำแนะนำเกี่ยวกับสายระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดและการปิดแผลผ่าตัด

2.2 ประเมินตำแหน่งของไหล่ แขน การเคลื่อนไหว งอ เขยียด ไหล่อกแขน 65° ไหล่หมุนแขนออก $45-65^{\circ}$ เตรียมหมอนรองแขน ไหล่หมุนวงแขนใน $45-65^{\circ}$

2.3 ให้คำแนะนำถึงอาการที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกปวดตื้อ ๆ ที่รักแร้ แขนส่วนบน ผนังทรวงอก การบวม ปวดที่แผลผ่าตัด ปวดไหล่ ไหล่ติด ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการบริหารในระยะแรกหลังผ่าตัด

2.4 ด้านอารมณ์ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ กังวลในร่างกายนี้อาจปรากฏและการยอมรับของครอบครัวและเพื่อน ช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการสนับสนุนระดับบุคคลของผู้ป่วยทันทีหลังผ่าตัด

2.5 ลอนก่อนกลับบ้านเรื่องแผล การใช้มือและแขน อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

3. การป้องกันการเกิดต่อมน้ำเหลืองอุดตัน

3.1 บริหารหลังผ่าตัด เพื่อให้ขยับไหล่ได้ดีในช่องทางน้ำเหลือง เลือดย่อยบริหารตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรก โดยออกกำลังข้อศอก ข้อมือ แขนงอ ยืด ข้อก บิดอุ้งมือมา ๆ หายใจลึก ๆ งอไหล่เหยียดออก 90°

3.2 เน้นการดูแลเรื่องความตึงที่แผลผ่าตัด

3.3 หลีกเลี่ยงการฉีดยา วัดความดันโลหิต แขนข้างที่ผ่าตัด

3.4 ใส่เสื้อแขนยาว เพื่อหลีกเลี่ยงแมลงกัด แดกไหมหรือของมีคม หลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดจากเครื่องประดับที่แขนข้างที่เป็น

3.5 หลีกเลี่ยงการแกว่งแขนเวลาเดินหรือแขนเป็นเวลานาน เช่น ขับรถ รัดแขน กอดอก

3.6 ยกแขนเหนือหัวใจเวลานอน

3.7 ต้องระมัดระวังในการกำจัดขอรักแร้ ไม่ตัดหรือโกนด้วยมีดโกนหรือถอนขน รักแร้ ควรโกนด้วยเครื่องไฟฟ้า

3.8 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก

3.9 สังเกตอาการต่าง ๆ เช่น อุ่นแดง บวม ปวด

3.10 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

3.11 หลีกเลี่ยงการมีน้ำหนักเพิ่ม

3.12 ออกกำลังกาย โดยยกน้ำหนักประมาณ 5 ปอนด์ และเครื่องมือด้านน้ำหนักประมาณ 25 ปอนด์

ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

ด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

มีผู้ศึกษาผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการรักษาด้วยการผ่าตัดด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วยไว้หลายด้านด้วยกัน เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่เป็นเอกลักษณ์ของสตรีเพศ ซึ่งยูพาทิน ศิริโพธิงาม (2529) พบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเป็นหญิงและควมมีคุณค่า มีการเปลี่ยนแปลงทางภาพลักษณ์ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี และผู้ที่แต่งงานแล้วมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเองในทางลบมากกว่าผู้ที่อายุมากกว่า 45 ปี และเป็นโสด และ Donovan (1976: 222) พบว่า ผู้ที่มีขนาดเต้านมใหญ่จะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์มากกว่าบุคคลที่มีขนาดเต้านมเล็ก นอกจากนี้วิธีการผ่าตัดที่ตัดเต้านมออกทั้งหมด และการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ต่างกัน คือ ตัดเต้านมออกทั้งหมดมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์มากกว่าตัดออกบางส่วน แม้ได้รับข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพเท่ากัน อย่างไรก็ตามตามความสามารถของผู้ป่วยในช่วงผ่าตัดลดลง (Paulsen et al., 1997: 327-34)

เมื่อผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์จากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมนี้ จากการศึกษาของ บัทมา คุปตจิต (2533) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด สัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ และมีความโศกเศร้า เครียดทางจิตใจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Hwang et al., 1996: 35-36) เมื่อผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือภายหลังผ่าตัด จะมีการพูดถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป การใช้เต้านมเทียม และการผ่าตัดตกแต่งเต้านมมากที่สุด (ดรุณี ขุนนะวัต และคณะ, 1997) และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะออกไปในชุมชน (Benner และ Wrubel, 1989: 256-311)

ด้านจิตใจ

Trief and Smith (1998) ศึกษาถึงภาวะจิตใจและความต้องการคำปรึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด ทั้งตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือตัดออกบางส่วน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 59.6 โศกเศร้าร้อยละ 42.4 โกรธร้อยละ 29.1 และผู้หญิงที่มีอายุน้อยมีความวิตกกังวลสูงมากและโศกเศร้าสูงถึงร้อยละ 51.9 และ 76.9 ตามลำดับ

Schain et al. (1994) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างการตัดเต้านมออกทั้งหมดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตัดเต้านมออกบางส่วน พบว่า ผู้หญิงที่รักษาด้วยการผ่าตัดที่ต่างกัน มีความโคกเศร้าต่างกัน และผู้ป่วยที่รักษาด้วยการทำผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตได้น้อยลง และมีปัญหาสัมพันธภาพทางเพศมากกว่าผู้ที่ทำผ่าตัดที่ตัดออกไม่หมด

อค์นี วันรัชย์ (2539) ศึกษาความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยต่อการทำผ่าตัดเต้านม พบว่า ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอยู่ในระดับปานกลางและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ อากาการปวดแผล ความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัดและความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

Trief and Smith (1996) พบว่า องค์ประกอบที่สามารถพยากรณ์ความอ่อนแอทางจิตใจคือ อายุ ประวัติหรือปัญหาทางด้านจิตใจหรือความเครียดต่อการวินิจฉัยและการสนับสนุนทางสังคม

อค์นี วันรัชย์ (2539) พบว่า

1. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานภายหลังผ่าตัดเต้านม
2. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม
3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

ซึ่งสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัวและระดับการศึกษา ถ้ามีมากขึ้นมีผลให้ความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดลดลง

กั้ว กุ้ยฟาง (2539) ศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศจีน พบว่า

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม วันที่ 8-11 มีความเครียดทางด้านร่างกายต่ำ ด้านอารมณ์ปานกลาง
2. การใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการมองโลกในแง่ดีช่วยลดระดับความเครียด
3. สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีทำให้มีระดับความเครียดต่ำและใช้วิธีเผชิญความเครียดโดยการมองโลกในแง่ดี และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด

4. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่อายุสัมพันธ์ทางลบกับวิธีเผชิญความเครียดด้านหาแหล่งสนับสนุน

Hwang et al. (1996) ศึกษาความหวังและองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม พบว่า

1. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความไม่แน่นอนและระยะเวลาการป่วย
2. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขั้นของการศึกษาและการสนับสนุนทาง

สังคม

3. สถานภาพสมรส ความเชื่อในศาสนา การมีส่วนร่วมในศาสนา และชั้นของมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความหวัง

จากการทบทวนถึงความสำคัญของครอบครัวต่อผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่าครอบครัวคือปัจจัยสำคัญต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความหวัง ของผู้ป่วยที่รักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด

Fries and Reinhard (1996) ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมและพฤติกรรมในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย พบว่า ภาพลักษณ์ของร่างกายและตนเอง อาการทางจิตใจและสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง และเวลาที่ตัดเต้านมออก การสนับสนุนหลังผ่าตัดมาจากครอบครัวและเพื่อน และจากการป่วยด้วยมะเร็งเต้านมทำให้ครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการปรับตัวและมีอารมณ์โศกเศร้าและบทบาทเปลี่ยนไป (Webster, 1994) โดยเฉพาะการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล เพื่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วย มีความกลัว วิตกกังวล มีสัมพันธ์ต่อการป่วยและการอยู่โรงพยาบาล Ross and Cobb (1990) แนะนำว่าพยาบาลควรวางวัตถุประสงค์และวางแผนในการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย ถ้ามีการกำหนดการผ่าตัด ครอบครัวควรได้ข้อมูลหรือกระบวนการที่เป็นไปได้ รวมถึงหลังผ่าตัดด้วย เนื่องจากสมาชิกของครอบครัวอาจเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย ประคับประคองที่สำคัญต่อผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล และจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ที่รักษาด้วยการผ่าตัด Samarel (1997) ซึ่งสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนประคับประคองทันทีก่อนและหลังผ่าตัด

สายใจ พัวพันธ์ (2529) ศึกษากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมออก พบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจในเรื่องที่เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตน ขณะรับการรักษามากที่สุด รองลงมาคือ ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ต่อโรค การรักษา และผลกระทบของการรักษา และเรื่องที่สนใจน้อยที่สุดคือเนื้อหาด้านเพศสัมพันธ์

ลิ จิน (1997) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยชาวจีนและคู่สมรสก่อนผ่าตัดเต้านม พบว่า

1. ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดเต้านมในระดับความสำคัญปานกลาง โดยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และผู้ป่วยต้องการรู้ถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นเป็นอันดับหนึ่ง

2. คู่สมรสต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยเป็นอันดับแรก

หวัง ชีปิง (1996) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่า

1. ความต้องการหลังผ่าตัดเต้านมมีความสำคัญมาก ความต้องการสูงสุดในวันที่ 3 และ 7 หลังผ่าตัด คือ ความต้องการสำเร็จสมหวังในชีวิต

2. ความต้องการในวันที่ 3 หลังผ่าตัด 5 อันดับแรกคือ แผลไม่ติดเชื้อ สายขางจาก แผลมีของเหลวไหลระดวก ได้รับความรักและการดูแลจากครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล และความหวังในชีวิต

การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สามีเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง ซึ่งการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนคือการแสดงออกทางกายภาพ ฟัง และให้การดูแล (Shaw Cra, 1966) เช่นเดียวกับ Carlsson and Hamrin (1994) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน คนใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งสำคัญในการอยู่รอด

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัดนั้น ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความเครียด ความโดดเดี่ยว และความกลัว ด้านจิตสังคมในความสัมพันธ์ในครอบครัว ความทุกข์ทรมานทางกายที่เป็นผลมาจากด้านจิตใจจากการผ่าตัด และจิตวิญญาณ ความเชื่อศาสนา ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีความต้องการในเรื่องข้อมูลการผ่าตัด และการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์

บทบาทพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ประสบความทุกข์ทรมาน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวนาน การเผชิญกับความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องเป็นผู้ที่ได้รับการเตรียมให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะ ตามสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ (พรจันท์ สุวรรณชาติ, 2540: 325) พยาบาลเป็นบุคคลผู้มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะของโรค โดยการจัดการเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จึงรู้จักและเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยได้มาก การควบคุมและบรรเทาอาการต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การสอนผู้ป่วยและญาติในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นที่ปรึกษารับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ผงงใจ และให้ข้อมูลต่าง ๆ ช่วยผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ตลอดจนเป็นตัวกลางในการเจรจาขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ซึ่งการที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติบทบาทเช่นนี้ได้ จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย และต่อโรคมะเร็ง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

พยาบาลผ่าตัดในปัจจุบันมิได้จำกัดอยู่ภายในขอบเขตทางภูมิศาสตร์ ภายในตึกผ่าตัดในหลาย ๆ กระบวนการปฏิบัติในห้องผ่าตัดเท่านั้น Mauksch I. ผู้นำทางการพยาบาลผ่าตัดกล่าวว่า พยาบาล Operating room nursing จะเปลี่ยนเป็นPeroperative Nursing ในปี 2000 มีทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ทั้งในการพิทักษ์สิทธิ์ ป้องกัน ปกป้อง ช่วยเหลือ ซึ่งขอบเขตความรับผิดชอบนั้น นอกเหนือจากการทำความสะอาดห้องผ่าตัด และเครื่องมือ ช่วยศัลยแพทย์ปฏิบัติการให้สมบูรณ์ นับ เตรียม เครื่องมือ และผ้าซับ แต่จะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งไม่ใช่เฉพาะการวางแผน แต่จะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการจัดการทางเทคโนโลยี มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้ให้การดูแลอื่น มีส่วนร่วมในทีมการรักษา แนะนำ ช่วยเหลือ บุคลากร ให้การเรียนรู้ในวิชาชีพ และรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องต่อองค์ประกอบภายนอกที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำหายุบต่อการให้บริการที่ซับซ้อน และให้บริการการพยาบาลที่ทำให้เกิดการพัฒนา (Grundeman and Femisebner, 1995)

บทบาทพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางผ่าตัดนั้น ต้องปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัด คือ

1. เตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการผ่าตัด
 2. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความสบายและสนับสนุนระดับประคองผู้ป่วยและครอบครัว
 3. ตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อความปลอดภัย และได้ผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย
- การพยาบาลผ่าตัด เป็นการดูแลเฉพาะทางระหว่างระยะการผ่าตัดที่มีความเครียดและความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยอมรับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

ความรับผิดชอบและหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัด

1. ประเมินผู้ป่วยทางด้านร่างกายและภาวะทางจิตใจ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด
2. กำหนดการดูแลก่อนหลังและการตัดสินใจทางการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย
3. ปฏิบัติหน้าที่และบทบาทวิชาชีพพยาบาลผ่าตัด
4. พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเต็มตามศักยภาพวิชาชีพ จริยธรรม หรือการปฏิบัติที่ละเมิดต่อกฎหมาย ระหว่างการผ่าตัด
5. ประสานงานกับการปฏิบัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
6. แสดงออกถึงการใช้เทคนิค หลักความรู้ เพื่อความปลอดภัย และการรักษาสิ่งแวดล้อม
7. ช่วยเหลือดูแล เครื่องมือ เครื่องใช้ เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทั้งในยามปกติและภาวะเสี่ยง
8. เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือหรือพยาบาลจัดการทั่วไป หรือผู้ช่วยผ่าตัดตามความจำเป็น โดยใช้ความรู้และประสบการณ์สำหรับการผ่าตัดพิเศษต่าง ๆ

9. มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งการพัฒนาบุคลากรวิชาชีพและเพื่อความรู้
เจริญก้าวหน้า

10. มีส่วนร่วมในการบริหารวิชาชีพ การวิจัย ที่ส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด

จากบทบาทของพยาบาลผ่าตัดต่อผู้ป่วยในปัจจุบัน เป็นการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลาง และต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและให้ความสำคัญในทุกะยะของการผ่าตัด
เดือนฉาย เทียมทรัพย์ (2520) ศึกษาความต้องการหลังผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก พบว่า
ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูงสุด รองลงมาเป็นความต้องการด้านจิตใจและสรีรวิทยา
ในความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยต้องการเรื่องความหวังมากที่สุด รองลงมาเป็นความมี
เหตุผลและความเชื่อ

ส่วนความต้องการก่อนผ่าตัดนั้น Hilgard (1972, อ้างถึงใน เดือนฉาย เทียมทรัพย์,
2520) ว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกคนมีความวิตกกังวล กส่ว เกิดอารมณ์ถึงเครียด ซึ่งกระทบต่อการ
ทำหน้าที่ของร่างกายทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เช่นเดียวกับ ขวี่วรรณ สิทธิเวช (2520) ศึกษาความ
สัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมรของห้องกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
การรักษายาบาล พบว่า

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะพูดถึงสิ่งที่กลัว และบรรยายถึงความ
เครียดและความไม่สบายใจ
2. ชีพจรและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากระดับปกติเกินกว่า 10 ครั้งต่อนาที และ 10
มม.ปรอท
3. กลุ่มที่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล

Wolfer and Davis (1970; อ้างถึงใน ขวี่วรรณ สิทธิเวช, 2520) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมี
ความวิตกกังวลสูงมากในคืนก่อนผ่าตัด

Fries and Reinhard (1996) ศึกษาพบว่า การผ่าตัดเข้ามออกทั้งหมดกระทบต่อมิติ
ทางจิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรมในลตรี บทบาทพยาบาลผ่าตัดทั้งในบทบาทอิสระและบทบาท
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลร่วมกับทีมสหภาพอื่น จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
เข้ามในทุกระยะตั้งแต่ระยะของก่อนผ่าตัด การวินิจฉัย ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่จะต้อง

ให้ทั้งศักยภาพวิชาชีพในการสอนแนะนำ ให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วมภาพที่อบอุ่นด้วยความเห็นอกเห็นใจ แมตตาและมีความรักสงสารผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การปฏิบัติกาพยาบาลตามภาระหน้าที่รับผิดชอบ และการสร้างความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น ซึ่งตรงกับแนวคิดการดูแลของ Roach "5 C's" ที่ประกอบด้วย Compassion Competence Conscience Confidence และ Commitment

แนวคิดทฤษฎีการดูแล

แนวคิดการดูแล

โดยทั่วไปการดูแลเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อสัตว์ หรือบุคคลต่อสิ่งของซึ่งอาจเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ ภาระทางสังคม ด้วยความรับผิดชอบ ความเอาใจใส่ ความรัก ความสนใจ เช่น แม่ที่เทเรซที่มีความรักในมนุษย์ที่ให้การดูแลเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต

ในทางการพยาบาล การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งฟลอเรนซ์ นิติงเกล เป็นบุคคลแรกที่ใช้คำว่าดูแลโดยกล่าวว่ากาพยาบาลเป็นการกระทำที่ใช้เหตุผลจากสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลให้เขาหายฟื้นคืนเป็นปกติ หรือเกือบเหมือนปกติ โดยเร็วที่สุด (Nittingale, 1969 : 3) คำว่าดูแลจึงใช้ในการพยาบาล (Nursing care) มาจนถึงปัจจุบัน มีนักปราชญ์ทางวิชาชีพการพยาบาลหลายท่านที่ให้ความสนใจและศึกษาอย่างจริงจังในเรื่องการดูแล Leininger, (1978: 3) เป็นผู้ที่ใช้คำว่าดูแลเป็นแก่นแท้ของการพยาบาล และอธิบายว่าเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความชัดเจนที่เป็นเอกลักษณ์และเป็นปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาล (Leininger, 1996: 71) ซึ่งไม่สามารถเกิดการรักษาให้หายได้โดยปราศจากการดูแล แต่การดูแลสามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่เกิดการรักษา (Leininger, 1981 อ้างใน 1996)

ต่อมาจึงมีผู้สนใจศึกษาการดูแลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยให้ความหมายของการดูแลที่คล้ายคลึงกันดังนี้

ความหมายการดูแล

การดูแล ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535 หมายถึง การเอาใจใส่ ปกป้อง รักษา ปกครอง และความหมายโดยทั่วไปของการดูแลเน้นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาท

หน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา เอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต

พยอม อุตสวัสดิ์ (2539 : 26) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติกรในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

Leininger (1981) กล่าวว่า การดูแลที่มีความหมายแตกต่างกันหลากหลายในแต่ละวัฒนธรรม การดูแลในเชิงวิชาชีพทางการพยาบาลเป็นความคิดในการเรียนรู้มนุษย์และเป็นวิถีทางวิทยาศาสตร์ของการช่วยเหลือ ส่งเสริม บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนให้ได้รับการบริการในฐานะบุคคล (1988) ในปี 1998 Leininger ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นนามธรรมและเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจน แสดงออกในการช่วยเหลือ ประคับประคอง ส่งเสริม ให้ความสะดวก ในแนวทางการช่วยเหลือ ในเหตุการณ์หรือตามความต้องการ เพื่อพัฒนาสุขภาพ ภาวะการเป็นมนุษย์ หรือวิถีชีวิต

Gout (1986: 78) ให้ความหมาย การดูแลเป็นกิจกรรมที่ดูแลบุคคลทั้งคน โดยเน้นในความต้องการ ทัศนคติในการยอมรับความเป็นบุคคลในการปฏิบัติ ตัดสินใจและเรียกร้องสิทธิการเป็นมนุษย์ของเขา ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุผลทางสังคมและบุคคล

Forrest (1989: 815) การดูแลเป็นสิ่งแรกและสำคัญที่สุดทางจิตใจและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ปรากฏขึ้นจากความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติทั้งกายและใจ

Watson (1989, cited in McGee, 1993) กล่าวว่า การดูแลเน้นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จ และมีสุขภาพดีหรือตายอย่างสงบ

Clarke and Wheeler (1992) ว่า การดูแลเป็นการแสดงถึงความสนใจผู้ป่วยในฐานะบุคคลและจริยธรรม

Watson, 1985 cited in Pagom Euswas (1996) ว่า แก่นพยาบาลคือการดูแล ซึ่ง Watson ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นความคิดทางจริยธรรมของการพยาบาลกับการคำนึงถึงการคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรี และความสมบูรณ์แห่งตน

Roach (1993 : 18) กล่าวว่า การดูแลเป็นความจำเป็นในการพัฒนามนุษย์และการอยู่รอด

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2538) กล่าวว่า การดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม การพยาบาลที่มีคุณภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแล การให้คำปรึกษารักษาที่ผสมผสานเป็นบทบาทการพยาบาล ซึ่งวิเคราะห์เป็น 3 มิติ คือ มิติเชิงการกระทำเป็นวิธีการ มิติเชิงความรู้เป็นหลักการและมิติเชิงจิตอารมณ์ ความรู้สึก

ฟาริตา อิบราฮิม (2533: 214-219) การดูแลเป็นการกระทำที่ต้องปฏิบัติกับคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิดและเทคนิคปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและความเป็นจริงหรือสัจจะที่สามารถรับรู้ได้ระหว่างกัน โดยมีความรู้ ทักษะ ปฏิบัติการดูแล และความรักเป็นพลังพื้นฐานในการดูแล

Myeroff (1971; cited in Leininger, 1981) อธิบายการดูแลว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตและภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการ เป็นแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันในขณะพัฒนา การเป็นเพื่อนให้การช่วยเหลือด้วยความไว้วางใจ ความลึกซึ้ง และสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีคุณภาพ

Brown et al., (1992: 30) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นคำธรรมดา แต่มีความหมายแนวคิด ซับซ้อน เป็นความรับผิดชอบในความผาสุกของบุคคล เป็นการป้องกัน เป็นความรู้สึกและการคำนึงถึง

Benner and Wrubel (1989; cited in Clarke and Wheeler, 1992; 1284) ให้ความหมายการดูแลว่า เป็นปรากฏการณ์การดูแลซึ่งเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความตระหนักรู้และสามารถสัมผัสที่บุคคลสามารถรับรู้ถึงการดูแลได้

สรุปได้ว่า การดูแลเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่แสดงพฤติกรรม การพยาบาลที่มีคุณภาพโดยการผสมผสานบทบาทการพยาบาลในการช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกัน ปกป้อง บุคคล โดยเน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยความเมตตา เอื้ออาทร เอาใจใส่ ความสามารถ และจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

แนวคิดการดูแล

การดูแลเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเฉพาะในมนุษย์เท่านั้น และเป็นการพัฒนาเพื่อความเจริญเติบโตและคงอยู่ของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดการดูแลนี้มีผู้ให้คำอธิบายไว้หลายแนวคิด

Morse et al. (1996: 261-266) อธิบายแนวคิดในการดูแล คือ

1. การดูแลเป็นลักษณะเฉพาะของมนุษย์
2. การดูแลเป็นค่านิยมพื้นฐาน เป็นความคิดเกี่ยวกับศีลธรรม จรรยา
3. การดูแลเป็นอารมณ์ ความรู้สึก
4. การดูแลเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
5. การดูแลเป็นการปฏิบัติการรักษา

ปฏิญญา ชุติงกร (2537: 41-42) จำแนกในทัศนคติการดูแลเป็น 4 มิติ

1. มิติเชิงจิตใจ หมายถึง สภาวะจิตใจที่เป็นรากฐานของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลประกอบด้วย

1.1 สภาวะเกี่ยวกับอารมณ์ ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นมิตร เป็นกันเอง ความอดทน

1.2 สภาวะเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย การสอนผู้ป่วย

2. มิติเชิงปรัชญา หมายถึง สภาวะความเชื่อซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจอีกต่อหนึ่ง ประกอบด้วย

2.1 ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความจริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความเชื่อ การเคารพในสิทธิความเป็นบุคคล

2.2 ด้านจริยธรรม หมายถึง การให้เกียรติ ความไว้วางใจและความซื่อสัตย์

3. มิติเชิงโครงสร้าง หมายถึง สภาวะด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือ และเทคนิควิธีซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย

3.1 ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้ความปลอดภัย

3.2 ด้านเทคนิค ได้แก่ การให้การพยาบาลด้วยความชำนาญ ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

4. มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ หมายถึง สภาวะของพฤติกรรมกรรมการดูแลหรือการกระทำที่เกิดในระหว่างการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

4.1 ด้านสังคม ได้แก่ การตอบปัญหา การสร้างสัมพันธ์ภาพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง

4.2 ด้านร่างกาย ได้แก่ การกระทำให้ผู้ป่วยสุขสบายทางกาย เช่น การสัมผัส การจัดทำ การอยู่เป็นเพื่อน การทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลือในกิจกรรมทางกาย เนื่องจาก การดูแลเป็นกระบวนการที่เป็นศาสตร์และศิลป์ที่เน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล Gout (1986) ได้กำหนดองค์ประกอบที่จำเป็นในการดูแลคือ

1. ผู้ให้การดูแล คือ พยาบาล
2. ผู้รับการดูแล คือ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย

3. การดูแลต้องมีความรู้ว่าจะทำอะไร ซึ่งต้องการการตระหนักรู้ ยินดี และยอมรับในบุคคล

ส่วน Myer (1986) ซึ่งศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวว่ามีองค์ประกอบหลักในการดูแลคือ

1. การให้เหตุผลของผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล
2. กระบวนการระหว่างบุคคล
3. พฤติกรรมการแสดงออกที่ถ่ายทอดการดูแล

Gout (1986) กำหนดว่า ผู้ให้การดูแลนั้นต้องมีลักษณะดังนี้

1. ต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้รับการดูแล
2. เลือกลงปฏิบัติกิจกรรมบนพื้นฐานความรู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก
3. ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางบวกนั้น ตัดสินโดยการพิจารณาของผู้รับการดูแล

พยอม อุตสวัสดิ์ (2539: 130) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามแนวพุทธธรรม พบว่า มีองค์ประกอบในการดูแล 4 ประการ คือ

1. เงื่อนไขการดูแล คือ ความพร้อมของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย ญาติ ที่ต้องการการดูแล
2. สถานการณ์เฉพาะ คือ สภาพหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากพยาบาล
3. กระบวนการปฏิสัมพันธ์ คือ การช่วยเหลือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ
4. ผลลัพธ์ การดูแลคือการประจักษ์ทั้งการให้และการรับการดูแลอย่างแท้จริง เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมีพลังใจในการดูแลตนเอง

แนวคิดการดูแลจึงเป็นแนวคิดที่เป็นการปฏิบัติในมนุษย์ระหว่างผู้ให้การดูแล คือ พยาบาลและผู้รับการดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยให้การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของผู้รับการดูแล โดยปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความเมตตากรุณา อดทนระในการดูแล ความเชื่อมั่น ศีลธรรมจริยธรรม และบทบาทภาระหน้าที่ในการดูแล ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาจำแนกพฤติกรรมการดูแลจากแนวคิดการดูแลคือ

Swanson-Kauffman (1988) กำหนดเกณฑ์ในการดูแล 5 องค์ประกอบ คือ

1. การแสดงถึงการรู้จัก (knowing) มีความหมายที่เป็นความปรารถนาของผู้รับการดูแลที่ต้องการให้เข้าใจในความรู้สึกของเขาในประสบการณ์นั้น ๆ
2. การอยู่ด้วย (being with) ซึ่งเป็นอีกขั้นหนึ่งของการเข้าใจ รู้จัก คือ เป็นความต้องการที่จะมีความรู้สึกร่วมด้วย ซึ่ง Leininger ให้ความหมายในสิ่งที่คล้าย being with คือ เมตตากรุณา (compassion) ความเห็นใจ (empathy) การแสดงตัวให้เห็น (presence) ความรัก (love) ความอ่อนโยน (tenderness) และความสบาย (comfort) ซึ่งเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างมนุษย์ที่ใกล้กับความเข้าใจโดยการคิดอย่างมีสติ เป็นบทบาททางคลินิกและสังคม หรืออาจเรียกการอยู่ด้วยว่าเป็นการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ (emotional involvement)
3. การช่วยเหลือ สนับสนุน (enabling) เป็นการดูแลที่ช่วยเหลือ สนับสนุน ตามความปรารถนาของผู้รับการดูแล Wetson กล่าวว่า การดูแลสิ่งแวดล้อมเป็นการพัฒนาศักยภาพที่เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดในเวลา ให้ทันตามความต้องการ
4. ปฏิบัติให้ผู้รับการดูแล (doing for) เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการดูแลได้ปฏิบัติเพื่อตนเอง เมื่อผู้รับการดูแลมีความรู้ อารมณ์ และร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ซึ่ง Leininger ให้ความหมายที่ตรงกับ doing for คือ แนวคิดในคำว่า สบาย (comfort) ปฏิบัติที่มีสุขภาพดี (health maintenance acts) พฤติกรรมช่วยเหลือ (health behaviors) พฤติกรรมป้องกัน พฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพและการช่วยเหลือ
5. ความเชื่อ (maintaining Belief) ความรู้สึกที่มีพื้นฐานจากความหวัง ความไว้วางใจ

Myeroff ซึ่งให้ความหมายการดูแลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจในความสำเร็จแห่งตน และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณค่า ได้กำหนดพฤติกรรมการดูแลไว้ 8 ประการ คือ

1. การรู้จัก ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลนั้นและรู้วิธีการช่วยเหลือและรู้จักตนเองที่จะช่วยเหลือผู้อื่น
2. จริใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล
3. ความไว้วางใจ ผู้ให้การดูแลและบุคคลผู้รับการดูแลต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อม ถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้อะไรต่าง ๆ จากผู้รับการดูแล และไม่ทำให้เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
5. ความอดทน ผู้ให้การดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เราได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
6. ความหวัง เป็นการมองอนาคตที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
7. ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล
8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือ บุคคลในการดูแล บุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนวทาง มีการประเมินผล การดูแล ปรับปรุง และเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

พยอม อุตสวัสดิ์ (1993 : 313) ศึกษาปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และ ได้พัฒนาทฤษฎี ประจักษ์คุณค่าระยะดูแล เพื่อให้เกิดพลังในการนำว่าต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องที่มีองค์ประกอบดังนี้

1. อยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ
2. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจต่อกัน โดยพยาบาลแสดงความเห็นใจที่จะให้การช่วยเหลือ
3. การให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการทางสุขภาพทั้งพยาบาลและผู้ป่วย รับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ
4. สื่อสารด้วยความเข้าใจ ความเมตตาเอื้ออาทรทางคำพูด และการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง
5. ความมีสติสัมปชัญญะของพยาบาลที่มีความตระหนักในตนเอง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนในการมุ่งมั่นช่วยเหลือผู้ป่วย
6. รักษาจุดการใช้องค์ความรู้ พลังงาน เวลาโดยพยาบาลผสมผสานองค์ความรู้และเลือกวิธีปฏิบัติเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละสถานการณ์ โดยให้พลังกาย พลังใจ และเวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วย

พวงรัตน์ บุญญานันท์ (2531: 33-34) กล่าวว่า องค์ประกอบสำคัญของ การดูแลมี ดังนี้

1. การรู้จัก (knowing) เป็นความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการมีความรู้ในการปฏิบัติการดูแลนั้นต้องมีความเข้าใจคน ผู้ดูแล และจุดด้อย ของผู้รับบริการ โดยการรู้จักทางวิชาชีพนั้นต้องอาศัยความรู้ในส่วนของสุขภาพ ความเจ็บป่วยและความรู้ในด้านพฤติกรรมมนุษย์ การสื่อสาร และการแก้ปัญหา

2. ความเข้าใจ ความหลากหลายของปัญหา (alternating rhythms) คือ ความสามารถในการมองปัญหาหลาย ๆ แนว จากหลาย ๆ จุด โดยเฉพาะในส่วนของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

3. ความอดทน อดกลั้น (patience) ความสำคัญอยู่ที่เป้าหมายที่ต้องการให้คนได้เจริญเติบโตด้วยตนเอง จึงต้องให้คนได้โอกาส คนได้คิด และตัดสินใจด้วยตนเอง การพยาบาลเน้นที่การมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความอดทนอดกลั้นจะช่วยให้พยาบาลได้คิดหาวิธีที่จะให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลสุขภาพให้พยาบาลได้คิดหาวิธีที่จะให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยการคิดวางแผนและทำงานร่วมกัน เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย การดูแลสุขภาพ สัมพันธภาพ การดูแลจึงมีความสำคัญ

4. ความจริงใจ (honesty) การแสดงความรู้สึกที่แท้จริงที่มีต่อกัน โดยแสดงออกอย่างพอเหมาะที่ไม่ละเมิดกันพฤติกรรมการดูแลที่จะให้แก่บุคคลนั้น

5. ความถ่อมตน (humility) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะป้องกันความรู้สึกเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะต้องเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความเฉพาะและมีสิ่งที่น่าเรียนรู้จากผู้ป่วยมากมาย

6. ความไว้วางใจ (trust) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพและเกี่ยวข้องกับความจริงใจและความอดทน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจ ความเป็นบุคคลของผู้รับการดูแล

7. ความหวัง (hope) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความต้องการหรือปรารถนาให้มีการดูแล

8. ความกล้า (courage) การปฏิบัติที่ทำให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวก ขัดต่อจริยธรรม จรรยาบรรณ และค่านิยม การปกป้องสิทธิของตนเองและผู้อื่น การแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ สิ่งเหล่านี้ต้องการความกล้า การดูแลในเรื่องต่าง ๆ เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเผชิญ จึงต้องสร้างความกล้าให้เกิดขึ้น

จากการศึกษาของ บราวน์ (Brown, 1986: 56-62) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลมี 8 ด้าน คือ

1. ตระหนักถึงคุณลักษณะและความต้องการของบุคคล
2. สนับสนุนให้กำลังใจ
3. ให้ข้อมูลข่าวสาร
4. แสดงออกถึงความรู้และทักษะวิชาชีพ
5. ช่วยเหลือเมื่อเจ็บปวด
6. ให้เวลาแก่ผู้รับการดูแล
7. เสริมสร้างเอกลักษณ์แห่งตน
8. ระมัดระวังเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

