

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคมะเร็ง
2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
3. แนวคิดเชิงจิตวิทยา
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ
 - 3.2 แนวคิดการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคมะเร็ง

จากรายงานของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งของอเมริกา พบว่ามีประชากรชาวอเมริกันเป็นจำนวนมากกว่า 5 ล้านคน ซึ่งเคยเป็นโรคมะเร็งมาก่อน และได้รับการรักษาให้หายเรียบร้อยแล้วเป็นเวลาเกินกว่า 5 ปี และทุกรายที่รอดชีวิตนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแรกทั้งสิ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีชีวิตรอดหลังการรักษาเกินกว่า 5 ปี ถือว่า "หาย" การกำหนดระยะเวลา 5 ปี เพราะว่าโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักจะกำเริบหรือกลับเป็นใหม่อีกภายในระยะเวลา 5 ปีหลังรักษา สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแรกเริ่มได้รับการรักษาจนหายขาดและยังมีชีวิต และสามารถปฏิบัติงานได้เหมือนบุคคลทั่วไป มีเป็นจำนวนมากหลังการรักษา 10 - 20 ปี และต่อมาอาจจะเสียชีวิตจากสาเหตุ หรือโรคอื่นที่มีไข้จากโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ผลการรักษาให้หายขาดยังอยู่ในอัตราน้อยมาก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นโรคมะเร็งมักจะมาพบแพทย์และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ก็ต่อเมื่อโรคอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้วเสมอ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง การเชื่อถือ โศกกลาง ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีแต่โบราณบางอย่าง ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และปัญหาที่สำคัญอีกประการก็คือ ปัญหาในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยเอง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ช้า และโรคอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีและมักจะเสียชีวิตเสมอ (ไพรัช เทพมงคล, ออนไลน์, 2528)

ความมุ่งหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มี 2 ประการ คือ

1. การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้โรคหายขาด การรักษาจะอยู่ในวงจำกัดที่โรคมะเร็งยังอยู่ในระยะเพิ่งเริ่มเป็นเท่านั้น วิธีการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดหรือการใช้รังสีรักษาก็ตาม จะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะอาศัยเครื่องมือ และเทคนิคของการรักษาอย่างละเอียด และแม่นยำ

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการชั่วคราว สำหรับผู้ป่วยอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว ซึ่งสำหรับผู้ป่วยชาวไทย แพทย์จะให้การรักษแบบนี้มากกว่าร้อยละ 90 การรักษาไม่ได้มุ่งหวังที่จะทำให้โรคหายขาด แต่เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้นชั่วคราว หรือทุเลาจากอาการต่าง ๆ เท่านั้น ซึ่งอาจจะยืดอายุผู้ป่วยออกไปอีกเล็กน้อย เช่น ในรายที่มีเลือดออกจากแผลมะเร็งมาก ๆ หรือในรายที่มีก้อนมะเร็งไปกด หรืออุดช่องทางเดินอาหาร หรือทางเดินหายใจ ในรายที่มีอาการปวดอย่างมาก หรือเพื่อลดอัตราการโตของก้อนมะเร็งให้ช้าลงชั่วคราว การรักษาแบบนี้มีหลายวิธีแต่ควรยึดหลักของการรักษาโดยใช้วิธีการที่ง่ายและสะดวกที่สุด และใช้เวลาสั้นที่สุด ทั้งนี้เพื่อมิให้สิ้นเปลือง และเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา

วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ในปัจจุบันมีใช้กันอยู่ 6 วิธี คือ

1. การผ่าตัด ถือเป็นวิธีการรักษาหลักที่สำคัญที่สุด และทำให้มีโอกาสหายขาดได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่โรคยังเป็นน้อยและเพื่อเป็นการบรรเทาอาการชั่วคราวในกรณีที่โรคเป็นมากแล้วมีรายงานทางการแพทย์ที่กล่าวถึงประวัติของการรักษาโรคมะเร็งโดยวิธีผ่าตัดมาตั้งแต่ 5 ศตวรรษ ก่อนคริสตกาล ในปัจจุบันนี้ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งจะต้องชำนาญ และฝึกฝนมาทางด้านนี้โดยเฉพาะ และจะต้องรู้ประวัติธรรมชาติของโรคมะเร็งเป็นอย่างดี วิธีการผ่าตัดอาจจะตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออกเท่านั้น หรือเลาะเอาต่อมน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อที่ติดบริเวณใกล้เคียงออกไปด้วย นอกจากจะผ่าตัดโดยใช้มีดผ่าตัดธรรมดาแล้วในปัจจุบันยังได้มีวิวัฒนาการโดยการผ่าตัดด้วยมีดไฟฟ้า การผ่าตัดโดยใช้ความเย็น ระหว่าง -20 ถึง -150 องศาเซลเซียส การผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาให้ผิวหนังไหม้ในการรักษามะเร็งผิวหนัง และการใช้แสงเลเซอร์แทนมีดผ่าตัด การผ่าตัดเหล่านี้ทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้ง่ายขึ้น เสียเลือดน้อยลง และใช้เวลาในการผ่าตัดลดลง

2. รังสีรักษา เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ได้ทั้งการมุ่งหวังให้โรคหายขาด และการบรรเทาอาการชั่วคราว ผู้ป่วยชาวไทยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 - 80 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดมักจะได้รับการรักษาด้วยรังสี เพราะอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว และการรักษาด้วยรังสี เพื่อบรรเทาอาการจะสะดวกสบายมากกว่าการผ่าตัด ในประเทศไทยมีประวัติของการใช้รังสีเอกซ์รักษาโรคมะเร็งในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. 2478 รังสีที่ใช้รักษาโรคมะเร็งมี 2 กลุ่มใหญ่ คือ

2.1 รังสีโฟตอน ซึ่งมีพลังงานทะลุทะลวงระหว่าง 1.24 กิโลวัตต์ ถึง 12.4 เมกะวัตต์ มีขนาดของคลื่นรังสีระหว่าง 10 - 0.001 อังสตรอม เช่น รังสีเอกซ์ จากเครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ รังสีแกมมาจากสารกัมมันตรังสี ทั้งที่เกิดโดยธรรมชาติ เช่น จากแร่เรเดียม (226 Radium) หรือที่มนุษย์ประดิษฐ์ขึ้นมา เช่น โคบอลต์ 60 (60 Cobalt) ซีเซียม 137 (137 Cs) ไอโอดีน 131 (131 I) ทอง 198 (198 Au)

2.2 รังสีอนุภาค ส่วนใหญ่ได้จากการสลายตัวของสารกัมมันตรังสี หรือจากเตาปฏิกรณ์ปรมาณู และโดยทั่วไป รังสีพวกนี้จะมีพลังงานทะลุทะลวงน้อยกว่ารังสีโฟตอน เช่น อนุภาคแอลฟาจากแร่เรเดียม ก๊าซเรดอน และอนุภาคเบตาจากแร่สตรอนเตียม 90 (Strontium-90) ฟอสฟอรัส 32 (Phosphorus-32)

3. การใช้ยาเคมีบำบัด การรักษาในรูปของการใช้รักษามะเร็งกำลังเป็นที่สนใจ และมีบทบาทสำคัญ ในปัจจุบันนี้มีมะเร็งหลายชนิดที่รักษาให้หายขาดด้วยยา แต่ส่วนใหญ่จะใช้เฉพาะในรายที่เป็นมากแล้ว เพื่อเป็นการรักษา เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ชนิดของยา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไมโซซอร์โโมน และซอร์โโมน หรือแบ่งตามลักษณะการออกฤทธิ์ของยาทางเภสัชศาสตร์ของเซลล์ได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.1 ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ได้ทุกระยะในวงจรของเซลล์ โดยไม่จำกัดเวลา เช่น ยาประเภทไนโตรเจน มัสตาร์ด เป็นต้น