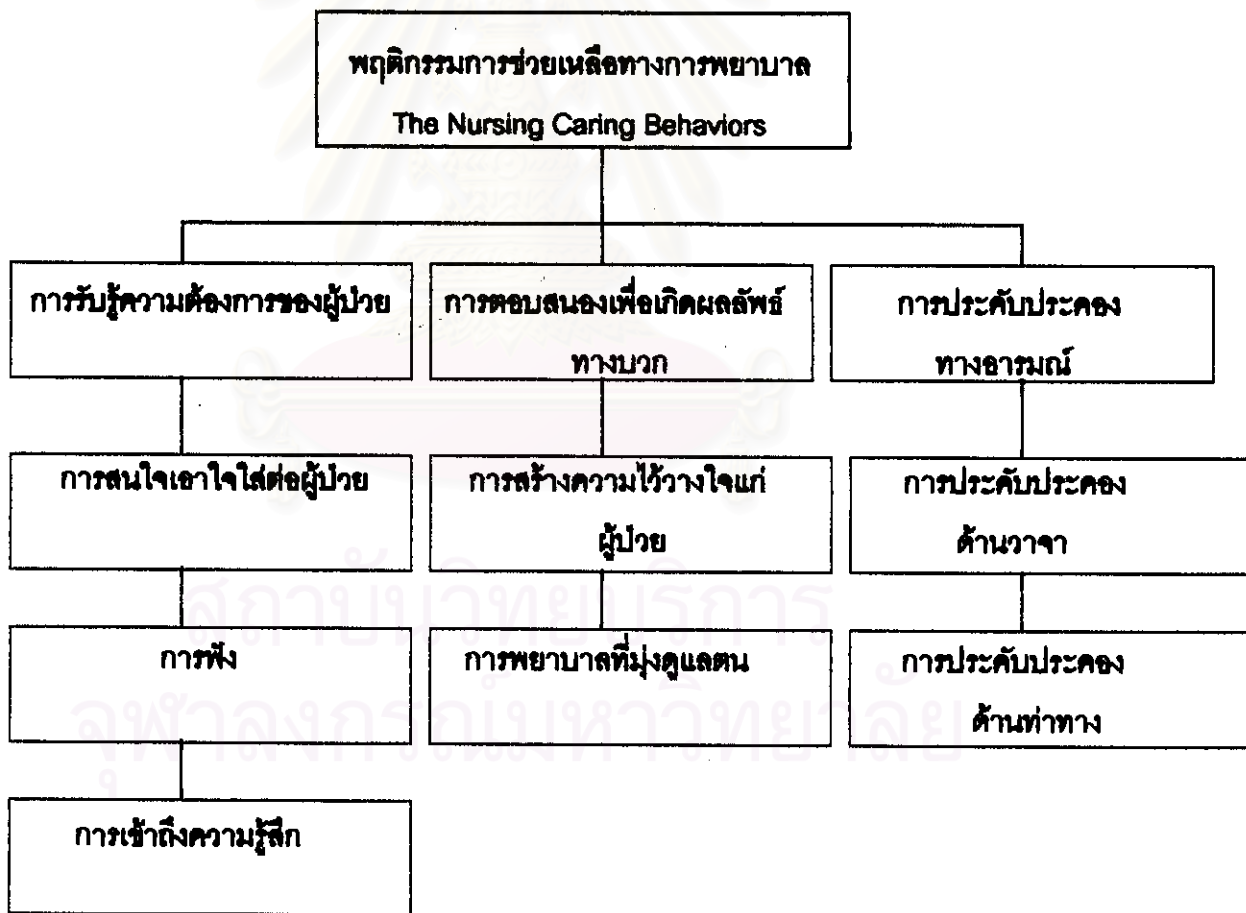
Clarke and Wheeler (1992) ซึ่งศึกษาปรากฏการณ์การดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลในสหราชอาณาจักร พบว่า องค์ประกอบการดูแล ประกอบด้วย

1. การเป็นผู้สนับสนุน ซึ่งเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยเป็นผู้สนับสนุนและสื่อสารโดยให้ความรัก ให้ความค่า และยอมรับให้ผู้รับการดูแล ให้ความไว้วางใจ ส่งเสริมให้เกิดเข้าใจตนเอง และเข้าใจในความต้องการของผู้รับการดูแล ให้กำลังใจและอิสระ เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่ง มั่นใจ
2. การสื่อสาร เป็นการแสดงออกของการสนับสนุนผู้ป่วย โดยการสื่อสารด้วยคำพูด และภาษาท่าทาง ซึ่งอาจแสดงออกโดยรับฟัง พูดด้วย ให้ข้อมูล สัมผัส ช่วยเหลือ
3. แรงกดดัน ผู้รับการดูแลอยู่ภายใต้ความกดดันระหว่างผู้ให้การดูแลที่ต้องตระหนักในแรงกดดัน และผลที่เกิดขึ้น ให้การยอมรับ ปัญหาของบุคคล ความคับข้องใจที่มีผลต่อการดูแล ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย
4. ความสามารถในการดูแล เป็นพฤติกรรมของบุคคล และความสามารถในการป้องกันตนเองโดยการคลายความเครียด

ทัศนีย์ นนทะสร (2533) ศึกษาพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาล (The Nursing Caring Behaviors) ตามแนวคิดของ รินน์ (Rinne 1987: 40-43) เสนอว่ามี 3 ส่วน คือ

1. การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (recognizing needs of patient)
 - 1.1 การสนใจ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย (attention)

- 1.2 การฟัง (listening)
- 1.3 การเข้าถึงความรู้สึก (empathy)
- 2. การตอบสนองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก (responding to provide positive outcome)
 - 2.1 การสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย (trust)
 - 2.2 การพยาบาลที่มุ่งดูแลคน (person-centered nursing)
- 3. การประคับประคองทางอารมณ์ (provide emotional support)
 - 3.1 การประคับประคองด้านวาจา (verbal support)
 - 3.2 การประคับประคองด้านท่าทาง (non-verbal support)



แผนภูมิที่ 1 แสดงพฤติกรรมช่วยเหลือนะทางการพยาบาล
ที่มา : ทัศนีย์ นนทะสาร (2533)

ทฤษฎีการดูแล

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (The Theory of Human Care)

มีความเชื่อว่ารากฐานการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับมนุษยธรรมนิยม จึงเสนอทฤษฎีดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ ที่มีมิติจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบสำคัญในความเป็นมนุษย์

เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีนี้ คือ บุคคลมีภาวะคุณภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าการดูแลเยียวยาตนเอง

อาการป่วย เป็นความไม่กลมกลืนของภายในตน บุคคล ซึ่งอาจเป็นโรค เช่น กาย จิต และจิตวิญญาณทั้งในสำนึกและใต้สำนึก

สุขภาพ คือ ความกลมกลืนของจิต กาย วิญญาณระหว่างบุคคลและสิ่งอื่นและระหว่างบุคคลและธรรมชาติ ดังนั้นสุขภาพคือ ความสัมพันธ์ของความถี่ระหว่างการรับรู้ตนเองและประสบการณ์ ซึ่งรวมถึงกายภาพ สังคม อารมณ์ และศีลธรรมจรรยา

การเปลี่ยนแปลงเกิดจากกลไกภายในบุคคล ระหว่างจิตและจิตวิญญาณ ที่ยอมให้ตนเกิดการหาย (self-healing)

ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors)

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
2. สร้างความศรัทธาและความหวัง
3. ใฝ่ต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น
4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ
5. ยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ
6. ใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์
7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน
8. ประทับใจประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล
10. เสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

Roach (1993: 60) ปราชญ์ทางการพยาบาลชาวแคนาดาได้กำหนดคำสำคัญในการดูแลไว้ 5 คำ คือ "5 C's of caring" คือ Compassion Competence, Confidence, Conscience, Commitment ซึ่งแต่ละคำมีความหมาย ดังนี้

1. การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น (compassion) เป็นแนวทางของชีวิตที่แสดงออกถึงการตระหนักถึงในสัมพันธภาพ เกิดตอบสนองต่อบุคคลอื่น ไวต่อความเจ็บปวดและเสียหายของผู้อื่น คุณภาพของการแสดงออกซึ่งยอมรับในการแบ่งปันกับผู้อื่น ซึ่ง Mathew Fox มอง compassion เป็นแหล่งพลังงานที่ยิ่งใหญ่ในโลกและเป็นวิถีชีวิต

2. สมรรถนะในการดูแล (competence) คือ เป็นการใช้ความรู้ การตัดสินใจ ประสบการณ์ และความต้องการแรงจูงใจ ที่ตอบสนองต่อความต้องการการรับผิดชอบของวิชาชีพ ซึ่งในวิชาชีพการพยาบาล นอกจากต้องการผู้ที่มีความเมตตาและมีความแข็งแรงแล้ว ยังต้องการผู้ที่มีสติปัญญาความคิดในระดับสูง (high degree of cognitive) ผู้ที่มีความรู้ลึก มีความสามารถทางเทคนิค และทักษะในการบริหาร ที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ความเชื่อมั่นไว้วางใจ (confidence) ให้ความหมายเป็นคุณภาพ ซึ่งสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพที่เชื่อถือ เพื่อบรรลุเป้าหมายการบริการ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไว้วางใจยอมรับในกรอบของวิชาชีพ

4. ความถูกต้องทางจริยธรรม (conscience) เป็นการตระหนักในจริยธรรม คุณภาพที่อยู่ในขอบเขตตรงต่อพฤติกรรมของบุคคล เป็นการตอบสนองที่มีคุณค่า มีความหมาย เหตุผลและระบอบคอบ ที่ตระหนักในความรู้และการสืบเสาะทางจริยธรรม เป็นการสะท้อนการดูแลที่มีคุณภาพ

5. ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (commitment) เป็นการแสดงออกถึงการกระทำที่อยู่ระหว่างบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบกับความปรารถนาที่จะกระทำการดูแล

นอกจาก 5 C's ซึ่งเป็นกรอบกว้าง ๆ ในเกณฑ์ของพฤติกรรมมนุษย์ในการดูแลของวิชาชีพแล้ว กิริยามารยาท การแต่งกาย และภาษาที่บุคคลแสดงออกเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมด้วย (Roach, 1993 : 66)

จากการศึกษาในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลนั้น มีผู้ให้ความสนใจและศึกษาในพฤติกรรมการดูแลมากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่สำคัญการตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลที่นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยการดูแลนั้น สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ต้องรู้จักผู้รับการดูแล ผู้ให้การดูแลต้องรู้จักตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วย โดยการประเมิน (assessment) ผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ความต้องการ ความปรารถนา ความหมาย และความหวังในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ยอมรับผู้ป่วยและครอบครัวในฐานะการเป็นบุคคล โดยการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ (conscience)
3. ให้การดูแลผู้รับบริการดูแลด้วยความเต็มใจ จริงใจที่จะช่วยเหลือด้วยความรัก ความเมตตา (compassion) ในการช่วยเหลือ บังคับกันชั้นตราหรือสิ่งที่จะทำให้ผู้รับบริการดูแลได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
4. ปฏิบัติการดูแลโดยใช้ความรู้ความสามารถทางการแพทย์พยาบาล (competence) ซึ่งเป็นศาสตร์และศิลป์ในการดูแลที่มีความเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล โดยการวางแผนร่วมกันกับผู้รับบริการดูแล (planning) และครอบครัว โดยการส่งเสริมครอบครัวให้มีความสามารถในการเป็นผู้สนับสนุน ประคับประคองผู้ป่วยต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น
5. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก ปัญหา ร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาทางเลือกในการแก้ปัญหา และยอมรับสภาพ การป่วยเพื่อมีชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นการสร้างสัมพันธภาพในการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ และเกิดความไว้วางใจ (trust) โดยใช้ภาษากาย ภาษาพูด และการสัมผัส ให้เกิดความเชื่อมั่นในการได้รับการดูแล (confidence)
6. อดทน อดกลั้น ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับโอกาส ได้คิด ได้ตัดสินใจ ด้วยตนเองเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการดูแล
7. มีความรู้สึก อารมณ์ ร่วมกับผู้ป่วย (empathy) ในความเชื่อ ความหวัง ความหมายในชีวิตของผู้ป่วย ตามบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลด้วยความรับผิดชอบและปรารถนาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (commitment) โดยการประเมินผลการพยาบาลในการดูแล

การประยุกต์ แนวคิด ทฤษฎี และพฤติกรรมกรรมการดูแล

การดูแลเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้แนวคิดการดูแลของ Roach ซึ่งประกอบด้วย ความเมตตา กรุณา สรรภณะในการดูแล การส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจ ด้วยความถูกต้องตามศีลธรรม จรรยาและความยึดมั่นผูกพันในการดูแล โดยการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในการสนับสนุน ประคับประคองทางวาจาและท่าทาง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองให้เกิดผลที่ดีต่อผู้ป่วยแล้ว การให้คำปรึกษา แนะนำ ยังเป็นการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา (Okun, 1976 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2540) เมื่อบุคคล

ประสบปัญหาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บางคนอาจแก้ปัญหาด้วยตนเอง และบางคน ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งในลักษณะที่เป็นการขอความช่วยเหลือทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา และบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วย คือ บทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากปัญหาของสุขภาพกายและการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและอาการเครียด การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุข พอใจในการดำรงชีวิต และมีโอกาสใช้ศักยภาพของตนในการแก้ปัญหา

ความหมายของการให้คำปรึกษา

มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือและกลุ่มที่เน้นกระบวนการ

กลุ่มที่เน้นสัมพันธภาพการช่วยเหลือ Rogers (1942 อ้างใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2540) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามใช้หลักการของสัมพันธภาพในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเอง และนำตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม และ Arbuckle (1965; อ้างใน วรรณญา คุ้มผาติ, 2537) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเน้นสัมพันธภาพของมนุษย์ เป็นความสัมพันธ์ที่อบอุ่น และผู้ให้คำปรึกษาที่มีความเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่สมบูรณ์แท้จริง โดยไม่มีคำว่ายแต่ นอกจากการให้การยอมรับว่าผู้รับคำปรึกษาเป็นบุคคลที่มีคุณค่าคนหนึ่งในสัมพันธภาพของการยอมรับนี้ จะทำให้ผู้มารับคำปรึกษาสามารถเจริญเติบโตก้าวหน้าและสามารถใช้ความเข้มแข็งและความสามารถของเขาในการเลือก ตัดสินใจ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบและพึงพอใจที่เขาได้รับจากสัมพันธภาพและการรักษา

กลุ่มเน้นกระบวนการของการให้คำปรึกษา คือ Williamson (1965 อ้างใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2540) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาว่าหมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาซึ่งได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีทักษะในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้มีปัญหามารับรู้ กระจำงแง่ในปัญหาของตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

Litwack (1980) นิยามการให้คำปรึกษาทางสุขภาพว่าหมายถึง กระบวนการของสัมพันธภาพแห่งความเข้าใจอันดีต่อกันและกัน ที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ โดยบุคคลจะเพิ่มทัศนคติภาพแห่งตนในความต้องการของตนและตัดสินใจต่อสภาวะสุขภาพอนามัยในภาวะแวดล้อม

Lewis (1970 ช้างใน วรรณญา คุ่มมาต) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีปัญหาหรือผู้มารับคำปรึกษาจะได้รับความช่วยเหลือให้รู้สึกและแสดงพฤติกรรมในลักษณะที่พอใจมากขึ้น โดยผ่านการเกี่ยวข้องกับผู้อื่นให้คำปรึกษา ซึ่งผู้จัดหาข้อมูลและแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นผู้มารับคำปรึกษาให้พัฒนาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาดำเนินการเกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความหมายของการให้คำปรึกษาทั้งในแนวคิดของสัมพันธภาพและกระบวนการให้คำปรึกษา แม้จะต่างกันแนวคิดของแต่ละทฤษฎี แต่มีเป้าหมายเดียวกันที่ช่วยให้บุคคล เข้าใจยอมรับตนเอง และปัญหาของตน ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม

การเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพ หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพดีสมบูรณ์ที่สุด ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยอาศัยเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของผู้ให้คำปรึกษา ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้นจะมุ่งเพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักเข้าใจ ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพของตน ปรับตนเองเกี่ยวกับเจตคติค่านิยม และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนอย่างถูกต้องเหมาะสม จนมีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2532: 76)

ในบทบาทการเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลนั้น เป็นบทบาทที่พยาบาลต้องทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลอยู่ตลอดเวลา เพราะในการทำงานของพยาบาลจะพบผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ซึ่งเต็มไปด้วยความเครียดและวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของตน ไม่ว่าจะเป็นอยู่ในระยะการรอผลการรักษา ระยะการดูแลหรือพักฟื้นก็ตาม โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่จะมีความวิตกกังวลและความเครียดอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่ระยะรอผลการวินิจฉัย เริ่มการรักษา รอผลการทดสอบ รู้ถึงความล้มเหลวในการรักษาเกิดความเจ็บปวด โทสตาย และตัดสินใจสิ้นสุดการยิวชีวิต (Roth et al., 1995, 429) นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะเกิดปัญหาทางจิตสังคมที่เกี่ยวกับสภาพของตน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจหน้าที่การงาน ซึ่ง Yeglich and Quinn (1986) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เน้นในการแก้ปัญหาโดยการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมี

เหตุผล จะทำให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดีและปรับตัวได้ ซึ่งถ้าพยาบาลเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และนำ การให้คำปรึกษามาให้ จะช่วยผู้ป่วยในการแก้ปัญหาภาวะวิกฤตได้และเกิดคุณภาพการพยาบาล

ในกระบวนการให้คำปรึกษานั้น ประกอบด้วย ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาใน การดำเนินการ เพื่อให้การให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. คุณสมบัตินของผู้ให้คำปรึกษา
2. จรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษา
3. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อคำปรึกษา
4. เทคนิคในการให้คำปรึกษา

ในกระบวนการดูแลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach และพฤติกรรมกรดูแล ตามแนวคิดนี้ รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำผู้ป่วยตามความต้องการและความจำเป็นของ ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริม ป้องกัน พัฒนามนุษย์ และการอยู่รอด ทั้งเน้นในสัมพันธภาพทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัว ซึ่งความหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การ พยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการแนะนำต่อไปนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการ แก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การถูกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการใช้ภูมิคุ้มกันโรค
4. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัย ปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ และการประเมินผล (บันทึกร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการ พยาบาลและผดุงครรภ์ ฉบับแก้ไขที่พิจารณาเสร็จ, 2541 : 2) ดังนั้นในการปฏิบัติกรดูแลตาม แนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach ซึ่งเน้นในการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น (Compassion) สมรรถนะในการดูแล (Competence) ความถูกต้องทางจริยธรรม (Conscience) ความเชื่อมั่น ใจวางใจ (Confidence) และมุ่งมั่นในการปฏิบัติกรดูแล (Commitment)