3.2 ออกฤทธิ์จำกัดได้เฉพาะระยะใดระยะหนึ่ง ในวงจรของเซลล์เท่านั้น เช่น ยาประเภทอัลคาลอยด์จากพืชบางอย่าง ออกฤทธิ์ได้เฉพาะเซลล์ที่กำลังอยู่ในระยะแบ่งตัว หรือยาเมโทเทรกเสต จะออกฤทธิ์เฉพาะเซลล์ที่กำลังมีการสร้าง ดีเอ็นเอ เท่านั้น

การใช้รักษามะเร็ง อาจจะแบ่งได้ตามวิธีใช้ คือ ก. การใช้ยาเฉพาะที่ เช่น ในรูปของการใช้ทา การฉีดเข้าไขสันหลัง ข. การใช้ยาให้ซึมซาบทั่วร่างกาย เช่น ในรูปของการรับประทาน การใช้ฉีดเข้าหลอดเลือด หรืออาจจะแบ่งตามแนวการรักษา คือ ก. ใช้เป็นการรักษาหลัก คือ ใช้ยา (ชนิดเดียวหรือหลายชนิดก็ได้) รักษาเพียงวิธีเดียว เช่น การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว ข. ใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นเพื่อหวังผลการรักษามากขึ้น เช่น การให้รักษามะเร็งภายหลังการผ่าตัดเพื่อหวังในการป้องกันการแพร่กระจาย การใช้ยาอาจจะใช้ยาเพียงชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกันก็ได้ ซึ่งต้องใช้โดยแพทย์ที่ชำนาญทางรักษามะเร็งโดยเฉพาะ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงด้านการกดไขกระดูก ผมร่วง คลื่นไส้อาเจียน ปากอักเสบ จำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง

4. การใช้การรักษาทั้ง 3 วิธีกล่าวมาแล้วร่วมกัน ในปัจจุบันนี้การรักษาโรคมะเร็ง มุ่งหวังให้โรคหายขาดมากขึ้น แต่เดิมการรักษามักจะกระทำโดยแพทย์เฉพาะทางฝ่ายเดียว เมื่อการรักษาล้มเหลวจากวิธีใดวิธีหนึ่งแล้ว จึงเปลี่ยนมาเป็นอีกวิธีหนึ่ง ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

ในปัจจุบันนี้ จึงนิยมใช้วิธีการรักษาหลาย ๆ วิธีร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น หรือสะดวกขึ้น เช่น

4.1 การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด โดยการผ่าตัดเอามะเร็ง ปฐมภูมิออก และฉายรังสีไปที่มะเร็งทุติยภูมิ ที่ต่อมน้ำเหลือง

4.2 การผ่าตัดร่วมกับยาเคมีบำบัด เช่น มะเร็งปอด

4.3 การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด เช่น มะเร็งของไตในเด็ก

4.4 รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด เช่น มะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่ในระยะที่เป็น มากแล้ว

5. การรักษาโดยการเสริมภูมิคุ้มกัน เป็นวิธีการรักษาที่เพิ่งจะสนใจ และเริ่มใช้ในวงการ แพทย์เมื่อไม่นานมานี้ และนับวันจะยิ่งมีบทบาทมีความสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งมากขึ้น โดยอาศัยหลักที่ว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งนั้น เนื่องจากร่างกายไม่สามารถที่จะค้นพบว่า ที่ผิวของผนัง ด้านนอกของเซลล์มะเร็งมีแอนติเจนที่เรียกว่าทีเอเอช หรือในกรณีที่ร่างกายสามารถจะค้นพบ แอนติเจนนี้ได้ แต่ร่างกายไม่สามารถจะสร้างภูมิคุ้มกัน หรือแอนติบอดีไปต่อต้าน หรือทำลาย แอนติเจนนี้ จะเป็นเพราะระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายล้มเหลว หรือมีอะไรไปยับยั้งในการสร้าง ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้น การกระตุ้นให้ร่างกายสามารถค้นหาแอนติเจนจากเซลล์มะเร็งได้ หรือ การกระตุ้นให้ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นโดยตรงหรือทางอ้อม ก็จะทำให้มะเร็งที่กำลัง เป็นผู้อยู่ในบุคคลผู้นั้นมีการฝ่อตัวลง หรือหยุดการเจริญเติบโต หรือโตช้าลง มีการนำวิธีการนี้มาใช้ ในการรักษามะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมาและมะเร็งปอด

6. การรักษาทางด้านจิตวิทยา มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งมาก เพราะเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยก็จะหมดกำลังใจ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย ส่วนใหญ่ก่อนจะมารับการรักษาที่ถูกต้องนั้น มักจะหมดกำลังใจ กำลังใจ และกำลังทรัพย์ และโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค นอกจากผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบาย เจ็บปวดทางกายแล้ว ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกอ้างว้าง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็นที่รังเกียจ แม้แต่กับญาติสนิท การรักษาทางด้านจิตวิทยา และการกระทำใด ๆ ก็ตาม ที่ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้น ก็จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตยืนยาวขึ้นอีกเล็กน้อย โดยมีความสุข พอสมควร แม้ว่าจะเป็นความสุข ความพอใจเล็ก ๆ น้อย ๆ ในช่วงสุดท้ายของชีวิตก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าผลของการรักษาโรคมะเร็งไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะดีขึ้นหรือเลวลงนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษาเพียงฝ่ายเดียว หากแต่ขึ้นอยู่กับ สภาพร่างกายของผู้ป่วย ชนิดของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ระยะของโรคมะเร็ง และที่สำคัญที่สุด คือ การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในระยะแรกของโรคมะเร็ง ซึ่งผลการรักษาจะมีประสิทธิภาพสูงสุด

และการได้รับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคมะเร็งโดยเฉพาะ รวมถึงการมีเครื่องมือรักษาที่ทันสมัย นับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การรักษาได้ผลดี แต่จะดีขึ้นถ้าหากว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกได้ให้ความสนใจต่อตนเอง หรือมารับการรักษาตั้งแต่โรคมะเร็งยังเป็นระยะแรกเริ่ม และให้ความร่วมมือในการรักษาทุกขั้นตอนเป็นอย่างดี

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ (ออนไลน์. 2555) กล่าวว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมิขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 โดย โรเจอร์ (Roger. Online. 1975) และได้มีการปรับปรุงแก้ไขและนำมาใช้ใหม่ในปี พ.ศ. 2526 โดยดันน์ และโรเจอร์ (Dunn and Rogers. Online. 1986) ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยมุ่งเน้นการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกในร่างกายบุคคล เช่น

1. ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived Probability)
3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

และจากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในด้าน คือ

1. ทำให้เกิดความรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
2. ทำให้เกิดความรับรู้ในการทบทวนสถานการณ์และเกิดความคาดหวังในการทบทวนสถานการณ์
3. ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์
4. ความหวังในประสิทธิผลของตน

ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุดสาระสำคัญของทฤษฎีนี้คือการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นอาจจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค

ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองเป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีประสิทธิผลของตนเอง (Bandura, 1986 : 391) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวัง ในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิผลของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสาร ข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วยองค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระตุ้นทางบวกกับบุคคล

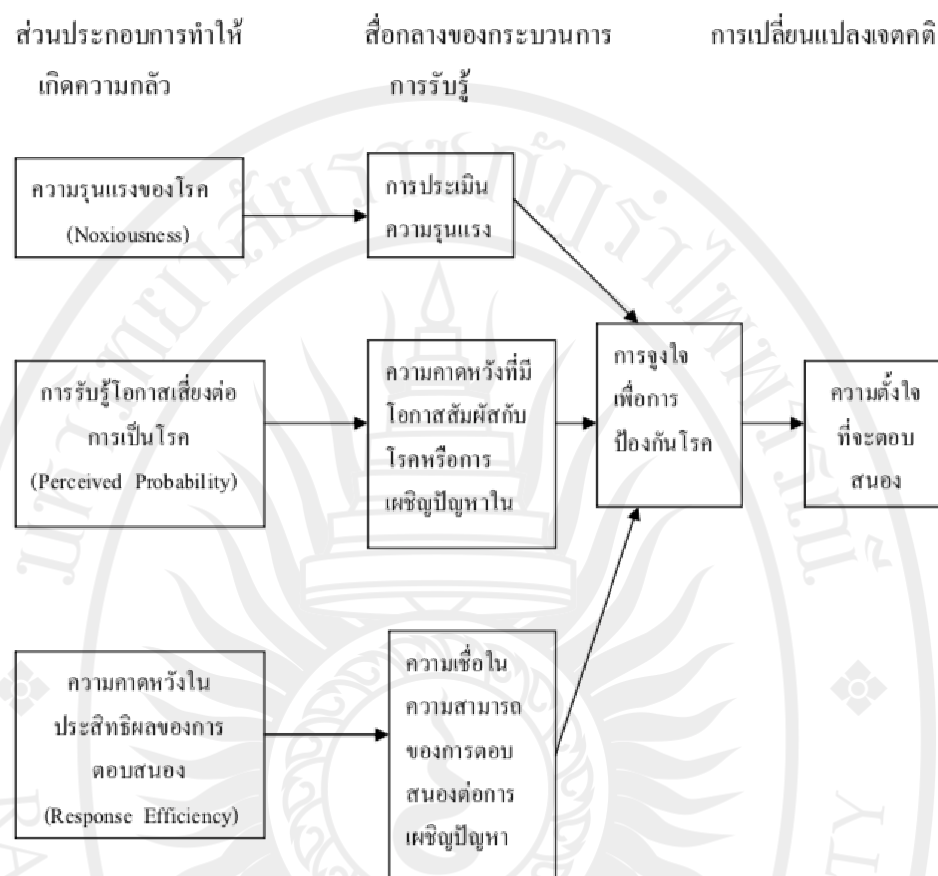
การให้ความสำคัญแก่โรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคมะเร็ง หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม เช่น ระยะของโรคมะเร็ง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียภาพลักษณ์ และการเสียชีวิต อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย การคิดแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ขบวนการแก้ไขปัญหาเป็นปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นต้องปรับท่าที การตอบสนอง สิ่งนี้เป็นเรื่องของการรับรู้ผลที่จะได้รับการตอบสนอง เพื่อที่จะจัดสิ่งที่เหมาะสมมาคุกคามตนเองอยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้หรือไม่ ต่อขบวนการปรับตัวเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้หรือขาดความมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นค่านิยมของสิ่งที่เปี่ยมหมายสุดท้ายที่ประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่าง การลดน้ำหนักด้วยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีการจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีเหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่น ค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้อง

สร้างมาตรวัดค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค คือ การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมการรักษาโรคดำเนินไปได้ และในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกออกจากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติผู้ป่วยที่มีความรู้สึกในประสิทธิผลของตนเองสูงจะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรคความไม่สบายต่าง ๆ เหล่านี้ไปได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกในประสิทธิผลของตนเองต่ำก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนอง การทนรับสถานการณ์ต่าง ๆ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค

การวัดผลประสิทธิผลของการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายการตอบสนองสูงเกินไป ค่าใช้จ่ายการตอบสนอง ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับการผ่าตัด การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายแสงรังสีรักษา และความยุ่งยากการเดินทางเข้ารับการรักษ เป็นต้น การประเมินการทนรับสถานการณ์เกิดจากผลบวกประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเอง ลบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสม จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษารักษาโรค ประคับประคองและชี้นำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนอง การทนรับสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อเข้ารับการป้องกันและรักษาโรคหรือเป็นการหยุดการกระทำ เช่น หยุดการรักษาแพทย์ทางเลือก สมุนไพรต่าง ๆ ในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค อาจจะวัดได้หลาย ๆ วิธี อาจจะวัดได้จากโดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิธีพฤติกรรมนั้น ใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด ซึ่งความตั้งใจนี้อาจขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำหรือหลาย ๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเห็นความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง มีโอกาสรอดชีวิตจากโรคมะเร็งได้เมื่อเข้ารับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันตั้งแต่ระยะแรก การตอบสนองที่เหมาะสมเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงข้อวิตกกังวลต่าง ๆ นั้นให้ดีขึ้นได้ ปัจจัยที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจคือ ทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ถ้าประสิทธิภาพของการตอบสนองและหรือประสิทธิภาพในตนเองสูงแล้ว การเพิ่มความรุนแรงและหรืออันตรายที่จะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิภาพการตอบสนองหรือประสิทธิภาพในตนเองนั้นต่ำ การเพิ่มความรุนแรงหรือความเป็นอันตรายจะไม่มีผลจากการสะท้อนกลับ ดังนั้นการสื่อสารโดยการสร้างแรงจูงใจเพื่อลด

ถึงคุกคาม ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกให้เกิดประสิทธิผลของการตอบสนองและหรือประสิทธิผลในตนเองสูง ต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก โดยลดสิ่งคุกคามและเกิดความรู้สึกถึงประสิทธิผลตนเองสูง รู้สึกมั่นใจ ปลอดภัยและประสิทธิผลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก คือ การหายจากโรคมะเร็ง และมีอายุยืนยาวขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น

แนวคิดเชิงจิตวิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ

ความหมายของการตัดสินใจ นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์ (2543 : 187) กล่าวว่า การตัดสินใจหรือการวินิจฉัยสั่งการ หมายถึง การเลือกปฏิบัติหรืองดเว้นปฏิบัติ หรือการเลือกทางดำเนินการที่เห็นว่าดีที่สุดทางใดทางหนึ่ง จากทางเลือกหลาย ๆ ทางเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ

สุพานี สฤณภูวนิช (2549 : 166) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการของการเลือกจากหลาย ๆ ทางเลือกที่มีอยู่ ณ วินาทีเวลานี้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์อย่างที่ต้องการ หรือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นการตัดสินใจจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับมิติของเวลา เพราะการตัดสินใจ ณ ขณะนี้ เวลานี้ซึ่งมักจะส่งผลถึงอนาคต และการตัดสินใจจะเกี่ยวข้องกับมิติของทางเลือกเสมอ เพราะถ้าเราไม่มีทางเลือก ก็ไม่ต้องเลือก ก็ไม่ต้องตัดสินใจ ดังนั้นถ้าต้องตัดสินใจจะต้องมีทางเลือกเสมอ