การให้คำปรึกษาจึงเป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลต้องพิจารณาในผู้ป่วยและ ครอบครัวตามความต้องการและความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลพึงมี คุณสมบัตินในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและ ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้น นอกจากจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะของการช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาแล้ว (สุริย์ จันทร์โมลี, 2527) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม มีสุขภาพและอารมณ์ดีและต้องมีทักษะในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน การแปลความหมาย ให้กำลังใจ มีความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์และเก็บบันทึกข้อมูล

กองฝึกอบรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2534) กำหนดคุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา ดังนี้

1. มีความเข้าใจในหลักการให้คำปรึกษา
2. มีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้รับบริการ มีเจตคติที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการ
3. มีความรู้ ทักษะในการให้บริการตามหลักวิชาการ
4. มีความสนใจในงานช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์
5. มีความรับผิดชอบรู้ขอบเขตการช่วยเหลือและความสามารถของตน
6. มีความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ รับผิดชอบต่อการตัดสินใจของผู้รับ

บริการ ผู้ให้บริการไม่ตัดสินใจแทน

7. สามารถถ่วงการตัดสินใจคุณค่าคนอื่นและมุ่งที่จะเข้าใจถึงที่เกิดขึ้นได้
8. รักษาความลับผู้รับบริการ

อุดม ลักษณะะวิจารณ์ (2536) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ต้องเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี
2. ต้องเป็นนักฟังที่ดี
3. มีบุคลิกภาพที่ดี ต้องฟังอย่างมีสติ
4. มีความเมตตา กรุณาอยู่ลึก ๆ ในจิตใจ
5. ต้องสำรวจตนเองอยู่เสมอทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเอง หาข้อบกพร่อง

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นเรื่องของคน 2 คน โดยคนหนึ่งมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ และอีกคนหนึ่งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือหรือผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยทั้ง 2 คน มีบทบาทที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และเป็นบทบาทในการช่วยเหลือที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ดังนั้นจรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการให้คำปรึกษา

จรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษา Rogers ได้กล่าวไว้ 10 ประการ

1. สร้างความไว้วางใจไว้กับผู้รับคำปรึกษา โดยคำนึงถึงการตรงต่อเวลา และรักษาความลับ
2. สามารถสื่อสารและแสดงออกได้ชัดเจนตามแนวคิดของตน
3. มีเจตคติที่ดี มีความอบอุ่นเป็นมิตร เข้าใจและสนใจผู้อื่นอย่างจริงจัง
4. มีความเป็นตัวของตัวเองเพียงพอ
5. ยอมรับและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น
6. มีความรู้สึกเห็นใจผู้อื่นอย่างแท้จริง
7. แสดงความรู้สึกที่มีต่อปัญหานั้น ๆ ได้เหมาะสม
8. ไวพothที่จะรู้สึกของผู้อื่น
9. ไม่นำความรู้สึกและความคิดเห็นที่รับรู้มาก่อนมาตัดสินพฤติกรรม
10. สามารถดูการเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษาได้ทุกกรณี

การสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นวิธีการใด การสร้างสัมพันธภาพถือเป็นหัวใจในการให้คำปรึกษาในการสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. การสร้างบรรยากาศ ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น เป็นกันเอง มีความจริงใจ แสดงออกถึงความสนใจในปัญหาของผู้รับบริการอย่างจริงจัง ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของผู้รับคำปรึกษา ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกสบายใจในตัวของผู้ให้คำปรึกษา
2. การยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข เคารพในสิทธิและควมมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงความปรารถนาและความจริงใจที่จะช่วยเหลือ
3. ความเข้าใจ เป็นหน้าที่ที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องติดตามทำความเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิดและสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาจะบอกให้ทราบทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. การมีความรู้สึกร่วม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามนำความรู้สึกของตนเข้าไปอยู่ร่วมกับผู้รับคำปรึกษา เอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถรู้ถึงบรรยากาศและความนึกคิดของบุคคลอื่นได้
5. การแสดงความเอาใจใส่ เป็นท่าทีและบุคลิกของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ และอาศัยทักษะในการฟัง และสังเกตติดตามเรื่องราวของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะทำให้เกิดบรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี

6. ความเชื่อ ผู้ให้คำปรึกษาดังมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าเราอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม และเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนย่อมต้องการอิสระที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ

เทคนิคในการให้คำปรึกษา

1. การเริ่มต้นให้คำปรึกษา ในระยะแรกทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ยังมีความรู้สึกใหม่ต่อกัน ตื่นเต้น ผู้มารับคำปรึกษา อาจเริ่มต้นไม่ถูก ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาทางปรับบรรยากาศให้รู้สึกอบอุ่น เป็นกันเอง
2. การตั้งคำถาม เพื่อหาข้อมูล เพื่อผู้มารับคำปรึกษาเข้าใจตนเองหรือเพื่อสะท้อนความรู้สึกและเจตคติให้ผู้รับคำปรึกษา รู้และยอมรับตนเอง โดยใช้คำถามปลายเปิด
3. การซักถามตรง เป็นการตั้งคำถามตรง ๆ เมื่อผู้รับคำปรึกษาเสี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหา
4. การเสนอแนะ ต้องเป็นการเสนอแนะที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักนำตนเอง มีวินัยในตนเอง
5. การตีความหมาย
6. การเรียบและการฟัง เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเรื่องของตนเอง
7. การให้ความกระจำแจ้ง เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา
8. การแสดงความเห็นชอบด้วย เป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษา
9. การให้ความมั่นใจ
10. การย้ำเพื่อเกิดความมั่นใจ เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด ความกังวลใจ
11. การสะท้อนความรู้สึก
12. การสังเกต เป็นการสังเกตถึงพฤติกรรม เสี่ยง สิ้นหวัง ทำทาง คำพูด เพราะพฤติกรรมทั้งหมดมีความหมายทั้งสิ้น

13. การแนะนำ เป็นการแนะนำโดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหา โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษา
14. การกระตุ้นให้กำลังใจ
15. การชี้ชวน
16. การท้าทาย วิธีการนี้เป็นวิธีการที่เสี่ยง เพราะเป็นการปฏิเสธผู้รับคำปรึกษาตง ๆ ผู้ใช้วิธีนี้ต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

รูปแบบของการให้คำปรึกษา

Nelson-Jones cited in Tschudin 1995 กำหนดรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. พัฒนาสัมพันธภาพและค้นหาปัญหาให้ชัดเจน
2. ประเมินปัญหาและให้ความหมายของคำ ทักาะใหม่
3. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ
4. ลงมือปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมทักษะการช่วยตนเอง (Self-helping)
5. ยุติการให้คำปรึกษาและพัฒนาทักษะการช่วยตนเองให้แข็งแกร่ง

Carkhuff เริ่มจากการให้ความสนใจและตอบสนองต่อผู้รับบริการคำปรึกษาในเรื่องของความรู้สึกและเหตุผล ให้ความหมายบุคลิกภาพและประสบการณ์ จากนั้นจึงกำหนดเป้าหมายและเริ่มปฏิบัติ

Egan

1. เริ่มจากเล่าเรื่องราวที่เป็นจุดบอด
2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล มีความพร้อม
3. ค้นหาความเป็นไปได้ กำหนดหัวข้อ และตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
4. วางแผนกำหนดวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับคำปรึกษา

Tschudin ในการปฏิบัติกรให้คำปรึกษาทั้งในวิชาชีพการพยาบาลและนอกวิชาชีพ รูปแบบการช่วยเหลือและให้คำปรึกษา กำหนดเป็น 4 คำถาม (The four Questions) ประกอบด้วย (Tschudin, 1995: 44)

1. มีอะไรเกิดขึ้น (What is happening?)
2. ความหมายของสิ่งนั้นคืออะไร (What is the meaning of it?)
3. จุดหมายคืออะไร (ของผู้รับคำปรึกษา) (What is your goal?)
4. จะทำอย่างไรที่จะถึงจุดหมายนั้น (How are you going to do it?)

การให้คำปรึกษาและการให้สุทธศึกษามีความแตกต่างคือ การให้สุทธศึกษานั้น หมายถึง การให้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและเจตคติ ให้ผู้ป่วยคงมีภาวะสุขภาพดี (Hohnson & Baumberg, 1993 cited in Hagopian, 1996: 1223) ซึ่งคล้ายคลึงกับ Sharf, 1988 cited hagopian, 1996 ว่าการให้สุทธศึกษาคือการให้ความรู้ผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้นเป็นการกำหนดเป้าหมาย เพื่อการพัฒนาตนเอง โดยให้บุคคลเข้าใจยอมรับปัญหาของตน และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง เป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ในขณะที่แก้ไขปัญหาลงและยอมรับตนเอง โดยอาศัยเทคนิควิธีและกระบวนการของการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

จึงมีผู้สนใจศึกษาการให้คำปรึกษาและกำหนดเป็นทฤษฎีในการให้คำปรึกษาไว้หลายกลุ่มด้วยกัน

ทฤษฎีการให้คำปรึกษา

ทฤษฎีการให้คำปรึกษา เป็นการรวบรวมแนวความคิดด้านต่าง ๆ ของบุคคล ตั้งแต่พื้นฐานทางประวัติศาสตร์ สังคมศาสตร์ ปรัชญาความเชื่อในธรรมชาติของมนุษย์ โดยอาศัยทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของมนุษย์ ทฤษฎีบุคลิกภาพและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพื้นฐาน เนื่องจากการให้คำปรึกษานั้นเป็นความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก การรับรู้คุณค่าหรือเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทฤษฎีในการให้คำปรึกษาจึงมีลักษณะต่าง ๆ ตามความเชื่อของนักทฤษฎีแต่ละกลุ่ม ซึ่งอรรถกรณ ลือบุญธวัชชัย (2532) สรุปไว้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีและความคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะและองค์ประกอบ (Trait factor centered approach) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับมนุษย์กับงาน ความสามารถและความสุขในการทำงาน โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง และใช้ความสามารถในการเลือกแนวทางของตนอย่างเหมาะสม ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าผู้ที่ปัญหาคือผู้ที่ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง ไม่รู้วิธีจะใช้ความสามารถของ

คนไปในทางที่ดีที่สุดได้อย่างไร ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเองถึงความสามารถ ความถนัด พร้อมทั้งเสนอแนวทางเพื่อสามารถตัดสินใจเลือกอย่างดีที่สุด บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องช่วยผู้รับคำปรึกษาในการตัดสินใจด้วย ถ้าเขาอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้

กลุ่มที่ 2 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ผู้มีปัญหาคือ ผู้ที่ได้รับการเรียนรู้มาผิด ๆ จนไม่สามารถตอบโต้กับสิ่งแวดล้อมได้ วิธีการช่วยเหลือผู้มีทุกข์ก็คือการให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันวางแผนและตั้งจุดมุ่งหมายในการสร้างพฤติกรรมที่ดีและน่าพอใจ

กลุ่มที่ 3 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีภวนิยม (Existentialism approach) ทฤษฎีนี้เน้นในเรื่องความมีอิสระของมนุษย์ การมีชีวิตที่มีความหมาย (meaning of life) โดยมีความเชื่อว่าเหตุที่มนุษย์มีความทุกข์หรือปัญหานั้น เนื่องจากคนรู้สึกว่ามีชีวิตตนไม่มีความหมาย อยู่อย่างเลื่อนลอยหาความสุขไม่ได้ ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้มารับคำปรึกษาจากสิ่งที่มีความหมายให้กับตนเอง สร้างเป้าหมายในชีวิตให้กับตนเอง เพื่อมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเน้นให้เห็นถึงความมีอิสระในตัวเองของมนุษย์ ในการเลือกและตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง พร้อมกับรู้จักรับผิดชอบในผลที่ตามมาจากการกระทำของตน

กลุ่มที่ 4 แนวความคิดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์คือสัตว์ชนิดหนึ่งที่มีความต้องการ (id) หรือตัณหา ผู้ที่มีความทุกข์คือ ผู้ที่มีความขัดแย้งใจ (conflict) ไม่สามารถผสมผสานระหว่างความต้องการของตนเอง (id) กับความรู้สึกผิดชอบชั่วดีได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาจะหาทางช่วยเหลือผู้มารับคำปรึกษา โดยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุและเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้งของผู้มีทุกข์ เสนอแนะให้เขายอมรับสาเหตุและปัญหาของตนเอง ความขัดแย้งใจจะลดลง ผู้มีทุกข์จะมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้

กลุ่มที่ 5 แนวความคิดที่ผู้มารับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client centered theory approach) ทฤษฎีนี้ผู้ริเริ่มคือ Rogers เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มีเกียรติ มีความฉลาดสามารถพัฒนาตนเองได้ ผู้มีทุกข์คือ ผู้ที่มีอะไรบางอย่างมาบดบัง ความสามารถ และความรู้อย่างแท้จริง ทำให้เขาไม่สามารถแสดงความสามารถออกมาได้ เช่น การคิดว่าตนเองมีปมด้อยกว่าคนอื่น ทำให้เกิดความทุกข์ ฉะนั้นการให้คำปรึกษาจะใช้วิธีช่วยให้ผู้มีทุกข์ได้แสดงออกถึงความรู้ที่แท้จริง โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ความอบอุ่น ยอมรับ เป็นกันเองกับผู้มีทุกข์ เปิดโอกาสให้เขาได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 6 แนวความคิดแบบ Gestalt theory approach ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า แก่นแท้ของมนุษย์ก็คือ ความเป็นมนุษย์ทั้งตัว มองในแง่ (wholistic approach) มนุษย์มีบุคลิกที่ผสมผสานกันระหว่างสิ่งที่พึงพอใจและสิ่งที่ไม่พึงพอใจของตนเองหรือสังคม ผู้ที่มีความทุกข์ก็คือผู้ที่ไม่กล้าแสดงออกต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้ที่มีทุกข์ให้ได้ระบายความทุกข์ที่กดเก็บไว้ออกมา

ระบบการดูแลและให้คำปรึกษา ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประเมินผู้รับการดูแลและรับคำปรึกษาทางจิตสังคมด้วยกระบวนการพยาบาล เพิ่มส่งเสริมการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์เชิงวิทยาศาสตร์

ขั้นที่ 2 สรุปความจำเป็นและความต้องการการดูแลและคำปรึกษาทางจิตสังคม กำหนด เป้าหมาย และวางแผนร่วมกัน

ขั้นที่ 3 ตอบสนองการดูแลตามแผนที่กำหนด โดย

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งทางบวกและลบ โดยรับฟังด้วยความสนใจ ตั้งใจ สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สบาย

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความหมายและความต้องการการแก้ปัญหาของตนเอง ด้วยการตอบสนองทั้งคำพูดและท่าทางที่ยอมรับผู้ป่วย ให้เกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ

3. ให้คำปรึกษาครบครัน คือ ลามิหรือบุคคลใกล้ชิด ให้เข้าใจถึงปัญหาของลามิหรือบุคคลใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยเกิดความหวัง บุญทิศา โพรเจอร์กู (2538) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การยอมรับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย

5. ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย

6. ใช้ความสามารถทางวิชาชีพ ปฏิบัติด้วยการยึดถือจรรยาบรรณวิชาชีพ

7. จัดสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ สถานที่ บุคคล และช่วยเหลือในปัญหาของผู้ป่วย

ผู้ป่วย

ขั้นที่ 4 ประเมินผลสรุปผลของระบบการดูแลและให้คำปรึกษา โดยสรุปผลร่วมกันในการบรรลุจุดหมาย

ในการประยุกต์พฤติกรรมกรรมการดูแลในเมโนเมติกการดูแลของ Roach ในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะของการวินิจฉัย จนกระทั่งผ่าตัดและการวางแผนกลับบ้านหรือการรักษาต่อเนื่องนั้น ต้องใช้ทั้งการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการให้ข้อมูล ทั้งนี้เป็นการให้การช่วยเหลือซึ่งผสมผสานให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย โดยองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สมรรถนะทางการพยาบาลทั้งความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการ

ดูแลให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ตลอดจนคำแนะนำที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงจริยธรรมในการพยาบาล ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชื่อมั่นและยึดมั่นในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผ่าตัด โดยไม่จำกัดขอบเขตเฉพาะภายในห้องผ่าตัดเท่านั้น แต่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดมั่นผูกพันในการดูแลตามบทบาทภาระหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดเต็มตามศักยภาพ ซึ่งสามารถประยุกต์และสรุปพฤติกรรมการดูแลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤติกรรมการดูแลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเฝ้าตาม
 ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและครอบครัวในระยะต่าง ๆ