พิบูล ธิปะปาล (2550 : 110) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง การเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเลือกจากทางเลือก 2 ทางเลือก หรือจากหลากหลายทางเลือก

ไซมอน (Simon, 1974 : 117) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการของการหาโอกาส การหาทางเลือกที่พอเป็นไปได้และเลือกทางเลือกจากงานต่าง ๆ ที่มีอยู่

มูดี้ (Moody, 1983 : 4) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นการกระทำที่ต้องทำ เมื่อไม่มีเวลาที่จะหาข้อเท็จจริงอีกต่อไป ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เมื่อใดที่ตัดสินใจว่าควรหยุดหาข้อเท็จจริง แนวทางแก้ไข จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่งการรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย และการใช้เวลา

กิบสัน และอิวานเซวิช (Gibson and Ivancevish, 1979 : 78) ได้ให้ความหมายการตัดสินใจไว้ว่า เป็นกระบวนการสำคัญขององค์การที่ผู้บริหารจะต้องกระทำอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (Information) ซึ่งได้รับมาจากโครงสร้างขององค์การ พฤติกรรมบุคคลและกลุ่มในองค์การ

ศรีรังค์ ทีนะกุล (2542 : 150) ปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านการค้า หรือปัญหาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้าเกิดทางเลือกขึ้นมากกว่า 1 ทางและการตัดสินใจ จะต้องเลือกทางใดทางหนึ่งเพียงทางเดียว เมื่อเป็นเช่นนี้การตัดสินใจก็ต้องเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุด ซึ่งการทำการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุด บางปัญหา การตัดสินใจอาจตัดสินใจภายใต้สภาวะการณ์ที่แน่นอน ทำให้การตัดสินใจดังกล่าวทำได้ไม่ยาก แต่บางปัญหาการตัดสินใจอาจต้องตัดสินใจภายใต้สภาวะการณ์ที่ไม่แน่นอน หรือภายใต้ความเสี่ยง ทำให้การตัดสินใจดังกล่าวเป็นไปได้ไม่ง่าย กล่าวคือผู้ตัดสินใจอาจต้องทำการตัดสินใจโดยใช้ ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ หรืออาจต้องใช้ข้อมูลในอดีต หรืออาจต้องหาข้อมูลเพิ่มเติม หรืออาจต้องใช้ ข้อมูลหลาย ๆ ทางมาประกอบการตัดสินใจ แต่ทั้งนี้ในการตัดสินใจบางครั้งอาจต้องอาศัยเรื่อง ความน่าจะเป็นเข้ามาช่วยในการพิจารณาด้วย กระบวนการตัดสินใจมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความน่าจะเป็น
2. โครงสร้างของปัญหาการทำการตัดสินใจ
3. ประเภทของปัญหาการทำการตัดสินใจ
 - 3.1 การทำการตัดสินใจภายใต้สภาวะการณ์ที่แน่นอน
 - 3.2 การทำการตัดสินใจภายใต้สภาวะการณ์ที่ไม่แน่นอน

1. ความน่าจะเป็น (Probability)

ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Chance) หมายถึง ตัวเลขที่ใช้เป็นมาตรการในการบอก โอกาสของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจจากการทดลอง ปัญหาหรือการกระทำต่าง ๆ ว่ามีโอกาส เกิดขึ้นมากหรือน้อยเพียงใด เช่น ในการทดลองโยนเหรียญปกติ 1 อัน 1 ครั้ง ถ้าสนใจความน่าจะเป็น ที่เหรียญจะขึ้นหัว จะได้ความน่าจะเป็นที่เหรียญจะขึ้นหัวเท่ากับ $1/2$ โดยที่ค่าของตัวเศษเท่ากับ 1 เพราะว่าจำนวนด้านที่เหรียญจะขึ้นหัวมีเพียงด้านเดียวและค่าของตัวส่วนเท่ากับ 2 เพราะว่า จำนวนด้านที่เป็นไปได้ทั้งหมดของการทดลองโยนเหรียญปกติ 1 อัน 1 ครั้ง มี 2 ด้าน

2. โครงสร้างของปัญหาการทำการตัดสินใจ (Structure of Decision Making Problem)

การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดเพียงทางเลือกเดียวในปัญหา หนึ่ง ๆ นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำการตัดสินใจหลายปัญหาแต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ ปัจจัยเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการทำการตัดสินใจ

2.1 ทางเลือก (Action) ในปัญหาหนึ่ง ๆ ที่ต้องทำการตัดสินใจมีทางเลือกมากกว่า 1 ทางเลือก ผู้ทำการตัดสินใจควรระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด

2.2 สภาวะการณ์นอกบังคับ (State of Nature) ในปัญหาหนึ่ง ๆ ที่ต้องทำการตัดสินใจ นอกจากจะมีทางเลือกมากกว่า 1 ทางเลือกแล้วในแต่ละทางเลือกยังมีสภาวะการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้มากกว่า 1 สถานการณ์ ยกเว้นการทำการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอน สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เรียกว่าสถานการณ์นอกบังคับ จากปัจจัยดังกล่าว นำมาพิจารณาประกอบกันภายใต้แต่ละทางเลือก และแต่ละสถานการณ์โดยกำหนดผลลัพธ์ (Outcome) ของแต่ละทางเลือกและแต่ละสถานการณ์ขึ้น และจัดเรียงผลลัพธ์ดังกล่าวให้อยู่ในรูปของตาราง ซึ่งเรียกว่าตารางการตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุด

3. ประเภทของปัญหาการทำการตัดสินใจ (Type of Decision Making Problem)

การทำการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดในปัญหาหนึ่ง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับผู้ทำการตัดสินใจทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์นอกบังคับที่จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ดังนั้น จึงแบ่งประเภทของปัญหาการทำการตัดสินใจออกเป็น 3 ประเภท คือ

3.1 การทำการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอน (Decision Making Under Certainty) เป็นการทำการตัดสินใจที่ผู้ทำการตัดสินใจทราบแน่นอนว่าสถานการณ์ใด ๆ จะเกิดขึ้น และจะทำการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์นั้น การที่ทำการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอน เป็นการทำการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจทราบแน่ชัดว่า สถานการณ์ใดที่จะเกิดขึ้นและผู้ทำการตัดสินใจ จะเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดภายใต้สถานการณ์ที่ทราบแน่ชัดนั้น นั่นคือ ผู้ทำการตัดสินใจจะเลือกทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนสูงสุดนั่นเอง

3.2 การทำการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (Decision Making Under Uncertainty) เป็นการทำการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจทราบแต่เพียงว่ามีสถานการณ์ใดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังตัดสินใจที่อาจเกิดขึ้นได้บ้าง โดยไม่ทราบโอกาสหรือความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นของแต่ละสถานการณ์ แต่พอที่จะกำหนดความน่าจะเป็นของแต่ละสถานการณ์ได้โดยพิจารณาในเชิงจิตพิสัย หรืออาศัยข้อมูลจากการทดลองที่ทำมาแล้ว หรืออาศัยข้อสนเทศจากตัวอย่าง เป็นการทำการตัดสินใจที่ผู้ทำการตัดสินใจทราบแต่เพียงว่า มีสถานการณ์ใดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังตัดสินใจที่อาจเกิดขึ้นได้บ้าง โดยไม่ทราบโอกาสหรือความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นของแต่ละสถานการณ์ สามารถแบ่งปัญหา การทำการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนออกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

3.2.1 การทำการตัดสินใจโดยไม่ใช้ข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ก่อนแล้ว (Decision Making Not Using Prior Information)

3.2.2 การทำการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ก่อนแล้ว (Decision Making Using Sample Information)

3.2.3 การทำการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ก่อนแล้วและข้อสนเทศจากตัวอย่าง (Decision Making Using Prior and Sample Information)

3.3 การทำการตัดสินใจภายใต้ความเสี่ยง (Decision Making Under Risk) เป็นการทำการตัดสินใจที่นอกจากการตัดสินใจ จะทราบว่ามีความเสี่ยงใดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังตัดสินใจเกิดขึ้นบ้างแล้วยังทราบถึงความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นของแต่ละสถานการณ์ด้วย

จากการศึกษาแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การตัดสินใจเป็นผลสรุปหรือผลขั้นสุดท้ายของกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเพื่อเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งได้แก่ แพทย์ผู้รักษา แพทย์ตัดสินใจให้การรักษามาตามแนวทางการรักษาแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ข้อมูล/สารกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกได้มีการเลือกตัดสินใจรับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือก หลังจากได้รับข้อมูล/สาร จากบุคลากรศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี การตัดสินใจ เป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก ถือเป็นบทบาทของการเป็นผู้รับข้อมูล/สารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สถานการณ์ที่เป็นปัญหา (Disturbance Handler) และต้องมีการตัดสินใจซึ่งเป็นผลสรุปขั้นสุดท้าย ของตัวผู้ป่วยเองว่าจะเลือกรับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ ทางเลือกให้กับตนเองในที่สุด

แนวคิดการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ความหมายของการให้การปรึกษา หมายถึง กระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล 2 คน คือ ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาจะพยายามช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจปัญหาและสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้ เพื่อมุ่งช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพึ่งตนเองได้ และใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการแก้ปัญหา องค์ประกอบร่วมของกลวิธีการให้คำปรึกษา ในขณะการให้คำปรึกษากำลังดำเนินอยู่ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ว่าจะยึดถือทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวทางใดก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องตระหนักถึงองค์ประกอบร่วมของการให้คำปรึกษา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. สัมพันธภาพ (Relationship) ความสัมพันธ์เป็นพื้นฐานสำคัญในการวางโครงสร้างของการให้คำปรึกษา ความพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพ คือ การแสดงออกถึงความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 มีความปรารถนาดีต่อผู้อื่นเป็นพื้นฐาน (Good Wishes)

1.2 มีการยอมรับและให้เกียรติผู้อื่นในฐานะบุคคล (Approval)

1.3 การยกย่องและแสดงความนิยมนชื่นในความสามารถของบุคคลอื่น (Recognition)

1.4 มีความสามารถในการสื่อข้อความ (Communication) กล่าวคือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นทั้งผู้พูดและผู้ฟังที่ดี รู้จังหวะขึ้น ตอนว่า เวลาใดควรเป็นผู้พูด เวลาใดควรเป็นผู้ฟัง และในขณะที่เป็นผู้ฟังนั้นสามารถเข้าใจทั้งเรื่องราวและอารมณ์ของคู่สนทนา

1.5 ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นทันที เมื่อมีโอกาสเท่าที่สามารถจะกระทำได้ (Helping Relation) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งในกระบวนการให้คำปรึกษาเรียกว่า สายสัมพันธ์ (Rapport) จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การให้คำปรึกษาดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรักษาสายสัมพันธ์นี้ให้คงอยู่ตลอดไปในการให้คำปรึกษาอีกด้วย

2. ความยืดหยุ่น (Flexibility) นับจากผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นฝ่ายมีบทบาทมากไปจนถึงผู้ให้คำปรึกษาที่มีบทบาทน้อยหรือค่อนข้างเจียม จากการให้คำปรึกษาแบบนำทางไปจนถึงแบบไม่นำทาง จากด้านความคิดความอ่านไปจนถึงด้านอารมณ์และพฤติกรรม คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ คือ ความสามารถที่จะให้คำปรึกษาและสร้างความสัมพันธ์ตามวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับคำปรึกษาที่แตกต่างกันไปได้ทุกกรณี ทฤษฎีการให้คำปรึกษาทุกทฤษฎีต่างก็แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้คำปรึกษาไปตามความเหมาะสม ไม่ปรากฏว่ามีทฤษฎีใดที่แนะนำผู้ให้คำปรึกษาพยายามหาทางเพื่อทำให้ ผู้รับคำปรึกษาเข้าไปอยู่ในแบบพิมพ์เดียวกันทั้งหมด ทุกทฤษฎีจะพิจารณาด้วยความยืดหยุ่นในการใช้หลักการของทฤษฎีนั้น ๆ อย่างมีเหตุผล

3. การสื่อความหมาย หรือการสื่อข้อความ (Communication) ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะต้องมีการติดต่อสื่อความหมายซึ่งกันและกัน อาจโดยการใช้คำพูด (Verbal Communication) หรือใช้กิริยา ท่าทาง สีหน้า แววตา (Non-verbal Communication) ความไวในการที่จะรับรู้และเข้าใจถึงปัญหา ความไวต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและของผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความยุติธรรม จะช่วยให้การให้คำปรึกษาดำเนินไปได้

4. การจูงใจ (Motivation) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาทุกทฤษฎีมีความเห็นตรงกันว่า ผู้รับคำปรึกษาที่ต้องการมาขอรับการปรึกษา ย่อมจะให้ความร่วมมือและได้รับประโยชน์มากกว่าผู้ที่ไม่มีความต้องการ ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ จึงควรมีการสร้างแรงจูงใจกับผู้รับคำปรึกษาทุกคน โดยเฉพาะกับผู้ที่ไม่ต้องการรับการปรึกษา เมื่อผู้รับคำปรึกษานั้นเกิดปัญหาที่อาจต้องใช้ความพยายามมากเป็นพิเศษ การจูงใจสำหรับการให้คำปรึกษาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนความประพฤติและนำมาสู่ความสำเร็จในการให้คำปรึกษาต่อไป

5. การยอมรับนับถือ (Respect) การยอมรับนับถือในฐานะบุคคลที่ผู้ให้คำปรึกษามีให้แก่ผู้รับคำปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรฝึกการยอมรับนับถือผู้อื่นไปพร้อม ๆ กับการยอมรับนับถือตนเอง และเกิดความรู้สึกต้องการที่จะรักผู้อื่นเหมือนกับที่รักตนเอง การที่ผู้ให้คำปรึกษาจะนิยมชมชื่นในตัวผู้รับคำปรึกษานั้น เขาจะต้อง

เกิดความรู้สึกนิยมนิยมขึ้นในตนเองก่อน ประการสำคัญก็คือ การรู้จักตนเองเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง ถึงจุดเด่นและจุดบกพร่อง ตลอดจนการยอมรับตนเองของผู้ให้คำปรึกษาจะก่อให้เกิดทักษะปัญหา และความรู้สึกที่ต้องการจะยอมรับนับถือผู้อื่น

6. การสนับสนุน (Support) การให้การสนับสนุนแก่ผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าโดยการใช้คำพูดลักษณะ สีหน้า ท่าทาง หรือการกระทำจะทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกว่าตัวเขา หรือเรื่องราวของเขามีความสำคัญและกำลังได้รับความสนใจ หรือได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจ และมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาที่เขา กำลังเผชิญอยู่ต่อไป