แนวคิด	ระยะการวินิจฉัย	การดูแลก่อนผ่าตัด	การดูแลระหว่างผ่าตัด	การดูแลหลังผ่าตัด	วางแผนและสนับสนุนบ้านหรือ เพื่อการรักษาต่อ
Compassion	<ul style="list-style-type: none"> -รับฟังถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว -สนใจ รับฟัง ให้เวลาผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ 	<ul style="list-style-type: none"> -เข้าใจ รับรู้ ความต้องการ ความรู้สึกของผู้ป่วย -สนใจ รับฟังปัญหา เสร็จแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> -อยู่ตรงกับผู้ป่วย รับรู้ เข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อม -ใส่ใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกความกังวล -สัมผัสด้วยความห่วงใย -สนับสนุน 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย -รักษาด้วยภาษาที่อ่อนโยน -เข้าใจรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย -สัมผัสด้วยความห่วงใย 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมผู้ป่วย ทักทายด้วยภาษาที่อ่อนโยน เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว -รับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจ
Competence	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีความรู้ความสามาร และความสามารถชีวิต -วางแผนให้การรักษาโดยให้ความรู้ ความสามารถ วิเคราะห์ -ให้คำปรึกษา และนำ 	<ul style="list-style-type: none"> -ปฏิบัติการพยาบาลที่ปลอดภัย -ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง -ประเมิน วางแผนสภาพปฏิบัติการ พยาบาล โดยไม่กระทบการ พยาบาล -ให้คำปรึกษา และนำซึ่งการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> -ตัดสินใจเมื่อมีเหตุทางการพยาบาล -ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้ ความสามารถ ประเมินการัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินผลการพยาบาลหลังผ่าตัด -มีความรู้ ความสามารถ ประเมินการัน เพื่อป้องกันอันตราย ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความสามารถภายหลังผ่าตัด และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการพยาบาลในภายใต้นักศึกษาและคำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัว
Conscience	<ul style="list-style-type: none"> -ศึกษาริธีการของผู้ป่วยในทางศีลธรรม -ยอมรับการตัดสินใจและความแตกต่างทางวัฒนธรรม -ความเชื่อ -บันทึกการพยาบาลตรงตามการปฏิบัติจริง 	<ul style="list-style-type: none"> -ศึกษาริธีการของผู้ป่วยในการตัดสินใจ -ให้คำแนะนำถึงเวลา สถานที่ บุคคล และวิธีการ ให้ผู้ป่วยรับรู้อะไรดี -ให้คำปรึกษา เพื่อรับการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> -ศึกษาริธีการของผู้ป่วย -ยอมรับการันเป็นกิจที่ -ประเมิน เพื่อป้องกัน -ศึกษาชีวิต -ให้ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -อธิบายถึงความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง -ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -อธิบายถึงความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง -ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

Confidence	<p>-ช่างมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย มีความมั่นใจ ไว้วางใจ</p> <p>-ประทับใจ ประสิทธิภาพและครอบครัวด้านภาษา ภาษา เพื่อใช้ผู้ป่วย มีความมั่นใจ กำลังใจ</p>	<p>-เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยกับสิ่งอำนวยความสะดวก ในภาคดูแล</p> <p>-ช่างมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่ง ครอบครัว ประสิทธิภาพทางภาษา</p> <p>อารมณ์ ภาย ต่อผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>-ประทับใจประทับใจเพื่อได้ ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น</p> <p>-ทักษะผู้ป่วยมีความเข้าใจ</p> <p>ผ่าตัดเพื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจ</p>	<p>-ประทับใจประทับใจด้วยภาษา อารมณ์ ท่าทาง</p> <p>-ให้คำปรึกษา ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้การสนับสนุนร่วมกับ ประสิทธิภาพ</p>	<p>-คิดถึงภาคเชื่อม</p> <p>-ให้ข้อมูลการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย และครอบครัวด้วยความ เสนอภาค สม่ำเสมอ</p>
Commitment	<p>-ปฏิบัติตามการพยาบาลด้วยความซื่อสัตย์ในบทบาทหน้าที่ กับโรคของ</p> <p>-มุ่งดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยองส่วน</p> <p>-บันทึกการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>-ปฏิบัติตามการพยาบาลตามการวางแผนด้วยบทบาทกับโรคของ</p> <p>ตามหน้าที่</p> <p>-โดยให้คำแนะนำที่มุ่งดูแลผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม</p> <p>-บันทึกการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>-ปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ในบทบาทพยาบาลส่งเสริมโรค (Scrub nurse) หรือจัดการทั่วไป (Circulating Nurse) หรือช่วยผ่าตัด</p> <p>(assist) ตามความจำเป็นของผู้ป่วย ตามบทบาทความรู้โรคของพยาบาลผ่าตัด</p>	<p>-ปฏิบัติตามการพยาบาลด้วยความรับผิดชอบที่ป้องกันอันตรายให้กับ</p> <p>ผู้ป่วยจากการพยาบาลผ่าตัด</p> <p>-บันทึกการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง</p>	<p>-ให้คำแนะนำการส่งต่อ</p> <p>ต่อความจำเป็นกับการพยาบาล</p> <p>เพื่อการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>ตามบทบาทการระงับที่รับผิดชอบ</p>

คุณภาพชีวิตและการประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต

หลังจากที่องค์การอนามัยโลก นิยามคำว่า "สุขภาพ" ในปี 1944 ว่า คำว่าสุขภาพนั้น ไม่ใช่หมายถึงการไม่มีโรคเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้วย ต่อมาในปี 1960 ประธานาธิบดี ไอเซนฮาว (Eisenhower) ใช้คำว่าคุณภาพชีวิตเป็นครั้งแรก ในสหรัฐอเมริกา โดยกล่าวว่า "เป็นชีวิตที่ดี" ต่อมาในปี 1970 จึงเริ่มนำแนวคิดคุณภาพชีวิตมาใช้ ในการประเมินสภาวะการเจ็บป่วยตั้งแต่เกิดถึงตาย โดยการประเมินนี้มีทั้งการวัดสุขภาพทั่วไป วัดเฉพาะโรค และวัดแต่ละกระบวนการในการรักษาพยาบาล สำหรับในประเทศไทยเริ่มนำคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายในการรักษาพยาบาลเมื่อ 20 ปีมาแล้ว

ในการรักษามะเร็งเต้านม สิ่งที่เกิดขึ้นคือ การสูญเสียเต้านม ซึ่งอาจสูญเสียทั้งหมด หรือสูญเสียบางส่วน ซึ่งกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางกายภาพ ความผาสุก ความรู้สึกทางจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จิตวิญญาณ ความรู้สึกทางเพศ และความพึงพอใจต่อการรักษา ซึ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิต การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นแก่นแท้ทางการแพทย์ เป็นเอกลักษณ์ และปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาล (Leininger, 1996: 71) ในการช่วยเหลือ ประคับ ประคอง ส่งเสริมให้ความสะดวก ในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยตามความต้องการเพื่อพัฒนาสุขภาพ สภาวะการเป็นมนุษย์หรือวิถีชีวิต (Leininger, 1996) เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมาย นโยบายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (The American cancer society cited in Krug P. 1997: 330-333) คำว่า "คุณภาพชีวิต" เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Ersek et al., 1997: 334) และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์สุดท้ายทางคลินิก (Heitonen, 1996 : 36) และเป็นเป้าหมายหลักในการรักษามะเร็ง (Followfield, 1995: 36) เช่นเดียวกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขไทยที่กำหนดคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของการบริการสุขภาพ (พงษ์รัตน์ บุญญานุรักษ์, 25437 : 9-13)

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีพื้นฐานทางนามธรรม ซึ่งไม่ควรสะท้อนความคิดของบุคคลากรในวิชาชีพการบริการสุขภาพหรือสมาชิกครอบครัว (WHOQOL Group, 199: 354) หากแต่คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายซับซ้อนขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ณ เวลา สถานที่ วัฒนธรรม ประสบการณ์ ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความหมายของคุณภาพชีวิต จึงมีความแตกต่างกันตามทัศนคติของแต่ละบุคคล พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ คำว่า "คุณภาพ" ซึ่งหมายถึง ลักษณะ

ความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่า "ชีวิต" หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้นในความหมายคุณภาพชีวิตในแง่ของความหมายของคำ หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ซึ่งในความหมายนี้เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมที่จำเป็นต้องมีการศึกษา และให้ความหมายไปในแนวทางที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จึงมีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งมีการศึกษามากมายในแนวคิดที่ใกล้เคียงกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความมีคุณธรรม และความผาสุก ดังนี้

UNESCO (1993 อ้างใน สุวัฒน์ มหรรณิรันดรกุล, 2540: 5) นิยามคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

Padilla and Grant (1985: 45-60) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลทั่วไปต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจ เป็นคุณลักษณะที่บุคคลแสดงออก ทั้งในทางบวกและทางลบ เช่นเดียวกับ Katschnig, et al. (1997)

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิต ในองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่ในความสัมพันธ์กับจุดหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดกว้าง ซับซ้อนของบุคคล

Ferrans (1997, 113) นิยามคุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของความผาสุกที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจหรือไม่พอใจกับชีวิตที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

Ersek et al. (1997 : 335) ให้ความหมายว่าเป็นการประเมินผลที่เป็นนามธรรมในการให้เหตุผลของการมีชีวิตในทางบวกหรือทางลบ

อุทุมพร จามรมาน (2530 : 1) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นลักษณะชีวิตของคนที่ได้รับ ความพอใจในสภาพที่ตนเป็นอยู่ มีอยู่หรือได้รับอยู่

วัลภา คุรุทแก้ว (2540) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์

Lindberg, Hunter and Kruszewski (1998) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

สรุปว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในองค์ประกอบของวัฒนธรรม ค่านิยม สถานที่ เวลา ชีวิตโดยรวมในความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกของชีวิตที่เป็นไปตามความคาดหวัง จุดหมายและมาตรฐานในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

ส่วนคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพนั้น ยังให้ความหมายไม่ชัดเจนนัก พาดิลล่า (Padilla et al., 1995: 30) ให้ความหมายว่าเป็นเรื่องของบุคคลที่ประเมินสรุปว่า เป็นลักษณะบวกหรือลบในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในเวลาที่ป่วย มีปัญหาสุขภาพหรือระหว่างการรักษา

Patrick et al. (1993) ได้นิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นคุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากความเจ็บป่วย สภาพของการทำงานของร่างกาย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาล และนโยบายสุขภาพ (สมชาย สุรสิริเสรีกุล, 2539 : 214)

ดังนั้นคุณภาพชีวิตขณะที่รักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็คือ การประเมินของบุคคลในด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทั้งทางบวกและลบ ในช่วงเวลาของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

มีนักวิชาการศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน คือ

Ersek et al. (1997) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและอาการ ซึ่งรวมทั้งความสามารถในหน้าที่ สุขภาพกายและอาการต่าง ๆ เช่น ความเมื่อยล้า ปวด
2. ความผาสุกทางจิตใจ รวมทั้งการควบคุมความซึมเศร้า ความกลัวและความสุข
3. ความผาสุกทางด้านสังคม เน้นที่สัมพันธ์ภาพ เกณฑ์ของคุณภาพชีวิต รวมความโศกเศร้าของครอบครัว แยกตัวในสังคม การเงิน และบทบาททางเพศ
4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณในเรื่องของความหมาย เป้าหมายในชีวิต ความหวัง ความรู้สึกไม่แน่นอน และสิ่งเหนือธรรมชาติ

Padilla and Grant (1985) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้กำหนดองค์ประกอบด้านสุขภาพไว้ 6 ด้าน คือ

1. ความผาสุกทางด้านจิตใจ เป็นมิติสำคัญของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความผาสุก ความรู้สึกสนุกสนาน ความพึงพอใจในชีวิต ความพอใจในการรับประทานอาหาร และความพึงพอใจในการนอนหลับ

2. ความผาสุกด้านร่างกาย ในส่วนที่เกี่ยวกับความแข็งแรงของร่างกาย ความเหนื่อยล้า ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของตน

3. การรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนภายหลังการรักษา ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บปวด ความสามารถในการปรับตัวต่อการสูญเสียอวัยวะ รวมทั้งการปรับตัวอยู่กับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่มีผลต่อสัมพันธภาพทางเพศ อาการข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งความถี่และความรุนแรงของความเจ็บปวด

5. การตอบสนองต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและความเพียงพอในการรับประทานอาหาร

6. ความผาสุกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในด้านที่เกี่ยวกับการติดต่อกับบุคคลในสังคม การได้รับการต่อต้านจากบุคคลอื่น รวมทั้งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคล

Farrans (1990) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบองค์ประกอบคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ

1. สุขภาพและบทบาทหน้าที่ (Health and functioning)
2. ภาวะสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic)
3. ภาวะทางด้านจิตใจและความเชื่อ (Psychological-spiritual)
4. สัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationship)

ชาน (Zhan, 1992) ศึกษาคุณภาพชีวิตและสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้แพร่หลายคนหนึ่ง กล่าวว่า คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมขณะนั้น โดยผ่านกระบวนการหยั่งรู้และรับรู้ความหมายของชีวิตของบุคคล ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังกล่าว 4 ด้าน ดังนี้คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง ประกอบด้วย ลักษณะ รูปร่าง หน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับ และการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและหน้าที่ร่างกาย (Health and Functioning) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของการศึกษา อาชีพ และรายได้ (เสาวรส ปริญาจะจิตตะ, 2540: 27)

Ferrell et al. (1998: 1-9) ศึกษาคุณภาพชีวิตและกำหนดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ด้านหนึ่งในองค์ประกอบด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ในแบบวัดคุณภาพชีวิต คือ

1. ความผาสุกทางด้านจิตใจ หมายถึง คำนวณความรู้สึกของการควบคุมในการเผชิญกับลักษณะการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ความโดดเดี่ยวทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงทางบวกในชีวิต

2. ความผาสุกทางกาย หมายถึง การควบคุมหรือบรรเทาอาการและรักษาบทบาทหน้าที่และความเป็นอิสระ

3. ความผาสุกทางสังคม เป็นแนวทางที่ไม่ใช่เฉพาะโรคมะเร็งหรืออาการแต่เป็นบุคคลที่มีเนื้องอก ซึ่งหมายถึง การยอมรับบุคคลที่เป็นมะเร็งในบทบาทและสัมพันธภาพ

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกของความไม่แน่นอน สิ้นหวังหรือจุดไร้หมายในชีวิต การเปลี่ยนแปลงในทางบวกคือเพิ่มความหมายของชีวิตและความสำคัญของกิจกรรมทางศาสนา และแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิต และมีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับ โดยศึกษาและทดสอบในวัฒนธรรมต่างกัน เป็น 6 ด้าน

1. ด้านร่างกาย ในเรื่องของความเจ็บปวด ไม่สบาย เมื่อยล้า การนอนหลับ พักผ่อน

2. ด้านจิตใจ ในความรู้สึกทางบวก ความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาพลักษณ์ของตน และสิ่งที่ปรากฏ ความรู้สึกทางลบ

3. ชั้นของความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวัน การใช้งานหรือการรักษาความสามารถในการทำงาน

4. สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

5. สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน การเดินทาง การดูแลทางสุขภาพและสังคม โอกาสได้รับข้อมูล และสันตนาการ

6. จิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

สมชาย สุทธิเสรีกุล (2539) กล่าวถึงการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ 3 ทางคือ

1. โดยการบรรยายลักษณะคุณภาพชีวิต
2. การวัดคุณภาพชีวิต
3. การให้ค่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่วัดมาได้และให้ความหมายของค่านี้

แฟรงค์-สตรอมเบิร์ก (Frank-Stromberg, 1984 อ้างใน เสาวรส ปริญญาจิตตะ (2540) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตมี 3 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ผู้รักษา บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนนในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความสามารถด้านร่างกาย อาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นต้น

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกที่ได้รับโดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยม คุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพโดยการบรรยาย

องค์การยูเนสโก มีเบอร์ก และชาน ช่างใน สุนี เวชประสิทธิ์ (2540) กล่าวถึงแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม มองเห็นได้ วัดได้ นับได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ อัตราการเป็นโรค ลักษณะเหตุการณ์ หรือพฤติกรรม ลักษณะของแต่ละบุคคล เป็นต้น

2. การประเมินด้านจิตวิสัย เป็นข้อมูลทางจิตวิทยาที่บอกถึงความรู้สึก เจตคติ ต่อประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีผู้ให้ความสนใจ วัดและประเมินไว้หลายแนวคิด คือ

Orlley and Kuyden (1993) ศึกษาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับนานาชาติ (WHOQOL) ซึ่งพิจารณากារรับรู้ของบุคคลในเนื้อหาของชีวิตที่ต่างวัฒนธรรม ค่านิยม ที่อยู่อาศัยที่สัมพันธ์กับจุดหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความเกี่ยวข้อง โดยวัดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ โดยใช้รูปแบบ PCASEE ซึ่งเป็นรูปแบบทางความผาสุกในเรื่องอาการ และภาวะจิตวิสัยต่อคุณภาพชีวิต คือ

- | | |
|---------------------|---|
| P (Physical) | อาการทางกายที่ผิดปกติแสดงออกในความเหนื่อยล้า การนอนหลับและความอยากอาหารในเรื่องราวของการมีสุขภาพดี |
| C (Cognitive) | ความผิดปกติทางความคิด ความจำ สมาธิ ประเมินในการตัดสินใจ |
| A (Affective) | ความพอใจเป็นการแสดงออกถึงความกังวล กสัว ใจคออ่อนเยาว์ และประเมินโดยมีความสนใจ อารมณ์ดี |
| S (Social) | เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แสดงออกโดยการมีพฤติกรรมต่อกลุ่ม โครงสร้างทางสังคม เวลา ประเมินในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ ได้ดี |
| E (Economy) | ประเมินความรู้สึกทางด้านเศรษฐกิจ |
| E (ego-functioning) | บุคลิกภาพที่ผิดปกติ เป็นความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง การได้ทำในสิ่งที่เป็ประโยชน์ |

Saxena S. (1993: 99-107) ได้ประเมินคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ

1. คุณภาพชีวิตทางกาย คือ มีสุขภาพกายดี ตัวชี้วัดคือ ความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อยากรับประทานอาหาร นอนหลับได้เพียงพอ สดชื่น ไม่มีอาการปวดหรือใช้ความสามารถเน้นในอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพและพฤติกรรม
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ มีความกลมกลืน สอดคล้องทางจิตใจ มีความสงบ ความปรารถนา การเก็บควบคุมอารมณ์ ไม่เฉพาะความวิตกกังวล ความโศกเศร้า แต่รวมถึงความรัก เกษียศ โกรธ อารมณ์ที่ทำให้สุขภาพไม่ดี ให้เกิดความคิดทางบวก ความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริงภายนอก พฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละช่วงของชีวิต
3. ด้านสังคม มีความสอดคล้องกับผู้อื่นในวัฒนธรรม
4. ด้านจิตวิญญาณ ตระหนักและเข้าใจในความหมายของชีวิต

Follow field (1994: 109-124) ได้กำหนดหลักต่าง ๆ ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ

1. ด้านจิตใจ หมายถึง ความโศกเศร้า วิตกกังวล การปรับตัวต่อการป่วย
2. ด้านสังคม หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเพศ ตลอดจนกิจกรรมทางสังคม
3. ด้านอาชีพ หมายถึง ความสามารถและความปรารถนาที่จะทำงาน ตลอดถึงความสามารถในการเผชิญกับงานบ้าน
4. ด้านร่างกาย หมายถึง อาการปวด การเคลื่อนไหว การนอน อาการเบื่ออาหาร และบทบาทหน้าที่ทางเพศ

Ferrans (1997) ซึ่งมองคุณภาพชีวิตเป็นความผาสุกที่เกิดความพึงพอใจได้กำหนดรูปแบบคุณภาพชีวิตเป็นหมวดต่าง ๆ ได้ 4 หมวด คือ

1. สุขภาพและบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย เป็นประโยชน์กับผู้อื่น ความเป็นอิสระทางด้านร่างกาย ความสามารถในความรับผิดชอบต่อครอบครัว สุขภาพของตนเอง ความเมื่อยล้า เครียด วิตกกังวล ควบคุมชีวิตตนเองได้ กิจกรรมในเวลาว่าง ศักยภาพที่จะมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ความสามารถในการเดินทางท่องเที่ยว ศักยภาพในการมีชีวิตยืนยาว ชีวิตทางเพศ และการดูแลสุขภาพ
2. ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต พึงพอใจกับตนเอง การมีความสุขโดยทั่วไป การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความเชื่อในพระเจ้า

3. ด้านสังคม เศรษฐกิจ ประกอบด้วย มาตรฐานในชีวิต ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน เพื่อน
อิสระทางการเงิน การเงิน การสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลอื่น และการศึกษา

4. ด้านครอบครัว ประกอบด้วย ความสุขของครอบครัว สัมพันธภาพกับคู่สมรส
และสุขภาพของครอบครัว

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100)

คุณภาพชีวิต มีความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ในองค์ประกอบของชีวิตใน
ระบบวัฒนธรรม ค่านิยม ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน ซึ่งแนวคิดการรับรู้ของ
บุคคลมีหลายเกณฑ์ของชีวิต WHOQOL-100 เป็นการวัดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพและ
การดูแลสุขภาพ ซึ่งพัฒนาในแนวกว้างทั้งทางภาษาและวัฒนธรรม โครงสร้างของแบบวัด ใช้ได้
โดยทั่วไปในโลกในสุขภาพโดยทั่วไป และหมวด (domain) ต่าง ๆ 6 หมวด 24 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มี
ข้อย่อยทั้งหมด 100 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. ความเข้ม (Intensity) เป็นคะแนนที่แสดงถึงระดับของประสบการณ์ของบุคคลใน
สถานการณ์นั้น ๆ
2. ความสามารถ (Capacity) เป็นคะแนนที่แสดงถึงความรู้สึกในความสามารถ
ภาวะหรือพฤติกรรม ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต
3. ความถี่ (Frequency) เป็นคะแนนที่บอกถึงความถี่ของพฤติกรรมหรือภาวะ
4. การประเมิน (Evaluation) เป็นคะแนนที่ประเมินถึงความรู้สึกทางบวกในคุณภาพ
ชีวิต

หมวดต่าง ๆ ของแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-100

คุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นคำถามที่ประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ความ
ผาสุกในสุขภาพ

หมวดที่ 1 หมวดร่างกาย

1. ความเจ็บปวดและไม่สบาย เป็นความรู้สึกไม่พอใจในสุขภาพทางกายในการรับรู้
ประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกเครียดหรือชีวิตที่ถูกรบกวน ซึ่งรวมถึงการควบคุม
ความเจ็บปวดและการจัดการความปวดของบุคคล

2. พลังงานและความเหนื่อยอ่อน ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเลือกกิจกรรม
สันทนาการ ความเหนื่อยอ่อนอาจเป็นผลให้เกิดความโศกเศร้า

3. การนอนหลับพักผ่อน และปัญหาการนอนหลับ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต การนอนหลับอาจรวมความลำบากที่จะไปนอน การเดินในเวลากลางคืน หรือการตื่นเช้าเกินไปที่จะไปนอนใหม่

หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ

4. ความรู้สึกทางบวก เป็นความรู้สึกสงบ สมดุลย์ มีความหวัง สนุกสนาน กับสิ่งดีในชีวิต

5. ความคิด การเรียนรู้ ความจำ สมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจ ความรวดเร็วในความคิดและความเข้าใจในการคิด

6. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกในทางบวกและลบ ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และความรู้สึกมีความหมาย

7. ภาพลักษณ์และสิ่งปรากฏ การรับรู้ในร่างกายของตนและร่างกายที่ปรากฏ ทั้งบวกและลบ ความพึงพอใจต่ออัตรณ์ในทัศน ซึ่งรวมถึงการแต่งกาย แต่งหน้า และการเสริมแต่ง

8. ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกผิด เศร้า ร้องไห้ วิตกกังวล และขาดความพึงพอใจในชีวิต

หมวดที่ 3 ระดับของความเป็นอิสระของบุคคล

9. การเคลื่อนไหว เป็นการเคลื่อนไหวภายในบ้านที่ทำงานหรือสถานบริการขนส่ง โดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือของบุคคลอื่น

10. กิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรวมถึงการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับของความเป็นอิสระจากการช่วยเหลือของบุคคลอื่น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต

11. ความจำเป็นในการใช้ยาและการรักษา ซึ่งรวมถึงการใช้สมุนไพรและการฝังเข็มในการช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดความสุขสบาย ทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งยาอาจส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การให้เคมีบำบัด

12. ความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งงานอาจเป็นงานประจำ งานหลัก ซึ่งรวมถึงงานที่ไม่ได้รับค่าจ้าง อาสาสมัคร หรือการดูแลบ้าน

หมวดที่ 4 หมวดสัมพันธ์ภาพทางสังคม

13. สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในเรื่องของการรัก และการสนับสนุนที่เกิดในชีวิต ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้อื่น รวมในความสามารถ ความรัก และมีคนรัก ความใกล้ชิด ตลอดจนทางอารมณ์และร่างกาย สามารถร่วมรับรู้ความสุข ความโดดเศร้า ความรัก

14. การสนับสนุนทางสังคม

การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ความรับผิดชอบของครอบครัวและเพื่อนร่วมกัน การร่วมกันแก้ปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือเมื่อเกิดวิกฤต

15. กิจกรรมทางเพศ ความเพียงพอ กิจกรรม การแสดงออก

หมวดที่ 5 สิ่งแวดล้อม

16. ความมั่นคงและปลอดภัยทางกาย เป็นความรู้สึกถึงความปลอดภัยจากการคุกคามทางกาย ในความรู้สึกของอิสรภาพ การอยู่ในสิ่งแวดล้อม เพื่อนบ้าน ในความรู้สึกของความไม่ปลอดภัย

17. สิ่งแวดล้อมในบ้าน ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมาตุภูมิ เพื่อนบ้านที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต

18. แหล่งของการเงิน เป็นสถานภาพทางการเงินที่ทำให้เกิดความสุขสบายในชีวิตและความต้องการทางสุขภาพ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

19. สุขภาพและการดูแลสุขภาพทางสังคม เป็นการบริการสุขภาพและบริการทางสังคม

20. โอกาสในการได้รับข่าวสารข้อมูลใหม่ และการฝึกทักษะ เป็นโอกาสและความปรารถนาในการฝึกทักษะใหม่ ความรู้ และความรู้สึกที่ได้สัมผัสสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมสันทนาการทั้งกลุ่มและเดี่ยว ซึ่งอาจเป็นการอ่านหนังสือ

21. การมีส่วนร่วมและโอกาสในการค้นหาการและการใช้เวลาว่าง เป็นการค้นหาความสามารถ โอกาส และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ซึ่งรวมถึงการพบเพื่อน ๆ เล่นกีฬา การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ และการใช้เวลาว่างร่วมกันในครอบครัว หรือการไม่ทำอะไรเลย

22. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (มลภาวะ เสียง อากาศ การจราจร) เป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งต่างวัฒนธรรมอาจแตกต่างกัน

23. การคมนาคม เป็นการศึกษาในความง่ายในการใช้บริการคมนาคมที่จะเดินทาง ความอิสระในการเลือกการเดินทาง

หมวดที่ 6 จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อของบุคคล

24. จิตวิญญาณ ความเชื่อศาสนาของบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเป็นการช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา ความหมายในชีวิต ความรู้สึกสุขสบาย ซึ่งรวมถึงความเชื่อในศาสนาต่าง ๆ ที่ไม่เฉพาะเจาะจงในศาสนาใด ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ร่วมกับการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ให้ครอบคลุมตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL, 1996) ซึ่งมีความครอบคลุมในองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความสอดคล้องและครอบคลุมในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยการผ่าตัด

แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100)

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกนี้ พัฒนารึ้นมาในปี 1993 โดยคำนึงถึงเครื่องมือที่ต้องการนำมาประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการรับรู้ของบุคคลต่อองค์ประกอบในชีวิตทางบวก ในวัฒนธรรม ค่านิยมที่ต่างกัน ในความสัมพันธ์กับจุดหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการรับรู้ในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถวัดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ในกรอบแนวคิดความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละประเทศที่ตอบสนองต่อความไวและการเปลี่ยนแปลงต่อวัฒนธรรมที่ต่างกัน (Orley and Kuyden, 1993: 41)

องค์การอนามัยโลกพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมา การวัดผลจากสุขภาพนั้นมักวัดอัตราการตาย (World Bank, 1993; WHO, 1991; cited in Orley and Kuyden, 1993: 42) ผลกระทบของโรคต่อความพิการและสูญเสียบทบาทหน้าที่ พฤติกรรม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งล้วนเป็นผลกระทบของโรค ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงเป็นแกนในการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตร่วมกับนักวิจัยทางคุณภาพชีวิตและผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจากทั่วโลก ร่วมกันพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้ได้เป็นสากลทั่วโลก เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยองค์รวม

เนื่องจากองค์การอนามัยโลกให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ สังคม ที่ไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคและอาการเจ็บป่วยเท่านั้น และให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลโดยองค์รวมของชีวิตในทางบวกในระบบความเชื่อ วัฒนธรรม ซึ่งเขาอาศัยอยู่ที่สัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักในชีวิต ซึ่งเป็นการรับรู้ในภาพกว้างในภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ ชั้นของความเป็นอิสระสัมพันธ์ภาพทางสังคม ความเชื่อของบุคคล และสัมพันธ์ภาพต่อสิ่งแวดล้อม

ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ ภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (Self report subjective) 4 มิติ คือ มิติของความเข้ม (intensity) มิติของความถี่ (frequency) มิติของการประเมิน (Evaluation) และมิติของความสามารถ (Capacity) และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องอาการอ่อนล้าและพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ด้านจิตใจ คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีผลต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถ ในการจัดการ กับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การทำงาน และการรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศหรือมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย มั่นคงในชีวิต รับรู้ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ การเดินทางสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพ รับรู้ว่ามีโอกาสได้รับข้อมูลหรือมีทักษะ รับรู้ถึงการมีกิจกรรมสันทนาการและเวลาว่าง

ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเชื่อมั่นของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายในชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต

และในปี 1996 คณะนักวิจัยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO Group) ได้นำเสนอ WHOQOL-100 เป็นเครื่องวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลและใช้ในประเทศต่าง ๆ โดยไม่จำกัดภาษาและวัฒนธรรม ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดย กิติกร มีทรัพย์ (2537) ในฐานะนักวิจัยผู้หนึ่งในคณะนักวิจัย คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-Group) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และหาความถูกต้องด้านเนื้อหา

(Content Validity) กับวัฒนธรรมความเชื่อ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามเกณฑ์คือ

1. โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 2 ภาษา (3 ครั้ง 6 คน) ที่มีความชำนาญทักษะในการสัมภาษณ์ ประเมิน เช่น แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ทางพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักมานุษยวิทยาที่พิจารณาแบบวัดและเรียนรู้วิธีการใช้แบบวัด โดยอภิปรายในกลุ่มที่รู้เข้าใจทั้ง 2 ภาษา

2. กลุ่มผู้ชำนาญภาษาเดียวอย่างน้อย 4 คน ที่สามารถอธิบายแนวทางการแปลข้อมูล กลุ่มผู้ชำนาญภาษาเดียวสามารถอธิบายแนวทางของคนที่จะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้เครื่องมือ

3. แปลกลับอีกครั้ง

โดยมี ชิ้นกระบวนการแปล (WHOQOL-100) ดังนี้

1. ขึ้นการเตรียมการโดย ศึกษาเปรียบเทียบแบบวัด ตรวจเครื่องมือในความถูกต้อง ศึกษาเปรียบเทียบความเหมาะสมของเครื่องมือ จัดประชุมผู้ชำนาญ 2 ภาษา และศึกษา ทบทวน โครงสร้าง

2. กระบวนการแปลโดย โดยผู้แปล 2 ทีม ทำงานด้วยกัน วิเคราะห์ในภาษา และ แปลกลับโดยผู้แปลอิสระ

3. ควบคุมคุณภาพการวัดโดย ทบทวนการแปลโดย ทบทวนการแปลจากผู้ชำนาญ 2 ภาษา

4. หาค่าความเที่ยงและความคงโดย ทบทวนจากผู้ชำนาญการ 2 ภาษา

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

การรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลัง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และจุดหมายในชีวิตที่ต่างกัน จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จึงมีผู้ให้ความสนใจและศึกษากันกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศดังนี้

อากรณีย์ เชื้อประไพศิลปิน และคณะ (1997) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในความคิดเห็นของผู้ป่วย คือ

1. อาการของโรคและผลของการรักษา
2. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
3. แรงสนับสนุนของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์
4. ทักษะการรับมือโรคและการรักษา
5. สภาพแวดล้อม

นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต เสาวรส ปริญญาจิตตะ ((2540) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีรายได้สูงกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าและคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและการทำงานของร่างกาย รวมถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจสูงกว่าคนที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำกว่า จิระพร อภิชาติบุตร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการบริการสุขภาพในชุมชน การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ สุขภาพอนามัย กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การอุปถัมภ์จากครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

Katschnig et al. (1997) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจในสหราชอาณาจักรอังกฤษ พบว่า ความโดดเดี่ยวและความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ในคุณภาพชีวิตขณะที่การควบคุมภายใน และการปฏิบัติ ตลอดจนแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิต และ Compich (1990) พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงของบทบาทการสนใจเอาใจใส่ดูแล เช่นเดียวกับ สุภาพ อาวีเอื้อ (2540) ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหาของผู้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่พบว่า ความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ฤศมา กุลวัฒน์สัมฤทธิ์ (2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างสูงและคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางบวก

Ersek et al. (1997: 334-350) ศึกษาคุณภาพชีวิตสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือ ความโดดเดี่ยวของครอบครัวที่มีผลจากการป่วย ความไม่แน่นอน ความกลัว การกลับเป็นซ้ำ การเปลี่ยนแปลงในทางลบต่อภาพลักษณ์และการรับรู้ตนเอง และ Trief and Smith (1996) กล่าวว่า ค่าการปฏิบัติทางด้านจิตใจให้ผลต่อคุณภาพชีวิตทางบวก ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้แขนข้างที่ผ่าตัด หรือมีอาการแขนบวม ซึ่งเป็นเหตุให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ส่งผลให้สูญเสียคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจนั้นเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความกลัวผลของโรค วิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียการควบคุมภายในตนเอง (กฤษณา ศรีวรรณวัฒน์, 2533 ; ดุชนี ชุณหะวัณ, 1997) เช่นเดียวกับ Trief and Smith (1996) ที่กล่าวว่า สตรีที่ถูกคุกคามด้วยมะเร็งเต้านมมีความเครียดสูงและทำลายคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะ

สตรีที่มีจิตใจอ่อนแอไม่มั่นคง และได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุน้อย และมีประวัติความเครียดสูง หรือ มีความโศกเศร้าเมื่อได้รับการวินิจฉัย

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตนั้น การประเมินทางวัตถุวิสัย พบว่า สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา เพศ ภาวะเศรษฐกิจ รายได้ สุขภาพอนามัยที่อยู่อาศัย และการทำงาน ตลอดจนการอุปถัมภ์สนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษา และเจตคติต่อการป่วย การรักษาเมเร็งเต้านม มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนั้น ปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการทดลอง คือ สถานภาพการสมรส การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ มีส่วนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดขึ้นในสตรีและไม่มีการพัฒนา อัตราการอยู่รอดเฉลี่ยในช่วง 2 ศตวรรษที่ผ่านมา คือ ร้อยละ 40 ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมตามด้วยโรคเมเร็งเต้านม (Hietanen, 1996 : 39) และมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบเป็นอันดับสองของการเจ็บป่วยเมเร็งในสตรีไทย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี การป่วยเป็นมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุก ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ จึงมีผู้ศึกษาถึงประสบการณ์การป่วย ผลกระทบ และความต้องการ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมเร็งเต้านมให้มากมาย สรุปได้ดังนี้

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งในการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วย 22 ราย เพื่ออธิบายประสบการณ์ตรงของสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทยที่มีการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นจากการรับรู้ความผิดปกติของเต้านมอย่างบังเอิญและต่อเนื่องถึงช่วงใกล้ความตาย จำแนกได้ 3 ระยะคือ ระยะก่อนพบโรค เมื่อพบโรค และระยะอยู่กับความเจ็บป่วย ในช่วงก่อนพบโรค สตรีให้ความหมายของก้อนใน 3 ความหมาย คือ เป็นเพียงความผิดปกติ เป็นเนื้องอก และเป็นมะเร็ง

ส่วนการตอบสนองต่อความผิดปกติในขั้นต้นจำแนกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การปล่อยปละละเลยกับการแสวงหาคำตอบ ซึ่งเมื่อพบโรคมะเร็งเต้านมแล้ว สตรีมีความคิด ความรู้สึก 2 แบบ ได้แก่ ความรู้สึกเฉย ๆ กับความคิด ความรู้สึกทางลบ ตกตะลึง ปฏิเสธการเป็นโรค หวาดกลัวกับความคิด ความรู้สึกทางลบ ตกตะลึง ปฏิเสธการเป็นโรค หวาดกลัว หมดอหทัยตายอยาก โดยมีการตอบสนองต่อความคิด ความรู้สึกทางลบ 2 วิธี ได้แก่ การปล่อยปละละเลย ความกดดัน และแสวงหาทางแก้ไขกับการปรับเปลี่ยนความคิด ส่วนในระยะอยู่กับความเจ็บป่วยพบว่า ชีวิต

ประจำวันของสตรีเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบของการรักษาแต่ละวิธี ผลกระทบต่อการผ่าตัด คือ นมตึงปวด หัวงาน กลัวการรักษาต่อเนื่อง กลัวการกลับเป็นซ้ำ เสียใจ ทุกข์ร้อน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกเหมือนคนพิการ ซึ่งประสบการณ์ของผู้ป่วยมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของสตรี และผลลัพธ์จากการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

และ Thibodeau and Rae (1997) ศึกษาประสบการณ์ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์ในการค้นหาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม เพื่อเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดอยู่ และรายได้รับการวินิจฉัยใหม่ เพื่อประโยชน์ในการมีชีวิตพบว่า

1. การตอบสนองในขั้นของการวินิจฉัยนั้น ไม่เชื่อในเบื้องต้น ไม่สามารถที่จะเข้าใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร และมีความรู้สึกว้าใจคล้ายเหมือนกับว่าตายแล้ว
2. พยายามเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุน ดูแล และการเป็นผู้ฟังที่ดีมีคุณค่ายิ่ง
3. ทางเลือกในการรักษามีเกณฑ์ที่ให้เหตุผลของผู้หญิงที่ตัดเต้านมออก คือ ทางเลือกของบุคคลเพื่อความปลอดภัย กลัวการฉายแสง โดยต้องการตัดให้มากที่สุดเข้าไว้ การไม่มีทางเลือกและได้รับแรงกดดันจากแพทย์ และผู้หญิงที่เลือกตัดเฉพาะก้อน มีการจัดการกับอารมณ์ และการแสดงออกของอารมณ์ดีกว่า กระตือรือร้นในการรักษามากกว่า

Morse and Dobeneck (1995) ศึกษาชั้นต่าง ๆ ของความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า

ชั้นที่ 1 ชั้นนี้พบโรคผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกว้าใจ ชีวิตถูกคุกคาม ซ้ำอีก จะค้นหาความจริง ความเป็นไปของโรคจากเพื่อน แพทย์ หนังสือ มีความกังวลในการดำเนินของโรค การรักษาและผลการรักษาตลอดจนการกระจายของโรค

ชั้นที่ 2 ชั้นของการตัดสินใจ เลือกจุดหมายว่าจะอยู่อย่างมีร่างกายที่ผิดปกติเพื่อมีชีวิตหรือเลือกที่จะมีชีวิตสั้นลง

ชั้นที่ 3 เป็นชั้นที่ผู้ป่วยเตรียมตัวเผชิญปัญหา ต่อผลของการรักษาและข่าวร้ายในการกระจายของโรค

ชั้นที่ 4 ค้นหาการสนับสนุนและการยอมรับจากครอบครัว

ชั้นที่ 5 เรียกร้องการสนับสนุนและการยอมรับจากครอบครัว คู่ของสมาชิกอื่นในครอบครัว

ชั้นที่ 6 ประเมินอาการที่อาจแสดงถึงการกระจายของโรคอย่างต่อเนื่อง

ชั้นที่ 7 อดทนที่อยู่ในกรอบโดยกำหนดที่จะบรรลุนความต้องการ ความหวัง เหตุการณ์ โดยมีความหวังว่าจะไม่เป็นมะเร็ง

แต่เมื่อผลมาเป็นมะเร็งผู้ป่วยยอมรับการรักษาและหวังว่าจะไม่มีการกระจายของโรค ซึ่งจะเป็นกระบวนการวนอยู่เช่นนี้จากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 7 ซึ่ง Morse and Dobeneck (1995) กล่าวว่าความหวังเป็นการตอบสนองต่อภาวะคุกคามที่เป็นผลจากการกำหนดจุดหมาย การตระหนักในต้นทุนการบรรลุจุดหมาย วางแผนเพื่อทำให้จุดหมายเป็นจริง ประเมินทางเลือก ให้ทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกที่จะช่วยให้คนได้บรรลุจุดหมาย และปรับแผนตลอดเวลาที่จะอดทน ปฏิบัติให้ถึงจุดหมายที่ปรารถนา

จากประสบการณ์และความหวังของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมนั้น ผู้ป่วยจะเกิดวิกฤตในระยต่าง ๆ ของประสบการณ์การป่วยมะเร็งเต้านมนั้น

Morrison (1997: 102) ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในระยต่าง ๆ 7 ระย ดังนี้

1. ระยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง
2. เริ่มการรักษาใหม่
3. รอผลการตรวจสอบ
4. รู้ถึงความล้มเหลวในการรักษาหรือกลับเป็นซ้ำ
5. เกิดความเจ็บปวดจากการรักษาที่ไม่สามารถควบคุมได้
6. โภสัตาย
7. รักษาตามอาการ สิ้นสุดการตัดสินใจ ยุติชีวิต

ในระยของการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม เป็นระยแรกที่ผู้ป่วยรับรู้การป่วย มีความไม่แน่ใจ ตกใจ ช็อค วิดกกังวล กลัว ปฏิเสธ ดังการศึกษาของ

Cooper and Faragher (1993: 353-362) ศึกษาสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและมาตรวจเต้านม เพื่อตรวจลดความผิดปกติ นับเป็นเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้รู้สึกหมดหวัง สูญเสีย เครียด และการช่วยเหลือที่เหมาะสม ประกอบกับการให้คำปรึกษา เป็นสิ่งที่สามารถช่วยผู้ป่วยได้

มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ศึกษาความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมีก้อนบริเวณเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางมากที่สุด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 77.17 (คะแนนมีค่าระหว่าง 24-120) ในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วยมากที่สุด การเผชิญความเครียดผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหามากที่สุด และพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการด้านอารมณ์ในทางบวก

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) ศึกษาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมออกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 7-10 วันและ 3 เดือน ในระดับบางครั้ง และเป็นไปในทางลบมากกว่าก่อนผ่าตัดเต้านม และช่วง 7-10 วัน เป็นไปในทางลบมากกว่า 3 เดือน
2. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีภาพลักษณ์ทางลบมากกว่าผู้มีอายุมากกว่าทั้ง 3 ระยะ
3. ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ทางลบมากกว่าผู้ที่เป็นโสด ในช่วง 3 เดือน แต่ในระยะ 7-10 วัน ไม่มีความแตกต่าง
4. ระยะต่าง ๆ ของโรค พบว่า ไม่มีความแตกต่างของภาพลักษณ์ในทุกด้าน
5. ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไปในทางลบมากกว่าผู้มีอาชีพ กสิกรรมและแม่บ้าน

ธศณี วันชัย (2540) ศึกษาความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม พบว่า

1. ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานในระดับปานกลาง โดยมีสาเหตุจากอาการปวดแผลผ่าตัดและวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมาน
3. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัว อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมาน

ผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมแล้ว รู้สึกว่าโชคร้าย ไม่เชื่อ ก้าว ปฏิเสธการเป็นโรค หมดอาลัยตายอยาก ซึม รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม นับเป็นการสูญเสียที่สำคัญในชีวิต และเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และมีความรู้สึกของความไม่แน่นอนในชีวิต และเมื่อรับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และเกิดความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัดเต้านม ครอบครัวผู้ป่วยก็มีความเครียดเกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่ง Hannum J.W. et al. (1991) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและครอบครัวจะต้องเผชิญกับความเครียดหลายด้าน ซึ่งสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านความพึงพอใจในคู่สมรส และความแน่นอนของคู่สมรส สามารถพยากรณ์ความโศกเศร้าทางจิตใจได้

นอกจากนี้ Li Lezhi (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยผ่าตัด ในสาธารณรัฐประชาชนชาวจีน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยศัลยกรรมมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด
2. คะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับบทบาทการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงแต่มีจำนวนเครือข่ายน้อย
3. บทบาทและเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ยกเว้นเพื่อนบ้าน มิตรสหายและผู้ให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระดับต่ำ

พยาบาลในบทบาทของพยาบาลคลินิกด้านนม จำเป็นต้องเข้าใจ รับผิดชอบต่อ การดำเนินของโรคต่อการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ บทบาทซึ่งรวมเรียกว่า คุณภาพชีวิตนั้น ได้รับผลกระทบอย่างมาก Deane (1997) ศึกษาบทบาทของพยาบาลคลินิกด้านนม โดยศึกษาการตอบสนองของบุคคลต่อรูปแบบการเจ็บป่วยและความวิตกกังวล ความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองใน 4 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ความวิตกกังวล เครียด ด้านพยาธิสภาพ ด้านพฤติกรรม และด้านประสบการณ์ ให้การพยาบาลโดยการประเมินถึงปัญหา ประวัติการเจ็บป่วย องค์ประกอบในชีวิต และสิ่งที่ส่งเสริมการป่วยด้วยโรคของด้านนม ช่วงก่อนผ่าตัด ทำให้เกิดผลทางบวกภายหลังผ่าตัดและลดความวิตกกังวล การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลระหว่างผ่าตัด ลดความวิตกกังวลและความกลัว

จากบทบาทนี้เองที่พยาบาลมีความจำเป็นต้องเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะต่าง ๆ

ลิ จิน (2540) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยชาวจีนและคู่สมรสก่อนผ่าตัดเต้านมในเมืองซีอาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า

1. ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมอยู่ในระดับปานกลางเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นอันดับแรก ข้อมูลอื่น ๆ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอันดับแรก คือ ต้องการรู้การปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด

2. ความต้องการของข้อมูลคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง โดยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโดยให้ความสำคัญมากที่สุด

3. ทั้งผู้ป่วยและสามีมีความต้องการไม่แตกต่างกัน

จิตติมา วทานัยเวช (2540) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอย่างมาก และรองมาเป็นความต้องการด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณ

การศึกษาของ Loveys and Klaich (1991) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมสตรีจากการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การยอมรับต่อการป่วย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โอกาสในการเลือก ชีวภาพการตาย การเงิน หรือการงาน และการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งความต้องการในประสบการณ์ชีวิตของสตรี รวมถึงลักษณะเฉพาะตัว กิจกรรมประจำวัน ประสบการณ์ในครอบครัว และสังคม

Masoodi and Klonowski (1996: 28-31) พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจเต้านม และพบความผิดปกตินั้น มีความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์และคำแนะนำที่ชัดเจน เพราะข้อมูลที่ได้รับอย่างเหมาะสมและสามารถปรับประคองทางอารมณ์และส่งเสริมกลไกการปรับตัวของผู้ป่วย (Deane, 1997 : 304-310)

หวัง จิ๋นง (1996) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมในภาคตะวันตกของสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า ความต้องการสูงสุดในวันที่ 3 และ 7 หลังผ่าตัดคือต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต ในวันที่ 3 มีความต้องการทางด้านร่างกายเรื่องแผลไม่ติดเชื้อ การได้รับความรักและการดูแลจากครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล และมีความหวังในชีวิต ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมมากขึ้น ต้องการความรักและการดูแล จากครอบครัวและเพื่อน อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านม ความสัมพันธ์ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการทางร่างกาย แต่ความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคง ปลอดภัย ความเป็นเจ้าของ และความต้องการความเป็นที่รัก และการยกย่องประสบความสำเร็จในชีวิต

Cooper and Faragher (1993: 353-62) ศึกษาในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เต้านม และมาตรวจเต้านมเพื่อตรวจสอบความผิดปกติ เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต มีความรู้สึกหม่นหวัง สูญเสีย เครียด และสิ่งที่ช่วยได้คือ การช่วยเหลือที่เหมาะสมและการให้คำปรึกษา

Trief and Smith (1996) ได้สำรวจความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 53-66 ไม่เจาะจงในรูปแบบการให้คำปรึกษา ส่วนกลุ่มเด็กประมาณร้อยละ 15-29 เจาะจงผู้ให้คำปรึกษาหรืออาสาสมัครหรือกลุ่มสนับสนุน ส่วนอีกร้อยละ 14.22 ไม่ค้นหาผู้ให้คำปรึกษา แต่รู้สึกว่ามิประโยชน์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องการ รูปแบบการให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งตรงกับ Liow (1993) ที่ศึกษามาระยะทางด้าน จิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แนะนำให้คำปรึกษาแบบไม่เป็นทางการกับผู้ป่วย

ช่วงเวลาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องการคำปรึกษา พบว่า ร้อยละ 41 ต้องการคำปรึกษา ในช่วงของการวินิจฉัย ขณะรับการรักษาร้อยละ 21.2 ร้อยละ 14 ต้องการคำปรึกษาในช่วงหลัง การรักษา แต่อีกร้อยละ 24 ไม่ต้องการคำปรึกษาในทั้ง 3 ช่วงเวลานั้น และผู้ป่วยกลุ่มที่อายุน้อย ต้องการคำปรึกษา 2 ครั้ง

สรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยพบกับความทุกข์ทรมาน สูญเสีย จากการป่วยเป็นมะเร็งเต้านม นั้น มีความต้องการการสนับสนุน ประคับประคอง ทั้งในด้านต้องการข้อมูล คำปรึกษา การสนับสนุน จากครอบครัว จากพยาบาล โดยเลือกการช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษามลของการให้ คำปรึกษา ข้อมูลต่อผู้ป่วย พบว่า ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ ตนเองในทางบวกมากขึ้น ดังการศึกษาของ รุบล จ๋วงพานิช (2537) ศึกษาผลกระทบการให้ข้อมูล เตรียมความพร้อมต่อปฏิกริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม

จกมล พุทธิรักษา (2526) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยผ่าตัด เต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพและที่เรียนด้วยตนเอง โดยใช้หนังสือคู่มือ พบว่า

1. ความรู้ในการปฏิบัติของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ และที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือไม่แตกต่างกัน
2. ความสามารถในการเคลื่อนไหวแขนและข้อไหล่ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการ สอนโดยพยาบาลวิชาชีพและที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือไม่แตกต่างกัน
3. ความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาล วิชาชีพและที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือไม่แตกต่างกัน

Samarel (1997) ศึกษาการสัมผัสเพื่อการรักษา การสนทนา และประสบการณ์ในการผ่าตัดของผู้หญิงที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางบวกเพิ่มขึ้นระหว่างการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อลดความวิตกกังวลและอาการปวดภายหลังผ่าตัด และมีอารมณ์ที่สมดุลย์ทางบวก จากการวิเคราะห์การสัมภาษณ์ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมแล้ว 4-8 เดือน ต้องการการสนับสนุนทันทีก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความรู้สึกทางลบก่อนผ่าตัด แยกตัว กลัว โศกเศร้า เหนื่อยล้า สับสน วิตกกังวล เครียด และหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านมีอาการปวดและรู้สึกไม่สบาย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย

การสัมผัสเพื่อการรักษาและการสนทนา มีผลที่ดีต่อความวิตกกังวล อารมณ์ไม่ดี และปวด ซึ่งการสัมผัสและสนทนานี้เป็นชนิดหนึ่งของการพยาบาลแบบประคับประคอง ที่พยาบาลนั้นได้รับการฝึกอบรมแล้วนั้น เป็นการศึกษาเพื่อนำร่องที่ใช้ควบคุมทดสอบการสัมผัสและสนทนากับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด โดยไปเยี่ยมที่บ้านก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงหลังออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มควบคุมเป็นการสนทนา โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน เช่นกัน ซึ่งคาดว่าได้ผลทางบวกต่อความวิตกกังวล การปวด และความรู้สึกไม่สบาย

Samarel et al., (1997) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มสนับสนุนที่มีพี่เลี้ยงในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรก พบว่า คู่สมรสที่มีรูปแบบการสื่อสารแบบเปิดในเรื่องความกลัว กังวล และอารมณ์ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพ ซึ่งการศึกษานี้เน้นทำเทคนิคการสื่อสารที่เปิดเผยอารมณ์เพื่อการเรียนรู้เทคนิคใหม่ในการเป็นพี่เลี้ยง

จากการศึกษาวรรณกรรมต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการในเรื่องของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการรักษาการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทุก ๆ ด้าน และบุคคลสำคัญที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย คือ ครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี ในการให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยและครอบครัวนั้น สามารถให้ได้หลายทาง คือ การให้คำปรึกษา คำแนะนำ หรือการให้ข้อมูล และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาถึงผลการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยครอบครัว ในวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

การให้คำปรึกษาเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเข้าใจปัญหาและยอมรับตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมมักเกิดปัญหาทางจิตสังคม มีความเศร้าโศก วิตกกังวลในการวินิจฉัยและผลจากการรักษา Lerman et al. (1996: 78-83) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับคำปรึกษารายบุคคลมีความเศร้าโศกน้อยกว่ากลุ่มที่ให้ดูศึกษาทั่วไป และการให้คำปรึกษารายบุคคลจะเป็นประโยชน์อย่างมากใน

ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Sheridan and Radmacher (1992 : 281-282) ที่ว่าเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งด้านผลลดความเศร้าโศกลงได้ โดยการเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต self esteem โดยร่วมกับทั้งผู้ป่วยและชีวิตของเขาถึงความสำเร็จและค้นหาความหมายของชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับการให้คำปรึกษาตามแนวคิดของทฤษฎีภวนิยมที่เน้นในการค้นหาความหมายของชีวิต

Morris and Royle (1988: 583) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยและสามีในการให้โอกาสในการเลือกการรักษา มะเร็ง ทำให้มีความเครียดน้อยกว่าคนที่ไม่มีโอกาสเลือกการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาและยอมรับการรักษา (Benner and Wrubel, 1989: 258)

พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก้าวแรกที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลเพื่อการตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา และการผ่าตัดเพื่อรักษานั้น ในทุกกระยะก่อกำหนดให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดที่มีผลต่อสภาพลักษณะของผู้ป่วยทั้งทางกายและบทบาทหน้าที่ ด้านนี้ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ทางเพศที่บอกถึงความเป็นผู้หญิง และมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเพศ Wilson (1995: 72-4) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาระยะสั้นระหว่างอยู่โรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมความมีคุณค่าแห่งตน และช่วยในการปรับตัว พยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีความรู้ เข้าใจในความสามารถและไม่สามารถในขณะป่วยและการผ่าตัดได้ และ Deane (1996: 304) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาในทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งด้านนั้นต้องประเมินสภาพร่างกาย ประวัติในปัญหาด้านนี้ ประวัติการป่วย และองค์ประกอบวิถีชีวิตที่อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดมะเร็งด้านนี้ เพราะในช่วงก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและพบว่า

1. การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดให้ผลลัพธ์ทางบวกต่อผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด
2. การให้ คำแนะนำรายบุคคลเกิดประสิทธิ ภาพในการรับรู้ของผู้ป่วยมากกว่า

รายกลุ่ม

3. การให้คำปรึกษาของพยาบาล ควรให้ในส่วนตัว ไม่พลุกพล่าน และในการให้คำปรึกษานั้นพยาบาลสามารถให้การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลเกี่ยวกับโรคของด้านนี้จะทำให้พยาบาลมีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

Rogers cited in Wolf (1986: 84) ซึ่งอภิปรายถึงการดูแลว่าการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ทำให้มีความรัก ความเข้าใจ และยอมรับมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือบุคคลในกระบวนการรักษา

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยเหลือเป็นบทบาทที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัว และส่งเสริมความเข้าใจทั้งผู้ป่วยและสามีเพื่อเกิดความร่วมมือและยอมรับการรักษา รูปแบบคำปรึกษาที่ผู้ป่วยและสามีมีความต้องการ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคลและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะผู้มีอายุและการศึกษาน้อยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก

จากงานวิจัยต่าง ๆ สรุปได้ว่า การป่วยเป็นมะเร็งเต้านมนั้น ก่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตต่อการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ทุกข์ทรมาน สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง บทบาทหน้าที่ การปรับตัว และการเผชิญปัญหา พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งความต้องการนั้นประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การสนับสนุนระดับบุคคล การส่งเสริมให้ครอบครัวให้การสนับสนุนระดับบุคคลของผู้ป่วย และการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ตลอดจนการสัมผัส ประคับประคองผู้ป่วยทั้งทางวาจาและท่าทางของพยาบาล

บทบาทเหล่านี้ นับเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจทางการพยาบาล และผู้ศึกษาการดูแลไว้มากมายในบทบาทต่าง ๆ ทั้งในประสบการณ์การดูแล พฤติกรรมการดูแล และผลที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการดูแล ดังนี้

พยอม อยุสร์สวัสดิ์ (2539) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ พบว่า

1. พยาบาลมีความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลนี้เป็นการเอาใจใส่ ช่วยเหลือ เพื่อเยียวยาผู้ป่วย ซึ่งมีความพร้อมในภาวะสุขภาพให้มีความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดูแลเอาใจใส่มีความสำคัญกับวิชาชีพการพยาบาล

2. ทฤษฎีพื้นฐานการดูแลองค์รวม ซึ่งเรียกว่า "จิตสำนึกเยียวยา" มีองค์ประกอบ 4 ประการ คือ เงื่อนไขการดูแลเยียวยา สถานการณ์เฉพาะ กระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแลเยียวยา และผลลัพธ์การดูแลเยียวยา

Clarke and Wheeler (1992) ศึกษาเชิงคุณภาพในปรากฏการณ์การดูแลในการปฏิบัติกรพยาบาล พบว่า โครงสร้างการดูแลมี 4 เกณฑ์หลัก คือ

1. การเป็นผู้สนับสนุน ซึ่งเป็นในสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ ยอมรับ ด้วยความรัก ให้อ้างใจ เสียสละตนเอง
2. การสื่อสารด้วยการ ฟัง พูด สัมผัส ให้ข้อมูล
3. การยอมรับความกดดันเมื่อผู้รับบริการ รุ้จัก สับสน
4. ความสามารถในการดูแล

Forrest (1989) ศึกษาประสมการณ์การดูแลของพยาบาล พบว่า มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ

1. เข้าไปมีส่วนร่วม (Involvement) อยู่ด้วย ยอมรับ มีอารมณ์ร่วม มีทัศนคติในความมั่นใจ มีความหวัง มีความรู้สึกทางบวก เข้าไปใกล้ชิดผู้ป่วย ยอมรับที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. ปฏิสัมพันธ์ (interacting) สัมผัส ดำรงความรู้สึก ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูล ตอนทำความรู้จักผู้ป่วยอย่างดี

ปริญาดา ศรีธนาพิพัฒน์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล พบว่า พฤติกรรมกรดูแลมีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรู้สึกในฐานะความเป็นมนุษย์
2. ด้านพันธะผูกพันในการปฏิบัติงานการดูแล
3. ด้านความรู้ความสามารถในการดูแล
4. ด้านความเห็นอกเห็นใจ
5. ด้านความเชื่อมั่นให้อ้างใจ
6. ด้านการให้ความเคารพนับถือ
7. ด้านการให้คุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล และ
8. ด้านจิตสำนึกความถูกต้องทางศีลธรรมและจริยธรรม

Robinson et al., (1997) ทดสอบความสมบูรณ์ของ Corbin and Strauss Trajectory Model และการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดมะเร็งโดยการให้การพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ

1. ดูแลโดยตรง
2. ให้ความรู้ สอนผู้ป่วย
3. ให้คำปรึกษา
4. ควบคุมกำกับ
5. จัดการ กระทำ

พบว่า ความสำคัญอยู่ที่ตำแหน่งการเป็นมะเร็ง และผู้ป่วยยอมรับการดูแลที่เป็นการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการเป็นผู้ป่วยเรื้อรังภายหลังผ่าตัด โดยเน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพจากการผ่าตัด ศึกษาในการจัดการทั้งหมดในการป่วย และจัดแบ่งระยะเจ็บป่วยและวิกฤตไม่ชัดเจนในอาการของผู้ป่วย

Myer (1986) ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย มะเร็งและครอบครัว พบว่า สรุปโดยรวมว่า กิจกรรมการดูแลมี 2 ด้าน คือ

1. การปฏิบัติทางกายภาพ เป็นพฤติกรรมช่วยเหลือให้เป็นไปตามความต้องการของมนุษย์ กระบวนการจัดการ การดูแลความเครียด การดูแลสิ่งแวดล้อม
2. พฤติกรรมช่วยเหลือด้านความคิด เช่น การสอนเฉพาะในกิจกรรม ให้คำแนะนำคำปรึกษา แก้ปัญหา

Sherwood (1991) ศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ในการดูแลของพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยด้วยการถามคำถามปลายเปิดและอธิบายการวิเคราะห์ด้วยวิธีของ Spiegelberg (1976) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาล คือ

1. ประเมินความต้องการโดยการสังเกต ตรวจสอบถามไม่สบายทางด้านร่างกาย จิตใจ และความต้องการอื่น ๆ ซึ่งพยาบาลได้แสดงออกถึงการประเมินด้วยความตั้งใจทั้งกายและใจ
2. วางแผนการดูแล โดยใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาล ตัดสินใจในการวางแผน จากข้อมูลที่ประเมิน

3. การปฏิบัติทางการพยาบาล โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย และลดปัญหาของผู้ป่วยในความสามารถในการดูแลของพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยคาดหวังในทักษะ ความรวดเร็ว ลดอาการปวด ความสามารถ

การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ให้ความสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ป้องกันและลด ความเจ็บปวดโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สบาย

การสัมผัสด้วยความเมตตา ความรัก และตื่นตัวเต็มใจเสมอ

การให้ข้อมูล ความรู้ สอน ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

4. ประเมินปรับปรุงแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ตรวจสอบ ประสิทธิภาพการพยาบาล

5. ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยเจตคติ ซึ่งแสดงออกถึงการดูแลที่มีความตระหนักรู้ คำนิยาม เห็นอกเห็นใจ เมตตา กรุณา ให้ความสบาย และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยทั้ง ความรู้สึกและความสนใจด้วยความอดทน ผูกพัน ใจเวลา

Morrison (1997) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลพบว่า

1. ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่น่าตกใจในการอยู่โรงพยาบาล รู้สึกไม่แน่นอน และไม่ชัดเจนว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับเขา ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการอยู่โรงพยาบาลสามารถ ปรับตัวเองได้ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลดีกว่าคนไม่มีประสบการณ์ แต่ก็มีผู้ป่วยที่ปรับตัว ไม่ได้

2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่ได้รับการปฏิบัติเหมือนวัตถุ ทำให้วิตกกังวล ผู้ป่วย บางรายไม่ต้องการให้เขียนชื่อลงในกระดาษ ต้องการคนอยู่ใกล้และไม่ต้องการให้พูดถึงเขาในที่ ชุมชนเพราะเกิดความอาย

3. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและมั่นใจคือ การปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

4. ผลกระทบจากมะเร็งต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่เลวร้าย ผู้ป่วยต้องการรู้ ความจริง ต้องการความหวัง การเตือนเฝ้าติดตามทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลกลัวการกระจายของโรค

เกียรติกำจร กุศล และเกษรา วณิชิตระกูล (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลจากพยาบาลกับการเผชิญความเครียดของมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคปอดบวม ขณะเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ามารดารับรู้การดูแลจากพยาบาลในระดับสูงในด้าน การให้ความมั่นใจ และทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าด้านข่าวสาร ด้านการดูแล ให้ความช่วยเหลือ

และด้านอารมณ์ มารดาใช้วิธีเผชิญความเครียด ทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ในระดับสูง แต่วิธีการมุ่งแก้ปัญหามากกว่ามุ่งจัดการกับอารมณ์สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลจากพยาบาลกับการเผชิญความเครียดของมารดา พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลาง

Williams (1997) ศึกษาการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลในความสัมพันธ์ของการรับรู้ของผู้ป่วยในการดูแลทางการพยาบาลแบบองค์รวมต่อขั้นของความวิตกกังวล โดยมีวัตถุประสงค์ที่ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและให้การดูแลทางจิตสังคม สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการหายของผู้ป่วย พบว่าการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล

ความปวด มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล และผู้ป่วยที่รับรู้การดูแล อธิบายว่า ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณน้อยที่สุด แต่การดูแลทางความไวต่อความรู้สึกและร่างกายได้มากที่สุด

Wright (1998) กล่าวว่า จุดเด่นวิชาชีพการพยาบาลและความรับผิดชอบทางจริยธรรม คือ ส่งเสริมการดูแลจิตวิญญาณและการดูแลทางการพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญที่ทำให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ซึ่งความต้องการทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันชีวิตให้มีความหวัง ความหมาย การให้อภัย เมตตา กรุณา

จิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญทำให้เกิดความผาสุก ความจำเป็นในการดูแลทางการพยาบาล ผลักดันให้เกิดการหาย การดูแลให้ผู้ป่วยมีความหวังและความหมายในชีวิต เป็นทักษะในการดูแลทางจิตวิญญาณ

การดูแลซึ่งเป็นหัวใจของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลให้กับผู้ป่วย เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยดูแลในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณน้อยที่สุด การดูแลมีผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติด้วย คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายมากขึ้น ลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมาย นโยบายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และใช้เป็น ตัวชี้วัดถึงสภาวะบุคคลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและผลจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงมีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตไว้หลายแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาถึงผลลัพธ์ ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลหรืออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ

Ferrell et al., (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีที่เป็น มะเร็งเต้านม 21 คน ในช่วงอายุต่ำกว่า 40 ปี, 40-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า ในทุกกลุ่ม อายุมีผลกระทบต่อความผาสุกทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดย

1. ด้านความผาสุกทางร่างกาย มีผลลัพธ์ที่เลวร้ายในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของ ประจำเดือนและการเป็นหมัน เมื่อยล้า ปวด
2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ กังวลการกระจายของมะเร็ง โศกเศร้าจากการผ่าตัด การกลืนเป็นน้ำ กังวลมะเร็งทุติยภูมิ ผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์แห่งตนและกังวลการทดสอบครั้ง ต่อไป
3. ด้านความผาสุกทางสังคม มีความโศกเศร้าในครอบครัว บทบาท การสนับสนุนใน ครอบครัว และ
4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ความหวัง ความหมายในชีวิต

Carlsson and Hamrin (1994) ศึกษาภาวะทางจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางจิตใจและการปฏิบัติทางจิตสังคมของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม คุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัดและการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า องค์ประกอบทางจิตสังคมมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางจิตใจ การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดและ บางส่วนมีผลต่อภาวะทางจิตใจ

องค์ประกอบทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมของคู่ ครอบครัวยุ เพื่อน บุคคลที่มีความ สัมพันธ์ บุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อการอยู่รอด

Finney (1992) ศึกษาผลของการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด และการผ่าตัดเต้านมออก บางส่วนต่อการปรับตัวทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการสัมภาษณ์ก่อนผ่าตัดและหลัง ผ่าตัด 7 ถึง 10 วัน และ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน โดยศึกษาภาวะทางอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตและชีวิตคู่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวทั่วไป พบว่า

ผู้ป่วยที่ตัดเต้านมออกบางส่วนมีคุณภาพการปรับตัวทางเพศสูงกว่าผู้ป่วยที่ตัดเต้านมออกทั้งหมด ซึ่งเป็นเรื่องเดียวที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

Hughes (1993) ลักษณะภาวะทางจิตสังคมและบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในเวลาที่ได้รับบริการวินิจฉัยในช่วงแรกของการรักษา เพื่อเข้าใจผลกระทบของการวินิจฉัยและการรักษาต่อความผาสุกทางกายและจิตสังคมของผู้ป่วย โดยศึกษาในเวลาที่ได้รับวินิจฉัย แต่ก่อนรักษา และหลังผ่าตัด 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนและเพระบทบาทหน้าที่ แต่ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (unaffected) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอน คุณภาพชีวิตและภาระหน้าที่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการตัดเต้านมออกทั้งหมด และการตัดออกบางส่วน มีการตอบสนองต่อการวินิจฉัยในแนวเดียวกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีความโดดเศร้า และใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระดับเดียวกัน

Wyatt and Friedmann (1998) ศึกษารูปแบบของการปรับตัวในบทบาทหน้าที่และภาวะจิตสังคมของสตรีวัยกลางคนหรือแก่กว่าหลังการผ่าตัดเต้านม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ Adjuvant (คือ ให้เคมีบำบัดและรังสีบำบัด) หลังจากการผ่าตัดเต้านมและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา Adjuvant ในกลุ่มสตรีอายุ 55 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วย 46 คน โดยศึกษาบทบาทหน้าที่ อารมณ์ คุณภาพชีวิต ความต้องการต่อการป่วย และชนิดของการรักษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นในกลุ่มที่ผ่าตัดอย่างเดียวที่มีภาวะบทบาทหน้าที่ต่ำ แต่พัฒนาดีขึ้นหลัง 6 อาทิตย์ถึง 3 เดือน จากการค้นพบแนะนำว่า ควรมีการให้การพยาบาลที่เน้นในความต้องการทางบทบาทหน้าที่และภาวะทางจิตสังคม ช่วงก่อนและหลังผ่าตัด

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการผ่าตัดนั้น ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมากในเรื่องของการมีคุณค่าแห่งตน และการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองหลังการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Followfield; 1995; 690) ต่อมาในปี 1970 มีการรักษาด้วยการเก็บเต้านมไว้โดยผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Conserving surgery) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวล และความโดดเศร้าอยู่ ซึ่งเป็นส่วนที่กระทบคุณภาพชีวิต (Followfield, 1995; 690) อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตยังคงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ผลของคุณภาพชีวิตที่ศึกษาในมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดกับการรักษาแบบผ่าตัดเก็บเต้านมไว้ (conserving treatment) พบว่า

1. มีความรู้สึกในภาพลักษณ์และบทบาทหน้าที่ทางเพศดีกว่าหลังการรักษาแบบผ่าตัดเก็บเต้านมไว้
2. ไม่กลัวการกลับเป็นซ้ำมากกว่า

3. มีความวิตกกังวลและความโศกเศร้าเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม
4. ต้องการคำปรึกษาและการประคับประคองทั้ง 2 กลุ่ม
5. การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะทางจิตใจดีกว่า
6. มีปัญหาการปรับตัวทั้ง 2 กลุ่ม

การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด เป็นกระบวนการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบอย่างมาก และภาพลักษณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Hietanen, 1996) ส่วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก การศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะทางการพยาบาลที่มีผลต่อผู้ป่วยในทางบวก (Deane, 1996, Rogers, 1986, Morris and Royle, 1988, Wilson, 1995 and Benner and Wrubel, 1989) เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลของพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลและเกิดผลทางบวกในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตนั้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