7. การเรียนรู้ (Learning) แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ ปรากฏอยู่ในทฤษฎีการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกของเขามากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เขาเกิดความสามารถ ในการแก้ไขปัญหามากยิ่งขึ้น การเรียนรู้จะเกิดขึ้นอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละทฤษฎี เช่น บางทฤษฎีจะเชื่อว่าเมื่อไรก็ตามที่ทัศนคติของคนเราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ย่อมจะเปลี่ยนตาม

8. การนำแนวทาง (Direction) การนำแนวทางแก่ผู้รับคำปรึกษา เป็นความเข้าใจที่ปรากฏ อยู่ในทฤษฎีการให้คำปรึกษาทุกทฤษฎี การนำแนวทางบางวิธีจะปรากฏให้เห็นได้ชัดเจนบางวิธี ก็เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว บางวิธีก็มีเงื่อนไขอย่างชัดเจน บางวิธีก็ใช้ สัญญาณ หรือการพยักหน้า การนำแนวทางไม่ว่าผู้ให้คำปรึกษาจะใช้วิธีใดมักจะต้องปรากฏอยู่เสมอ และยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้คำปรึกษา

9. การให้รางวัล (Rewards) การที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความอบอุ่นเป็นกันเอง ยอมรับนับถือ ทำความเข้าใจในเรื่องราวในตัวผู้รับคำปรึกษา จะนำไปโดยกิริยาท่าทางหรือการให้วัตถุสิ่งของ ก็ถือว่าเป็นรางวัลที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจที่จะแสดง ออกถึง อารมณ์และรู้สึกที่แท้จริงออกมาอย่างเปิดเผย อันจะเป็นแนวทางไปสู่การเรียนรู้ในการที่จะ ปรับตนเองให้เข้ากับสังคม

10. จุดประสงค์ (Purposes) วัตถุประสงค์สำคัญของการให้คำปรึกษา ที่ผู้ให้คำปรึกษา พึงระลึกไว้อยู่เสมอ คือ การร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับ คำปรึกษาเกิดความเป็นอิสระรับรู้รายละเอียดเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความรับผิดชอบ ต่อตนเอง กล้าที่จะเผชิญกับโลก และพร้อมที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว การให้การปรึกษาสุขภาพมีขั้นตอนและหลักวิชาการ จึงจำเป็นที่ผู้ให้การปรึกษา ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้และความสามารถในการใช้ ทักษะต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ขอรับการปรึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคระยะแรก ได้ใช้

ศักยภาพของตนในการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย สภาพสังคมแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้ สามารถปรับใช้ได้ในทุกปัญหาไม่ว่าจะเป็นปัญหาการปรับตัว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน หรือคนในครอบครัว รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจ ด้านค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ความยากง่ายขึ้นกับตัวผู้ให้การรักษาซึ่งเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เกล็ดชกร และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สิ่งสำคัญในการค้นหาปัญหา และร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ปัญหาเกี่ยวกับตัวบุคคลที่เกิดขึ้นจากตัวผู้รับคำปรึกษานั้น อาจมีลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้รับคำปรึกษาบางคนก็เข้าใจในปัญหาของตนเองอย่างตรงไปตรงมาและรวดเร็ว แต่บางคนอาจสับสนซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ เทคนิคสำคัญที่ใช้ในการค้นหาปัญหา คือ การฟัง เพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาได้อย่างถ่องแท้ และการซักถามจะช่วยให้เข้าใจปัญหากระจ่างขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล (Definition of Anxiety) มีดังนี้

สมศรี เชื้อหิรัญ (2552 : 61) ความวิตกกังวล คือ ความกลัวในอันตรายต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเอง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกายด้วย อาจเกิดขึ้นติดต่อกันไปหรือเกิดเป็นครั้งคราวก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง หน้าซีด ใจสั่น ปากสั่น กระสับกระส่าย สามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติเมื่อเกิดไม่สบายใจหรือผิดหวัง มีความขัดแย้งใจและคับข้องใจ และรู้สึกผิด

ฟัดด์ (Fudd. 1992 : 125) ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะอารมณ์ของมนุษย์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ซึ่งบุคคลถูกคุกคามความเป็นอยู่ สถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ความขัดแย้ง การคุกคามทางด้านร่างกาย การคุกคามความรู้สึกคุณค่าในตนเอง

อาร์โนลด์ และบ็อกส์ (Arnold and Boggs. 1995 : 89) ความวิตกกังวลเป็นสภาวะความเครียดที่ทำให้เกิดประสบการณ์ที่เจ็บปวด และความรู้สึกของการสูญเสียพลังอำนาจ จากการคุกคามจากสิ่งแวดล้อม คนที่มีความวิตกกังวลสูง ๆ จะไม่สามารถทำงานต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายได้ อาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะไม่สามารถตัดสินใจทำอะไรได้ด้วยตนเอง

รอลินส์ (Rawlins. 1993 : 133) ความวิตกกังวลจะแตกต่างจากคนที่มีความกลัวซึ่งเขาจะรู้ว่าเกิดขึ้นมาจากสาเหตุใด แต่ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ซึ่งเกิดจากการคุกคามซึ่งเราไม่ทราบแน่ชัดว่าคืออะไร

วัตสัน (Watson. 1974 : 72) อธิบายว่า สาเหตุความวิตกกังวลมาจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ ภาวะเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้สึกผิดและจากการที่แรงขับและความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนอง

ระดับของความวิตกกังวล (Level of Anxiety)

สวณิช์ เกี่ยวกึ่งแก้ว (2557 : 122) ได้แบ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล มีความรุนแรงไม่เท่ากันขึ้นกับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (1+, Mild Anxiety) เกิดจากความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลในระดับนี้ ความมีสติสัมปชัญญะของบุคคลจะเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว การรับรู้จะกว้างขึ้น การเรียนรู้ดีขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักหาวิธีในการแก้ปัญหา และบรรเทาความวิตกกังวลการควบคุมตนเองมีมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเล็กน้อย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวบริเวณใบหน้า ต้นคอหรือหลัง มือ เท้าเย็น

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (2+, Moderate Anxiety) ความมีสติสัมปชัญญะยังคงมีอยู่ แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวมากขึ้นจนเกือบจะลุกกลิ้งกลน การรับรู้แคบลง การรับรู้รับฟัง การทำความเข้าใจและการมองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่าง ๆ ลดลง ความสนใจมีจำกัด จะเลือกสนใจเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หรือที่จะช่วยให้ตนสบายใจขึ้น ยังคงใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้โดยต้องควบคุมสมาธิมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้น

3. ความวิตกกังวลรุนแรง (3+, Severe Anxiety) ความมีสติสัมปชัญญะลดลงและการรับรู้มากขึ้น การรับรู้รับฟังสิ่งที่เป็นสาระสำคัญมีน้อย หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดปลีกย่อย การคิด การมองสิ่งต่าง ๆ แปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง เกิดความกลัวต่อบุคคล สถานที่หรือสิ่งของ มีอาการย้ำคิดย้ำทำนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลงจึงอาจจะพูดมากและเร็ว กระสับกระส่ายความจำและสมาธิไม่ดี มีความบกพร่องในการทำหน้าที่บทบาทในสังคม

4. ความวิตกกังวลท่วมท้น (4+, Panic) เกิดความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการระบายออก หรือแก้ไขให้ลดลง จึงมีการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถจะทนต่อไปได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม บุคคลจะอยู่ในภาวะขาดสติสัมปชัญญะ ตื่นตระหนก มึนงง สับสน วุ่นวาย เกรี้ยวกราด ควบคุมตนเองได้น้อย การรับรู้มีน้อยมากและผิดไปจากความเป็นจริง อาจมีการแปลภาพผิด หลงผิด หรือประสาทหลอน ชิมเศร้า รับประทานอาหารไม่ได้ อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนไม่อาจยับยั้ง ขา หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและอาจถึงแก่ความตายได้

ประเภทของความวิตกกังวล (Type of Anxiety)

สปีลเบอเกอร์ (Spielberger, 1972 : 487 - 489) แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or T - Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์สับสนและพฤติกรรมที่ได้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety of T - Anxiety or A - trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality Trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความและประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or T - Anxiety or A - state) คือ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อตัวผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย การช่วยลดความวิตกกังวลที่บุคลากรศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกได้ก็คือ แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก ต้องมีการสื่อสาร โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ระยะของโรค การรักษา ผลดี ผลเสียของการรักษา ถ้าไม่รับการรักษาแล้วผลที่ตามมาจะเกิดอะไรขึ้นให้ผู้ป่วยอย่างละเอียด และทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก รวมถึงบุคลากรศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ต้องมีความเข้าใจในการช่วยลดปัญหาในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกต้องเผชิญ และการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อลดข้อวิตกกังวลใจดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกด้วยความเข้าใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นันทวัน ชันตะดิลก และรัตน ทิมเมือง (2553 : 57) ศึกษาเรื่อง “การประเมินรูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ประชาชนต้องการ : กรณีศึกษาเรื่องไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ” ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้รับสารที่มีความกระตือรือร้นน้อยและไม่แสวงหาข้อมูล ยกเว้นในกรณีที่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นไข้เลือดออก ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ ผู้จัดบริการด้านสาธารณสุขมีทรัพยากรทำงานไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ การทำงานไม่เป็นระบบไม่มีความต่อเนื่องในการติดตามกำกับ และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อลดช่องว่างในพื้นที่รอยต่อ หรือในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก ผู้จัดบริการสุขภาพมีทักษะการสื่อสารไม่เพียงพอ สื่อที่ใช้เผยแพร่ยังไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เนื้อหาข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่เน้นความรู้เรื่องโรค แต่ยังไม่สามารถสร้างความตระหนักว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวทุกคนมีโอกาสเสี่ยงและได้รับผลกระทบจากปัญหาไข้เลือดออกได้ การปฏิบัติงานของผู้จัดบริการสุขภาพยังสื่อให้ประชาชนเข้าใจว่า มีหน่วยงานรับผิดชอบแล้ว ควรสร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าของการเป็นสมาชิกในสังคม และการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ รูปแบบของสื่อและวิธีการสื่อสารยังไม่สอดคล้องเหมาะสมกับผู้รับสาร มีปัญหาทั้งด้านการเข้าถึงและการสร้างความเข้าใจ เพื่อให้การป้องกันไข้เลือดออกเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต สร้างสื่อบุคคลจากกลุ่มแกนนำเยาวชนและผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในระดับครัวเรือนและชุมชนได้ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ ผู้สื่อสาร มีทักษะการสื่อสารไม่เพียงพอ สื่อที่ใช้เผยแพร่ยังไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เนื้อหาข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่เน้นความรู้เรื่องโรค แต่ยังไม่สามารถสร้างความตระหนักว่า เป็นเรื่องใกล้ตัวทุกคนมีโอกาสเสี่ยง และได้รับผลกระทบจากปัญหา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมนี้ ผู้วิจัยสามารถนำไปปรับใช้ในการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกการรักษาแผนปัจจุบันของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก โดยจัดทำแนวทางการสื่อสารเพื่อการตัดสินใจเลือกการรักษาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก ขึ้นมาให้บุคลากรศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัด จันทบุรี ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสาร เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจง่าย เนื้อหาครอบคลุมความรู้เรื่องโรค วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร เพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก และตัดสินใจรับการรักษาวิธีแผนปัจจุบัน

วิภาวิน โมสูงเนิน และรุจิโรจน์ ประภาณต์ (2555 : 145) ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009” ผลการศึกษาพบว่า 1) การจัดการข้อมูลข่าวสารเพื่อการสื่อสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีการตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการเตรียมความพร้อมป้องกัน และควบคุมแก้ไขสถานการณ์

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยให้มีหน้าที่กำหนดประเด็นเนื้อหาองค์ความรู้ที่จะสื่อสาร เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชนซึ่งมีแหล่งข้อมูลที่สำคัญ คือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) หน่วยงานศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control หรือ CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยมีคณะทำงานสื่อสารประชาสัมพันธ์ดำเนินการจัดการเรียบเรียงเนื้อหาสารที่ผ่านการอนุมัติจากคณะทำงานให้เป็นข้อความ หรือเนื้อหาสารที่เข้าใจง่ายก่อนจะกำหนดสื่อและช่องทางเพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์ 2) รูปแบบการสื่อสารสุขภาพ การกำหนดประเด็นปัญหา วิธีการช่องทางการสื่อสาร และกลุ่มเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขบูรณาการการสื่อสารประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง โดยกำหนดประเด็นเนื้อหาการสื่อสารเป็นสองส่วนคือ (1) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สถานการณ์การระบาดของโรค และ (2) การสื่อสารความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคล เพื่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 สำหรับตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนทั่วไป และความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำไปปรับใช้กับการสร้างแนวทางการสื่อสาร โดยมีการจัดตั้งคณะทำงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์และชมรมผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยมีการกำหนดประเด็นการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก ประเด็นเนื้อหาองค์ความรู้ที่จะสื่อสาร เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก และญาติผู้ดูแล มีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ สถานการณ์โรคมะเร็งของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี รวมถึงการรักษาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ความก้าวหน้าของการรักษา การมีศูนย์ฉายแสงรังสีรักษาของศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกและญาติผู้ดูแล รวมถึงประชาชนทั่วไปเกิดความมั่นใจในการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน

เหมือนฝัน ไม่สูญผล (2557 : 220) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” ผลการศึกษาพบว่า 1) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในบริบทการแพทย์แผนไทย เกิดจากสถานะการณ์ที่รายได้ไม่พอรายจ่าย ส่งผลให้เกิดเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคภัยแรงที่ต้องเผชิญกับสถานะค่าครองชีพสูงจะมีแนวโน้มในการเกิดช่องว่างทางสุขภาพกับกลุ่มคนเหล่านี้ ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม 2) กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ผู้สื่อสารสุขภาพจะมีคุณค่าของการแพทย์แผนไทย ที่แสดงออกถึงการสืบทอดพิธีกรรมการรักษาของแพทย์แผนไทย เกิดจากการสังสมประสบการณ์ในการรักษาของแพทย์แผนไทย จนทำให้เกิดทักษะในการสื่อสาร

สุขภาพ และผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อในการแพทย์แผนไทย ที่ทำให้เกิดการยอมรับในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพที่มีการต่อรองสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ มองว่าไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ และในส่วนของผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการต่อรองสิทธิ ความเท่าเทียมทางสุขภาพที่แสดงออกถึงความสนใจและความใส่ใจในสุขภาพของตนเองที่ส่งผลต่อการกล้าทดลองในการใช้วิธีการทางการแพทย์แผนไทย และการนำแพทย์แผนไทยไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้ 3) การให้ความหมายเรื่องของสุขภาพที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เป็นชุดความหมายเรื่องสุขภาพหลัก อันเกิดจากการเห็นพ้องกันระหว่างแพทย์แผนไทยและผู้ป่วย สู่ถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย เพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพ และการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพกับผู้อื่นในสังคมใน 3 ลักษณะคือ (3.1) การนิยามความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยคือการรักษาความสมดุลย์ (3.2) การมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยคือ ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย (3.3) วิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย คือ วิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการบูรณาการสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำไปปรับใช้กับการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกตัดสินใจรับการรักษาแผนปัจจุบันของศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยใช้กระบวนการสื่อสารสุขภาพ ภายในบริบทของศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งบุคลากรศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จะเป็นผู้สื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่แสดงออกถึงวิธีการการรักษาของแพทย์สมัยใหม่ วิทยาการที่ทันสมัย เกิดจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน จนทำให้เกิดทักษะในการสื่อสารสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรก มีความเชื่อมั่นในการแพทย์แผนปัจจุบัน จนทำให้เกิดการยอมรับการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น

พจิ ศิลพัน (2560 : 79 - 82) ได้ศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด” ผลการศึกษาพบว่า มี 10 อันดับ ดังนี้

1. การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาการที่พบบ่อยมากที่สุด 10 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 2) เบื่ออาหาร 3) ท้องผูก 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 5) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก 6) ผอมร่าง 7) การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง 8) คลื่นไส้ อาเจียน 9) ขาดตามปลายมือ ปลายเท้า และ 10) ผิวหนังและเล็บเปลี่ยนแปลง

2. อาการที่พบมีระดับความถี่มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) ผิวหนังและเล็บเปลี่ยนแปลง 2) การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง 3) ผม่ว 4) เบื่ออาหาร 5) ชาตามปลายมือ ปลายเท้า 6) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก 7) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 8) เชื้อบุช่องปากอักเสบ 9) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 10) ท้องผูก

3. อาการที่ประเมินว่ามีระดับความรุนแรงมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 2) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก 3) ชาตามปลายมือ ปลายเท้า 4) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 5) ท้องผูก 6) เบื่ออาหาร 7) เชื้อบุช่องปากอักเสบ 8) เครียด วิตกกังวล 9) มีไข้ ครั่นเนื้อ ครั่นตัว และ 10) ท้องเสีย

4. การรับรู้อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 2) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก 3) เชื้อบุช่องปากอักเสบ 4) เครียด วิตกกังวล 5) ท้องผูก 6) มีไข้ ครั่นเนื้อ ครั่นตัว 7) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 8) เบื่ออาหาร 9) ชาตามปลายมือ ปลายเท้า และ 10) การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง

5. ผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่ทำให้อาการดีขึ้น ได้แก่ เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ใช้วิธีนอนพักและนั่งพัก 2) เบื่ออาหาร ใช้วิธีพยายามรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น 3) ท้องผูก ใช้วิธีดื่มน้ำเพิ่มขึ้น 4) ปวดเมื่อยตามตัว ใช้วิธีรับประทานยาแก้ปวด 5) นอนไม่หลับ นอนหลับยาก ใช้วิธีรับประทานยานอนหลับ 6) คลื่นไส้ อาเจียน ใช้วิธีรับประทานอาหารหรือผลไม้รสเปรี้ยว และ 7) ผิวหนังและเล็บเปลี่ยนแปลง ใช้วิธีตัดเล็บให้สั้น สวมเสื้อผ้าหลวม ๆ สำหรับบางส่วนของผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม ได้แก่ 1) ผม่ว ใช้วิธีปล่อยให้ร่วง 2) การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง ใช้วิธีฝืนใจพยายามรับประทานอาหาร และ 3) ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ใช้วิธีการจัดการปล่อยให้หายเอง

พยาบาลควรหาแนวทางในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ตามลำดับการรับรู้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เหมาะสม เพื่อลดความถี่ ลดความรุนแรง และลดการรบกวนชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลเพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อลดข้อกังวลใจ เรื่องผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด อาการไม่พึงประสงค์ และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์โดยพยาบาลศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดการรักษาเองเนื่องจากทนกับอาการไม่พึงประสงค์ที่ได้รับขณะให้ยาเคมีบำบัดไม่ได้

แสงระวี รุ่งเรืองเสถียร (2560 : 143) ได้ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารสุขภาพการแพทย์แบบองค์รวมของศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊ววี เวียงพิงก์ จังหวัดเชียงใหม่” ผลการศึกษาพบว่า ผู้ส่งสารต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ อีกทั้งต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทางการสื่อสาร โดยการอธิบายข้อมูลที่เพียงพอด้วยการใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ

ด้านเนื้อหาสาร พบว่า ผู้ส่งสาร นำเสนอประเด็นข้อมูลสุขภาพใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) การตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง 3) การส่งเสริมสุขภาพ สำหรับเนื้อหาสารการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการใช้ข้อมูล 2 ประเด็น 1) ภาวะสมบูรณ์ทางร่างกาย 2) ภาวะสมบูรณ์ของจิตใจ ในส่วนช่องทางการสื่อสาร พบว่า สื่อที่ทำให้ตัดสินใจเข้ารับบริการ คือ สื่อบุคคล และสื่อที่ทำให้เข้ารับข้อมูล คือ สื่อวิทยุและสื่อออนไลน์ สำหรับผู้รับสาร มีการรู้คิด - รับรู้ โดยผู้รับสารมีการรับรู้ความสามารถในตนเอง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งผู้รับสารมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกายกับด้านจิตใจ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำไปสร้างแนวทางการสื่อสารโดยกำหนดกรอบการสื่อสาร ผู้ส่งสาร คือ แพทย์และบุคลากรศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการรักษา การดูแลสุขภาพผู้ป่วย อีกทั้งต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทางการสื่อสาร เนื้อหาสารโดยการอธิบายข้อมูลที่เพียงพอด้วยการใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และลดสาเหตุ ข้อกังวลใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เพื่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน

สิริวรรณ สุวรรณรัตน์ (2561 : 48) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด” การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่งผลต่อเด็กป่วยและครอบครัว การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนของมารดามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเน้นสมรรถนะแห่งตนของมารดาเพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำไปปรับใช้ในการสื่อสารเพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษา มีผลด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีความสบายใจ ลดความวิตกกังวลกลัวไม่มีคนดูแล ในขณะที่เข้ารับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาและต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาด้วยการได้รับยาเคมีบำบัดและฉายแสงรังสีรักษา

กมลวรรณ โชตินิพัทธ์ (2561 : 52) ได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนาวิดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด” ผลการศึกษา พบว่า หลังการฉายวิดิทัศน์ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง ยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อวิดิทัศน์โดยรวมในระดับดีมาก ดังนั้นการฉายวิดิทัศน์ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงเป็นเครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการบริบาลแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำไปเสนอวิธีการสร้างแนวทางการสื่อสารเพื่อการตัดสินใจเลือกการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกของศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีการปรับช่องทางในการสื่อสารเพิ่มขึ้นจากสื่อบุคคล เอกสารคู่มือ ได้แก่ สื่อวิทยุ วิดิทัศน์ สื่อออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกมารดา ญาติผู้ดูแล รวมถึงประชาชนทั่วไป เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ และมีความรู้สึกลัวว่าปลอดภัยและเชื่อมั่นในการรับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี