

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา
มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา
มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

จัดทำโดย นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย

ผู้วิจัย

ศาสตราจารย์ สุกร วงศ์วิญญู,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์รักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา
มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2552

จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย

นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย
ผู้วิจัย

ธันยธร จันทระ

อาจารย์ ธันยธร จันทระ,
Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศุภพร ใจโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ศุภพร ใจโพธิ์งาม,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศุภพร ใจโพธิ์งาม

อาจารย์ ศุภพร ใจโพธิ์งาม,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศุภพร ใจโพธิ์งาม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

ธีระ ธีระ

ศาสตราจารย์ ธีระ ธีระ,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์ทัญญู ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบวิทยานิพนธ์และให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาษา ที่ให้คำชี้แจงในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และกราบขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ อาจารย์ ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา และรองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ ที่ให้คำชี้แนะในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ อาจารย์ ดร. บัณฑิต วงศ์แสงฤทธิ์ และนางจิตลดา คงประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณนางนวลพรรณ สนธิจักร หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ และเจ้าหน้าที่บุคลากรในหน่วยตรวจที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามเพื่อให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติทุกคน

ขอขอบคุณมิตรไมตรีจิตของเพื่อนร่วมรุ่นทั้งรหัส 48 และรหัส 49 สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนรีเวชโรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่านที่ให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอขอบคุณญาติพี่น้องและเพื่อนๆทุกท่านรวมทั้งนายยุทธนา เสวตะพุกกะ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในตลอดการศึกษาครั้งนี้ อย่างดียิ่งจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย

ความเครียด และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ
STRESS AND COPING IN WOMEN WITH ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEAR

จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย 4837040 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุกร วังบัวบุญ, Ph.D. (Nursing), ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกหรือการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติ โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของ لازารัส และ โพลัคแมน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ซึ่งต้องมารับการตรวจวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพฯ จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2551 โดยใช้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด แบบวัดระดับความเครียด และแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์พบว่าสตรีมีสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมี 3 ลักษณะคือ กังวลกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก กังวลเกี่ยวกับการรักษา และมีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว ซึ่งสตรีมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเกิดความเครียดสตรีใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ตามด้วยด้านบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ

ผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ โดยการให้คำแนะนำกับสตรีก่อนการตรวจหามะเร็งปากมดลูก การประเมินความเครียด และให้การดูแลช่วยเหลือสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติในการเผชิญความเครียดโดยการให้ความรู้ข้อมูลที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด / การเผชิญความเครียด / สตรีที่มีผลตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

156 หน้า

STRESS AND COPING IN WOMEN WITH ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEAR

JANTAKAN CHANGWATCHAI 4837040 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D. (Nursing),
YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (Adult Health Nursing)

ABSTRACT

This descriptive study aimed to explore the stress situation, stress level and coping in women with abnormal Pap smears. The Lazarus and Folkman stress, appraisal and coping theory was used to guide this study. Seventy women with abnormal Pap smears were recruited at the time they visited Ramathibodi hospital, Thailand. Data were collected in the 6 month period from April to September 2008. The women were given a demographic questionnaire, a semi-structured interview, a stress level and the Jalowiec Coping Scale (JCS). The qualitative data were analyzed by content analysis, while the quantitative data were analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that the three themes of stress situations were related to: 1) fear of having cervical cancer; 2) anxiety about treatments; and 3) impact on family's life. The mean scores for stress were at a moderate level. The women used a combination of three coping strategies. Confrontative strategies were used the most followed by palliative coping and emotive coping.

This study provides information for nurses as key persons to give information before an examination. It also allows the assessment of stress of women with abnormal Papanicolaou smear and helps women to find appropriate ways of coping; i.e. by providing them with knowledge, information, and emotional support.

KEY WORDS: STRESS / COPING / WOMEN WITH ABNORMAL PAP SMEAR

156 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
คำถามการวิจัย	7
คำจำกัดความ	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคมะเร็งปากมดลูก	9
การตรวจหามะเร็งปากมดลูก	14
ทฤษฎีความเครียดของทาสซาร์สและฟอล์คแมน	22
ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	39
สถานที่เก็บข้อมูล	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	51
สถานการณ์ความเครียด	57
ระดับความเครียด	68
การเผชิญความเครียด	68
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	74
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	89
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	93
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	108
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก	133
ประวัติผู้วิจัย	156

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงการเปรียบเทียบการรายงานผล Pap smear ระบบต่างๆ	16
2	แสดงRecommendation จากการรายงานผลตามระบบ The Bethesda system 2001	20
3	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	52
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	55
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานการณ์ความเครียด	57
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียดโดยรวม	68
7	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียด รายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง	69
8	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียด รายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์	69
9.	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อใช้มาก 5 อันดับแรก	70
10	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อใช้น้อย 5 อันดับสุดท้าย	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer : IARC) ได้ทำการคาดการณ์ว่าในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง 25 ล้านคน มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 11 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละ 7 ล้านคน และได้คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 27 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละ 17 ล้านคนในโลก (ธีระวุฒิ กุหะเปรมะ เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และนวลพรรณ อนันตวัฒน์วงศ์, 2548) สำหรับมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2545 พบว่ามีสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สูงถึง 493,243 คนต่อปี เสียชีวิต 273,505 คนต่อปี โดยร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Ferlay, Bray, Pisani, & Parkin, 2004) และมีการคาดการณ์ในปีพ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 1,000,000 คน ถ้าไม่มีการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ และจะมีสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติขั้นสูง (High – Grade Dysplasia) 7,000,000 คน ที่ต้องทำการตรวจหาและให้การรักษา (ธีระวุฒิ กุหะเปรมะ, 2548)

จากรายงานสถิติการเสียชีวิตของคนไทยทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ.2548 พบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งคือโรคมะเร็ง เป็นอัตรา 81.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และในปีพ.ศ.2545 พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งในสตรีไทยที่พบมากที่สุดคือมะเร็งปากมดลูก พบ 20.9 ต่อประชากรสตรีแสนคน รองลงมาอันดับสองคือมะเร็งเต้านม พบได้ 16.3 ต่อประชากรสตรีแสนคน ส่วนอันดับที่ 3 คือมะเร็งตับ พบได้ 15.5 ต่อประชากรสตรีแสนคน (Durasamee et al., 1999) ซึ่งสตรีไทยป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามปีละ 5,600 คน เสียชีวิตสูงถึงปีละ 3,000 คน โดยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะไม่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน แต่จะมารับการตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติและโรคลุกลามมากแล้ว จึงทำให้มีโอกาสที่จะรักษาหายและรอดชีวิตค่อนข้างน้อย (อารีย์ พรหมไม้, 2549)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่สามารถป้องกันได้ถ้าสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มมีความผิดปกติเนื่องจากการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลาค่อนข้างนานประมาณ 10-15 ปีโดยไม่มีอาการ และปากมดลูกเป็นอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่าอวัยวะอื่นๆ ในอุ้งเชิงกราน ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเซลล์เริ่มผิดปกติ (pre-cancerous lesions) หรือก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (invasive cancer) (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547) แต่จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้นยังพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นจำนวนมากเนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการตรวจคัดกรอง (screening programs) ที่มีประสิทธิภาพดีพอในการตรวจหาโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (pre-cancerous lesions) และให้การรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (invasive cancer) (ธีรวิภา คุหะเปรมะ, เทวินทร์ โกสียะตระกูลและนวลพรรณ อนันต์วัฒนวงศ์, 2548)

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นจึงได้ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยตั้งเป้าหมายว่าจะลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยใหม่ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี หรือปีละร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายมีมุ่งให้บริการเป็นอันดับแรกคือสตรีไทยที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ซึ่งมีอยู่ทั่วประเทศประมาณ 10 ล้านคน โดยกำหนดให้สตรีที่มีอายุดังกล่าวมารับการตรวจคัดโรคทุกคน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้นโยบายการตรวจคัดโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นแผนระดับชาติ เพื่อเป็นนโยบายหลักในการป้องกันโรคนี้ตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศบรรจุเป็นแผนงานประจำปี ซึ่งตามแผนนี้จะมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจหาความผิดปกติของโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการ และการให้การรักษาในรายที่ตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ก่อนระยะลุกลาม (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนี้เป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อตรวจหาโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาไม่ให้โรคกลับมาเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นการลดอัตราการตายจากมะเร็งระยะลุกลามได้ (กรรณิกา ตาตะนันท์, 2541) สำหรับในต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างมากในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เป็นผลมาจากการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อหาสตรีที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้ ตลอดจนความผิดปกติของปากมดลูกก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง และให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มาก (Nieminen, Kallio, & Hakama, 1995) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันในปัจจุบันมีหลายวิธีเช่น การตรวจ

ทางเซลล์วิทยา การตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด การตรวจหาเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส การตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังจากการชโลมด้วยน้ำส้มสายชู การตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่าเป็นต้น ซึ่งวิธีที่นิยมและแพร่หลายที่สุดในปัจจุบันคือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือการตรวจ Pap smear

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Pap smear) มีจุดประสงค์หลักเพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติ และทำการสืบค้นหารอยโรคที่ปากมดลูก การทดสอบ Pap smear เป็นเพียงแค่การตรวจคัดกรองโรค (screening test) เท่านั้น ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นผลการทดสอบ Pap smear ที่ผิดปกติจึงจำเป็นต้องตรวจค้นหารอยโรคที่ปากมดลูกและช่องคลอดต่อเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม ไม่ให้รอยโรคดังกล่าวคืบหน้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (invasive cancer) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการตรวจคัดโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

สำหรับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายนั้นต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยาเท่านั้น ซึ่งทำได้การตรวจโดยใช้กล้องขยายทางช่องคลอด (colposcope) โดยจะเห็นความผิดปกติของปากมดลูกว่าอยู่ที่ใด หลังจากนั้นทำการตัดชิ้นเนื้อ (punch biopsy) หรือการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) หรือการขูดชิ้นเนื้อด้านในปากมดลูก (endocervical curettage) จากบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา การวินิจฉัยเพื่อแบ่งระยะโรคนี้นี้มีความจำเป็นและมีความสำคัญมาก เพราะการรักษา มะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคและยังช่วยในการพยากรณ์โรคด้วย (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

สำหรับผลการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของมะเร็ง ถ้าเป็นในระยะลุกลามมาก โอกาสหายจากมะเร็งหรือมีชีวิตรอดก็ลดลง ถ้าพบเป็นในระยะเริ่มแรกแล้วมีการรักษามีโอกาสหายได้เกือบร้อยละ 100 ซึ่งอัตราการอยู่รอด 5 ปี ของมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 เป็นร้อยละ 80-100, 60-70, 40-50 และ 10-30 ตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2549) จะเห็นได้ว่าถ้าเป็นในระยะเริ่มแรกมีโอกาสรักษาให้หายได้มากกว่าระยะลุกลาม นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกลดลง ตั้งแต่มีการนำการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) มาใช้ในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แต่การตรวจจะไม่มีประโยชน์ ถ้าหากไม่มีการวินิจฉัยและรักษาต่อในรายที่มีผลการตรวจ Pap smear ผิดปกติ (Shinn et al., 2004) และมีการศึกษาพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมากกว่าร้อยละ 15 ได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่มีผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติ (Janerich et al., 1995) ซึ่งมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Cervical Intraepithelial Neoplasia: CIN) สามารถกลายสภาพไปเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา โดยพบว่าระยะเวลาในการกลายสภาพจาก CIN I และ CIN II ไปเป็น CIS (Carcinoma In Situ) ใช้

เวลาประมาณ 85 และ 38 เดือนตามลำดับ CIN III มีโอกาสดำเนินไปเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะ invasive ได้ถึงร้อยละ 22-71 ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ติดตาม (เยาวนา ธนะพัฒน์, 2541) ซึ่งการตรวจติดตามผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่ไม่ได้ได้รับการรักษาพบว่าประมาณร้อยละ 4 ของรอยโรคดังกล่าว สามารถกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ภายในระยะเวลา 1 ปีเท่านั้น (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติอย่างเหมาะสมจะเป็นการช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกได้ จึงควรให้ความสนใจในกรณีที่สตรีมีผลการตรวจที่ผิดปกติ

การรายงานผลการตรวจ Pap smear จะแจ้งรายงานผลการตรวจทางไปรษณีย์บัตรหรือทางโทรศัพท์ให้สตรีรับทราบ ซึ่งผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้ เป็นการแจ้งข่าวร้ายให้สตรีรับทราบทำให้สตรีเกิดความวิตกกังวลและความกลัวขึ้นมาได้ จากการศึกษาของลอเวอร์และรูบิน (Lauver & Rubin, 1991) พบว่าผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีความหมายคลุมเครือ เข้าใจได้ยาก ทำให้สตรีเกิดความรู้สึกเครียดกังวลขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกไม่ได้หมายความว่า เป็นการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการได้รับข้อมูลที่มีความไม่ชัดเจนและมีความคลุมเครือนี้อาจพร้อมที่จะนำไปสู่ความสับสน (Weisman, 1979:21) ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้ ดังนั้นการแจ้งข่าวร้ายควรจะทำเป็นขั้นตอน มีลักษณะเป็นทางการและมีความชัดเจนให้ผู้รับทราบ (ชิษณุ พันธุเจริญ, 2549) แต่ทั้งนี้การรายงานผล Pap smear นี้เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจคัดกรองหาเซลล์ผิดปกติ แต่การวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากตัวอย่างชิ้นเนื้อ (เยาวนา ธนะพัฒน์, 2541)

เมื่อสตรีได้ทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจำเป็นต้องมารับการวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาลจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะใดเพื่อวางแผนในการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติไม่ได้หมายความว่าสตรีเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามทุกราย จากการศึกษาของสตินเนต (Stinnett, 2000) พบว่าสตรีจะสันนิษฐานเองว่าผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติเป็นการบ่งบอกว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (invasive cancer) ซึ่งมีความกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูกเริ่มขึ้นตั้งแต่การได้รับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ และตลอดจนการรักษาที่ต่อเนื่อง

สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยมากมายพบว่าสตรีมีผลกระทบทางจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการรับทราบถึงผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ มีความวิตกกังวลมากขึ้น มีความเครียด ความกลัว รู้สึกซึมเศร้า โกรธ มีผลกระทบต่อสภาพลักษณะ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ทางเพศ (Bell, Porter, Kitchener, Fraser, Fisher, & Mann, 1995) สตรีที่รับทราบว่าตนเองมี

ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติสามารถมีผลทำให้เกิดภาวะเครียด (stressful) ขึ้น (Bereford & Gervaise, 1986; Lerman, Miller, Scarborough, Hanjani, Nolte & Smith, 1991; Nugent, Tamlyn-Leaman, Isa, Reardon, & Crumley, 1993; Miller, Roussi, Altman, Helm, & Steinberg, 1994 cited in Lauver, Baggot & Kruse, 1999) และมีปฏิกิริยาตอบสนองหลังจากได้รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์กับผลการตรวจและมีความรู้สึกรังเกียจกังวลเกิดขึ้น (Lauver & Rubin, 1991) ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของสตรีในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ อีกทั้งมีข้อจำกัดในกระบวนการรับรู้ การคิด การแปลความหมายในข้อมูลหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมถึงการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรจะรับรู้เข้าใจสภาวะทางจิตใจของสตรีกลุ่มนี้เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้สตรีกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าสตรีที่ได้รับทราบถึงผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกว่าผิดปกติมีความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งสตรีจะมีวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันออกไป ลอเวอร์ แบกกอท และครุซ (Lauver, Baggot, Kruse, 1999) ศึกษาถึงประสบการณ์ของสตรีในการเผชิญปัญหากับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ และการตรวจด้วย colposcope กลุ่มตัวอย่างใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และเบี่ยงเบนความสนใจจากผลการตรวจ (distraction) ในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาของ Goodkin และคณะ (1986) พบว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ร้าย มีความวิตกกังวลสูงและวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวส่งเสริมความเครียดที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งอาจจะส่งเสริมทำให้มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีความก้าวหน้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ (Stinnett, 2000)

สำหรับในประเทศไทย บุคคลมีวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านบุคคล และสถานการณ์ รวมทั้งแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่แตกต่างออกไป ทำให้การประเมินคัดสรรสถานการณ์และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดอาจมีความแตกต่างกันออกไปจากผลการศึกษาของต่างประเทศ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความเครียดของสตรีไทยที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ เพื่อต้องการทราบถึงสถานการณ์ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติเป็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็น ข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งจะประโยชน์และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดทฤษฎีในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยาที่กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์เหล่านั้นไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) ก่อให้เกิดผลดี (benign positive) หรือก่อให้เกิดภาวะเครียด (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญก่อให้เกิดความเครียด (stress) จะมีการประเมินว่า เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) และเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ต่อจากนั้นจะมีการประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่บุคคลนั้นมีอยู่ และสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับตนเองได้ ในสถานการณ์หนึ่งๆ บุคคลอาจจะประเมินทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิไปพร้อมๆกัน ทันทีที่เผชิญเหตุการณ์ นอกจากนั้นยังมีการประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินตัดสินเหตุการณ์ของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลใหม่ อาจทำให้ความเครียดลดลงหรือเพิ่มขึ้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินว่าเป็นภาวะเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนนั้นขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์

ส่วนการเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือการมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotion focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหา ส่วนการจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์และความรู้สึกหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้เพื่อคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ บุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียด ทั้ง 2 ลักษณะร่วมกัน ทั้งนี้วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด (coping mode) มี 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การหยุดยั้งการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกทางจิต การที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนหรือคลุมเครือ ความรุนแรงของความรู้สึกถูกคุกคาม การมีข้อขัดแย้ง และความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลยังขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ สำหรับแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (coping resource) ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการ

แก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (health)

จากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน สามารถอธิบายความเครียดในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในสตรีที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติซึ่งมีการประเมินตัดสินว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของสตรี ซึ่งแต่ละคนอาจมีการประเมินตัดสินสถานการณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคลและสถานการณ์ และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามศักยภาพ แหล่งประโยชน์ ข้อจำกัดที่มีอยู่ และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งจะมีผลต่อผลลัพธ์ต่อการปรับตัวด้วย ซึ่งในการศึกษารั้งนี้มุ่งเน้นการประเมินสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือและสนับสนุนให้สตรีประเมินตัดสินสถานการณ์อย่างเหมาะสมสามารถเผชิญความเครียดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงความรู้สึก ภาวะทางอารมณ์สถานการณ์ของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ความวิตกกังวล และวิธีการที่สตรีใช้ในการเผชิญความเครียด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ
3. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

คำถามวิจัย

1. ความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติเป็นอย่างไร
2. สตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีความเครียดอยู่ในระดับใด
3. สตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีการเผชิญความเครียดในลักษณะใด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ มารับการตรวจวินิจฉัย และรักษาต่อที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกกรณีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

คำจำกัดความ

ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่สตรีผู้มีรายงานผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smearผิดปกติ ประเมินตัดสินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพต่อตนเองต้องใช้เวลาแห่งประโยชน์อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น วัดโดยการสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดตามแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรุนแรงของการประเมินเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear รายงานผลว่าผิดปกติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความเครียดโดยรวมในระดับใด คะแนนยิ่งสูงหมายถึงระดับความเครียดยิ่งมาก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ใช้ความพยายามทั้งการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดในการจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด วัดโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดจากโลวิทซ์ฉบับปรับปรุงปีค.ศ.1988 มีข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเกิด 5 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนมากหมายถึงกลุ่มตัวอย่างได้ใช้การเผชิญหน้ากับความเครียดวิธีนั้นมาก โดยแบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อมีคะแนนรวม 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 14 ข้อมีคะแนนรวม 14-70 คะแนน

ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (abnormal Pap smear) หมายถึง ผลการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือการตรวจ Pap smear รายงานผลในระบบ The Bethesda system ปี2001 ว่ามีความผิดปกติของ Epithelial cell ซึ่งจำเป็นต้องมารับการตรวจวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาล

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติ โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมนเป็นกรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก
2. การตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear)
3. ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน
4. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

โรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ อุบัติเหตุ และ โรคหัวใจ สำหรับสตรีไทยมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดคือมะเร็งปากมดลูก จากรายงานของสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 ถ้าคิดคำนวณแล้วจะมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละเกือบ 9 ราย อุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งปากมดลูกในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาลดลงเพียงเล็กน้อย แต่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงสูงในระดับนี้โดยไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นเป็นปีละ 8,000 ราย (จุฑพล ศรีสมบุญ, 2547)

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

จากการนำชิ้นเนื้อมะเร็งปากมดลูกไปตรวจหาสาเหตุหรือสารก่อมะเร็งพบว่าตรวจพบเชื้อไวรัสแพปพิโลมาในมนุษย์ หรือเชื้อ human papilloma virus (HPV) ในเซลล์มะเร็งปากมดลูกเกือบทั้งหมด ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเชื้อ HPV เป็นสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งปากมดลูก (จุฑพล ศรีสมบุญ, 2549) สาเหตุหรือปัจจัยอื่นๆเป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อ HPV

ได้สูงหรือง่ายขึ้น ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์เช่น การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยหรือมีลูกมาก เป็นต้น ปัจจัยอื่นนอกจากนี้ยังเป็นเพียงปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยร่วม ที่ทำให้การติดเชื้อ HPV คงอยู่กับหน้าหรือดำเนินโรคต่อไปเป็นมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเหล่านี้เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ของการเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ดังนั้นการจะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ต้องมีปัจจัยหลักคือ การติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ HPV พบได้น้อยมากเช่น clear cell carcinoma, sarcoma, papillary serous carcinoma เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลักคือ ปัจจัยเสี่ยงทางสตรีหรือทางนิเวศ ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2549) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิงหรือทางนิเวศ

1.1 การมีคู่นอนหลายคน

1.2 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี

1.3 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 – 3 เท่า

1.4 มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.5 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานกว่า 5 ปี

1.6 การไม่มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน

เนื่องจากส่วนใหญ่ของการติดเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงกล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีและเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน ได้แก่

2.1 สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ (penile cancer)

2.2 สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก

3. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้นได้แก่

3.1 การสูบบุหรี่ นิโคตินและสารผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่

3.2 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส ซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 4 กลุ่มคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน, ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดอื่นอยู่แล้ว, สตรีตั้งครรภ์ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันต่ำชั่วคราว และผู้ป่วย

ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงขึ้นปากมดลูกสูงขึ้น (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540:79)

3.3 พฤติกรรมการกินอาหาร สารอาหารมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะ beta-carotene, vitamin A, vitamin C และ folic acid โดยพบว่าสตรีที่ขาดสารอาหารเหล่านี้เป็นเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะชนิด squamous cell CA (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540)

3.4 สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ พบว่าในประเทศหรือชุมชนที่สภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักพบสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า 5 เท่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจาก hygiene ของสตรีเป็นส่วนสำคัญ (สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542).

3.5 พันธุกรรม มีการศึกษาพบว่าสตรีที่เป็นฝาแฝดมักจะป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือพี่น้องมักเสียชีวิตด้วยโรคเดียวกัน (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

ระยะของมะเร็งปากมดลูก

แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะใหญ่ ๆ คือ

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม (pre-cancerous lesions) ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อเมือกปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย แต่ตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า “Pap smear”

2. ระยะลุกลาม (invasive cancer) แบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และ / หรือผนังช่องคลอดส่วนบน

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกราน และ / หรือผนังช่องคลอดส่วนล่างหรือกดท่อไตจนเกิดภาวะไตบวม

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ไส้ตรง หรืออวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด กระดูกและต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

อาการของมะเร็งปากมดลูก

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของมะเร็ง ในระยะก่อนลุกลามมักไม่มีอาการผิดปกติและตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อเริ่มระยะลุกลาม เกิดเป็นแผลบริเวณปากมดลูก ทำให้

เกิดอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (post coital bleeding) ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ไปพบแพทย์ ภายหลังเมื่อมะเร็งเป็นมากขึ้น เกิดอาการเลือดออกผิดปกติอยู่เสมอโดยไม่เกี่ยวกับการร่วมเพศ เช่น เลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน มีน้ำออกปนเลือดออกจากช่องคลอด หรือเลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน (ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2548)

การดำเนินโรค

มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี ส่วนมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (preinvasive cervical cancer) จะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า คือประมาณ 38 ปี ในปัจจุบันนี้พบจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่ามากขึ้น อาจเป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หญิงวัยรุ่นมีเสรีภาพทางเพศมากขึ้น และมีการใช้ยาคุมกำเนิดอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีส่วนสัมพันธ์กับการร่วมเพศอย่างมาก จนในปัจจุบันนี้ถือว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ติดต่อกันได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2545) โดยเฉพาะในหญิงระยะเริ่มมีประจำเดือน และระยะเริ่มมีการตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และภาวะกรดในช่องคลอด ทำให้เกิดขบวนการกลายรูป (metaplasia) ของ columnar epithelium เป็น squamous epithelium เรียกบริเวณที่เปลี่ยนแปลงนี้ว่า Transformation zone (T-zone) การเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะเริ่มต้นที่ T-zone นี้ จากการศึกษาทั่วโลกพบว่ามะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อยที่สุดคือชนิด squamous cell carcinoma โดยพบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ซึ่งเชื่อว่ามีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงจาก dysplasia ที่ transformation zone ของ cervix โดยเฉพาะบริเวณ squamocolumnar junction ก่อนแล้วจึงรุนแรงมากขึ้นกลายเป็น carcinoma in situ (CIS) และ invasive carcinoma ในที่สุด (ยุพิน เพียรมงคล, 2547:2)

การรักษามะเร็งปากมดลูก

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของมะเร็งปากมดลูก ความต้องการรักษารักษาเจริญพันธุ์ และโรคทางนรีเวชที่เป็นร่วมด้วย แบ่งวิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกตามระยะของมะเร็งได้ดังนี้ (ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2548)

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม (pre-cancerous lesions) รักษาได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด โดยการตรวจภายใน การทำ Pap smear และการตรวจด้วยกล้องขยาย ทุก 4-6 เดือน ทำให้รอยโรคขั้นต่ำบางชนิดสามารถหายไปได้ การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น การจี้ด้วยเลเซอร์ การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด เป็นต้น ซึ่งรอยโรคในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาให้หายได้โดยไม่ต้องตัดมดลูกออก เพราะมีผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. ระยะลุกลาม (invasive cancer) การรักษา มี 4 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้หลายวิธีร่วมกัน การเลือกวิธีรักษา ขึ้นกับ ระยะของโรคมะเร็ง การแพร่กระจาย การตอบสนองต่อการรักษา ตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การพยากรณ์โรค

ผลการรักษามะเร็งปากมดลูก ขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง ถ้าเป็นในระยะก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesions) และระยะลุกลามเริ่มแรก (pre-invasive cancer) โดยรักษาได้ผลดีเกือบร้อยละ 100 ส่วนระยะลุกลาม (invasive cancer) มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ร้อยละ 80 – 100, 60 – 70, 40 – 50 และ 10 – 30 ตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) มะเร็งปากมดลูกมีระยะการดำเนินโรคนาน เริ่มต้นจากการติดเชื้อไวรัส Human papilloma ที่ปากมดลูก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เป็น dysplastic cells เกิดภาวะที่เรียกว่า dysplasia ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดี รอยโรคมีความรุนแรงน้อย (CIN I, mild dysplasia) ร่างกายก็จะกำจัดออกไปได้หมด มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รอยโรคจะทวีความรุนแรงขึ้นเป็น CIN II - moderate dysplasia, CIN III - severe dysplasia, Carcinoma in situ จนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในที่สุด ขบวนการนี้จะใช้เวลาประมาณ 13 ปี ดังนั้นการรักษาภาวะ dysplasia หรือกลุ่มโรค CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) ด้วยวิธีที่เหมาะสมจะป้องกันมิให้สตรีเหล่านี้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ (สายบัว ชีเจริญ, 2546)

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

วิธีการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามองค์การอนามัยโลก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2549) คือ

1. การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็ง ซึ่งในปัจจุบันทราบแล้วว่ามะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และถุงยางอนามัยก็ไม่สามารถป้องกันได้ทุกราย (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2545) ดังนั้นการป้องกันปฐมภูมิในมะเร็งปากมดลูกจึงได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสำส่อนทางเพศ การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งคงจะเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ในขณะนี้กำลังมีการพัฒนาวัคซีนสำหรับฉีดป้องกันเชื้อ HPV และจะมีใช้ในทางเวชปฏิบัติในเวลาอีกไม่นานนี้ โดยคาดว่าจะเริ่มฉีดในเด็กหญิงอายุประมาณ 10 ปี แต่ยังไม่มียี่ห้อใดที่จะกำหนดว่าต้องมีการฉีดวัคซีนเพื่อกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องหรือไม่อย่างไร (สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, 2549) อย่างไรก็ตามการใช้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก อาจต้องใช้เวลานานหลายปีกว่าจะเห็นผลชัดเจน เนื่องจากเวลาตั้งแต่เริ่มมีการติดเชื้อ HPV จนกระทั่งเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้เวลานานกว่า 10 - 15 ปี

(ฉลอง ชิวเกรียงไกร, 2549) ซึ่งยังต้องมีอีกหลายประเด็นที่ต้องพิจารณา และรอผลการศึกษาในวงกว้าง เพื่อให้การฉีดวัคซีนได้ประโยชน์อย่างเต็มที่ในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ชานาญ เกียรติพิรุณ, 2549)

2. การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) คือการตรวจและรักษาความผิดปกติในระยะแรกเริ่มของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรียกว่าระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม วิธีการตรวจที่นิยมในปัจจุบันได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก การตรวจหาเชื้อ HPV ที่ปากมดลูก การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู เป็นต้น สำหรับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยส่วนมากพบในระยะที่ 2 และการตรวจภายในเพียงอย่างเดียวก็ทำให้วินิจฉัยระยะที่ 1 ได้มากขึ้นอันเป็นผลทำให้ผลการรักษาและอัตราการรอดเพิ่มขึ้น มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีความผิดปกติก่อนจะเกิดเป็นมะเร็ง โดยไม่มีอาการเป็นเวลานานประมาณ 10 - 15 ปี ถ้าการคัดกรองได้ในระยะนี้ และได้รับการรักษา ซึ่งกระทำได้ง่ายและได้ผลดีก็จะเป็นการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกดังที่ได้มีการดำเนินการอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2545)

3. การป้องกันตติยภูมิ (tertiary prevention) วัตถุประสงค์ของการป้องกันตติยภูมิคือการรักษาโรคมะเร็ง ตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดไว้คือทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีชีวิตที่ค่อนข้างยืนยาว และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear)

การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่มนั้นทำได้โดยการตรวจสอบทางเซลล์วิทยา เรียกว่า Papanicolaou smear (Pap smear) ซึ่งการค้นหามะเร็งปากมดลูกด้วยการทำ Pap smear นี้เป็นวิธีการที่ดีเพราะทำได้ง่าย รวดเร็ว ค่าใช้จ่ายถูกและสามารถบอกระยะของการผิดปกติของเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกและระยะลุกลามได้ ซึ่งเป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิมีจุดประสงค์เพื่อตรวจหาโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาไม่ให้โรคคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเป็นการลดหรือป้องกันการตายจากมะเร็งระยะลุกลามได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากปากมดลูกที่ปกติ จนกระทั่งเป็นมะเร็งระยะลุกลามนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นช้าๆ กินเวลาประมาณ 5-10 ปี ดังนั้นจะเห็นว่ามีเวลาอย่างมากในการที่จะวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มโดยการทำ pap smear ซึ่งในระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมา มีหลายประเทศที่ได้มีการตรวจค้นหาและการรักษา dysplasia และ CIS ก่อนที่จะกลายเป็น invasive carcinoma อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้อัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามมากกว่าระยะเริ่มแรก ซึ่งต่างจากประเทศที่

พัฒนาแล้วที่มีการรณรงค์ลดอัตราการเกิดและมีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการสำรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยการทำ Pap smear

จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มเปลี่ยนแปลง โดยการตรวจทางเซลล์วิทยาหรือการตรวจ Pap smear เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะเกิดตามหลังระยะ dysplasia และ CIS เป็นเวลาหลายปี ผู้ป่วยที่เป็น dysplasia หรือ CIS ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในอัตราสูง นอกจากนี้ยังสามารถตรวจพบ dysplasia หรือ CIS โดย Pap smear ซึ่งทำได้ง่าย ปลอดภัย และสิ้นเปลืองงบประมาณน้อย เมื่อวินิจฉัย dysplasia หรือ CIS ได้ สามารถให้การรักษาได้ไม่ยาก และติดตามผลการรักษาได้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) ส่วนช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกก็มีความสำคัญเช่นกันเพื่อป้องกันการเกิดผลลบตลบ (false negative) เซลล์มะเร็งและเซลล์ของรอยโรคภายในเยื่อ squamous มีแรงยึดระหว่างเซลล์น้อยกว่าปกติจึงหลุดร่วงออกมาได้ง่ายเมื่อขูดมาตรวจทางเซลล์วิทยา ดังนั้นช่วงเวลาที่เหมาะสมของการทดสอบ Pap smear คือ ช่วงกลางรอบเดือน ไม่ควรตรวจในช่วงที่มีเลือดระดู ไม่ควรเช็ดหรือทำความสะอาดปากมดลูกก่อนทำ เพราะจะทำให้เซลล์หลุดออกไปทำให้เก็บเซลล์ตัวอย่างได้น้อยและแปลผลผิดพลาดได้ ควรแนะนำให้งดการสวนล้างช่องคลอดอย่างน้อย 48 ชั่วโมงก่อนมารับการตรวจ ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ทางคินก่อนวันตรวจและในวันที่ตรวจ การตรวจในช่วงหลังคลอดควรรอ 6-8 สัปดาห์ ให้ขบวนการอักเสบและการซ่อมแซมปากมดลูกให้เรียบร้อยก่อน เพื่อลดผลการตรวจที่ไม่น่าพึงพอใจ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547:34)

การรายงานผล Pap smear

การรายงานผล Pap smear ตั้งแต่ก่อนปีค.ศ. 1988 นิยมใช้ระบบ Papanicolaou system ซึ่งรายงานผลเป็น 5 classes ดังนี้ Class I คือไม่พบเซลล์ผิดปกติเลย, Class II คือพบเซลล์ผิดปกติแต่ไม่ใช่เซลล์มะเร็ง, Class III คือพบเซลล์ซึ่งสงสัยว่าอาจจะเป็นเซลล์มะเร็งแต่ไม่ชัดเจน, Class IV คือพบเซลล์ซึ่งเกือบจะแน่ใจได้ว่าเป็นเซลล์มะเร็ง และ Class V คือพบเซลล์ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งอย่างแน่นอน ส่วนระบบ WHO System รายงานผลเป็น normal, mild dysplasia, moderate dysplasia, severe dysplasia และ carcinoma in situ นอกจากนี้ยังมีการรายงานผลเป็นระบบ CIN System รายงานผลเป็น CIN I, CIN II และ CIN III (ธีรวิทย์ ภูมะประม, เทวินทร์ โกสียะตระกูล และนวลพรรณ อนันตวงศ์, 2548)

ต่อมาในปี 1991 The Bethesda system (TBS 1991) ได้ถูกพัฒนาขึ้น มีรายละเอียดที่ชัดเจนขึ้น โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วนคือ คุณภาพของ smear (statement of specimen adequacy) ว่ามีจำนวนเซลล์มากเพียงพอหรือไม่ หรือมีสิ่งปนเปื้อนในสไลด์ที่ทำให้มีปัญหาในการ

แปลผล, การวินิจฉัยทั่วไป (general categorization) และการวินิจฉัยเชิงบรรยาย (descriptive diagnosis) ซึ่งแบ่งออกเป็นปกติ within normal limits (WNL), มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บุผิวชนิด benign ที่เกิดจากการอักเสบ และมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บุผิวที่ผิดปกติแบ่งเป็น Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance (ASCUS), Atypical Glandular Cell of Undetermined Significance (AGUS), Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL), High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL), Squamous Cell Carcinoma (SCC) และ Endocervical adenocarcinoma หรือ Adenocarcinoma

การรายงานผล Pap smear มีหลายระบบ ได้แก่ WHO system, Papanicolaou system, The Bethesda system หรือ CIN system จึงอาจสรุปเป็นตารางเปรียบเทียบการรายงานผล Pap smear ในระบบต่างๆในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบการรายงานผล Pap smear ระบบต่างๆ (ธีรวุฒิ ฤทธิประมา, เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และนวลพรรณ อนันตวงศ์, 2548)

WHO System	Papanicolaou system	The Bethesda 1991	CIN System
Normal	Class I	Within normal limits	Normal
Atypical	Class II	- Reactive or reparative - ASCUS, AGUS	- No significant cellular changes - Squamous atypia NOS - HPV change
Mild dysplasia	Class III	Low- grade SIL, ASC-US, AGUS	CIN I, HPV infection
Moderate dysplasia	Class III	High - grade SIL	CIN II
Severe dysplasia	Class IV	High - grade SIL	CIN III
Squamous cell carcinoma	Class V	Squamous cell carcinoma	Squamous cell carcinoma
Adenocarcinoma		Adenocarcinoma	Adenocarcinoma

ต่อมาในปีค.ศ.2001 The Bethesda system (TBS 2001) ได้ถูกพัฒนาขึ้นและมีการปรับปรุงการรายงานผลการตรวจ Pap smear เปลี่ยนไปจาก The Bethesda 1991 ดังนี้คือ (เทวินทร์ โกสียะตระกูล และวรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2548)

- 1) การประเมินคุณภาพของ specimen adequacy TBS 2001 เลิกใช้คำว่า Satisfactory for evaluation but limited by... (specify reason) เพื่อไม่ให้เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในการประเมินว่า specimen นี้เชื่อถือได้เท่าใด หาก specimen ไม่ดีพอหรือไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาจะรายงานผลว่า Unsatisfactory for evaluation
- 2) การวินิจฉัยทั่วไป (general categorization) เลิกใช้คำว่า within normal limits (WNL) แต่เปลี่ยนเป็น Negative for intraepithelial lesion or malignancy
- 3) TBS 2001 เลิกใช้ Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASCUS) แต่แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US) พบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์ระดับผิวบน และ Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (ASC-H) พบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์ระดับลึก
- 4) TBS 2001 เลิกใช้ Atypical glandular of undetermined significance (AGUS) แต่แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ Atypical Glandular Cells (AGC) เซลล์เยื่อเมือกชนิด Glandular ผิดปกติ, Atypical Glandular Cell favor neoplasia (AGC- favor neoplasia) เซลล์เยื่อเมือกชนิด glandular ผิดปกติซึ่งบ่งชี้ว่าจะเป็นมะเร็งได้ และ Endocervical, Adenocarcinoma in situ (AIS) เซลล์เยื่อเมือกชนิด glandular ผิดปกติระยะก่อนมะเร็ง

ในปัจจุบันการรายงานผลทางพยาธิวิทยานิยมใช้ The Bethesda System (TBS) 2001 เพราะให้รายละเอียด และสื่อสารแนวทางการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่าระบบอื่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสมควรจะทำความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกันถึงความหมายที่แท้จริงเพื่อให้การรายงานผลมีความเข้าใจ และมีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก และทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์หรือบุคลากรที่ทำการตรวจคัดกรองกับพยาธิแพทย์มีความถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลที่จะไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่ดีของการรักษา และอีกนัยหนึ่งไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากเกินไปจนทำให้ต้องมีการรักษาที่มากเกินไปจนจะเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและงบประมาณแผ่นดิน (เทวินทร์ โกสียะตระกูล และวรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2548)

ความถูกต้องในการรายงานผล Pap smear เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจโดยเนื้อเยื่อ พบว่า มีความสัมพันธ์กันประมาณร้อยละ 70 - 90 แต่สิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมากคือ ผลลบลง (false negative) หมายถึง ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกแต่ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งจากการทำ Pap

smear ซึ่งการตรวจ Pap smear มีโอกาสเกิดผลลบลงได้ร้อยละ 20 - 30 สำหรับ squamous lesion และร้อยละ 40 สำหรับ adenocarcinoma lesion ผลลบลง 1 ใน 3 เกิดจากการแปลผลไม่ถูกต้อง และผลลบลง 2 ใน 3 เกิดจากการเก็บตัวอย่างเซลล์ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การตรวจ Pap smear มีความไวร้อยละ 51 และมีความจำเพาะร้อยละ 98 ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องของการทำ ดังนั้นการตรวจ Pap smear ที่ถูกต้องมีผลต่อความแม่นยำ ซึ่งจะต้องมีการเก็บเซลล์ที่ถูกต้อง (cell harvested), การเก็บแช่เซลล์ที่ถูกต้อง (fixing and transported), การดำเนินการทางพยาธิวิทยาปฏิบัติการ (staining) และการแปลผลทางเซลล์วิทยา (วิระ สุรเศรษฐ์, 2549)

ส่วนผลบวกลง (false positive) นั้นพบน้อย จากที่รายงานพบประมาณร้อยละ 7 ดังนั้นถ้า Pap smear รายงานผลว่าผิดปกติไม่ควรที่จะต้องสงสัยในความแม่นยำ เพราะผลบวกลงนั้นพบน้อย แต่ถ้า Pap smear รายงานผลว่าปกติควรจะนึกสงสัยไว้บ้าง เพราะผลบวกลงนั้นพบได้เปอร์เซ็นต์สูง ถ้า single negative Pap smear ควรที่จะตรวจซ้ำอีกภายใน 6-12 เดือน เพื่อลดปัญหาของผลบวกลงจาก sampling error (ลัญชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542:421)

การดูแลรักษาสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จำเป็นต้องมารับการตรวจวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาล เนื่องจากการตรวจ Pap smear เป็นเพียงการตรวจคัดกรองโรคเท่านั้น ซึ่งการวินิจฉัยและการรักษาจะเริ่มต้นขึ้น โดยการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดโดยการใส่กล้องขยายทางช่องคลอด หรือ Colposcope เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้น การตรวจด้วยกล้อง Colposcope ร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก มีความแม่นยำในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกภายในเย็บและมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 99 ในขณะที่การตรวจด้วย Colposcope อย่างเดียวและการตรวจด้วยเซลล์วิทยาอย่างเดียว มีความแม่นยำร้อยละ 80 และร้อยละ 87 ตามลำดับ (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

การทำ Colposcopy โดยผู้ที่มีความชำนาญจะช่วยบอกถึงลักษณะ ตำแหน่งและความรุนแรงของพยาธิสภาพซึ่งเมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณที่มีพยาธิสภาพรุนแรงที่สุดมาตรวจแล้ว จะเป็นการวินิจฉัยโรคซึ่งนำไปทำการรักษาต่อไปโดยไม่ต้องทำ diagnostic conization เครื่อง Colposcope เป็น binocular microscope ซึ่งมีกำลังขยาย 10-40 เท่า และมี green fiber เพื่อที่จะส่องดูลักษณะผิวเย็บและลักษณะของหลอดเลือดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่ง Colposcope มีประโยชน์มากในการวินิจฉัยรอยโรคภายในเย็บ squamous และมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม โดยทั่วไปแล้วจะไม่ใช้ Colposcope เพื่อตรวจคัดโรคมะเร็งปากมดลูก แต่ใช้ในการสืบค้นผู้ป่วยที่มีผลการทดสอบ Pap smear ผิดปกติเพื่อตรวจหาบริเวณที่จะทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547:41) ส่วนเตียงสำหรับตรวจทาง Colposcope เป็นเตียงตรวจภายในที่ผู้ป่วยสามารถนอนทำขึ้น

ขาห้อย หลังจากนั้นใส่ bivalve speculum เพื่อให้เห็นปากมดลูกชัด หลังจากนั้นส่องตรวจดูด้วยกล้อง Colposcope กำลังขยาย 10 เท่า เพื่อดูลักษณะทั่วไปของปากมดลูกและป้ายด้วยน้ำยา 3% acetic acid แล้วส่องตรวจดูด้วยกำลังขยายต่อ การส่องตรวจด้วย Colposcope จะเห็นความผิดปกติของปากมดลูกว่าอยู่ที่ไหน หลังจากนั้นทำการตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา

สำหรับในสถานที่ที่ไม่มีกล้องขยายทางช่องคลอด สามารถทำการตรวจภายในถ้าหากพบความผิดปกติที่ปากมดลูกก็ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ถ้าผลชิ้นเนื้อเป็นระยะลุกลาม ก็ให้การรักษาไปได้เลยเพราะไม่มีการวินิจฉัยอะไรที่รุนแรงไปกว่านี้ แต่ถ้าผลชิ้นเนื้อนั้นน้อยกว่าระยะลุกลาม หรือ negative ก็สมควรทำ diagnosis conization ทั้งนี้เพราะไม่สามารถทราบได้ว่าบริเวณที่ไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจนั้นเป็นระยะลุกลาม หรือไม่ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยคือเชื่อว่า Pap smear นั้นเป็น histological diagnosis ซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่เป็นเพียง cytologic diagnosis เท่านั้น เช่นการรายงานผล Pap smear บอกว่าเป็น carcinoma in situ (CIS) นั้นผู้ป่วยอาจจะไปถึง invasive ก็ได้ การตรวจ Pap smear เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรองเท่านั้นเพียงแต่บอกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น แต่อย่างน้อยแค่ไหนนั้นต้องมีการวินิจฉัยต่อ (สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542)

นอกจากนี้การตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีการรายงานผลตามระบบ The Bethesda system 2001 ซึ่งเป็นระบบที่เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการรายงานผล รวมถึงการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา ซึ่งคำแนะนำในการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงRecommendation จากการรายงานผลตามระบบ The Bethesda system 2001 (เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และวรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2548)

รายงานผล	ข้อแนะนำ (Recommendation)
Negative for intraepithelial lesion	โปรแกรมการตรวจคัดกรองด้วยPap smear
Unsatisfactory	ทำPap smear ซ้ำทันที
ASC - H	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
LSIL	ทำPap smear ซ้ำ ใน 3-6 เดือน หรือส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ในกรณีที่ทำซ้ำแล้วยังเป็น LSIL ให้ส่งต่อผู้ป่วย
HSIL	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
Squamous cell carcinoma	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
AGC - NOS	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา และทำEndocervical curettage
AGC – favor neoplasia	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบรอยโรคและไม่สามารถแยกโรคของเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrium) ได้ ควรทำEndocervical curettage และEndometrium curettage
AIS	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบรอยโรคและไม่สามารถแยกโรคของเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrium) ได้ ควรทำEndocervicalcurettage และEndometrium curettage
Adenocarcinoma	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง (Colposcope) และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบรอยโรคควรทำEndocervicalcurettage และEndometrium curettage

จะเห็นได้ว่าการรายงานผล Pap smear เป็นการตรวจทางเซลล์วิทยา (cytologic diagnosis) การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยา (pathological diagnosis) เท่านั้นไม่สามารถใช้การตรวจภายในอย่างเดียวโดยไม่มีการตัดชิ้นเนื้อหรือการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งอาจมีความผิดพลาดได้ การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาโดยการตัดชิ้นเนื้ออาจทำได้ 3 วิธีคือ (ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ.อยุธยา, 2548:219)

1. การตัดชิ้นเนื้อ (punch biopsy) คือ การใช้เครื่องมือตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกที่ผิดปกติโดยอาจใช้ Lugol's solution เพื่อช่วยบอกบริเวณที่ผิดปกติ หรือตัดร่วมกับการส่องกล้อง Colposcope
2. การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) คือการตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย โดยมีจุดมุ่งหมายให้ตำแหน่งที่พบความผิดปกติได้บ่งชี้ออกไปด้วยเพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำ ในอดีตนิยมใช้การตัดด้วยมีดปลายแหลม (cold knife conization) ต้องเป็นผู้ที่ฝึกฝนชำนาญและใช้เวลานาน ในปัจจุบันนิยมใช้การตัดด้วยเส้นลวดไฟฟ้าที่เรียกว่า Large Loop Excision of Transformation Zone (LLETZ) ใช้คลื่น radiosurgery ผ่านเส้นลวด ผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ ใช้จ่ายเฉพาะที่ใช้เวลาน้อยและไม่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
3. การขูดชิ้นเนื้อด้านในปากมดลูก (Endocervical curettage) โดยขูดเอาชิ้นเนื้อบริเวณด้านในปากมดลูกเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา มีประโยชน์ในกรณีที่มะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนั้น หรือมีอาการเลือดออกผิดปกติ แต่จากการตรวจภายในไม่พบรอยโรคบริเวณปากมดลูกด้านนอกถ้าพบว่าผิดปกติก็สามารถทำการสืบค้นต่อไป

สตรีหลังจากรับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ จำเป็นต้องมารับการวินิจฉัยและรักษาต่อที่โรงพยาบาล ดังนั้นช่วงระยะเวลาหลังจากรับทราบผลการตรวจที่ผิดปกติจนกระทั่งวันที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย สตรีส่วนใหญ่อาจมีความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการที่ตนเองมีโอกาสเป็นโรคมะเร็ง (ธนา นิลโกวิท และสิวลี ศิริไธ, 2542) ดังนั้นควรจัดระบบบริการให้สตรีได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้สตรีต้องทนวิตกกังวลอยู่เป็นเวลานานซึ่งอาจทำให้สตรีบางรายเครียดกังวลมากจนไม่กล้าเผชิญความจริงและไม่มารับการวินิจฉัยติดตามการรักษาต่อ ซึ่งส่วนสำคัญในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกประการหนึ่งก็คือ การดูแลรักษาสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ โดยถึงแม้ว่าจะมีการณรงค์ให้สตรีมารับบริการการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วย Pap smear แล้วก็ตาม แต่ไม่คำนึงถึงการบริการในกรณีที่ผลการตรวจที่ผิดปกติ ไม่ได้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม อาจทำให้สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติไม่ได้รับการดูแลรักษาซึ่งจะไม่สามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน

ความเครียดเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวางจากบุคลากรการแพทย์หลายสาขาเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดซึ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (stress as a transaction between the individual and the environment) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่าเกินขีดความสามารถที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้และประเมินว่าเป็นอันตรายต่อความผาสุก (well-being) การประเมินตัดสินเหตุการณ์นั้นจะเป็นไปตามกระบวนการโดยผ่านประสาทสัมผัสและสติปัญญาซึ่งเป็นกระบวนการประเมินโดยการคิดรู้ (cognitive appraisal process) บุคคลจึงรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์แตกต่างกันและมีการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความเครียด (stress) จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการประเมินตัดสิน (appraisal) สถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์นั้นๆต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งจะกระทำอยู่ตลอดเวลาที่มนุษย์ตื่นอยู่ การประเมินตัดสินนี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ (Lazarus & Folkman, 1984: 31-38)

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง การประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์อาจจะออกมาใน 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่เกิดผลใดๆ (irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเอง หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยไม่แสดงการตอบสนองใดๆออกมา

1.2 เกิดผลดีหรือเป็นประโยชน์ (benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลนั้นจะเกิดการผ่อนคลายและสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 เกิดภาวะเครียด (stressful) คือการพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้นๆ เนื่องจากบุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์

ที่มีอยู่ จึงการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีเป็นความเครียด การประเมินความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียต่อชีวิต และสวัสดิภาพของคนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักแล้วว่า กำลังอยู่ในอันตรายไม่ว่าสิ่งที่เผชิญอยู่จะรับรู้ว่าเป็นการคุกคาม หรือท้าทายก็ตาม การประเมินขั้นตอนนี้ซับซ้อนมากกว่าขั้นปฐมภูมิ จึงต้องอาศัยความเฉลียวฉลาดในการพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนเพื่อที่จะหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม นั่นคือพฤติกรรมเผชิญความเครียดนั่นเอง สำหรับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใดรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factor) ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่

2.1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บป่วยที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตบุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งปัจจุบันและอนาคต

2.1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้น สามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

2.1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (event uncertainty) ซึ่งถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือ ไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ

2.2 ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factor) ได้แก่

2.2.1 ข้อผูกพัน (commitment) เป็นการให้ความสำคัญกับความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้าประเมินว่ามาก อาจจะเป็นภาวะเครียด

2.2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำหาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

2.2.3 สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมิน ผู้ที่สถิติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

3. การประเมินซ้ำโดยการคิดรู้ (cognitive reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากการประเมินขั้นต้นโดยบุคคล และใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้มาไม่ได้ผล เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติม ซึ่งอาจสนับสนุนหรือขัดแย้งกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่คือการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่ เพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความเครียดที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมมาเป็นแนวทางการศึกษา เนื่องจากบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาไม่มากนักน้อย และถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์นั้นโดยตรง แต่เกิดจากการที่บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์โดยใช้ความคิดสถิติปัญญา การแปลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองในลักษณะที่เป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคามต่อชีวิต หรือทำหายและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลจะมีอารมณ์แสดงออกเป็นด้านลบ เช่น กลัว กังวล โกรธ ไม่สบายใจหรือขุ่นเคืองไม่พอใจ และมีระดับแตกต่างกัน เมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลย่อมมีการประเมินความเครียดนั้นว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งส่งผลทำให้บุคคลมีการปรับตัวหรือนำไปสู่การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

สำหรับการเผชิญความเครียด (coping) ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984:141) ให้ความหมายว่า เป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้การจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งบุคคลประเมินว่าเกินขีดความสามารถหรือเกินแหล่งประโยชน์ของบุคคล จากความหมายดังกล่าว การเผชิญปัญหาจึงมีลักษณะดังนี้

1. เป็นกระบวนการ (process-oriented) มากกว่าที่จะเป็นลักษณะติดตัว (trait-oriented) เกิดขึ้นจากสิ่งที่บุคคลคิดหรือกระทำจริง (actually thinks or does) มีความจำเพาะเจาะจงต่อความต้องการ (specific demands) และความขัดแย้ง (conflict) ที่มีความเครียด การเผชิญปัญหาจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่เป็นพลวัต (dynamic) ดังนั้นจึงต้องมีการ

ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และประเมินซ้ำเมื่อมีข้อมูลใหม่เข้ามา หรือเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป

2. การเผชิญปัญหาเป็นสถานการณ์ความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) ที่บุคคลประเมินว่าจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่มีอยู่ ซึ่งแตกต่างกับความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติซึ่งเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่ง ที่ไม่ต้องใช้ความพยายามในการประเมินตัดสิน และไม่ต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญปัญหาใดๆก็ตามที่เป็นความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคล ต่อสถานการณ์ที่เผชิญโดยที่ไม่คำนึงถึงผลที่เกิดจากการกระทำนั้นๆ

3. การเผชิญปัญหาที่เป็นตัวจัดการ (manage) ซึ่งจะมีความหมายครอบคลุมถึงการลดความรุนแรง การหลีกเลี่ยง การอดทน และการยอมรับสถานการณ์ความตึงเครียด รวมทั้งการที่พยายามที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วย

สำหรับพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดตามจุดมุ่งหมายของการเผชิญความเครียด (focus of coping) ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา (problem - focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเอง โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การคิดค้นหาวิธีการแก้ปัญหาหลายๆวิธี การเผชิญกับสถานการณ์ตามความเป็นจริงและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ตลอดจนการขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาแนะนำจากบุคคลอื่น

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ (emotion - focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกที่บุคคลพยายามลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล ดังนั้นบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีนี้ไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาหรือสาเหตุของความเครียดโดยตรง มีการใช้กระบวนการทางความคิดดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ มีความหมายคล้ายกับการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้ง (cognitive reappraisal) ซึ่งอาจเป็นการแปลความหมายที่อยู่บนความเป็นจริงโดยกระบวนการทางความคิด เช่น การเปรียบเทียบที่ให้ผลทางบวก การค้นหาคุณค่าในทางบวกจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจเป็นการใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal)

เช่น การปฏิเสธซึ่งบิดเบือนความเป็นจริง และเป็นการหลอกหลวงตนเอง เพื่อดำรงรักษาความหวังและมองโลกในแง่ดี

2.2 ไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น การเลือกให้ความสนใจบางด้านโดยกำจัดความคิดบางอย่างออกไป แต่ความหมายเดิมยังคงอยู่ การหลีกเลี่ยงไม่คิดถึง การเผชิญสถานการณ์ชั่วคราว

2.3 กลยุทธ์ทางพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ และการแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น

นอกจากนี้จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ทำการศึกษาพบว่านอกจากบุคคลจะใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีดังกล่าวแล้วบุคคลยังใช้วิธีการบรรเทาปัญหาหรือการแก้ปัญหาทางอ้อมร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาโดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง จาโลวีกได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยอาศัยแนวคิดของลาซารัสและลอมเบียร์ โดยแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive) เป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่สาเหตุ
2. การจัดการกับอารมณ์ (emotive) เป็นการปรับความรู้สึกนึกคิดหรือระบายอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาลikeแต่อย่างใด ช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้นเท่านั้น

3. การบรรเทาความเครียด (palliative) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเสียใหม่ไม่ได้เปลี่ยนที่ตัวเหตุการณ์ เพื่อควบคุมเหตุการณ์ทางอ้อม ซึ่งไม่ได้แก้ที่ปัญหาโดยตรง

ทั้งนี้วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด (coping mode) มี 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดยั้งการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกทางจิต สำหรับการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลยังขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ ซึ่งข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (constraints against utilizing resources) ได้แก่ ข้อจำกัดด้านตัวบุคคล (personal constraints) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (environmental constraints) และระดับคุกคาม (level of threat)

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ในการเผชิญความเครียดนั้น จะไม่มีวิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดที่ดีกว่ากัน เพราะขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ บุคคลอาจใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธีในเวลาเดียวกัน หรือเมื่อเผชิญความเครียดที่เหมือนกันแต่ในเวลาหรือสภาพการณ์ที่ต่างกัน ก็อาจใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแตกต่างกัน บุคคลที่เผชิญ

ความเครียดได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเครียด ทั้งพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นปัญหาและมุ่งเน้นอารมณ์ รวมทั้งรู้จักจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับตนเอง และจะต้องทราบว่าเมื่อใดควรหยุดใช้ความพยายามเพื่อบรรลุเป้าหมายที่อาจเป็นจริงได้ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้วิธีการเผชิญเครียด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1. ความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคลุมเครือ ถ้ารู้สึกเช่นนี้บุคคลมักจะลดการกระทำโดยตรง แต่จะหันไปแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม ถ้าใช้วิธีนี้ล้มเหลวอาจจะหันไปใช้กลไกทางจิต สถานะที่บุคคลต่างๆตระหนักว่าไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆได้ แต่ไม่ทราบว่าอันตรายจะเกิดขึ้นเมื่อใด บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดโดยหลีกเลี่ยงพยายามล้มเนื่องจากไม่มีวิธีการใดที่จะกระทำได้ดีไปกว่านี้
2. ความรุนแรงของความรู้สึกคุกคาม ถ้าเหตุการณ์นั้นน่าตกใจกลัวอย่างมาก บุคคลมักจะใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง
3. การมีข้อขัดแย้ง มักใช้กลไกทางจิต และมักไม่ใช้การกระทำโดยตรง
4. ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) ถ้าหากว่าบุคคลนั้นมองว่าอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือทำอะไรให้ดีขึ้นได้ จะเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดความหวัง และจะไม่กระทำการกิจกรรมใดๆ ซึ่งแนวคิดนี้มีความสำคัญมากในเรื่องความเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเช่นนี้ จะมีความบกพร่องทั้งในด้านแรงจูงใจ การเรียนรู้ และภาวะทางอารมณ์

สำหรับแหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ (context) ซึ่งได้แก่ (Lazarus & Folkman, 1984: 157-164)

1. ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล (health and energy) จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดี มีพลังกำลัง จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี
2. ความเชื่อถือในทางที่ดี (positive beliefs) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวัง จะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น
3. ทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เป็นความสามารถของบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างมีเหตุผล ถ้าบุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

4. ทักษะทางด้านสังคม (social skills) ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

5. แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ ซึ่งทั้งสามอย่างนี้จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (material resources) การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น

มีรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ ที่ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดมีทั้งการทดสอบทฤษฎีและการนำไปใช้โดยใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันออกไปดังนี้

ปีค.ศ. 1980 โฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980) รายงานการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไปในชุมชนอายุ 45-64 ปี จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดที่พัฒนาตามแนวคิดของลาซารัสและลอเรนซ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ลักษณะร่วมกัน โดยบุคคลใช้การเผชิญความเครียดลักษณะการมุ่งแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ได้รับการประเมินว่าสามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ ส่วนการเผชิญความเครียดลักษณะการจัดการกับอารมณ์ มักใช้กับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ และบุคคลส่วนใหญ่มักใช้การเผชิญความเครียดลักษณะการจัดการกับอารมณ์ในสถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพ และใช้การมุ่งแก้ปัญหากับสถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับงาน

Ali & Khali (1991) ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมในประเทศอียิปต์ ซึ่งมีความเชื่อและวัฒนธรรม ศาสนาที่แตกต่างจากประเทศตะวันตก ผลการศึกษาพบสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ ความหวงในการรักษาประสิทธิภาพการรักษา ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความปวดและการดำเนินของโรค ส่วนการเผชิญความเครียดพบว่าใช้ทั้งการจัดการกับอารมณ์และการมุ่งแก้ปัญหา วิธีการที่ใช้อยู่คือ การขอพรจากพระเจ้าและใช้ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดในทฤษฎีที่กล่าวว่าความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด

สำหรับในช่วงระยะเวลาก่อนการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน มีงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ศึกษาถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญกับปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางมากที่สุด มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยมากที่สุด วิธีการเผชิญความเครียดผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดตรวจพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเอง และเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งและต้องถูกตัดเต้านม

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อโดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.24 ไม่มีสถานการณ์เครียด และร้อยละ 91.76 บรรยายสถานการณ์ความเครียดจัดกลุ่มได้ 3 ลักษณะคือ กลัวเป็นมะเร็งเต้านม กลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ และสถานการณ์ที่ผสมผสานระหว่างการกลัวเป็นมะเร็งเต้านมและกลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อโดยมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิคฉบับปรับปรุงปีค.ศ.1988 พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์โดยมีสัดส่วนด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาใกล้เคียงกับด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และใช้ด้านจัดการกับอารมณ์น้อยกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก 5 อันดับแรกคือ กังวลใจ, ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาให้ชัดเจน, มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น, ไม่คิดกังวลเชื่อว่าปัญหาจะคลี่คลายไปในทางที่ดี และพยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อย 5 อันดับแรกคือ เลิกคิดแก้ไขปัญหา, ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด, โโทษผู้อื่น, ไม่ทำอะไรเลย และระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ

วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ไม่มีสถานการณ์เครียด ร้อยละ 90 บรรยายสถานการณ์ความเครียดจัดกลุ่มได้ 3 ลักษณะคือ กลัวเป็นมะเร็งเต้านม กลัวการผ่าตัดเต้านมและสถานการณ์ที่ผสมผสานระหว่างการกลัวเป็นมะเร็งเต้านมและกลัวการผ่าตัดเต้านม ซึ่งมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดในลักษณะการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนของ

การเผชิญความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก 5 อันดับแรกคือ กังวลใจ, พยายามยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น, มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น, ค้นหาข้อมูลเพื่อที่จะแก้ปัญหาได้ดีขึ้น และตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาให้ชัดเจน ตามลำดับ สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อย 5 อันดับแรกคือ เลิกคิดแก้ไข, ขุนเฉียวดีใจดีใจ, ไม่ทำอะไรเลย, ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ และโทษผู้อื่น

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ (abnormal Pap smear)

การรับทราบว่าตนเองมีผลการตรวจที่ผิดปกติ ก่อให้เกิด ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดได้ ซึ่งในช่วงเวลานี้สตรีอาจมีข้อสงสัยที่มักพบได้เสมอคือ จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้างและสิ่งนั้นจะมีผลต่อชีวิตของตนเองอย่างไร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) การได้รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ (abnormal Pap smear) บ่อยครั้งที่ก่อให้เกิดความกลัวและความสับสน ซึ่งสามารถทำให้มีผลกระทบทางลบต่อความผาสุกของสตรี (woman's well-being) (Gray et al., 2006) อย่างไรก็ตามการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เป็นการตรวจคัดกรองโรค (screening test) เท่านั้น ถ้าผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติไม่ได้มีความหมายว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามทุกรายไป จะต้องมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้การวินิจฉัยที่แน่นอนและให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บ่อยครั้งที่สตรีคิดไปเองว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกเริ่มตั้งแต่การได้รับแจ้งผลการตรวจ Pap smear ผิดปกติ (Stinnett, 2000) ในช่วงระยะเวลาระหว่างการวินิจฉัยที่แน่นอน สตรีส่วนใหญ่จะวิตกกังวลกลัวเกี่ยวกับการที่อาจมีโอกาเป็นโรคมะเร็ง และมักต้องการทราบผลการวินิจฉัยที่แน่นอนให้เร็วที่สุดเพื่อที่จะได้ทราบว่าทำอะไรต่อไป (Lerman et al., 1991) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยในต่างประเทศหลายงานวิจัยถึงสภาวะทางจิตใจของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ยกตัวอย่างเช่น

การศึกษาของ Reelik, de Haes และ Schuurman (1984) ทำการศึกษาถึงผลข้างเคียงทางจิตสังคมของสตรีที่ได้รับการตรวจ Pap smear ในเมือง Rotterdam ประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยสัมภาษณ์สตรีจำนวน 418 รายทันทีที่ทำการตรวจ Pap smear สตรีส่วนใหญ่คาดหวังว่าผลการตรวจจะเป็นปกติ และพบว่าสตรีจำนวน 99 รายที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกตินั้นได้ถูกสัมภาษณ์หลังรับทราบผลการตรวจ 2 – 3 วัน ผลการศึกษารายงานพบว่า ร้อยละ 60 มีความกลัว ร้อยละ 90

เข้าไปติดต่อเพื่อพบแพทย์ สตรีรู้สึกเศร้าหมอง, รู้สึกว่าตนเองป่วยมากขึ้น และมีความเครียด หลังจากรับทราบผลการตรวจที่ผิดปกติ

Beresford และ Gervaise (1986) ทำการสัมภาษณ์สตรีแคนาดาที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจำนวน 50 ราย เพื่อประเมินภาวะทางอารมณ์ ขณะที่มีการวินิจฉัยโรค ผลการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 มีความกลัวที่จะเป็นโรคมะเร็ง, สูญเสียการสืบพันธุ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ และกลัวหัตถการทางการแพทย์ สตรีเหล่านี้มีปัญหาในการนอนหลับ และรับรู้ว่าคุณภาพต่อภาวะสุขภาพ มีส่วนน้อยที่จะมีอาการโกรธง่ายขึ้น ร้องไห้ โกรธ มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ และน้ำหนักเพิ่มขึ้น

Lauver และ Rubin (1990) ศึกษาสิ่งที่สตรีชาวอเมริกาจำนวน 118 รายกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ได้รับผลการตรวจ และขณะที่มาติดตามการรักษา โดยมีการตั้งคำถามแบบเปิดว่า “เมื่อคุณรับทราบผลการตรวจ Pap smear สิ่งแรกที่คุณคิดถึงในใจคืออะไร” ผลการศึกษาพบว่า สตรีต้องการทราบถึงสิ่งที่ต้องการดำเนินการต่อไป มีการถามถึงสาเหตุที่ทำให้มีผลการตรวจที่ผิดปกติและมีความรู้สึกไม่แน่นอนถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการตรวจ Pap smear ต้องการรักษาและแสดงถึงความกังวล กลัว ผิดหวัง ซึ่งสิ่งที่สตรีถามมากที่สุดคือ ต้องการรับทราบข้อมูลถึงการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการเตรียมการให้ข้อมูลกับสตรีเพื่อสามารถเผชิญกับความเครียดได้

Lerman และคณะ (1991) ศึกษาผลกระทบด้านจิตใจที่ต่อเนื่องของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ทำการศึกษาใน Colposcope Clinic ที่มหาวิทยาลัย Temple เมือง Philadelphia รัฐ Pennsylvania ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในชุมชนผู้มีรายได้น้อยจำนวน 224 ราย กลุ่มแรก 106 ราย มีผลการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกปกติ และกลุ่มที่สอง 118 รายมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติและจำเป็นต้องมาได้รับการรักษาต่อที่ Colposcope clinic ทำการศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบมีโครงสร้างทางโทรศัพท์ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยสัมภาษณ์หลังจากที่ได้รับผลการตรวจประมาณ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และมีผลกระทบในด้านอารมณ์ กิจกรรมประจำวัน ความสนใจในเพศสัมพันธ์ และการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Bell และคณะ (1995) ศึกษาปฏิกิริยาทางจิตใจในการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คนที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อที่ Colposcope clinic และกลุ่มควบคุม 75 คนที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกปกติในประเทศอังกฤษ โดยการสัมภาษณ์และมีการประเมินภาวะทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจที่ผิดปกติมีระดับความกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความวิตกกังวลโดย

ใช้แบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scaler พบว่ากลุ่มที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติและจำเป็นต้องรับการรักษาต่อที่ Colposcope clinic มีความวิตกกังวลสูงที่สุดและร้อยละ 20 ยังคงมีความวิตกกังวลสูงขณะรอรับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลที่สูงมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม และมีความคิดในเชิงลบกับตนเอง (negative feeling about the self) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

Tomaino-Brunner, Freda และ Runowicz (1996) ศึกษาสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจำนวน 29 คนในตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา โดยทำการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ, เกี่ยวกับ Colposcope, มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความหมายของPap smear และขาดความรู้ การศึกษานี้เสนอแนะให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษาที่จะได้รับก่อนที่จะได้รับการตรวจ

Kavanagh และ Broom (1997) ศึกษาถึงความเข้าใจของสตรีเกี่ยวกับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบคนต่อคน เพื่ออธิบายว่าสตรีมีการตีความอย่างไรจากประสบการณ์ของการวินิจฉัยและการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีออสเตรเลียจำนวน 29 คนที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าสตรีมีความรู้สึกสับสน กลัว และยากในการค้นหาเพื่อที่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ สตรีเข้าใจว่าตนเองเป็นมะเร็งระยะลุกลามเพราะไม่ทราบว่าการตรวจ Pap smear เป็นการตรวจคัดกรองเซลล์ที่ผิดปกติก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม สตรีต้องการได้รับข้อมูลอย่างแท้จริงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เหตุผลในการรักษา และคำแนะนำการป้องกันหลังการรักษา

Lagro-Janssen และ Schijf (2005) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพในสตรีฮอลแลนด์ถึงผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ จำนวน 27 รายว่ามีปฏิกิริยาอย่างไรที่มีผลการตรวจผิดปกติ รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติและมีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิต ซึ่งสตรีส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปที่ทำการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ไม่ได้ให้ข้อมูลถึงผลการตรวจถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นจะมีการติดต่ออย่างไร ดังนั้นสตรีจึงมีความประหลาดใจกับผลการตรวจที่เกิดขึ้น และศัพท์ทางการแพทย์มีความหมายที่เข้าใจยากก่อให้เกิดความสับสน สตรีมีความรู้สึกกลัวเป็นมะเร็ง รู้สึกผิดหวังในตนเอง กังวลเกี่ยวกับการมีบุตร และกังวลด้านเพศสัมพันธ์ สาเหตุที่สตรีคิดว่าทำให้เกิดผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติเกิดจากมีความเครียด จากพันธุกรรม การสูบบุหรี่ การดำเนินชีวิตรวมถึงการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ สตรีเกือบร้อยละ 50 มีประสบการณ์ความเครียด (stressful experience) ขณะรอคอยฟังผลการตรวจ นอกจากนี้สตรีให้ความหมายเกี่ยวกับปากมดลูก เป็นส่วนหนึ่งของมดลูกที่แสดงถึงการสืบพันธุ์ และความเป็นผู้หญิง ดังนั้นเมื่อมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจึงมีความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง

Twinn (2006) ศึกษาถึงการตอบสนองของสตรีชาวจีนฮ่องกงจำนวน 66 รายเมื่อรับทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติโดยเปรียบเทียบในสตรี 3 กลุ่มโดยกลุ่มแรก มีการติดตามการรักษาโดยการทำ Pap smear กลุ่มที่ 2 เป็นช่องคลอดอักเสบ และกลุ่มที่ 3 จำเป็นต้องเข้ารับการติดตามด้วย Colposcope ผลการศึกษาพบว่าสตรีทั้ง 3 กลุ่มมีความเข้าใจแตกต่างกันคือกลุ่มที่ 2 ที่เป็นช่องคลอดอักเสบ เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผล Pap smear ผิดปกติ ในขณะที่กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มที่ 3 เกิดความกลัวขึ้นตั้งแต่รับทราบผลและได้มีการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 กลุ่มดังนี้ ต้องการถามคำถามเพิ่มเติม, ต้องการข้อมูล, มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น, มีผลต่อทางเพศ และ เกิดความรู้สึกวิตกกังวลในขณะที่รอการนัดเข้าทำ Colposcope กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการหาความคิดเห็นจากที่อื่นเกี่ยวกับผลการตรวจเพื่อป้องกันการสับสนโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้น

Gray และคณะ (2006) ศึกษาถึงความวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะทางอารมณ์ในสตรีที่ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่รายงานผลเป็น Low-grade abnormal cervical จำนวน 3,500 รายพบว่าสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อความวิตกกังวลคือสตรีที่อายุน้อย, มีบุตรแล้ว, ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ และมีระดับกิจกรรมมาก ซึ่งระดับความวิตกกังวลในกลุ่ม Low-grade abnormal cervical และกลุ่ม High-grade abnormal cervical มีความคล้ายคลึงกัน การศึกษาเสนอแนะให้มีการทดลองต่างๆเพื่อช่วยลดผลกระทบจากการที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความเข้าใจของสตรีเกี่ยวกับผลการตรวจ Pap smear ซึ่งสตรีกลัวเป็นมะเร็ง กลัวการรักษาและไม่สามารถมีบุตรได้ เนื่องจากสตรีส่วนมากไม่เข้าใจผลการตรวจหรือความหมายของระยะก่อนมะเร็ง (pre-cancerous) และสรุปความหมายผิดว่าความผิดปกติที่ตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก

ดังนั้นพยาบาลควรจะให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เข้าใจผลการตรวจที่ได้รับ และได้พูดคุยกับสตรีถึงความกลัวของสตรีเกี่ยวกับการพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูก (Ledwick, 2006) จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีสถานการณ์ความเครียดเกิดขึ้นมีหลายประเด็นที่สตรีให้ความกังวลแตกต่างกันออกไป จึงอาจสามารถสรุปประเด็นดังนี้ ไม่เข้าใจผลการตรวจ Pap smear รู้สึกสับสนกับผลการตรวจที่ได้รับ ประหลาดใจกับผลการตรวจ กลัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก กลัวการติดตามการรักษาที่จะเกิดขึ้น กังวลเกี่ยวกับสุขภาพเจริญพันธุ์ (reproductive health) และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อสตรีไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ความรู้สึก กระทั่งต่อความเป็นผู้หญิง มีผลต่อสุขภาพการเจริญพันธุ์ และอาจกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้สตรียังต้องการทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดผลการตรวจที่ผิดปกติตลอดจนอยากทราบถึงการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อจากนี้

นอกจากนี้การแจ้งรายงานผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) จะมีการแจ้งผลรายงานการตรวจทางไปรษณีย์ซึ่งอาจมีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกและความวิตกกังวลของผู้รับได้ Hellsten, Sjostrom และ Lindqvist (2007) มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในสตรีชาวสวีเดน 100 ราย ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติและต้องเข้ารับการวินิจฉัยต่อที่ Colposcope clinic โดยทำการสัมภาษณ์สถานการณ์ ใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety และวัดอารมณ์ซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าอารมณ์ซึมเศร้า และวิธีแจ้งผลโดยไปรษณีย์ว่ามีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ต้องรับการการวินิจฉัยต่อที่ Colposcope clinic มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความวิตกกังวลได้ โดยสตรีที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีอารมณ์ซึมเศร้าสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแจ้งผลการตรวจทางไปรษณีย์นี้ทำให้สตรีมีความกังวลสูงได้

Wilkinson, Jones และ McBride. (1990) ทำการศึกษาใน University Hospital of Wales โดยการส่งแผ่นพับพร้อมกับไปรษณีย์แจ้งผลการตรวจ Pap smear โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มแรกได้รับจดหมายรายงานผลตามปกติ และกลุ่มที่ 2 จำนวน 29 ราย โดยได้รับจดหมายรายงานผลพร้อมกับแผ่นพับ ซึ่งรายละเอียดหลักในแผ่นพับระบุไว้ว่าผลการตรวจที่ผิดปกติไม่ได้หมายความว่าป็นมะเร็งปากมดลูก จำเป็นต้องมารับการวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มแรกที่ไม่ได้รับแผ่นพับมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกลุ่มที่ได้รับแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0001 ซึ่งจากการศึกษานี้เสนอแนะให้มีการส่งแผ่นพับพร้อมกับจดหมาย

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าสตรีมีความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาล ดังนั้นสตรีจึงต้องการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมถึงการเผชิญความเครียดในสตรีมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีดังนี้

Goodkin, Antoni และ Blaney (1986) ศึกษาถึงความเครียด และความสิ้นหวังส่งเสริมให้ CIN (cervical intraepithelial neoplasia) กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม การศึกษาพบว่าความเครียดและความสิ้นหวัง มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเป็นมะเร็งระยะลุกลาม โดยทำการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติซึ่งต้องมารับทำการรักษาต่อ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม การมองโลกในแง่ร้าย การหมดความหวังในอนาคต และความวิตกกังวลระดับสูง ซึ่งเป็น stress moderator ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงซึ่งจะส่งเสริมให้ CIN เป็นมะเร็งระยะลุกลามมากขึ้น

Lauver, Baggot และ Kruse (1999) ศึกษาถึงประสบการณ์ของสตรีในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ และการตรวจด้วย Colposcope มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ถึงสิ่งที่สตรีกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติและการตรวจด้วย Colposcope

ศึกษาเชิงบรรยายโดยศึกษาในกลุ่มสตรี 75 รายที่มีผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติ และจำเป็นต้องมาทำการรักษาต่อด้วย Colposcope ใน Women's health clinics ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่สตรีกังวลคือ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับผลการตรวจ กังวลว่าจะเป็นมะเร็ง และจะมีผลต่อความสามารถในการมีบุตร สำหรับกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดที่รับผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติและต้องรับการตรวจด้วย Colposcope พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และเบี่ยงเบนความสนใจจากผลการตรวจ (distraction)

Lauver, Kruse และ Baggot (1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงขั้นตอนของการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการรับทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โดยเปรียบเทียบถึงความรู้สึกไม่แน่นอนถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติกับภาวะเครียดทางอารมณ์ (psychological distress) ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย โดยแบ่งเป็น 40 รายหลังรับทราบผลการตรวจและ 35 รายหลังติดตามการรักษา ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีลดลงไปหลังจากที่ได้รับการติดตามการรักษา แต่ความรู้สึกทางลบ และภาวะเครียดทางอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหาโดยวิธีการจัดการกับอารมณ์ ทั้งหลังรับทราบผลการตรวจและหลังติดตามการรักษา

นอกจากนี้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลการต่อการมาติดตามการรักษาหลังจากรับทราบว่ามีการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ Abercrombie (2001) ศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษตั้งแต่ปีค.ศ. 1985 – 1999 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามี 2 ปัจจัยหลักในการที่ทำให้สตรีไม่มารับการรักษาต่อหลังจากที่รับทราบว่ามีการตรวจหาผลมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติคือ ลักษณะของสตรีประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล, แรงสนับสนุนทางสังคม, ขาดความเข้าใจ และความกลัว ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยระยะเวลาของสถานให้บริการด้านสุขภาพไม่สะดวก, ผู้ให้บริการเป็นผู้ชาย และผู้ให้การดูแลไม่เข้าใจความรู้สึก สำหรับกลยุทธ์ที่ใช้ในการติดตามการรักษาและประสบผลสำเร็จคือ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์, การให้สุขศึกษา และการให้แรงจูงใจทางการเงิน

Bertram และ Magnussen (2008) ศึกษาถึงความต้องการด้านข้อมูลและประสบการณ์ของผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ 10 รายโดยแบ่งเป็น 6 ประเภทคือ 1) ความรู้สึกทันทีที่ได้รับทราบผลการตรวจสตรีรู้สึกตกใจและกังวลกลัวเป็นมะเร็ง, 2) สตรีรู้สึกว่าตนเองมีตรรกะเนื่องจากมะเร็งปากมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 3) มีการค้นหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่นจากอินเทอร์เน็ต จากครอบครัวและเพื่อน, 4) รู้สึกกังวลกับการรักษา, 5) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อ HPV และผลการตรวจที่ผิดปกติ, 6) มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ขึ้นอยู่กับโดยสตรีพยายามหาวิถีต่างๆในการดูแลตนเอง เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไปรับการ

ติดตามการรักษา ซึ่งจากการศึกษากครั้งนี้เสนอแนะว่าควรมีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลและสนับสนุนให้มีแหล่งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติ

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาถึงการติดตามสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติ ประหยัด ชูระแพง (2550) ได้ศึกษาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์การดำเนินงานควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกและพัฒนาระบบการติดตามสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติจังหวัดหนองบัวลำภู โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีผู้ให้ข้อมูลคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติ 2 กลุ่มคือกลุ่มเก่าเพื่อเป็นการสัมภาษณ์และวิเคราะห์สถานการณ์กับกลุ่มใหม่เพื่อการทดลองใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าเจ้าหน้าที่มีความเห็นว่าการแจ้งผลการตรวจของแต่ละหน่วยงานแตกต่างกัน ไม่ได้ระบุวันที่นัดมาพบแพทย์ ไม่มีการตรวจสอบการได้รับแจ้งผลตรวจการมาพบแพทย์ ผู้รับบริการไม่เข้าใจข้อความที่แจ้ง หรือเข้าใจผิด ไม่เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด จึงได้มีการระดมให้เจ้าหน้าที่มาร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนกำหนดแนวทางและกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อการพัฒนา ซึ่งการระดมสมองมีข้อตกลงร่วมกันคือ การให้ความหมายของผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติให้หมายถึงการรายงานผลในหมวด 200 ตามระบบ The Bethesda system 2001 การแจ้งผลการตรวจให้แจ้งแก่ผู้รับบริการทุกรายด้วย 3 ช่องทางคือโทรศัพท์ จดหมาย และฟังผลด้วยตนเอง การประสานงานและการส่งต่อให้ใช้ใบส่งต่อและสำเนาผลการตรวจแนบมาด้วยเสมอ มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในแบบบันทึก ซึ่งผลของการพัฒนาระบบการติดตามสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติพบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติได้รับการแจ้งผลและมาพบแพทย์ตามนัดทุกราย หลังการพัฒนาสามารถตรวจสอบข้อมูลการแจ้งผลการตรวจตามนัด และผู้รับบริการได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าสตรีมีผลการตรวจหามะเร็งที่ผิดปกติที่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่รอการวินิจฉัยที่แน่นอนมีความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งควรจะมีการจัดบริการให้สตรีสามารถได้รับการตรวจวินิจฉัยให้โดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้สตรีต้องทนวิตกกังวลอยู่นาน ซึ่งอาจทำให้สตรีบางรายกังวลมากจนไม่กล้าเผชิญความจริง และไม่ยอมมารับการตรวจวินิจฉัยต่อไป (ชนา นิลโกวิท และสิวลี ศิริไล, 2542) สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การแจ้งผลการตรวจได้ 3 วิธีคือ การแจ้งผลเมื่อสตรีมาโรงพยาบาล, การแจ้งผลทางไปรษณีย์ โดยวิธีนี้ข้อความที่แจ้งควรชัดเจน ไม่ทำให้เกิดความตกใจ ควรมีคำแนะนำการเตรียมตัวมาตรวจเพิ่มเติม และการแจ้งผลทางโทรศัพท์ เมื่อสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติตามนัดเพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติม พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญคือ การให้คำปรึกษา เป็น

การสื่อสารแบบสองทางโดยช่วยให้สตรีเข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่ พยาธิสภาพ แนวทางการรักษาของแพทย์ เหตุผลของการตรวจนั้นอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจไม่ตกใจเพราะสตรีมักคิดว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษานี้เพื่อลดความวิตกกังวล และความหวาดกลัวของสตรี

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถทำการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา หรือการทำ Pap smear เพื่อให้การรักษาก่อนที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ซึ่งเป็นการลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ แต่การตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นการตรวจคัดกรองโรคเท่านั้น ถ้ามีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติไม่ได้มีความหมายว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามทุกรายไป การรับทราบผลการตรวจที่ผิดปกติและช่วงเวลาก่อนการวินิจฉัยโรค การรอคอยเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนก่อให้เกิดความเครียดสำหรับสตรีได้เป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถทำให้สตรีไม่มารับการวินิจฉัยรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งในสังคมไทยบุคคลมีวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านบุคคลและสถานการณ์ รวมทั้งแหล่งประ โยชนและข้อจำกัดที่แตกต่างออกไปจากต่างประเทศ ทำให้การประเมินตัดสินใจ สถานการณ์ และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดอาจแตกต่างกันออกไปจากผลการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นการศึกษาถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ในบริบทของสังคมไทยจะช่วยให้เข้าใจรับรู้ผลกระทบเนื่องจากความวิตกกังวล และเป็นข้อมูลในการหาแนวทางเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของสตรีกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยา หรือ Pap smear ผิดปกติ

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นสตรีที่ได้รับรายงานผลการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear มีการรายงานผลว่าผิดปกติตามระบบ The Bethesda system ปี 2001 ทั้งจากโรงพยาบาลรามธิบดีและจากโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ซึ่งจำเป็นต้องมารับการตรวจรักษาและวินิจัยต่อที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่คลินิกตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยกล้องหรือ Colposcope clinic ซึ่งได้รับการตรวจวินิจัยและส่องกล้องเพื่อตรวจอย่างละเอียดอีกครั้งโดยให้บริการเฉพาะวันพฤหัสบดี เวลา 13 – 15 น.

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ (inclusion criteria) ดังนี้

1. สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ และยังไม่ได้รับการวินิจัยต่อที่โรงพยาบาลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) โดยได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน

2. มีความเครียดจากสถานการณ์ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear รายงานผลว่าผิดปกติ โดยใช้คำถามสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดจากการรับทราบถึงผลการตรวจที่ผิดปกติคือ “หลังจากที่คุณรับทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายงานผลว่าผิดปกติ คุณมีความรู้สึกเครียด ทุกข์ใจ กังวลใจกับผลการตรวจของคุณหรือไม่”

3. ไม่เคยได้รับการวินิจัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

4. สามารถฟังพูดอ่านเข้าใจภาษาไทยสามารถให้การสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 70 รายโดยคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นร้อยละ (ประกอบกรรณสูตร, 2524 อ่างในยุวดี ภาษาและคณะ, 2543:84) โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยกล้อง (Colposcope clinic) รวมระยะเวลา 3 ปี ซึ่งจากการสำรวจจากสถิติของผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยกล้อง (Colposcope clinic) ในปีพ.ศ.2547-2549 มีดังนี้ คือ (ข้อมูลจากหน่วยเวชสถิติร.พ.รามาริบัติ, 2549)

พ.ศ. 2547 จำนวนผู้ป่วยใหม่	261 ราย
พ.ศ. 2548 จำนวนผู้ป่วยใหม่	253 ราย
พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยใหม่	331 ราย
รวมจำนวนผู้ป่วยใหม่ 3 ปี	845 ราย
จำนวนตัวอย่าง	$= 845 \div 3$ ราย/ปี
ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยใหม่ต่อปี	$= 281.66 \times 25 / 100$ ราย
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	$= 70.41$ ราย

สถานที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเปิดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 9-15 น. โดยในภาคเช้าตั้งแต่เวลา 9-12 น. เป็นคลินิกนรีเวชทั่วไป ส่วนในภาคบ่ายตั้งแต่เวลา 13-15 น. เป็นคลินิกนรีเวชเฉพาะโรคสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ผิดปกติ ทั้งจากโรงพยาบาลรามาริบัติ และจากโรงพยาบาลอื่นๆ จะต้องมารอรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่คลินิกนรีเวชทั่วไปในภาคเช้าก่อน หลังจากนั้นจึงได้เข้าตรวจที่คลินิกตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยกล้องหรือ Colposcope clinic ทำการตรวจเฉพาะวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ โดยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและส่องกล้องเพื่อตัดชิ้นเนื้อไปตรวจอย่างละเอียดอีกครั้งจากแพทย์เฉพาะทาง โดยพยาบาลประจำหน่วยตรวจจะมีการให้คำแนะนำแบบกลุ่มกับสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติก่อนพบแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปคือแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองสตรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อทดสอบความสามารถในการรับรู้เข้าร่วมการวิจัย พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอักษตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) โดยให้สตรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเขียนชื่อของสี่ สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status)

คุณภาพเครื่องมือ

ไอแซคส์และเคนนี (Isaacs & Kennie, 1973) ได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่ไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อมจำนวน 189 ราย กลุ่มอายุ 65-74 ปี, 75-84 ปี และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 35, 89 และ 65 รายตามลำดับ พบว่ามีความสอดคล้องอย่างมากกับการวินิจฉัยทางคลินิก ผู้ที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้ง 146 ราย ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 15 -24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่มีสมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหยาบกระแวง วิดกกังวล ซึมเศร้า หรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น ต่อมาเฮย์ส (Hays, 1984) พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุได้นำแบบทดสอบไปใช้กับผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด และผู้ที่ได้คะแนนน้อยจะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพของสมองได้จริง คะแนนที่สูงหรือต่ำไม่ได้เกิดจากความใส่ใจเป็นพิเศษ หรือไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุต่อเรื่องนั้นๆ แบบทดสอบนี้จึงเป็นวิธีการที่ดีในการคัดกรองผู้สูงอายุ ที่สามารถใช้ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล นอกจากจะเป็นเครื่องมือที่มีความตรงดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุใช้เวลาทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยอรุณิ นาคะพงศ์ (2539) ได้นำไปทดสอบผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 131 ราย พบว่าใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 2-5 นาที สุมนา แสนมาโนช (2541) ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 40 ราย ใช้เวลาประมาณ 3 นาที สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม (Phongphanngam, 2003) ใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 54 ราย ใช้เวลาประมาณ 2-4 นาที

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเรื่อง อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล โรคประจำตัว

จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว เหตุผลของการมาตรวจหา มะเร็งปากมดลูก ก่อนหน้าที่ได้รับผลครั้งนี้เคยได้รับการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกหรือไม่ ผลการตรวจครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่รับทราบผลการตรวจผิดปกติหรือไม่ ระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกจนถึงปัจจุบัน และการรายงานผล Pap smear ตามระบบ The Bethesda 2001

3. แบบสัมภาษณ์ประเมินความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ
ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการประเมินทัศนสถานการณ์เครียดและระดับความเครียด ซึ่งการเตรียมการแบบสัมภาษณ์มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความเครียดตามแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส สถานการณ์เครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

3.2 ศึกษาแนวทางการตั้งคำถามปลายเปิดให้ครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหา ลำดับในการถามคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

3.3 ทดลองตั้งคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

3.4 อภิปรายแนวคำถามปลายเปิดที่ได้ร่วมกับอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความรู้และความเข้าใจในทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3.5 ปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์สถานการณ์เครียด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และเข้าใจทฤษฎีความเครียดของลาซารัส ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 1 ท่าน รวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงและทดลองใช้กับสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาปรับปรุงชี้แจงของแบบสัมภาษณ์ ลำดับการถาม และทบทวนวิธีการใช้คำถาม การทวนคำตอบให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับความตรงของข้อมูล (content validity) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามปลายเปิด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของ

สตรีในขณะเล่าบรรยายสถานการณ์ความเครียด การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นวิธีการที่จะลดความลำเอียงและเพิ่มศักยภาพทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ (Mitchell, 1986 cited by Waltz, Strickland & Lenz, 2005:403) ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation) นี้เป็นการตรวจสอบความตรง (validity) ของข้อมูล (Lewis & Ritchie, 2003) ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีการทบทวนและมีการเตรียมการเทคนิคการสัมภาษณ์และการสังเกตด้วย (Hupcey, 2005) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ

4. แบบวัดระดับความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

แบบวัดระดับความเครียด เป็นแบบวัด Visual Analog Scale เพื่อประเมินระดับความเครียดโดยรวมจากสถานการณ์ที่สตรีบรรยายมาว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย “ / ” ตามความรู้สึกลงบนเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขและข้อความกำกับหัวและท้ายของเส้นตรง โดย 1 หมายถึง เครียดน้อยที่สุด และ 100 หมายถึง เครียดมากที่สุด คะแนนยิ่งสูง หมายถึงระดับความเครียดยิ่งมาก การแปลค่าคะแนน โดยการนำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับเท่าๆกัน ตามการอิงเกณฑ์ดังนี้

ระดับความเครียดเล็กน้อย	หมายถึง	ค่าคะแนน 1-33
ระดับความเครียดปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนน 34-67
ระดับความเครียดมาก	หมายถึง	ค่าคะแนน 68-100

แบบวัดระดับความเครียดนี้ บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ได้ใช้แบบวัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดยได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.42$)

5. แบบวัดการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec coping scale) ฉบับปรับปรุง ปีค.ศ.1988 ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการเผชิญปัญหา มี 13 ข้อ (ข้อ 2,5,11,15,16,17,22,27,28,29,31,32 และ 34) มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ มี 9 ข้อ (ข้อ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ 24) มีคะแนนรวม 9-45 คะแนน

3. ด้านการบรรเทาความรู้สึกรุนแรง 14 ข้อ (ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 14, 18, 20, 25, 26, 30, 33, 35 และ 36) มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า เกิด 5 ระดับตั้งแต่ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย ได้ 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นตลอดเวลาได้ 5 คะแนน การให้คะแนนรายข้อโดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย	ได้ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นนานๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ	ได้ 4 คะแนน
ใช้วิธีนั้นตลอดเวลา	ได้ 5 คะแนน

สำหรับการคำนวณและการแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธีคือ

1. คะแนนจริง (raw scores) โดยใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนที่เป็นไปได้โดยรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน โดยด้านการเผชิญปัญหา มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์มีคะแนนรวม 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกรุนแรงมีคะแนนรวม 14-70 คะแนน ซึ่งคะแนนที่ได้บ่งบอกถึงความพยายามที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดแต่ละวิธีมากน้อยเพียงใด คะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนั้นมาก จะเห็นได้ว่าแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านอาจทำให้เกิดอคติในการแปลผล ดังนั้นจึงต้องมีการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์

2. คะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คำนวณโดยการรวมคะแนนจริงในแต่ละด้าน แล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ ได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน และนำค่าเฉลี่ยที่ได้ของแต่ละด้านนั้น หารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ที่ได้สามารถบอกสัดส่วน (Proportion) ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน และนำไปเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ ได้ โดยคะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนสัมพัทธ์สามารถบอกถึงสัดส่วนของความพยายามที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหาในแต่ละด้าน เมื่อเทียบกับความพยายามในการใช้วิธีเผชิญปัญหาในแต่ละด้านว่าเป็นอย่างไร

สำหรับการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ได้ยกตัวอย่างการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาได้จากสูตรดังนี้ (Vitaliano, Maiuro, Russ & Becker, 1987)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

- เมื่อ CF = คะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
- ME_{CF} = ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
- ME_{EM} = ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการจัดการกับอารมณ์
- ME_{PA} = ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดนี้จาโลวิกและพาวเวอร์ ได้หาความตรงตามเนื้อหาโดยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดขึ้นอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การเผชิญความเครียด ในปีค.ศ.1979 โดยอาศัยการสำรวจและศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited by Jalowiec & Powers, 1981:11) วิธีการเผชิญความเครียดในแบบวัดอยู่ในขอบเขตของลักษณะการเผชิญความเครียด ทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช่วิธีการเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะร่วมกัน โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกันไปตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบท และข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 2 ด้าน จำนวน 40 ข้อคือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ 25 ข้อ และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา 15 ข้อ

ส่วนความตรงทางด้านโครงสร้าง (construct validity) ในปีค.ศ.1984 จาโลวิก เมอร์ฟีและพาวเวอร์ (Jalowiec, Murphy & Powers, 1984) ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดที่สร้างในปีค.ศ. 1979 ซึ่งประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 2 ด้าน 40 ข้อไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 141 ราย แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าแบบวัดประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ดังนั้นในปีค.ศ.1988 จาโลวิก (Jalowiec, 1988) จึงได้นำแบบวัดมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง โดยนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ 1,400 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติผู้ป่วย 133 ราย และนักศึกษาปริญญาโท 124 ราย วิเคราะห์ปัจจัยวิธีสถิติขั้นสูง (LISREL confirmatory analysis) พบว่าแบบวัดการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ได้แก่ ด้านการเผชิญปัญหาประกอบมี 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์มี 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมี 14 ข้อ และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียด 4 วิธี ได้แก่ การร้องไห้ (cry) การดื่มแอลกอฮอล์ (drink) การใช้ยา (take drugs) และการทำสมาธิ (meditate) ที่มีค่าน้ำหนักปัจจัย (factor loading) น้อยกว่า .25 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่าระดับการยอมรับ โดยจาโลวิกใช้เกณฑ์การยอมรับวิธีการ

เผชิญความเครียดที่มีความหมายคือ ข้อที่มีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .30 ขึ้นไป จึงตัดข้อคำถามทั้ง 4 ข้อออกไป เหลือข้อคำถามทั้งหมดเพียง 36 ข้อ (Jalowiec, 1988:297-301)

สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จาโลวีกและพาวเวอร์ (Jalowiec & Power, 1981:11) ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียด 36 วิธีนี้ไปหาความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย ทดสอบซ้ำในระยะเวลาห่าง 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .79 ซึ่งวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) เป็นวิธีการวัดคุณสมบัติเรื่องความคงที่ในการวัดของเครื่องมือ (stability) โดยนำเครื่องมือชุดเดียวกันไปวัดซ้ำในคนกลุ่มเดิมภายในระยะเวลาหนึ่ง (ยูดี ภาษาและคณะ, 2543) ซึ่งวิธีการทดสอบซ้ำนี้ไม่เหมาะกับการนำไปใช้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดการเผชิญความเครียด เนื่องจากไม่สอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส ซึ่งเน้นว่าการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และมีความเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ การหาค่าความเที่ยงด้วยการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (coefficient alpha) จึงเหมาะสมกว่า (Folkman, 1992:216)

ปีค.ศ.1988 จาโลวีก ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปีค.ศ. 1979 ไปหาความตรงตามโครงสร้าง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,400 รายและปรับปรุงเป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปีค.ศ. 1988 ดังกล่าวมาแล้ว และได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วโดยการหาความสอดคล้องภายใน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมได้เท่ากับ .95 และรายด้านได้ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .75 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75 สำหรับลักษณะเด่นของเครื่องมือชุดนี้คือ ผ่านการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 1,400 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะหลากหลาย (ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาล และนักศึกษาปริญญาโท) ทำให้สามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลากหลายกลุ่มได้ และได้ผ่านการทดสอบโดยใช้วิเคราะห์ปัจจัยวิธีสถิติขั้นสูง (LISREL VI Statistical Program) ซึ่งนอกจากสามารถเปรียบเทียบปัจจัยรายด้านแล้วยังแก้ไขเกี่ยวกับสเกลของวิธีการเผชิญปัญหาและสามารถวิเคราะห์ทั้งความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือได้ (Jalowiec, 1988)

สำหรับในประเทศไทยมีการใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุงปีค.ศ.1988 ซึ่งประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน 36 ข้อ กิตติกร นิลมนันต์ (2538) ใช้ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง ไอ วี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 43 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมเท่ากับ .74 ในปีค.ศ.2540 สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ใช้ในกลุ่มหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 140 ราย ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สายพร รัตนเรืองวัฒนา และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2540) ใช้กับพยาบาลจบใหม่จำนวน 66 ราย และไสว นรสาร (2540) ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอผ่าตัด

จำนวน 110 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมเท่ากับ .61 .79 และ .82 ตามลำดับ ทพิย์รัตน์ แสงจันทร์ (2541) ใช้ในผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัด ตรวจชิ้นเนื้อ 78 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมเท่ากับ .74

สำหรับแบบวัดการเผชิญความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีนฉบับปีค.ศ. 1988 ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วจากงานวิจัยของวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาปรับปรุงข้อคำถามจากต้นฉบับใหม่ เพื่อให้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ความเครียดที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก Pap smear ผิดปกติ โดยจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และพยาบาลผู้มีส่วนประกอบในการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงให้สมบูรณ์และไปทดลองใช้กับสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย หาความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมได้เท่ากับ .88 และรายด้านได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .83 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .61 และด้านบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำเรื่องถึงคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อพิจารณาในการทำวิจัยในมนุษย์ โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย รวมถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับและรายงานผลวิจัยในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์ และได้มีการบันทึกเทปขณะกลุ่มตัวอย่างให้การสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงเพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย หลังจากที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วผู้วิจัยทำการทำลายเทปบันทึกเสียงเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน 2551 ถึงเดือนกันยายน 2551 ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช เพื่อ

ชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตลอดการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและศึกษาเวชระเบียนของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติทั้งจากผลการตรวจที่โรงพยาบาลรามาธิบดีและจากโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งมารับตรวจวินิจฉัยและรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช ซึ่งทำการตรวจทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ตั้งแต่เวลา 9 ถึง 12น.

2. หลังจากที่สตรียื่นบัตรนัดและรอเข้ารับการตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยใช้คำถามสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดจากการรับทราบถึงผลการตรวจที่ผิดปกติคือ “หลังจากที่คุณรับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกรายงานผลว่าผิดปกติ คุณมีความรู้สึกเครียด ทุกข์ใจกังวลใจกับผลการตรวจของคุณหรือไม่” ถ้ามีความเครียดสามารถเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ให้ตอบแบบทดสอบหมวดหมู่ เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างว่ามีความสามารถในการรับรู้ ถ้ามีความสามารถในการรับรู้ปกติสามารถเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้สตรีรับทราบพร้อมกับขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของสตรีในการเข้าร่วมวิจัย และมีการขออนุญาตผู้ป่วยในการบันทึกเสียง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการบันทึกจะเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล รวมทั้งไม่มีผลกระทบใดๆในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยมายังบริเวณสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ เพื่อความสะดวกในการทำแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และบันทึกเสียง

6. ผู้วิจัยอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยการตอบแบบสอบถามและวิธีการสัมภาษณ์รวม 3 ชุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที โดยไม่รบกวนลำดับคิวการตรวจของกลุ่มตัวอย่าง

6.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ให้ผู้ป่วยทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความเป็นจริงและอย่างอิสระ โดยผู้วิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลาในการตอบแบบสอบถามเพื่อชี้แจงรายละเอียดในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย

6.2 แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ประเมินสถานการณ์ความเครียดซึ่งเป็นการถามปลายเปิด ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ ซึ่งผู้วิจัยศึกษาและทำความเข้าใจถึง การเตรียมการ เทคนิคในการสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนาร่วมอย่างมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอนระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงช่วงเวลาตั้งแต่รับทราบถึงผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ที่ผิดปกติจนถึงวันที่มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยรักษาต่อ และให้ผู้ผู้ป่วยเล่าบรรยายถึงสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นความเครียดและขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยตอบอย่างเป็นอิสระ โดยในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้สรรพนาม “คุณ” แทนการกล่าวชื่อของผู้ป่วยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้โดยจะไม่ชักนำคำตอบให้ผู้ผู้ป่วยหรือแนะนำคำตอบให้กลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยไม่มีการแสดงความสงสัยหรือประหลาดใจในคำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะให้สัมภาษณ์ไว้ และนำมาจดบันทึกเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แล้ว ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 10 - 20 นาที ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดมากระหว่างการเก็บข้อมูลเช่น ร้องไห้พึมพำ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบมีสตรีกลุ่มตัวอย่าง 2 รายที่มีความเครียดมากซึ่งผู้วิจัยได้หยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราว และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ หรือพูดคุยปลดปล่อยเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นแล้วจึงถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงทำการสัมภาษณ์ต่อ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวได้หากไม่ต้องการทำการสัมภาษณ์ต่อ

6.3 แบบสอบถามชุดถัดไปคือแบบวัดระดับความเครียด เป็นแบบวัด Visual Analog Scale โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์เหล่านั้นโดยภาพรวม โดยการทำเครื่องหมาย “/” ลงบนเส้นตรงความรู้สึก

6.4 แบบวัดการเผชิญความเครียด ให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเองตามความเป็นจริงและอย่างอิสระให้เลือกคำตอบที่ต้องการ โดยขณะตอบให้ระลึกว่าเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่บรรยายมาในตอนต้นเท่านั้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยนั่งตอบแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยจะอยู่กับผู้ผู้ป่วยตลอดเวลาในการตอบแบบสอบถามเพื่อชี้แจงรายละเอียดในกรณีที่ผู้ผู้ป่วยสงสัย

7. หลังจากให้ผู้ผู้ป่วยเล่าบรรยายในแบบสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามสิ้นสุดลงผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด และกล่าวขอบคุณที่ผู้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ถ้าผู้ผู้ป่วยต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาต่อเมื่อผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ผู้วิจัยพร้อมยินดีที่จะให้ข้อมูลพูดคุยให้คำแนะนำต่อกับผู้ผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ผู้ป่วยสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวิธีการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติการบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับความเครียดใช้สถิติการบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเผชิญความเครียด ใช้สถิติการบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริง (raw score) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative score)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเป็นการพยายามบรรยายเนื้อหาของข้อความโดยมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ ความเป็นสภาพวัตถุวิสัย (objectivity) สอดคล้องกับทฤษฎี (theoretical relevance) และมีความเป็นระบบ (systematic) (Berelson, 1952 อ้างใน สุภากร จันทวานิช, 2549; ศิริพร จิรวัดเนกุล, 2548) ซึ่งความเป็นสภาพวัตถุวิสัยคือการบรรยายที่เน้นที่เนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความพิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตัวเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบทฤษฎีในการวิเคราะห์เนื้อหาสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยบรรยาย และมีความเป็นระบบ โดยจำแนกและจัดหมวดหมู่ความเครียดตามเนื้อหาที่ปรากฏ มีขั้นตอนการวิเคราะห์เนื้อหาดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้ มาถอดเทปทุกถ้อยคำหลังการสัมภาษณ์ทุกวัน พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ในขณะผู้ป่วยให้สัมภาษณ์
2. ผู้วิจัยอ่านบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจพิจารณาเนื้อหาคำพูด ลักษณะการบรรยาย และพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะบรรยายสถานการณ์ที่เผชิญ เพื่อแยกว่าผู้ป่วยประเมินตัดสินสถานการณ์นั้นๆว่าเป็นความเครียดหรือไม่ อย่างไร
3. แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ (categories) ของสถานการณ์ ที่ผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด โดยให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้การจำแนก

ข้อมูล ไม่เกิดปัญหาคำหรือข้อความสามารถถูกจำแนกเข้าหลายๆประเภทพร้อมกัน นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

4. นำข้อมูลที่แยกประเภทและจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์จากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา 1 ท่าน หากพบว่ามีความเห็นไม่ตรงกันในการวิเคราะห์ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ผู้ตรวจสอบ จึงนำไปอภิปรายร่วมกับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์อีกหนึ่งท่าน เพื่อพิจารณาร่วมกันทั้ง 3 คน แล้วจึงตัดสินใจสรุป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ โดยใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผลการวิเคราะห์แบ่งได้ดังนี้

- ส่วนที่ 1 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียด
- ส่วนที่ 3 ระดับความเครียด
- ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 1 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้พบสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจำนวน 7 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดกรองพบว่าไม่มีสถานการณ์ความเครียดจากการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจึงไม่สามารถเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ และพบสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 5 รายซึ่งได้มีการทดสอบความสามารถในการรับรู้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยพบว่ามียุสตรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีจำนวน 3 รายที่ไม่ผ่านการทดสอบความสามารถในการรับรู้ ดังนั้นจึงมียุสตรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีจำนวนเพียง 2 รายเท่านั้นที่สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ และจากการสำรวจข้อมูลสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติในช่วงระยะเวลาระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ พบว่ามีสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจำนวน 8 ราย ไม่ได้มารับการติดตามการวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาลตามที่นัดไว้จึงไม่สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติศึกษาในสตรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย อายุตั้งแต่ 20 – 61 ปี อายุเฉลี่ยของสตรีกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 41.26 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นจำนวน 69 รายคิดเป็นร้อยละ 98.6 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ของสตรีกลุ่มตัวอย่างคือสถานภาพสมรสคู่จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ไม่มีบุตรจำนวน 22 รายคิดเป็นร้อยละ

ละ 31.4 สตรีในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน เป็นจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 มีอาชีพแม่บ้านจำนวน 23 รายคิดเป็นร้อยละ 32.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาทจำนวน 28 รายคิดเป็นร้อยละ 40 และพักอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลเป็นจำนวน 57ราย คิดเป็นร้อยละ 81.4 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสามารถเบิกค่ารักษาได้คิดเป็นร้อยละ 58.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	69	98.6
คริสต์	1	1.4
สถานภาพสมรส		
คู่	56	80.0
โสด	9	12.9
หม้าย/หย่า	5	5.1
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	22	31.4
มีบุตร	48	68.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.4
ประถมศึกษา	16	22.9
มัธยมศึกษา	16	22.9
อนุปริญญา	10	14.3
ปริญญาตรี	22	31.4
สูงกว่าปริญญาตรี	5	7.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	23	32.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	22.9
รับจ้างทั่วไป	16	22.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15	21.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	7	10.0
5,001 – 10,000	28	40.0
10,001 – 20,000	16	22.9
20,001- 30,000	9	12.9
มากกว่า 30,000	10	14.3
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพและปริมณฑล	57	81.4
ภาคอื่นๆ	13	18.6
การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกได้	41	58.6
เบิกไม่ได้	29	41.4

2) ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สตรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย มีประวัติการสูบบุหรี่ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 14.3 มีการใช้ยาคุมกำเนิดจำนวน 43 รายคิดเป็นร้อยละ 61.4 ประวัติการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในครอบครัวมีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 ส่วนเหตุผลของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกคือตรวจสุขภาพประจำปี, มีอาการทางนรีเวช เช่นมีตกขาวผิดปกติ หรือมีเลือดออกผิดปกติ และตรวจพบโดยบังเอิญจำนวน 34, 30 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6, 42.9 และ 8.6 ตามลำดับ ก่อนการตรวจครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเคยและไม่เคยได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมาก่อนจำนวน 46 และ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.7 และ 34.3 ตามลำดับ หลังจากที่ได้รับทราบผลผิดปกติกลุ่มตัวอย่างไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.9 สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจากการแจ้งผลทางไปรษณีย์เป็นจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจจนถึงวันนัดตรวจเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไปจำนวน 38 รายคิดเป็นร้อยละ 54.8 การรายงานผลการอ่าน Pap smearตามระบบ The Bethesda system ปี 2001 ส่วนมากเป็นLow grade Squamous intraepithelial lesion (LSIL) จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	65	92.9
ไม่สูบ	5	7.1
ประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่เคยเป็น	60	85.7
เคยเป็น	10	14.3
การใช้อาหารตามคำแนะนำ		
ใช้	43	61.4
ไม่ใช้	27	38.6
ประวัติการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในครอบครัว		
ไม่มี	60	85.7
มี	10	14.3
เหตุผลของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกครั้งนี้		
มาตรวจสุขภาพประจำปี	34	48.6
มีอาการทางนรีเวช	30	42.9
ตรวจพบโดยบังเอิญ	6	8.6
ก่อนการตรวจครั้งนี้เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก		
เคย	46	65.7
ไม่เคย	24	34.3

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 70) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจหา มะเร็งปากมดลูกซ้ำ (หลังจากที่ทราบว่าเป็นผลผิดปกติ)		
ไม่ได้ตรวจ	54	77.1
ตรวจ	16	22.9
รับทราบผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก		
ไปรษณีย์	41	58.6
ฟังผลด้วยตนเอง	21	30.0
โทรศัพท์	8	11.4
ระยะเวลาตั้งแต่ทราบผลการตรวจจนถึงวันที่มาตรวจ		
4 สัปดาห์ขึ้นไป	38	54.3
3 สัปดาห์	19	27.1
2 สัปดาห์	10	14.3
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	3	4.3
สถานพยาบาลที่รายงานผลการตรวจ มะเร็งปากมดลูก		
โรงพยาบาลรามาริบัติ	54	77.1
โรงพยาบาลอื่นๆ	13	18.6
ศูนย์พยาธิวิทยา	3	4.3
การรายงานผลการอ่านPap smear		
LSIL	28	40.0
HSIL	17	24.3
ASC-US	9	12.9
AGC	7	10.0
ASC-H	4	5.7
SCC	4	5.7
Atypical glandular cells favor neoplasia	1	1.4

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียด

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเนื้อหาคำบรรยายสถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่าสตรีมีการประเมินถึงสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้เป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็นคือ 1) กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก, 2) กังวลเรื่องการรักษาและ 3) มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว โดยที่สตรีหนึ่งคนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่าหนึ่งสถานการณ์ โดยสตรีเหล่านี้ได้บรรยายถึงสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (n = 70)

สถานการณ์ความเครียดจากการมี ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก	42	60
ไม่เคยคาดคิดมาก่อน	26	37.14
ไม่แน่ใจกับผลการตรวจ	11	15.71
มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง	5	7.14
กังวลเกี่ยวกับการรักษา	27	38.57
ต้องการรับรักษา	9	12.85
ต้องการทราบแนวทางการรักษา	8	11.42
การเลือกสถานพยาบาลในการรักษา	6	8.57
กลัวแผนการรักษาที่จะได้รับ	4	5.71
มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว	16	22.85
การมีบุตร	11	15.71
เพศสัมพันธ์	5	7.14

หมายเหตุ สตรี 1 คนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์

1. กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (42 ราย)

จากเหตุการณ์ที่สตรีทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกว่าผิดปกติ สตรีเหล่านี้บรรยายถึงความรู้สึกว่าตนเองมีความกังวลและกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากสตรีไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะมีผลการตรวจที่ผิดปกติ เนื่องจากมีสุขภาพที่แข็งแรงดีไม่มีอาการผิดปกติใดๆทางนรีเวช บางรายรู้สึกมีความไม่แน่ใจในผลการตรวจ และบางรายมีประวัติเป็นมะเร็งในครอบครัวจึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น สามารถจำแนกสถานการณ์ของความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกของสตรีเหล่านี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ไม่เคยคาดคิดมาก่อน โดยมีสตรีจำนวน 26 ราย ไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าตนเองนั้นจะมีผลการตรวจที่ผิดปกติจึงมีความรู้สึกเครียดเกิดขึ้นหลังจากที่รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติเนื่องจากสตรีมีความเชื่อว่าตนเองรักษาสุขภาพมาตลอดมีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีอาการผิดปกติใดๆเลย แต่เมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกนี้อาจจะไม่ปรากฏอาการแสดงใดๆเลย จะตรวจพบจากการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเท่านั้น สตรีจึงรู้สึกตกใจ ใจ แปลกใจ ผิดคาดกับผลการตรวจที่ออกมา สตรีได้บรรยายดังนี้

1.1.1 ไม่มีอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก (13 ราย) สตรีที่ได้รับการหาตรวจมะเร็งปากมดลูก บางรายไม่มีอาการผิดปกติใดๆเลย ไม่มีอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก เช่น เลือดออกผิดปกติหรือตกขาวผิดปกติทางช่องคลอด เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ หรือ น้ำหนักลด เป็นต้น สตรีจึงรู้สึกว่าตนเองไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกจึงเกิดความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกขึ้นมาดังตัวอย่างที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า

ก็รู้สึกกังวลกลัวนะ ทำไมเป็นอย่างนี้แหละแต่มาคิดว่า
เอ๊ะถ้าเราเป็นมะเร็งจริงก็ต้องมีอาการสิแต่เราไม่มีหนิ
คือคิดว่าถ้าเราเป็นต้องมีอาการอะไรออกมา...
แต่นี้หุ้นเรายังเฟิร์มอยู่เลยคิดอย่างนี้นะ น้ำหนักก็ไม่ได้ลดลง
(สตรีรายที่ 37)

1.1.2 ดูแลสุขภาพดีมาตลอด (8 ราย) สตรีที่ได้รับการทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกว่าผิดปกติ ไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะมีผลการตรวจที่ผิดปกติเนื่องจากเป็นคนที่ดีดูแลสุขภาพตนเองดี เช่น มีการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง (2 ราย) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ (2 ราย) แต่กลับมีผลการตรวจที่ผิดปกติ ดังคำพูดของสตรีที่เล่าว่า

เราเป็นคนที่ดูแลสุขภาพก็ค่อนข้างดีนะ เลือกกินอาหารอย่าง
เนื้อแดงไม่ทาน จะทานเป็นอาหารมังสวิรัต
ก็เลยสงสัยแปลกใจว่าผิดปกติได้ยังไง (สตรีรายที่ 8)

มีสตรี 3 รายให้ข้อมูลว่าตนเองตรวจหามะเร็งปากมดลูกมาเกือบทุกปีโดย
ที่ผ่านมาผลปกติทุกปี แต่มาครั้งนี้ผลการตรวจผิดปกติขึ้นซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าผล
จะผิดปกติดังคำพูดของสตรีที่เล่าว่า

งกับผลที่ออกมาซะ ไม่ได้คิดว่าผลมันจะผิดปกติ
เพราะเรามาตรวจสุขภาพทุกปี ปกติทุกปี
ปีนี้ก็คิดว่าคงจะไม่มีอะไร แต่ปรากฏว่าผลมันผิดปกติ
ก็เลยอึ้งงงไปพักนึง (สตรีรายที่ 38)

บางรายดูแลสุขภาพดีไม่เคยคิดว่าจะมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ
เนื่องจากสตรีมีความรู้บางส่วนมาว่าปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือการมีคู่นอนหลายคน แต่ตนเองนั้นไม่ได้มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก ดังคำพูดของสตรีที่เล่าว่า

ฉันจะเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือนี่ เราที่อุตส่าห์รักษาสุขภาพ
อย่างดีจะต้องมาเป็นมะเร็งได้ไงเนี่ย แต่เราก็มีแฟนคนเดียวนะ
ไม่ได้มีแฟนหลายคน (สตรีรายที่ 20)

1.1.3 ไม่ใช่โรคที่คาดคิด (5 ราย) สตรีบางรายมาโรงพยาบาลเพื่อต้องการ
ตรวจปรึกษาปัญหาสุขภาพทางนรีเวชที่ตนเองเป็นอยู่ เช่นสตรี 2 รายมีอาการปวดท้องและตรวจ
พบว่าเป็นเนื้องอกมดลูก แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด จึงมีการตรวจสุขภาพเพื่อดูความ
พร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัดโดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมถึงการตรวจหามะเร็งปาก
มดลูกด้วยซึ่งเป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นอย่างหนึ่งในการผ่าตัดทางนรีเวช แต่สตรี
กลับมาพบว่าตนเองมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติขึ้นมาจึงคาดคิดไปว่าตนเองอาจเป็น
มะเร็งปากมดลูกดังคำพูดของสตรีที่เล่าว่า

เราเองก็ตกใจไม่คิดว่ามันจะผิดปกติ เรามาตรวจเรื่อง
เนื้องอก (มดลูก) เอ๊ะ! หรือว่าเนื้องอกอันนี้
มันทำให้เป็นมะเร็งหรือเปล่า เราเองก็ชักจะเริ่มกลัว
แล้วแหละว่าเราจะเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือเปล่า (สตรีรายที่ 48)

เช่นเดียวกับสตรีอีกรายที่ตรวจพบซิสต์ที่รังไข่จากโรงพยาบาลเอกชน แต่
ต้องการมาผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามธิบดี จึงมีการตรวจความพร้อมของร่างกายเช่นกัน แต่กลับพบว่า
ตนเองมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติขึ้น จึงเกิดความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกขึ้น ดัง
คำพูดของสตรีดังนี้

พี่เลยงง เพราะคิดว่าอยากผ่าตัดซิสต์
ไหง้มาเป็นมะเร็งได้ไงเนี่ย (สตรีรายที่ 2)

อีกรายมาพบแพทย์เพื่อต้องการตรวจเรื่องมีบุตรยากแพทย์ได้ตรวจร่างกาย
รวมถึงตรวจภายในให้ จึงได้ตรวจหามะเร็งปากมดลูก แต่กลับพบว่าตนเองมีผลการตรวจหามะเร็ง
ปากมดลูกผิดปกติขึ้น เป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนจึงเกิดความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก
ขึ้น ดังคำพูดของสตรีดังนี้

เราไม่ได้ต้องการมาตรวจหามะเร็งแต่หมอเขาตรวจให้
ปรากฏว่าผลมันผิดปกติตัวเองยังงงเลยเป็นได้ไงเนี่ย
ไม่ได้จะมาตรวจมะเร็งนะ ก็คิดว่าเราจะเป็นหรือ?
เลยตรวจรักษาทางนี้ก่อนเรื่องที่จะมีลูกก็เลยต้องหยุดคิดไว้ก่อน
(สตรีรายที่ 3)

1.2 ไม่แน่ใจกับผลการตรวจโดยมีสตรีจำนวน 11 ราย รู้สึกว่าผลการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูกที่ผิดปกตินี้เป็นผลที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกนี้เป็นผลการตรวจ
มาจากสถานพยาบาลแห่งอื่นๆ เช่นสถานีนอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น แต่สตรี
ต้องการมาตรวจซ้ำเพื่อความแน่ใจ โดยแยกตามสาเหตุดังนี้

1.2.1 คิดว่าผลการตรวจไม่ถูกต้อง (7 ราย) สตรีไปรับการตรวจหามะเร็ง
ปากมดลูกที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งพบว่าผลการตรวจนี้ผิดปกติต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อ
บางรายคิดว่าโรงพยาบาลเอกชนน่าจะตรวจไม่ถูกต้อง มีความเชื่อถือน้อย และคิดว่าโรงพยาบาล

เอกชนอยากได้ลูกค้าต้องตรวจวินิจฉัยที่ละเอียดขึ้นอีกเพื่อที่จะมีรายได้เพิ่มขึ้น สตรีกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูกจึงต้องการมาตรวจซ้ำเพื่อความแน่ใจดังคำพูดของสตรีดังนี้

รู้สึกไม่สบายใจมากนะ เราเองก็คิดว่ารพ.เอกชนตรวจถูก
หรือเปล่า บางทีเขาอาจจะตรวจผิดก็ได้รพ.เอกชนชอบหา
โรคให้ผู้ป่วยจะได้ลูกค้า ได้เงินเข้าโรงพยาบาล เราเองก็เลยมา
ขอตรวจซ้ำที่นี้อีกทีเพื่อความชัวร์ (สตรีรายที่ 19)

บางรายมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติจากโรงพยาบาลแห่งอื่นที่
เอกชนแต่รู้สึกไม่แน่ใจกับผลการตรวจที่ออกมาคิดว่าผลการตรวจไม่ถูกต้องจึงไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล
แห่งอื่นๆอีกเพื่อยืนยันผลการตรวจ

ก็ไม่เชื่อผลการตรวจหะสี มันผิดปกติได้ไงแหละเราเลยไป
ตรวจซ้ำที่...(โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง)ผลมันก็ออกมาผิดปกติ
ก็เริ่มเชื่อมากขึ้นไปตรวจอีกที่... (โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง)
เออมันก็ผิดปกติเหมือนกันหนิ นั่นก็ต้องรักษาแล้วละ
ก็กลัวว่ารพ.จะตรวจผิดหะสี (สตรีรายที่ 59)

ตัวพี่เองก็ไม่ค่อยแน่ใจ เอ๊ะ รพ.ตรวจผิดหรือเปล่านั้น
ตั้งแต่ที่รู้ผลแรกๆก็ไม่แน่ใจว่าหมอตรวจถูกหรือเปล่า
แต่พอไปตรวจอีกที่ก็ผิดปกติเหมือนกัน ก็แสดงว่า
เราผิดปกติ คือตัวพี่ไม่แน่ใจกับผลที่มันออกมา (สตรีรายที่ 60)

1.2.2. ได้รับข้อมูลที่คลุมเครือ (4 ราย) สตรีมาพบแพทย์ตรวจภายในและ
ตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งขณะตรวจแพทย์บอกว่าปกติดีไม่มีอะไร แต่ผลการตรวจมะเร็งปาก
มดลูกกลับผิดปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่แน่ใจกับผลการตรวจ ซึ่งถ้ามีผิดปกติจริงแพทย์คง
จะให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ตรวจแล้ว จึงรู้สึกว่าการที่มีผลการตรวจผิดปกติเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อ
สตรี ดังคำพูดของสตรีดังนี้

เริ่มารู้สึกกลัวๆแล้วแหละว่าเอ๊ะ ฉันจะเป็นมะเร็ง
จริงหรือเปล่าละ แล้วทำไมตอนที่หมอตรวจไม่พูดอะไร
เกี่ยวกับมะเร็งเลย (สตรีรายที่ 63)

ทำไมถึงเป็นแบบนี้ อยากรู้ว่าเป็นอะไรกันแน่
เพราะตอนตรวจหมอบอกว่าปกติดี (สตรีรายที่ 26)

1.3 มีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง (5 ราย) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีมีบุคคล
ในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 10 ราย แต่มีสตรีจำนวน 5 รายมีความกังวลกลัวเป็นมะเร็ง
ปากมดลูกเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก รวมถึงมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ ด้วย
เนื่องจากสตรีมีความรู้บางส่วนว่าหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งมาจากกรรมพันธุ์ การที่
ตนเองมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้มาจากกรรมพันธุ์จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่า
ตนเองจะเป็นมะเร็งปากมดลูกดังคำพูดของสตรีที่เล่าว่า

เรามาคิดดูเราเองก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งได้
กรรมพันธุ์แน่ๆเลย เพราะแม่ก็เป็นมะเร็งเต้านมเป็น
มาหลายปีแล้ว ล่าสุดเมื่อเดือนก่อนอาม่าเป็นมะเร็งปอด
นี่เราก็อีกคนเธอคนนี้ที่เป็นมะเร็ง (สตรีรายที่ 6)

2. กังวลเกี่ยวกับการรักษา (27 ราย)

เมื่อสตรีรับรู้ว่าคุณเองมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติสตรีมีความกังวลเกี่ยวกับการ
รักษา บางรายต้องการได้รับการรักษาทันทีเพราะเชื่อว่าถ้ารีบรักษาจะสามารถหายขาดจากโรคได้
บางรายไม่ทราบถึงแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษาต่อไปในอนาคตได้แก่ การส่องกล้อง
ตรวจขยายปากมดลูก การตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า เป็นต้น
สตรีเหล่านี้ประเมินการรักษาที่จะตามมานั้นเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด โดยมี
สาเหตุแตกต่างกันออกไป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ต้องการรับรักษา (9 ราย) สตรีที่ทำการศึกษาในครั้งนี้รับรู้ว่าคุณเองมีผลการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นจึงต้องการรับทำการ
รักษาเพื่อป้องกันไม่ให้มะเร็งกระจายตัวไปยังอวัยวะอื่นๆ กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีสตรีราย
หลายประเมินว่าการรอเวลาจนถึงวันนัดตรวจเป็นระยะเวลาที่ยาวนานและทำให้กังวลและกลัวว่า

เซลล์มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นขั้นที่รุนแรงมากขึ้นซึ่งจะทำการรักษาได้ยากมีโอกาหายาขาดน้อยกว่าการรักษาในระยะเริ่มแรก ดังคำพูดของสตรีที่เล่าว่า

ไม่รู้สึกละอายใจนะ แต่อยากรีบมาตรวจมากกว่า
เพราะถ้าเป็นมะเร็งจริงต้องรีบรักษา คิดว่าทำไมหมอนัดมานานจัง
อยากจะรีบรักษามันจะได้หายๆ ฉันนะอยากรีบที่จะผ่าๆ
ให้มันเสร็จกลัวว่าถ้าช้ามะเร็งมันจะกระจายกลัวจะรักษาไม่หาย
คิดอย่างเดียวว่าอยากรีบรักษาให้เร็วที่สุด (สตรีรายที่ 15)

ป้าก็รีบโทรติดต่อกว่าป้าจะมารักษานะ แต่ทำไมวันนัดตรวจ
เนี่ยมันนานมากๆ เกือบจะ 2 เดือนหนะกว่าจะได้ตรวจ
แล้วอีกก็เดือนกว่าจะได้รักษา แล้วอย่างงี้มันจะเปลี่ยน
เป็นขั้นมะเร็งหรือเปล่า อยากจะรีบรักษา (สตรีรายที่ 66)

เรามีความรู้สึกว่ามีผลการตรวจผิดปกติอย่างนี้ต้องรีบรักษา
แต่ทำไมกว่าจะถึงวันตรวจมันนานมากๆ เป็นหลายเดือนเลย
กลัวว่าถ้าไม่รักษาเดี๋ยวมันจะกลายเป็นมะเร็งที่รักษา
ไม่ได้ไม่หายด้วย (สตรีรายที่ 11)

2.2 ต้องการทราบแนวทางการรักษา (8 ราย) สตรีมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาต่อบางรายมีความเครียดกังวลในเรื่องของแนวทางการรักษา ซึ่งการรักษาสตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยก่อนว่ามีความผิดปกติมากน้อยเพียงใดโดยการส่งกล้องขยายบริเวณปากมดลูก หากไม่พบความผิดปกติใดๆ อาจให้ติดตามการตรวจหามะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน แต่ถ้าหากพบว่ามีความผิดปกติ จะทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งแต่ละระยะการรักษาก็จะแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการรักษาของสตรีแต่ละรายจึงจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งทั้งนี้ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกนี้เป็นเพียงแค่การคัดกรองโรคเท่านั้น การที่สตรียังไม่ได้รับข้อมูลการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดเป็นความเครียดขึ้นมาได้ดังตัวอย่างที่สตรีเล่าว่า

เครียดจึงยังไม่รู้เลยว่าจะต้องตรวจอะไรอีกบ้างต้องตรวจซ้ำ
แบบเดิม หรือว่าต้องผ่าตัดปากมดลูกเลยหรือเปล่า (สตรีรายที่ 41)

สตรีบางรายได้รับข้อมูลในเรื่องการรักษาว่าถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกจะต้องได้รับการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งการรักษาดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดจากแพทย์ก่อน แต่สตรียังไม่ทราบแนวทางการรักษาที่แน่ชัด จึงคาดเดาไปก่อนว่าจะต้องได้รับการรักษาดังกล่าว ดังตัวอย่างที่สตรีเล่าว่า

ไม่รู้ว่าจะต่อไปจะรักษายังไงจะต้องผ่าตัด เคมี ฉายแสง
หรือเปล่านะ ถ้าให้เคมีผมก็ต้องร่งหมดหัว หัวล้าน
ผ่าตัดไปก็รู้จะเหมือนเดิมหรือเปล่านั้นไม่รู้ (สตรีรายที่ 18)

2.3 การเลือกสถานพยาบาลในการรักษา (6 ราย) การตรวจหามะเร็งปากมดลูกสามารถทำการตรวจได้ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน รวมถึงศูนย์ตรวจสุขภาพทั่วไป และสถานอนามัยใกล้บ้าน แต่เมื่อผลการตรวจหามะเร็งผิดปกติแล้วจะต้องมีการส่งต่อเพื่อทำการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป สตรีบางรายตรวจหามะเร็งปากมดลูกจากสถานพยาบาลดังกล่าว ซึ่งมีผลการตรวจที่ผิดปกติจำเป็นต้องทำการวินิจฉัยและการรักษาต่อจึงรู้สึกกังวลในเรื่องสถานที่ในการรักษา เนื่องจากต้องการเลือกรักษาในสถานพยาบาลใหญ่ที่มีชื่อเสียงเพราะคาดหวังไว้ว่าจะสามารถรักษามะเร็งปากมดลูกได้ ดังตัวอย่างที่สตรีเล่าว่า

รักษาที่ไหนดิ รพ. ใหญ่ประจำจังหวัดหรือกรุงเทพดีแต่ตัวเอง
รักษาที่ไหนดิได้ ขอให้หมอรักษาป้าให้หาย ลูกเขาบอกว่าเพื่อนแม่
เค้าเคยเป็นมะเร็งปากมดลูกรักษาที่รามฯหายดีเป็นปกติแล้ว
ลูกเขาก็เลยพาป้ามาที่นี้แหละป้าไวใจเชื่อใจหมอที่นี้นะ คงจะรักษา
มะเร็งให้ป้าได้ (สตรีรายที่ 14)

2.4 กลัวแผนการรักษาที่จะได้รับ (4 ราย) สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติรับรู้ว่าตนเองจะได้รับการรักษา ซึ่งการรักษามะเร็งปากมดลูกนี้มีหลายวิธีไม่ว่าจะเป็นการตัดปากมดลูก การผ่าตัดมดลูก สตรีบางรายมีความเครียดกลัวการรักษาที่เกิดขึ้น เนื่องจากประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามกับตนเองดังตัวอย่างที่สตรีเล่าว่า

หมออาจจะรักษา ผ่าตัดมดลูกออก ที่นี้เราก็ก้าวแล้วสิว่า
 เอ.... เราจะต้องผ่าตัดหรือเปล่า เพราะตั้งแต่เกิดมายังไม่เคย
 ผ่าตัดเลย กลัวว่ามันจะต้องเจ็บแน่เลย เพราะมีญาติเขาเป็นเนื้องอก
 เขามดลูกออกเขายกขาเจ็บมากเลย กลับบ้านไปแล้ว
 ก็ยังเจ็บแผลอีกเดินตรงๆ ไม่ได้จะเจ็บแผลมาก
 เราเลยคิดว่าถ้าเราต้องผ่าตัดเราคงต้องเจ็บมากแน่ (สตรีรายที่ 50)

3. มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว (16 ราย)

ในการศึกษาครั้งนี้สตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีสถานภาพสมรสอยู่ 56 ราย
 แต่มีสตรีจำนวน 16 รายที่มีความรู้สึกรู้ว่าการที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกตินี้มีผลกระทบต่อ
 ต่อสวัสดิภาพของตนต่อชีวิตสมรสหรือชีวิตครอบครัว โดยแบ่งตามสาเหตุดังนี้

3.1 การมีบุตร (11 ราย) สตรีบางรายอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์สมรสแล้ว แต่ยังไม่
 มีบุตร บางรายเพิ่งเริ่มต้นชีวิตสมรสวางแผนครอบครัวที่จะมีบุตรในอนาคต การที่มีผลการตรวจห
 มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ซึ่งจะต้องมีการวินิจฉัยและรักษาตามมาอย่างต่อเนื่อง สตรีจึงมี
 ความเครียดกังวลว่าจะไม่สามารถมีบุตรได้ เนื่องจากการรักษาอาจต้องมีการผ่าตัดที่เกี่ยวกับมดลูก
 สตรีจึงประเมินว่าเป็นสถานการณ์นี้เป็นความเครียดตัวอย่างที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า

รู้สึกกังวลใจ เพราะเราอยากมีลูกแต่มาพบว่าเป็นอย่างนี้
 ซะก่อน เลยทำให้เรากังวลว่าเราจะมีลูกได้หรือเปล่า
 เรายังแะจริง ๆ มีลูกไม่ได้ แล้วยังพบเซลล์มะเร็งอีก (สตรีรายที่ 3)

3.2 เพศสัมพันธ์ (5 ราย) การที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้มี
 ผลกระทบต่อชีวิตสมรส ในเรื่องของเพศสัมพันธ์เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสมรส สตรีบาง
 รายได้เล่าบรรยายว่าไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพราะเกรงว่าจะมีส่วนทำให้มีการกระจายของโรค
 ดังที่สตรีกล่าวว่า

ก็ตั้งแต่รู้ผลว่ามันผิดปกติอย่างนี้เลย ไม่กล้านอนกับแฟน
 กลัวว่าเซลล์มันจะผิดปกติมากขึ้นเป็นมะเร็งมันจะกระจายได้
 (สตรีรายที่ 33)

สตรีบางรายมีความรู้บางส่วนว่ามะเร็งปากมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ จึงทำให้เกิดผลกระทบกับการมีเพศสัมพันธ์ ดังที่สตรีรายหนึ่งกล่าวว่า

ที่นี้รู้มาว่ามะเร็งปากมดลูกเนี่ยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์
พอรู้ผลแล้วเราก็ก็นั่งนอน (มีเพศสัมพันธ์) กับแฟนอีก
(สตรีรายที่ 11)

จากการเก็บรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ซึ่งในส่วนของคุณภาพข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียด โดยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีความเป็นสภาพวัตถุวิสัย (objectivity) สอดคล้องกับทฤษฎี (theoretical relevance) และมีความเป็นระบบ (systematic) (Berelson, 1952 อ้างใน สุภางศ์จันทวานิช, 2549; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548) และข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าสถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่กล่าวมาข้างต้นมีสตรีจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 24.28) มีความเครียดมากกว่าหนึ่งสถานการณ์ และเมื่อคำนวณความถี่ของสถานการณ์ความเครียดคิดเป็นร้อยละจากสตรีจำนวน 70 รายพบว่าสถานการณ์ความเครียดที่สตรีระบุมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 60) กังวลเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 38.57) และมีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว (ร้อยละ 22.85)

นอกจากนี้ในสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 3 ประเด็นหลักแล้วในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า สตรีบางรายมีความรู้สึกล้นเกินจากการที่มีผลการตรวจที่พบ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาความผิดปกติก่อนที่จะเป็นระยะลุกลาม (5 ราย) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ก็คิดว่าเออ โชคดีนะที่เราตรวจเจอตั้งแต่ต้นๆจะได้รักษาได้
เพราะอย่างอวัยวะอื่นๆตรวจหาไม่ได้ แต่ปากมดลูกตรวจหาได้
(สตรีรายที่ 59)

ก็ยังดีที่เราเป็นมะเร็งในอวัยวะที่มันผ่าออกได้มันจะได้จบๆ
แต่ถ้าเป็นมะเร็งที่อื่นอย่างมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างนี้
ก็คงจะแย่กว่าเพราะผ่าตัดออกไม่ได้ (สตรีรายที่ 65)

รวมถึงสตรีบางรายรู้สึกรู้ว่าการที่ตนเองมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้เป็นการค้นพบรอยโรคในระยะต้นๆซึ่งสามารถทำการรักษา (3 ราย) ได้ดังตัวอย่างต่อไปนี้

แต่ก็พยายามคิดว่าถ้าเราเจอตั้งแต่เซลล์มันเริ่มผิดปกติ
แบบนี้มันคงจะมีทางรักษาได้ (สตรีรายที่ 20)

ก็คิดว่าเออก็คืนะที่เราได้มีโอกาสตรวจหา
แล้วก็ตรวจเจอซะด้วยจะได้รักษา
ดีกว่าไม่ได้ตรวจแล้วมาเจอทีหลังอย่างนี้
คงจะลำบากน่า (สตรีรายที่ 66)

ส่วนผลกระทบด้านลบ สตรีบางรายรู้สึกอายไม่กล้าบอกใครที่ตนเองมีผลการตรวจที่ผิดปกติเนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (2 ราย) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

กับที่ทำงานก็ไม่กล้าบอกที่รู้สึกอายๆ บอกไม่ถูก
สงสัยเหมือนเป็นมะเร็งปากมดลูกมันดูที่เป็นคนที่มีแฟนเยอะ
หรือถึงเป็นมะเร็งปากมดลูก เฉยๆ ไม่พูด (สตรีรายที่ 46)

ก็อายที่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกหนะสิ ป้าก็รู้แหละว่าผู้หญิงเราๆ
ก็เป็นกันเยอะแต่มันอายที่ปากมดลูกเหมือนกับว่า
เราไปใช้งานมันมากมันเลยจะกลายพันธุ์เป็นมะเร็ง
ไม่รู้ว่ามันมีส่วนเกี่ยวข้องกันหรือเปล่า (สตรีรายที่ 66)

สำหรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกนี้เป็นเพียงแค่การตรวจคัดกรองโรคเท่านั้นไม่ได้เป็นการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่มีสตรี 5 ราย (ร้อยละ 7.14) ที่มีความเข้าใจว่าตนเองนั้นเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว ดังคำพูดของสตรีที่กล่าวว่า

ฉันก็เข้าใจว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกแน่เลย ก็พอรู้ว่า
ฉันเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 3 (ผลการตรวจเป็น CIN III
ตามระบบ CIN system) โรงพยาบาลเขาถึงโทรมาให้ฉันรักษา (สตรีรายที่ 13)

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียด

คะแนนความเครียดที่สตรีกลุ่มตัวอย่างประเมินได้อยู่ระหว่าง 10 - 90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 51.47 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 22.48 เมื่อแบ่งความรุนแรงของความเครียดเป็น 3 ระดับ พบว่าสตรีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.28) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียดโดยรวม (n = 70)

ระดับความเครียด	ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย	1-33	17	24.28
เครียดปานกลาง	34-67	31	44.28
เครียดมาก	68-100	22	31.42

เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ความเครียดร่วมด้วยพบว่าสตรีที่มีความเครียดมากส่วนใหญ่มีสถานการณ์ความเครียดในเรื่องของกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.54 ส่วนสตรีที่มีความเครียดปานกลางส่วนใหญ่มีสถานการณ์ความเครียดในเรื่องของกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกด้วยเช่นกันเป็นจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.29 และในสตรีที่มีความเครียดน้อยส่วนใหญ่มีสถานการณ์ความเครียดในเรื่องของการรักษาเป็นจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.70

ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียด

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เมื่อวิเคราะห์คะแนนการเผชิญความเครียดโดยใช้คะแนนจริง (Raw scores) ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านมาน้อยเพียงใด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 90.63 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.71 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่าค่าคะแนนการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.34 (SD = 9.48), 18.19 (SD = 5.38) และ 36.37 (SD = 7.56) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียด รายด้านและโดยรวมเมื่อเกิดจากคะแนนจริง (Raw scores) (n = 70)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	14 - 59	35.34	9.48
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	14-70	19 - 49	36.37	7.56
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	11 - 38	18.19	5.38
โดยรวม	36-180	44-127	90.63	18.71

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านเปรียบเทียบกับการเผชิญความเครียดโดยรวม 3 ด้าน โดยการคำนวณค่าจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งบ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับการใช้การเผชิญความเครียดจากทุกด้าน พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ใช้การเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหาใช้มากที่สุดคิดเป็น 0.37 หรือร้อยละ 37 (SD = 0.05) รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดคิดเป็น 0.35 หรือร้อยละ 35 (SD = 0.06) และด้านการจัดการกับอารมณ์ใช้น้อยที่สุดคือ 0.28 หรือร้อยละ 28 (SD = 0.04) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียด รายด้านและโดยรวมเมื่อเกิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (n = 70)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	0.26 – 0.50	0.37	0.05
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	0.27 – 0.46	0.35	0.04
ด้านการจัดการกับอารมณ์	0.05 – 0.45	0.28	0.06

เมื่อวิเคราะห์การเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่าง 70 รายใช้มาก พบว่าวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก โดยที่อันดับแรกมีร้อยละของการใช้เท่ากันได้แก่กังวลใจและหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดในด้านการจัดการกับอารมณ์

และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดตามลำดับ ส่วนอันดับรองลงมา ได้แก่ ต่อหน้าผู้อื่นแสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ แต่ในใจคิดกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติ, เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง, ค้นหาความสำคัญหรือข้อดีของการรับรู้ผลการตรวจที่ผิดปกติ และพยายามทำใจยอมรับกับผลการตรวจที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 1 วิธี ด้านการจัดการกับอารมณ์ 2 วิธีและด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 1 วิธี ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อสูงสุด 5 อันดับแรก

วิธีการเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละ
1. กังวลใจ	Emo	97.1
1. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	Pal	97.1
2. ต่อหน้าผู้อื่นแสดงว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ แต่ในใจคิดกังวล...	Emo	94.3
3. เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง	Emo	92.9
4. ค้นหาความสำคัญหรือข้อดีของการรับรู้ผลการตรวจที่ผิดปกติ	Con	87.1
5. พยายามทำใจยอมรับกับผลการตรวจที่เกิดขึ้น	Pal	85.7

Con = Confrontive (การเผชิญหน้ากับปัญหา)

Emo = Emotive (การจัดการกับอารมณ์)

Pal = Palliative (การบรรเทาความรู้สึกเครียด)

ส่วนวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับสุดท้ายที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อย ซึ่ง 4 ข้อแรกเป็นด้านการจัดการกับอารมณ์ได้แก่ ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ, อยู่นเฉยๆ ดีโพยดีพาย นึกสาปแช่งสิ่งต่างๆ, โทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่นว่ามีส่วนทำให้คุณมีผลการตรวจผิดปกติ และปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการแก้ไขกับเหตุการณ์นี้แทน ส่วนอีก 1 ข้อเป็นด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดคือเลิกใส่ใจกับสถานการณ์เพราะรู้สึกหมดหวัง ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายชื่อน้อยสุด 5 อันดับ
สุดท้าย

วิธีการเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละ
1. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ	Emo	5.7
2. จุนเจียว ติโพธิพ่าย นึกสาปแช่งสิ่งต่างๆ	Emo	11.4
3. โทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่นว่ามีส่วนทำให้คุณมีผลการตรวจผิดปกติ	Emo	20
4. ปลดปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการแก้ไขกับเหตุการณ์นี้แทน	Emo	27.1
5. เลิกใส่ใจกับสถานการณ์เพราะรู้สึกหมดหวัง	Pal	31.4

Con = Confrontive (การเผชิญหน้ากับปัญหา)

Emo = Emotive (การจัดการกับอารมณ์)

Pal = Palliative (การบรรเทาความรู้สึกเครียด)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ซึ่งก็พบว่าสตรีมีสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกันออกไปดังที่ได้รายงานไปแล้วนั้น นอกจากนั้นจากข้อมูลการสัมภาษณ์สตรีเหล่านี้ยังได้บรรยายถึงวิธีเผชิญความเครียดในวิธีการต่างๆ ที่นอกเหนือจากแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา

1.1 อ่านหนังสือจากนิตยสาร วารสาร (13 ราย) เพื่อค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องมะเร็งปากมดลูก ดังที่สตรีเล่าว่า

พยายามหาหนังสืออ่านเกี่ยวกับสุขภาพมาอ่านดู ทำความเข้าใจ
เจอหนังสือที่เกี่ยวกับมะเร็งแล้วแหละก็ จะต้องหยุดดูหยุดอ่าน
ก่อนว่า มันมีหัวข้อที่เกี่ยวกับเราที่เป็นอยู่หรือเปล่า
จะได้ดูแลรักษาตัวเองได้ (สตรีรายที่ 35)

เราก็หาความรู้ของเรื่องมะเร็งนะ เป็นแฟนติดตามวารสาร.....
เขาก็มีคอลัมน์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเป็นตอนๆ
ก็ติดตามอ่านตลอดว่าจะเป็นยังไง (สตรีรายที่ 54)

1.2 การเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ (6 ราย) ดังที่สตรีเล่าว่า

พยายามดูแลตัวเองมากขึ้น รักษาสุขภาพกังวลว่าจะเป็นมะเร็ง
ก็จะเลือกกินอาหาร อย่างพวกเนื้อสัตว์ อาหารปิ้งอะไรอย่างนี้
ก็จะพยายามไม่กิน จะทานผักให้มากขึ้น (สตรีรายที่ 45)

พูดถึงผลตรวจอันนี้เนี่ยนะทำให้พี่รู้สึกกังวลตัวเองมากขึ้น
เหมือนกับว่าเราสงสัยจะเป็นมะเร็งไข้ไม่พี่ก็จะดูแลรักษา
สุขภาพมากขึ้นงดพวกอาหารที่ไม่สะอาด สุกๆดิบๆ
ก็ไม่เอาเลยจริงเป็นคนชอบกินปลาร้าปลาสดมากๆ
แต่ก็ต้องเลี่ยงเพราะรู้ว่ามันไม่ดีกับเราแน่ ถ้าเรายังกินอยู่ (สตรีรายที่ 46)

“แต่พอรู้ว่าผลเซลล์มันผิดปกติ ก็จะลดของปิ้งย่างลง
พยายามทานผลไม้ให้มากขึ้น แต่เราก็ไม่ชอบ พยายามคิดว่า
เพื่อสุขภาพนะก็ต้องทาน” (สตรีรายที่ 57)

1.3 อินเทอร์เน็ต (5 ราย) เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจ หามะเร็งปากมดลูก การรักษา ฯลฯ ดังที่สตรีเล่าว่า

ก็พยายามหาข้อมูลจากinternet ลองเข้าweb ต่างๆ
ก็จะมีweb board ถามตอบเกี่ยวกับสุขภาพก็มีลองถามดูว่า
อย่างของเราเนี่ยอันตรายมาหรือเปล่า (สตรีรายที่ 22)

หาความรู้ใส่ตัวนิดนึง search internet ดูเรื่องมะเร็งปากมดลูก
นี่แหละว่ามันเป็นยังไง มีอาการยังไง รักษาอย่างไร ก็ได้ความรู้
เพิ่มเติมค่อนข้างเยอะนะ (สตรีรายที่ 56)

2. การจัดการกับอารมณ์

2.1 ร้องไห้ (6 ราย) เป็นการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์เพื่อเป็น การระบายความเครียด ดังที่สตรีเล่าว่า

เราได้รับโทรศัพท์จากโรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจว่า
ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติให้รับมาตรวจที่รพ.
เราตกใจมากร้องไห้เสียใจว่าทำไมเราถึงเป็นได้ (สตรีรายที่ 6)

พอว่างๆคิดถึงแล้วก็ร้องไห้ส่งสารตัวเองอายุไม่เท่าไร
ต้องมาเป็นมะเร็งแล้วจะต้องตายจากโลกนี้ไปแล้วหรือ (สตรีรายที่ 58)

2.2 อ่านหนังสือธรรมะ (2 ราย) ดังที่สตรีเล่าว่า

“ช่วงที่หลังจากรู้ผลรู้สึกเลยว่าตนเองเครียด นอนไม่หลับ
ก็พยายามอ่านหนังสือธรรมะ จิตใจเราจะได้สบายขึ้น
ไม่คิดวอกแวกฟุ้งซ่าน”(สตรีรายที่ 70)

2.3 เดินรำ/ลีลาศ ร้องเพลง (2 ราย) ดังที่สตรีเล่าว่า

อยู่ว่างๆก็อดคิดไม่ได้ ก็จะออกไปหาร้องเพลง เดินลีลาศ
หาความสุขใส่ตัว (สตรีรายที่ 40)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีสถานการณ์
ความเครียดคือ 1) กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกคือ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 60) 2)
กังวลเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 38.57) และ 3) มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว (ร้อยละ 22.85) มี
ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 51.47$) ส่วนการเผชิญความเครียดจากสถานการณ์ที่มี
ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกันโดยใช้การ
เผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($M = 0.37$) ตามด้วยด้านบรรเทาความรู้สึก
เครียด ($M = 0.35$) และด้านการจัดการกับอารมณ์ ($M = 0.28$) ตามลำดับ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ประเด็นที่นำมาอภิปรายในบทนี้ ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานการณ์ความเครียดจากการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติในการศึกษามีอายุระหว่าง 20 ปีถึง 61 ปี มีอายุเฉลี่ย 41.26 ปี เนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ที่มาตรวจหามะเร็งปากมดลูกครั้งนี้มาตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของประหยัด ชูระแพง (ประหยัด ชูระแพง, 2550) ที่สตรีมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีอายุเฉลี่ย 45 ปี แต่มีการศึกษาว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Cervical intraepithelial neoplasia: CIN) มักพบสตรีอายุน้อยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 34 ปี และมีแนวโน้มพบได้บ่อยขึ้นในสตรีที่อายุน้อยลงคือสตรีที่อายุต่ำกว่า 30 ปี (สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542) ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจะมีอายุน้อยกว่า เช่นการศึกษาของเบลล์และคณะ (Bell et al., 1995) มีอายุเฉลี่ย 33 ปีและการศึกษาของเกรย์และคณะ (Gray et al., 2006) ที่มีอายุเฉลี่ย 34 ปี

สตรีที่มีเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษาดำเนินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก 5 เท่า (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่สตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.4 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.8 มีอาชีพแม่บ้าน และร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท รวมถึงจำนวนครั้งของการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก 2-3 เท่า (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547) แต่ในการศึกษาครั้งนี้สตรีส่วนใหญ่ร้อยละ 31.4 พบว่ายังไม่มีมีบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาโกเจนเซนและชีฟ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) ที่พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีบุตร

การใช้ยาคุมกำเนิดมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ของสตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.4 มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 5 ปี สำหรับพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่ามะเร็งปากมดลูกเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์มากกว่าสิ่งแวดล้อม (จุฑ

พล ศรีสมบูรณ์, 2547) แต่สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 รายโดยคิดเป็นร้อยละ 14.3

ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลยซึ่งจะตรวจพบได้จากการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547; ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าที่สตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48 ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และพบว่ามีสตรีถึงร้อยละ 34.3 ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมา จึงแสดงให้เห็นว่านโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจยังไม่ครอบคลุม เช่นเดียวกับการศึกษาของเจนเนอร์ริชและคณะ (Janerich et al., 1995) ที่พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติร้อยละ 28.5 ที่ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกเลย

สำหรับที่พักอาศัยปัจจุบันสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลคิดเป็นร้อยละ 81.4 เนื่องจากโรงพยาบาลรามาธิบดีอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร แต่ก็ยังพบว่ามีสตรีกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 18.6 อยู่จังหวัดอื่นๆอีก เช่น นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ อุทัยธานี อ่างทอง อุทยา จันทบุรี สระบุรี และประจวบคีรีขันธ์ เป็นต้น มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ครบถ้วนและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน สตรีจึงต้องการมารับการวินิจฉัยและรักษาต่อที่โรงพยาบาลรามาธิบดีถึงแม้ว่าจะพักอาศัยอยู่ในต่างจังหวัด

ระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจนถึงวันนัดรับการวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาล ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ามีช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 2 วันจนถึง 2 เดือน ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการรอวินิจฉัยตั้งแต่ 4 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 54.3 ซึ่งมีการศึกษาพบว่าหากระยะเวลารอวินิจฉัยนานมากกว่า 3 สัปดาห์สตรีจะมีความวิตกกังวลสูงขึ้น (Rodstad, 2002) ซึ่งสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ มีสตรีบางส่วนรับทราบผลการตรวจจากสถานพยาบาลอื่นแล้วมารับการวินิจฉัยและรักษาต่อที่โรงพยาบาลรามาธิบดีเนื่องจากซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ จึงอาจทำให้มีคิวรอตรวจในการวินิจฉัยนาน

การแจ้งผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจะแจ้งผลการตรวจได้หลายช่องทาง ทั้งทางไปรษณีย์, โทรศัพท์ และฟังผลจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข มีการศึกษาของวอร์ดและเวิน (Ward & Wain, 1994) สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขแจ้งผลการตรวจทางโทรศัพท์มากกว่าทางไปรษณีย์ เนื่องจากจะได้สอบถามรายละเอียดข้อมูลต่างๆ แต่ในการศึกษาค้นคว้านี้สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบผลการตรวจจากไปรษณีย์ร้อยละ 58.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของประยัด ธุระแพง (2550) ที่สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบผลการตรวจทางไปรษณีย์

ส่วนการรายงานผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะใช้ระบบ Bethesda system ปี 2001 ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งการรายงานผลนี้สามารถส่งต่อการวินิจฉัยและรักษาได้ สตรีกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ตรวจพบความผิดปกติขั้นต่ำ (Low grade Squamous intraepithelial lesion : LSIL) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมียนาและคณะ (Meana et al, 1999) ที่พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63 มีการรายงานผลเป็น LSIL เช่นกัน

สถานการณ์ความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

จากการได้สัมภาษณ์สตรีผลการศึกษารั้งนี้พบว่า สถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะคือ 1) กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก 2) กังวลเกี่ยวกับการรักษา และ 3) มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 60 กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบรรยายสถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ กังวลกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากตนเองไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะมีผลการตรวจที่ผิดปกติเนื่องจากไม่มีอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูกคือ มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์เลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน มีน้ำออกปนเลือดออกจากช่องคลอด หรือเลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน (ฉัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2548) ดังข้อมูลสนับสนุนที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “ก็ไม่คิดนะว่าผลตรวจมันจะผิดปกตินี้ เพราะเราเองก็สบายดี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการผิดปกติอะไร เมินสักมาปกติทุกเดือน” (สตรีรายที่ 33) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด ชูระแพง (2550) ที่ว่าสตรีส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่คิดว่าผลตรวจมะเร็งปากมดลูกจะผิดปกติ การศึกษาของเลอร์แมนและคณะ (Lerman et al., 1991) พบว่าสตรี 1 ใน 3 ที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความกังวลกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก และเช่นเดียวกับการศึกษาต่อมาของลอเวอร์และรูบิน (Lauver & Rubin, 1991) ที่ว่าสตรีมีความกลัวที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกเช่นกัน เนื่องจากสตรีบางรายไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะมีผลการตรวจที่ผิดปกติ (Forss, Tishelmen, Widmark, & Sachs, 2004) สตรีที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีอาการแสดงของมะเร็งจึงไม่เคยคาดคิดมาก่อนแต่มีผลการตรวจที่ผิดปกติ ดังนั้นจึงมีความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก

ความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นโดยสตรีบางรายให้ข้อมูลว่าตนเองดูแลสุขภาพดี แต่กลับมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ จึงรู้สึกตกใจและประหลาดใจกับผลการตรวจที่ออกมาดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “เราเองก็มาตรวจหามะเร็งเกือบทุกปี รักษาสุขภาพตัวเองมาตลอดเลยงว่าผิดปกติจริงหรือ” (สตรีรายที่ 31) หรือ “ก็ตกใจหนะสิ ไม่คิดว่ามันจะเป็นอย่างนี้ อะไรเราเองก็ดูแลตัวเองดีมาเป็นอย่างดีได้ยังไงเนี่ย” (สตรีรายที่ 45) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมามีหลายงานในต่างประเทศที่พบว่าสตรีมีความรู้สึกลังเลใจและประหลาดใจกับผลการตรวจมีผลการตรวจที่ผิดปกตินี้มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีอาการผิดปกติใดๆมาก่อน (Doherty, Richardson, Wolfe & Raju, 1991; Gath, Hallam, Mynors-Wallis, Day & Bond, 1995 ; Kavanagh & Broom, 1997; Rogstad, 2002) บางรายประเมินว่าตนเองนั้นได้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “เราก็อุตส่าห์รักษาสุขภาพอย่างดีจะต้องมาเป็นมะเร็งได้ไงเนี่ย แต่เราก็มีแฟนคนเดียวนะ ไม่ได้มีแฟนหลายคน” (สตรีรายที่ 20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศจีนที่สตรีกลุ่มตัวอย่างเล่าว่าตนเองไม่ได้มีคู่นอนหลายคนแต่กลับมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (Twinn, 2006)

สตรีบางรายเป็นโรคทางนรีเวช เช่น ตรวจพบเนื้องอกมดลูก ชีสต์ที่รังไข่ เป็นต้น จำเป็นต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด จึงมีการตรวจสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัดโดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมถึงการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วย ซึ่งสตรีที่จะได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชควรได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกทุกราย (ธีระ วัชรปรีชานนท์ และ เรืองศักดิ์ เลิศจรสุข, 2547) เมื่อมีผลการตรวจที่ผิดปกติสตรีจึงมีความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่ใช่โรคที่คาดคิดมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาโกเจนเซนและเซียฟ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) ที่ว่าการที่สตรีไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะผิดปกติเมื่อทราบผลการตรวจจึงตกใจและมีความกลัวจะเป็นมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้น ดังการศึกษานี้ที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “พี่เลยงง เพราะคิดว่าอยากผ่าตัดชีสต์ ไหงมาเป็นมะเร็งได้ไงเนี่ย” (สตรีรายที่ 2 ตรวจพบชีสต์ที่รังไข่จากรพ.เอกชน ต้องการมาผ่าตัดที่รพ.รามาธิบดี) นอกจากนี้การที่สตรีมีโรคทางนรีเวชเป็นอยู่ก่อน มีสตรีบางรายมีความคิดว่าสาเหตุที่ทำให้มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมาจากโรคที่เป็นอยู่หรือไม่ดังข้อมูลสนับสนุนที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “เราเองก็ตกใจไม่คิดว่ามันจะผิดปกติ เอ๊ะหรือว่าเนื้องอก (มดลูก) อันนี้มันทำให้เป็นมะเร็งหรือเปล่าเราเองก็ชักจะเริ่มกลัวแล้วแหละว่าเราจะเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือเปล่า” (สตรีรายที่ 48) สอดคล้องกับการศึกษาของเอลิสัน (Alison, 2003) ที่ว่าสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชอยู่ก่อนเช่นมีเนื้องอก หรือชีสต์คิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นโดยมีสตรีร้อยละ 14.3 มีความรู้สึกไม่แน่ใจกับผลการตรวจที่ออกมา เนื่องจากไม่เชื่อผลการตรวจและคิดว่าผลการตรวจไม่ถูกต้อง ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “ตรวจที่เอกชนบอกว่าสงสัยเป็นมะเร็ง รู้สึกว่ามันใช่หรือ เราผิดปกติหรือ รพ.เอกชนตรวจถูกหรือเปล่า บางทีเขาอาจจะตรวจผิดก็ได้รพ.เอกชนขอหาโรคให้ผู้ป่วยจะได้ถูกค่า ได้เงินเข้ารพ.” (สตรีรายที่ 19) โดยสตรีอาจใช้กลไกทางจิตโดยการปฏิเสธไม่เชื่อผลการตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวิน (Twinn, 2006) ที่พบว่าสตรีมีความรู้สึกไม่แน่นอน สับสน

ในผลการตรวจและไม่เชื่อผลการตรวจ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่าการประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นกับว่าสถานการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีความคลุมเครือไม่แน่นอน และเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ทำให้สตรีไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่จึงทำให้เกิดความเครียดขึ้น โดยในการศึกษาครั้งนี้สตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.9 ไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำจากสถานพยาบาลแห่งอื่นๆ เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาโกเจนเซนและชีเยฟ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) ที่ว่าสตรีไม่เคยคาดคิดมาก่อนที่จะมีผลผิดปกติ จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนั้นสตรีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามากกว่าร้อยละ 50 ไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อความแน่ใจ ซึ่งจากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์เป็นปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ที่บุคคลจะประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ เป็นความเครียดชนิดใดและรุนแรงมากน้อยเพียงใด (สมจิต หनुเจริญกุล, 2544)

สตรีได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในวันที่ตรวจหามะเร็งปากมดลูกคิดว่าตนเองปกติดี เพราะถ้าผิดปกติแพทย์น่าจะให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ตรวจแล้วแต่กลับมีผลการตรวจที่ผิดปกติ ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “เริ่มารู้สึกกลัวๆแล้วแหละว่าเอ๊ะ ฉันจะเป็นมะเร็งจริงหรือเปล่านะ แล้วทำไมตอนที่หมอตรวจไม่พูดอะไรเกี่ยวกับมะเร็งเลย” (สตรีรายที่ 63) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาโกเจนเซนและชีเยฟ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) ที่พบว่าขณะตรวจภายในไม่ได้รับข้อมูลว่าผิดปกติแล้วจะต้องปฏิบัติตนต่ออย่างไร จึงมีความกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก

นอกจากนี้กรรมพันธุ์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่สามารถทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (จุฑาพล ศรีสมบูรณ์, 2547) จึงมีสตรี 5 รายประเมินว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ รวมถึงตรวจพบเจอว่ามีเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่อาจจะเป็นมะเร็งดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “คิดว่าตัวเองเป็นคนที่มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็ง ที่บ้านคุณน้าเคยเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วก็อาเป็นมะเร็งเหมือนกัน ตัวเราก็ก่อนแล้วเป็นมะเร็งก็เลยตรวจ ที่นี้ผลมันออกมาผิดปกติก็กลัวเป็นมะเร็งมากๆ” (สตรีรายที่ 11) สตรีจึงประเมินว่าเป็นความเครียดเนื่องจากความกลัวที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ รัตนศิริ (Amomrat Ratanasiri, 1999) ที่ว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกบางรายมีความเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกมาจากกรรมพันธุ์ ดังนั้นสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จึงประเมินว่าจากสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียดเพราะเป็นสถานการณ์ที่ถูกคามต่อการดำเนินชีวิตของตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงเป็นประสบการณ์ใหม่ที่มีความคลุมเครือไม่แน่ใจ ไม่ทราบว่าจะเป็น

มะเร็งหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด เมื่อสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตราย สูญเสีย หรือคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน

2. สถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติร้อยละ 38.57 เกี่ยวกับการรักษาที่จะเกิดขึ้นตามมา เมื่อสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจะต้องมารับการวินิจฉัยต่อและรักษาที่โรงพยาบาล โดยสตรีมักมีความเครียดวิตกกังวลในช่วงรอนัดการตรวจติดตาม (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2551) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจนถึงวันที่รับการตรวจวินิจฉัยมีระยะเวลาดังแต่ 2 วันจนถึง 2 เดือน ซึ่งในรายที่ระยะเวลาในการรอการตรวจเพื่อวินิจฉัยนานจึงมีความกังวลว่าเซลล์มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ โดยมีสตรีร้อยละ 12.9 ที่มีความเครียดกังวลต้องการรับรักษา ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “อยากรีบมาตรวจมากกว่า เพราะถ้าเป็นมะเร็งจริงต้องรักษา คิดว่าทำไมหมอนัดนานจัง อยากจะรีบรักษามันจะได้หายๆ ฉันนะอยากรีบที่จะผ่าๆ ให้มันเสร็จกลัวว่าถ้าช้ามะเร็งมันจะกระจายกลัวจะรักษาไม่หาย” (สตรีรายที่ 15) หรือ “ผลการตรวจผิดปกติอย่างนี้ต้องรักษาซิ แต่ทำไมกว่าจะถึงวันตรวจมันนานมากๆ เป็นหลายเดือนเลย กลัวว่าถ้าไม่รักษาเดี๋ยวมันจะกลายเป็นมะเร็งที่รักษาไม่ได้ไม่หายด้วย” (สตรีรายที่ 11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศที่พบว่าสตรีร้อยละ 13 มีความกังวลว่าเซลล์มะเร็งปากมดลูกจะเปลี่ยนแปลงและมีความก้าวหน้าไปเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเนื่องจากระยะเวลาในการรอตรวจวินิจฉัยนาน (Neale, Pitts, Dunn, Hughes & Redman, 2003) ซึ่งมะเร็งปากมดลูกมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลาค่อนข้างนานประมาณ 10 ปีโดยไม่มีอาการ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547) แต่ควรมีการจัดระบบบริการให้สามารถแจ้งผลการตรวจให้สตรีได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้สตรีต้องทนวิตกกังวลอยู่นาน ซึ่งอาจทำให้สตรีบางรายกังวลมากจนไม่กล้าเผชิญความจริงและไม่กลับมาทำการวินิจฉัยรักษาต่อไป (ชนา นิลโกวิทย์ และสิวลี ศรีไธ, 2542)

สำหรับแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจะต้องทำการส่องกล้องขยายปากมดลูกหรือการตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องคอโปสโคป (Colposcope) ทุกรายที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) เพื่อที่จะทำการสืบค้นต่อเพิ่มเติมโดยหารอยโรคที่ผิดปกติบริเวณปากมดลูก หลังจากนั้นจะวางแผนการรักษาต่อ ในการศึกษาครั้งนี้สตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.42 มีความเครียดในเรื่องของแนวทางการรักษาของตนหลังจากที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ต้องการทราบว่าต้องรักษาด้วยวิธีใด แล้วตนเองจะต้อง

ปฏิบัติกันอย่างไร สตรีบางรายยังไม่ทราบถึงข้อมูลแผนการรักษาของเซลล์ผิดปกติว่าจะต้องมีการวินิจฉัยและรักษาต่อ เมื่อมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติแล้วจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อด้วยกล้องคอโปสโคป ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “ก็อยากรู้ว่าการรักษาของการที่เซลล์ปากมดลูกผิดปกตินี้เขาต้องผ่าตัดไหม” (สตรีรายที่ 60) หรือ “ต่อไปหมอเขาจะตรวจยังงัยได้ ยินว่าต้องส่องกล้องขยายด้วยเขาทำกันยังงัย” (สตรีรายที่ 34) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลอเวอร์ และรูบิน (Lauver & Rubin, 1990) สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติต้องการทราบถึงสิ่งที่ต้องการดำเนินการต่อไปรับทราบข้อมูลถึงการวินิจฉัยรักษาที่ต่อเนื่อง สตรีต้องการทราบเหตุผลในการรักษา (Kavanagh & Broom, 1997)

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก หรือการตรวจแปปเสมีียร์ (Pap smear) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูก (จุฑาล ศิริสมบุญ, 2547) ซึ่งเป็นแผนงานระดับชาติ ดังนั้นสตรีไทยจึงสามารถรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกได้จากสถานพยาบาลทั่วประเทศไทยทั้งในส่วน of สถานีนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเอกชน โรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน สำหรับสตรีกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.1 ได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจากโรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนร้อยละ 22.9 ได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจากสถานพยาบาลอื่นๆ เช่น สถานีนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน เมื่อสตรีมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัยต่อรวมถึงอาจต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องต่อไป สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติทุกรายต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อด้วยกล้องคอโปสโคป แต่พบว่าเป็นปัญหาอยู่เนื่องจากแพทย์ผู้มีความรู้และความสามารถในการวินิจฉัยกล้องคอโปสโคปเพื่อวินิจฉัยโรคน้อย (สัจชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542) รวมถึงสถานพยาบาลขนาดใหญ่ๆ เท่านั้นที่จะมีการตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องคอโปสโคป ดังนั้นจึงต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อ

สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจากสถานพยาบาลอื่นๆ เมื่อทราบผลการตรวจที่ผิดปกติแล้วต้องการมารับการตรวจวินิจฉัยต่อในโรงพยาบาลระดับใหญ่ขึ้นอาจเนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านั้นขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและรักษา ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “ตรวจหามะเร็งจากสถานีนามัยใกล้บ้าน หมอที่นั่นเขาบอกว่าที่นี้ไม่มีเครื่องมือ ต้องไปตรวจที่รพ.ใหญ่ๆ เราเองก็กลัวงัวจจะรักษาที่ไหนดี” (สตรีรายที่ 55 อาศัยอยู่จังหวัดอุทัยธานี) สตรีบางรายตรวจพบที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นต่อในอนาคต รวมถึงไม่แน่ใจการรักษาของแพทย์โรงพยาบาลเอกชนจึงต้องการมารักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาลดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “เราถามคร่าวๆถึงค่าใช้จ่ายก็หลายหมื่นอยู่ เราก็ไม่แน่ใจว่าหมอจะรักษาเก่งหรือเปล่า เราการรักษาที่รัฐบาลดีกว่าก็เลือกนานอยู่ว่าจะที่ไหนดี”

(สตรีรายที่ 63) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แรมและแมกนุสเซน (Bertram & Magnussen, 2008) ที่พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติบางรายแสดงถึงความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญและชำนาญของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จึงเห็นได้ว่าในการศึกษารายนี้ สตรีร้อยละ 8.57 มีสถานการณ์ความเครียดในเรื่องของสถานพยาบาลในการรักษาด้วย สำหรับสถานพยาบาลระดับใหญ่จะมีศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆรวมถึงโรคมะเร็งด้วย ซึ่งโรงพยาบาลรามาริบัติมีกิจกรรมกลุ่มมิตรภาพบำบัดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยมีอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่บริการให้คำปรึกษาจากผู้ป่วยโดยตรงในวันจันทร์เวลา 8 -10 น. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยที่มีปัญหาลักษณะเดียวกันมีแพทย์, พยาบาล, อาสาสมัคร และจากเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยมาร่วมกันเยียวยารักษา

สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติร้อยละ 5.71 มีความกลัวแผนการรักษาที่ได้รับ ดังข้อมูลสนับสนุนที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “ก็อยากรู้ว่าการรักษาของการที่เซลล์ปากมดลูกผิดปกตินี้เขาต้องผ่าตัดไหม เพราะนี่ยังไม่เคยผ่าตัดเลยกลัวว่าจะเจ็บ ไม่อยากผ่าตัด” (สตรีรายที่ 60) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แรมและแมกนุสเซน (Bertram & Magnussen, 2008) ที่พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความกลัวการรักษาที่จะเกิดขึ้น กลัวเจ็บจากหัตถการการรักษา สตรีกลัวหัตถการการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต (Gray, et al, 2006) นอกจากนี้ สตรีบางรายเข้าใจว่าการรักษาผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจะต้องทำการผ่าตัดมดลูกออก จึงมีความกลัวในการผ่าตัดมดลูกดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “หมออาจจะรักษา ผ่าตัดมดลูกออก ทีนี้เราก็กวแล้วสิว่า เอ.... เราจะต้องผ่าตัดหรือเปล่า เพราะตั้งแต่เกิดมายังไม่เคยผ่าตัดเลย กลัวว่ามันจะต้องเจ็บแน่” (สตรีรายที่ 50) ซึ่งการรักษาสตรีกลุ่มนี้จะต้องผ่านขั้นตอนการส่องกล้องขยายปากมดลูกและการตัดชิ้นเนื้อตรวจ (Biopsy) ก่อน โดยมีความเข้าใจผิดว่าผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นการวินิจฉัยโรค ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นเพียงการตรวจคัดกรองหาโรคเท่านั้น (สัญญา บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542)

3. การที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ สตรีได้ให้ข้อมูลว่าเกิดผลกระทบกับชีวิตครอบครัวถึงร้อยละ 22.85 เมื่อแยกประเด็นพบว่าสตรีจำนวน 11 ราย หรือร้อยละ 15.71 มีความเครียดกังวลในเรื่องของการมีบุตรเนื่องจากการรักษาที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตรต่อไปในอนาคต กังวลจะเป็นหมันไม่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ (Lauver, Baggot, & Kruse, 1999) ดังคำพูดของสตรีรายหนึ่งที่กล่าวว่า “กังวลว่าเราเป็นแบบนี้ แล้วจะมีลูกได้หรือเปล่า ต้องตัดมดลูกทิ้งเลยใช่ไหม” (สตรีรายที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แรมและแมกนุสสัน (Bertram & Magnussen, 2008) ที่ว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติกังวลว่าการ

รักษาที่จะเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการมีบุตรในอนาคตซึ่งการมีบุตรมีความจำเป็นต่อชีวิตครอบครัวและความต้องการที่จะเป็นพ่อแม่ถือว่าเป็นเครื่องหมายของการเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545:3) จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศอีกหลายงานที่พบว่าสตรีมีความเครียดกังวลถึงเรื่องความสามารถในการมีบุตร (Lagro-Janssen & Schijf, 2005; Gray, et al, 2006) สตรีมีความเข้าใจว่าปากมดลูกมีความผิดปกติเกิดขึ้นเท่ากับว่าตนเองมีความผิดปกติของการสืบพันธุ์จึงอาจไม่สามารถที่จะมีบุตรได้ (Kavanagh & Broom, 1997) ปากมดลูกเป็นอวัยวะหนึ่งของมดลูกเป็นตัวแทนของความเป็นผู้หญิงและมีความเกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005)

การมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่ามีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ ความสนใจด้านเพศด้วยเช่นกัน (Bennetts, 1995; Lerman et al., 1991) เพศสัมพันธ์เป็นสัญลักษณ์ของความรู้สึกรักใคร่และความรู้สึกมีคุณค่า ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นชายหญิงที่สมบูรณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545:231) เพศสัมพันธ์เป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธ์ทางเพศทางสังคม และอัตมโนทัศน์ที่ดี ซึ่งทำให้เพศสัมพันธ์เป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพ (ธนิดา เขียวธำรงสุข, 2543) การมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติสตรีคิดว่ามาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ดังข้อมูลที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “พอรู้ผลแล้วเราก็มองกับแฟนอีก เพราะกลัวว่ามะเร็งจะกระจายปากมดลูกมันเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ติดเชื้ออะไรทำนองนี้” (สตรีรายที่ 33) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของครุมและแลมเบอร์ตี (Krumm & Lamberti, 1993) ที่ว่าสตรีมีความเชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเพศสัมพันธ์ ทำให้สตรีกลัวการมีเพศสัมพันธ์ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) รวมไปถึงสตรีรู้สึกว่ามีความสนใจในด้านเพศสัมพันธ์ลดลงไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ (Fink, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีจำนวน 5 ราย หรือสตรีร้อยละ 7.14 มีผลต่อชีวิตครอบครัวในด้านเพศสัมพันธ์ดังข้อมูลที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “ที่นี้รู้มาว่ามะเร็งปากมดลูกเนี่ยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พอรู้ผลแล้วเราก็มองกับแฟนอีก” (สตรีรายที่ 11) ซึ่งหากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันแม้จะมีปัญหาเพศสัมพันธ์บ้างแต่ก็จะไม่รุนแรงและมักจะแก้ไขไปได้ แต่หากความสัมพันธ์ด้านอื่นไม่ดี ปัญหาเพศสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยก็อาจกลายเป็นปัญหาใหญ่ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545:229) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติไม่มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางเพศและเพศสัมพันธ์ (Rogstad, 2002)

สตรีบางรายรู้สึกอายไม่กล้าบอกใครที่ตนเองมีผลการตรวจที่ผิดปกติเนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกตินี้เหมือนเป็นตราบาป (stigma) เนื่องจากปากมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ (Twin, 2006) ดังข้อมูลที่สตรีรายหนึ่งกล่าวว่า “ก็อายที่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกหนะสิ ปากี่รู้เนี่ยว่าผู้หญิงเราก็ก็นั่นแหละแต่มันอายที่ปาก

มดลูกเหมือนกับที่เราไปใช้งานมันมากมันเลยจะกลายพันธุ์เป็นมะเร็ง ไม่กล้าบอกใคร” (สตรีรายที่ 66) ซึ่งเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคลประกอบกับในสังคมไทยมีการพูดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์น้อยมากเพราะชนบธรรมเนียมไทย เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนต้องห้ามและค่อนข้างเป็นส่วนตัว (ศิริอร สีนุ, 2526 อ้างในธนิดา เขียวธำรงสุข, 2543) ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการแสวงหาข้อมูลในการแก้ไขด้านเพศสัมพันธ์

จากสถานการณ์ที่สตรีมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่า สตรีบางรายมีความรู้สึกล้านบวจากการที่มีผลการตรวจที่พบ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาความผิดปกติก่อนที่จะเป็นระยะลุกลาม สตรีจึงมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ที่ทำนายสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่าบุคคลจะพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นท้าทาย (challenge) อาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะเป็นประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีรายหนึ่งที่ว่า “ก็คิดว่าเออ โชคดีนะที่เราตรวจเจอตั้งแต่ต้นๆจะได้รักษาได้ เพราะอย่างอวัยวะอื่นๆ ตรวจหาไม่ได้ แต่ปากมดลูกนี้ตรวจหาได้” (สตรีรายที่ 59)

นอกจากนี้การรายงานผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกในการศึกษารั้งนี้มีสตรีจำนวน 5 ราย หรือร้อยละ 7.14 มีความเข้าใจว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามแล้ว ดังคำพูดของสตรีรายหนึ่งที่กล่าวว่า “ฉันก็เข้าใจว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกแน่เลย ก็พอรู้ว่าฉันเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 3 (ผลการตรวจเป็น CIN III ตามระบบ CIN system) โรงพยาบาลเขาถึงโทรมาให้นับรักษา” (สตรีรายที่ 13) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลอเวอร์, แบคก็อทและครูซ (Lauver, Baggot, & Kruse, 1999) และสตินเนท (Stinnett, 2000) ที่พบว่ามิสตรีถึงไม่เข้าใจผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกคิดไปเองว่าตนเองนั้นเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว รวมถึงสตรีไม่เข้าใจวัตถุประสงค์และความหมายของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งแท้จริงแล้วการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smearนี้เป็นเพียงแค่การตรวจคัดกรองโรคเท่านั้นไม่ได้เป็นการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศเช่นเดียวกันที่สตรีไม่เข้าใจความหมายของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ความหมายของระยะก่อนมะเร็ง (pre-cancerous) และสรุปความหมายผิดว่าความผิดปกติที่ตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก (Ledwick, 2006) มีความเข้าใจว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Gray, et al., 2006; Kavanagh & Broom, 1997) สตรีไม่มีความรู้เรื่องผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติ รับรู้เพียงว่าเป็นหรือไม่เป็นมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น (ประหยัด ชูระแพง, 2550) และจากการติดตามสตรีที่ทำการศึกษารั้งนี้ 70 ราย พบว่ามีเพียง 2 รายเท่านั้นที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

การประเมินทัศนสถานการณ์ความเครียดดังกล่าวของสตรีในการศึกษารั้งนี้ สตรีมีสถานการณ์ความเครียดที่สามารถจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่มคือ 1) กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก 2) กังวล

เกี่ยวกับการรักษา และ 3) มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว ซึ่งพบว่าเป็นไปตามแนวคิดการประเมิน ตัดสินในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นความเครียด (stressful) และรับรู้ต่อภาวะเครียดใน 3 ลักษณะคือรับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) รับรู้ว่าคุกคามต่อชีวิตในปัจจุบันหรือ อนาคต (threat) และรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นแม้ว่าจะเป็นอันตรายแต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) กับ ตนเองสามารถใช้ศักยภาพของตนหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ควบคุมสถานการณ์ได้ โดยในการ ประเมินตัดสินนั้นบุคคลพิจารณาจากปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ซึ่งได้แก่ ข้อผูกพัน (commitment) หรือความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคล และความเชื่อ (beliefs) ของบุคคลต่อ ความสามารถที่ควบคุมเหตุการณ์นั้นได้มากน้อยเพียงไร และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) ได้แก่ ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) ความสามารถทำนาย (predictability) ความไม่ แน่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือความยาวนานของ สถานการณ์ (temporal factors) และความคลุมเครือของสถานการณ์ (ambiguity) เนื่องจากความ คลุมเครือทำให้สตรีไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ ไม่ทราบว่าตนเองจะเป็นมะเร็งหรือไม่ รวมถึงระยะเวลาที่รอการตรวจวินิจฉัยนาน ซึ่งสตรีที่มีผล การตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติได้ประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสถานการณ์ ความเครียด

ระดับความเครียด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความเครียดพบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความเครียดโดยรวมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.3 โดยมีค่า เฉลี่ยระดับคะแนนความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินคือ 51.47 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 22.48) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมียนาและคณะ (Meana, et al, 1999) ในสตรีที่มีผลการ ตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่าร้อยละ 59.7 มีระดับความกังวลในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องมาจากการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ ลูกถามได้ถ้าหากไม่รับการรักษา รวมถึงสตรีบางรายไม่มีอาการแสดงผิดปกติที่บ่งบอกว่าจะ เป็น มะเร็งปากมดลูก จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกแต่ทั้งนี้การที่มีผลการ ตรวจผิดปกติยังไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกเสมอ จะต้องรอรับการตรวจวินิจฉัยจาก แพทย์โดยละเอียดก่อน รวมถึงยังไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตซึ่ง สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรืออาจสูญเสีย รวมทั้งสถานการณ์ที่คุกคาม (Threat) ว่า

เป็นความเครียด และตัดสินระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ ความไม่แน่ใจในสถานการณ์ และไม่ทราบว่าเกิดขึ้นอะไรขึ้น และเมื่อพิจารณาจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันในกลุ่มสตรีที่มีก่อนบริเวณเต้านมรอรับการวินิจฉัยจากแพทย์ วรรณกรรม ทิพย์สุวรรณกุล (2541) และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ที่พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ความเครียดโดยรวมระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าจากการบรรยายความเครียดและระดับความเครียดโดยรวมในการศึกษานี้พบว่า การประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดของสตรีกลุ่มตัวอย่างเป็นกระบวนการและมีความเป็นพลวัต (dynamic) จะเห็นได้ว่าสตรีเมื่อรับทราบว่าตนเองมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ สตรีจะนำเอาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในบริบทมาประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบต่างๆแสวงหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ นำไปสู่การประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) จากกระบวนการนี้ทำให้ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหรือลดลง เปลี่ยนไปตามข้อมูลที่ได้รับตลอดระยะเวลาที่รอการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

จากสถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้น ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้สตรีมารับการวินิจฉัยที่ล่าช้าได้ (Fink, 2003) ซึ่งถ้าหากสตรีไม่มารับการวินิจฉัยและการรักษาต่อแล้ว โครงการรณรงค์ให้สตรีไทยมารับบริการการตรวจหามะเร็งปากมดลูกคงไม่บรรลุตามเป้าหมาย เนื่องจากสตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติแล้วไม่มารับการการวินิจฉัยและการรักษา จะไม่สามารถลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นการเข้าใจถึงภาวะทางอารมณ์และความเครียดของสตรีดังกล่าวจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำกับสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

การเผชิญความเครียด

เมื่อพิจารณาคำต่ำสุดของคำพิสัยที่เป็นจริงของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน (ตารางที่ 7) พบว่าจะมีค่าสูงกว่าค่าต่ำสุดของพิสัยที่เป็นไปได้ของแบบวัดในทุกๆด้าน แสดงว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984:157) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล และเมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนของการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน (ตารางที่ 8) พบว่าวิธีการเผชิญ

ความเครียดที่สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติใช้มากที่สุดคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($M = 0.37, SD = 0.05$) รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ($M = 0.35, SD = 0.04$) และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่เลือกใช้น้อยที่สุด ($M = 0.28, SD = 0.06$) สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่มีก่อนบริเวณเต้านมของ วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ที่พบว่าสตรีใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกันมากน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดโดยรวมและรายด้านพบว่าค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 7) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ความพยายามในการเผชิญความเครียดด้วยวิธีจากทุกด้าน แต่ด้านละไม่มาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ไม่เคยคาดคิดมาก่อน มีความไม่แน่ใจ กลุ่มเครือในเรื่องของผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่เป็นก็ได้ ต้องรอการตรวจวินิจฉัยที่ละเอียดจากแพทย์ก่อน ทราบข้อมูลไม่แน่ชัดเกี่ยวกับการรักษาต่อไป ต้องการรีบทำการวินิจฉัยและรักษา รวมถึงกังวลสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด

จากการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดรายด้านตามแบบวัดการเผชิญความเครียด (ตารางที่ 8) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ใกล้เคียงกับด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) อย่างไรก็ตาม เมื่อนำแนวคิดการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมนที่แบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดตามจุดมุ่งหมายที่ใช้ และมาพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดของสตรีกลุ่มตัวอย่างจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดในลักษณะมุ่งแก้ปัญหา (ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา) เพียงร้อยละ 37 ของการใช้การเผชิญความเครียดทั้งหมด แต่ใช้การเผชิญความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์ (ด้านการจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด) ถึงร้อยละ 63 ของการใช้การเผชิญความเครียดทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดเพื่อจุดมุ่งหมายในการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกันในระยะรอการวินิจฉัยที่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเผชิญเป็นสถานการณ์ที่ต้องรอคอยการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดความรู้สึกไม่แน่ใจในผลการตรวจที่ออกมา เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ซึ่งไม่สามารถจัดการควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้รวมถึงไม่สามารถใช้วิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุได้ แต่สามารถปรับ

อารมณ์ ความรู้สึกเพื่อจะได้ไม่เกิดความรู้สึกคุกคาม ดังนั้นการเผชิญความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์จึงเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากกว่า โดยใช้การบรรเทาความเครียดมากกว่าการจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของโฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980 cited by Sirapo-ngam, 1994: 21) ที่ว่าบุคคลส่วนใหญ่จะใช้การเผชิญความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์ในสถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพ และในสถานการณ์ที่ได้ประเมินว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้

เมื่อพิจารณาจากวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อที่สตรีกลุ่มตัวอย่างใช้มาก (ตารางที่ 9) พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มีผู้ใช้มากกว่าร้อยละ 90 มี 5 วิธี โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดคือกังวลใจ และหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น มีสตรีกลุ่มตัวอย่างใช้สูงถึงร้อยละ 97.1 เป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียดตามลำดับ

วิธีการเผชิญความเครียดโดยต่อหน้าผู้อื่นแสดงว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญแต่ในใจคิดกังวล เป็นการเผชิญความเครียดในการจัดการกับอารมณ์ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีสตรีกลุ่มตัวอย่างใช้สูงถึงร้อยละ 94.3 โดยเป็นอันดับที่ 2 เนื่องจากการที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกนี้ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของเพศสัมพันธ์ และสังคมวัฒนธรรมของประเทศไทยยังไม่เปิดเผยมากกับเรื่องดังกล่าวจึงอาจทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้ ส่วนการเผชิญความเครียดโดยเตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการเผชิญความเครียดในการจัดการกับอารมณ์เช่นกันซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีสตรีกลุ่มตัวอย่างใช้สูงถึงร้อยละ 92.9 โดยเป็นอันดับที่ 3 เนื่องจากผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจะต้องมีการวินิจฉัยและการรักษาที่เกิดขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอน สตรีจึงใช้การเผชิญความเครียดโดยเตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรง

การเผชิญความเครียดโดยการค้นหาความสำคัญหรือคุณค่า ข้อดีของการรับรู้ผลการตรวจที่ผิดปกติในแบบวัดมีกลุ่มตัวอย่างใช้สูงถึงร้อยละ 87.1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าการที่ตนเองมีผลการตรวจที่ผิดปกตินี้เป็นข้อดีที่ตรวจเจอ เพราะเนื่องจากมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการใดๆ จะตรวจพบเจอจากการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) อีกทั้งการตรวจพบเจอตั้งแต่ระยะเริ่มแรกนี้มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 100 (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2549) กลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีนี้ในการเผชิญกับความเครียด

ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อย 5 อันดับพบว่าเป็นด้านด้านการจัดการกับอารมณ์ 4 วิธี และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 1 วิธี (ตารางที่ 10) โดยวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุดคือระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ กลุ่มตัวอย่างใช้เพียงร้อยละ 5.7 เท่านั้น รองลงมาคือฉุนเฉียว ตีโพยตีพาย นึกสาปแช่งสิ่งต่างๆ กลุ่มตัวอย่างใช้เพียงร้อยละ 11.4 ซึ่งกลุ่มตัว

ตัวอย่างใช้วิธีเหล่านี้บ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ที่สตรีกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวบ่อย

นอกจากการใช้การเผชิญความเครียดดังกล่าวมาแล้ว ในการศึกษานี้ยังพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างบางรายพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทของตนเองเช่น ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ การอ่านหนังสือ และการใช้อินเตอร์เน็ต (Bertram & Magnussen, 2008) เพื่อหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้เหล่านี้มาประเมินสถานการณ์ใหม่อีกครั้ง เป็นการประเมินตัดสินใจใหม่ ส่งผลทำให้ความเครียดลดลงได้ การพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับการตรวจที่ผิดปกติในแบบวัดซึ่งมีผู้ใช้ถึงร้อยละ 84.3 ถึงแม้จะไม่ใช่วิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดเพราะแต่ละบุคคลมีแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป

นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สตรีพบว่า มีสตรี 6 ราย พยายามดูแลตนเองให้ดีและมีการเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ หลีกเลี่ยงสารก่อมะเร็งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แรมและแมกนัสเซน (Bertram & Magnussen, 2008) ที่พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีการใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดด้วยการพยายามดูแลตนเองโดยการทานอาหารสุขภาพ

การพยาบาลสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ต้องมีความดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลสตรีที่สำคัญโดยมีการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติ การจัดให้มีการสอนสุขศึกษา การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความต้องการในการรักษา และการจัดการในการติดตามการรักษา ซึ่งจะเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Abercrombie, Zamora, & Korn, 2007) ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกตินี้เผชิญความเครียดกับสถานการณ์นี้ได้ รวมถึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีสถานการณ์ความเครียดที่สามารถจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่มคือ 1) กล่าวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก 2) กังวลเกี่ยวกับการรักษา และ 3) มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว โดยมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการเผชิญความเครียดกลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดหลายๆวิธีร่วมกันแต่ใช้ในระดัไม่มาก โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาใกล้เคียงกับด้านการบรรเทาความเครียด และใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984:155-157) ที่กล่าวว่าการเผชิญความเครียดบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้งลักษณะมุ่งแก้ปัญหาและลักษณะการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกันไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติซึ่งมารับการวินิจฉัยและรักษา หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 จำนวน 70 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้
2. มีความเครียดจากสถานการณ์ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear รายงานผลว่าผิดปกติ โดยใช้คำถามสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดจากการรับทราบถึงผลการตรวจที่ผิดปกติคือ “หลังจากที่คุณรับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกรายงานผลว่าผิดปกติ คุณมีความรู้สึกเครียด ทุกข์ใจ กังวลใจกับผลการตรวจของคุณหรือไม่”
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
4. สามารถฟังพูด อ่านเข้าใจภาษาไทยสามารถให้การสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ไอแซคส์ และอักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973)
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบสัมภาษณ์การประเมินความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปาก

มดลูกที่ผิดปกติและแบบวัดระดับความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2.3 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในแอลฟา เท่ากับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียด และมีการวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. สถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมี 3 ลักษณะ คือ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 60) กังวลเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 38.57) และมีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว (ร้อยละ 22.85)
2. จากแบบวัดระดับความเครียดพบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ($M = 51.47$, $SD = 22.48$)
3. สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติทุกรายใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุดใกล้เคียงกับด้านการบรรเทาความเครียด และใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ($M = 0.37$, $SD = 0.05$, $M = 0.35$, $SD = 0.04$ และ $M = 0.28$, $SD = 0.06$ ตามลำดับ)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติที่มารับการวินิจฉัยและรักษาต่อที่โรงพยาบาลรามารักษ์ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่รับการรักษาที่อื่นๆ ซึ่งจะมีบริบทที่แตกต่างกันได้
2. มีสตรีบางรายรับทราบของตนเองมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ แต่ไม่ได้มารับการวินิจฉัยและรักษาต่อที่โรงพยาบาล จึงไม่สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่จะเป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติพยาบาล การศึกษาและการวิจัยทางการแพทย์ทางพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะบางครั้งการที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติไม่ได้หมายความว่าป็นมะเร็งปากมดลูก จะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดกับแพทย์อีกครั้งก่อน สตรีบางรายจะเข้าใจว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้และข้อมูลกับสตรีที่มารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วย

2. พยาบาลหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช ควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินถึงการประเมินตัดสินใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติแต่ละราย และเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

3. อาจจะจัดทำโปรแกรมต่างๆทางการพยาบาลที่ช่วยในการลดความเครียดในสตรีกลุ่มนี้ เพื่อให้สตรีมีจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้ออกสารคำแนะนำพร้อมทั้งจดหมายรายงานผลการตรวจ, การให้คำปรึกษารายบุคคล หรือ กลุ่มมิตรภาพบำบัด เป็นต้น

4. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติร้อยละ 34.3 ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงควรกระตุ้นให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และควรเน้นให้เห็นถึงผลดีของการตรวจค้นพบตั้งแต่เซลล์เริ่มมีความผิดปกติ พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตนและการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ด้านการศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสวัสดิกภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม บุคคลประเมินและมีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไป การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรมีการจัดการศึกษาเรื่องนี้ มุ่งเน้นให้นักศึกษาทำความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และส่งเสริมให้มีการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามาริบัติ อาจมีสภาพแวดล้อมและแนวทางการดูแลติดตามการรักษาที่แตกต่างกันออกไป จึงอาจจะมีการศึกษาซ้ำในสถาบันอื่นๆ เพื่อจะได้ความหลากหลายในการศึกษา

2. มีสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกบางรายที่ไม่มารับการตรวจวินิจฉัยต่อ จึงควรจะมีการศึกษาในสตรีกลุ่มนี้ว่ามีปัจจัยใดที่ไม่มารับการรักษา
3. อาจมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมทางการพยาบาลต่างๆเพื่อลดความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ
4. เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ควรจะเก็บข้อมูลในสตรีกลุ่มนี้เป็นระยะเพื่อดูแลให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย



ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ
STRESS AND COPING IN WOMEN WITH ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEAR

จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย 4837040 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ศุภกร วงศ์วิทย์, Ph.D. (Nursing), ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N.
(Adult Health Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer : IARC) ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกรายใหม่ประมาณ 11 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละ 7 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 27 ล้านคน (ธีรวิทย์ คูหะเปรมะ เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และนวลพรรณ อนันต์วัฒนวงศ์, 2548) จากการรวบรวมข้อมูลทั่วโลกพบว่ามีสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สูงถึง 493,243 คนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้เกือบร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ทั่วโลกจะมีสตรีที่มีชีวิตอยู่กับมะเร็งปากมดลูก 273,505 คนต่อปี (Ferlay, Bray, Pisani, & Parkin, 2004) โดยสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 80 จะเสียชีวิตซึ่งเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา (Parkin, Whelan, Ferlay, Teppo & Thomas, 2002) จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ.2548 พบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งคือโรคมะเร็ง เป็นอัตรา 81.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และในปีพ.ศ.2545 พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งในสตรีไทยที่พบมากที่สุดคือมะเร็งปากมดลูกพบ 20.9 ต่อประชากรสตรีแสนคน (Durasamee et. al, 1999)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่สามารถป้องกันได้ถ้าสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มมีความผิดปกติเนื่องจากการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลาค่อนข้างนาน

ประมาณ 10-15 ปีโดยไม่มีอาการ และปากมดลูกเป็นอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่าอวัยวะอื่นๆในอุ้งเชิงกราน ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเซลล์เริ่มผิดปกติ (pre-cancerous lesions) หรือก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (invasive cancer) (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547) แต่จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้นยังพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นจำนวนมากเนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการตรวจคัดกรอง (screening programs) ที่มีประสิทธิภาพในการตรวจหารอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (pre-cancerous lesions) และให้การรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (invasive cancer) (ธีรวิทย์ ภูษะเปรมะ, เทวินทร์ โกสียะตระกูล และ นวพล พรหม อนันต์วัฒนวงศ์, 2548) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นแผนระดับชาติ โดยกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขทั้งรัฐและเอกชนทุกแห่ง โดยมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องมะเร็งปากมดลูก ตรวจหาความผิดปกติของโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการ และการให้การรักษาในรายที่ตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ก่อนระยะลุกลาม (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนี้เป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อตรวจหารอยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาไม่ให้รอยโรคคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นการลดอัตราการตายจากมะเร็งระยะลุกลามได้ (กรรณิกา ตาตะนันท์, 2541) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันในปัจจุบันมีหลายวิธีเช่น การตรวจทางเซลล์วิทยา การตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด การตรวจหาเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส การตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังจากการขูดด้วยน้ำส้มสายชู การตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่า เป็นต้น ซึ่งวิธีที่นิยมและแพร่หลายที่สุดในปัจจุบันคือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือการตรวจPap smear

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Pap smear) มีจุดประสงค์หลักเพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติ และทำการสืบค้นหารอยโรคที่ปากมดลูก การทดสอบ Pap smear เป็นเพียงแค่การตรวจคัดกรองโรค (screening test) เท่านั้น ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นผลการทดสอบ Pap smear ผิดปกติจึงจำเป็นต้องตรวจค้นหารอยโรคที่ปากมดลูกและช่องคลอดต่อเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม ไม่ให้รอยโรคดังกล่าวคืบหน้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (invasive cancer) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการตรวจคัดโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยาเท่านั้น ซึ่งทำการตรวจโดยใช้กล้องขยายทางช่องคลอด (colposcope) โดยจะพบเห็นความผิดปกติของปากมดลูกว่าอยู่ที่ใด หลังจากนั้นทำการตัดชิ้นเนื้อ (punch biopsy) หรือการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) หรือการขูดชิ้นเนื้อด้านในปากมดลูก (endocervical curettage) จากบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา การวินิจฉัยเพื่อแบ่งระยะโรคนี้มีความจำเป็นและมีความสำคัญมาก

เพราะการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคและยังช่วยในการพยากรณ์โรคด้วย ซึ่งถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้มากกว่าระยะลุกลาม (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกลดลง ตั้งแต่มีการนำการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) มาใช้ในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แต่การตรวจตรวจหามะเร็งปากมดลูกจะไม่มีประโยชน์ ถ้าหากไม่มีการวินิจฉัยและรักษาต่อในรายที่มีผลการตรวจPap smear ผิดปกติ (Shinn et al, 2004) มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมากกว่าร้อยละ 15 ได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่มีผลการตรวจPap smear ที่ผิดปกติ (Janerich et al, 1995) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติอย่างเหมาะสมจะเป็นการช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกได้

การรายงานผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) จะแจ้งรายงานผลการตรวจทางไปรษณียบัตรหรือทางโทรศัพท์ให้สตรีรับทราบ ซึ่งผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้เป็นการแจ้งข่าวร้ายให้สตรีรับทราบทำให้สตรีเกิดความวิตกกังวลและความกลัวขึ้นมาได้ จากการศึกษาของลอเวอร์และรูบิน (Lauver & Rubin, 1991) พบว่าจากผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้มีความหมายคลุมเครือ เข้าใจได้ยาก ทำให้สตรีเกิดความรู้สึกเครียดกังวลขึ้น ซึ่งการได้รับข้อมูลที่มีความไม่ชัดเจนและความคลุมเครือนี้อาจพร้อมที่จะนำไปสู่ความสับสน (Weisman, 1979:21) ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้ ดังนั้นการแจ้งข่าวร้ายควรจะทำเป็นขั้นตอน มีลักษณะเป็นทางการและมีความชัดเจนให้ผู้ป่วยรับทราบ (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, 2549) แต่ทั้งนี้การรายงานผลPap smear นี้เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจคัดกรองหาเซลล์ผิดปกติ แต่การวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากตัวอย่างชิ้นเนื้อ (เยาวนา ณะพัฒน์, 2541)

หากผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติจำเป็นต้องมารับการวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาลจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะใดเพื่อวางแผนในการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินี้ไม่ได้หมายความว่าสตรีเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามทุกราย จากการศึกษาของสตินเนท (Stinnett, 2000) พบว่าสตรีจะสันนิษฐานเองว่าผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกตินั้นเป็นการบ่งบอกว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (invasive cancer) ซึ่งมีความกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูกเริ่มขึ้นตั้งแต่การได้รับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ และตลอดจนการรักษาที่ต่อเนื่อง

สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยพบว่าสตรีมีผลกระทบทางจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการรับทราบถึงผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ มีความวิตกกังวลมากขึ้น มีความเครียด ความ

กลัว รู้สึกซึมเศร้า โกรธ มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ทางเพศ (Bell, Porter, Kitchener, Fraser, Fisher & Mann, 1995) สตรีที่รับทราบว่าตนเองมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติทำให้เกิดภาวะเครียด (stressful) ขึ้น (Bereford & Gervaise, 1986; Lerman, Miller, Scarborough, Hanjani, Nolte & Smith, 1991; Nugent, Tamlyn-Leaman, Isa, Reardon, & Crumley, 1993; Miller, Roussi, Altman, Helm, & Steinberg, 1994 cited in Lauver, Baggot & Kruse, 1999) สตรีมีปฏิกิริยาตอบสนองหลังจากได้รับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความสงสัยกับผลการตรวจและมีความเครียดเกิดขึ้น (Lauver & Rubin, 1991) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของสตรีในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ อีกทั้งมีข้อจำกัดในกระบวนการรับรู้ การคิด การแปลความหมายในข้อมูลหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมถึงการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรจรรู้เข้าใจสภาวะทางจิตใจของสตรีกลุ่มนี้เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้สตรีกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

สำหรับในประเทศไทย บุคคลมีวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านบุคคลและสถานการณ์ รวมทั้งแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่แตกต่างออกไป ทำให้การประเมินตัดสินใจสถานการณ์ และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดอาจมีความแตกต่างกันออกไปจากผลการศึกษาของต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เพื่อต้องการทราบถึงสถานการณ์ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติเป็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็น ข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลให้รับรู้เข้าใจสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งจะเป็ประโยชน์และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

จากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน สามารถอธิบายความเครียดในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในสตรีที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติซึ่งมีการประเมินตัดสินใจว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลกระทบต่อส่วสุขภาพของ สตรีแต่ละคนอาจมีการประเมินตัดสินใจสถานการณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคลและสถานการณ์ และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามศักยภาพ แหล่งประโยชน์ ข้อจำกัดที่มีอยู่ และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งจะมีผลต่อผลลัพธ์ต่อการปรับตัวด้วย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งเน้นการประเมินสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

คำถามวิจัย

1. ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติเป็นอย่างไร
2. สตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีความเครียดอยู่ในระดับใด
3. สตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติมีการเผชิญความเครียดในลักษณะใด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 70 ราย ระหว่างเดือนเมษายน 2551 ถึงเดือนกันยายน 2551

คำจำกัดความ

ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่สตรีผู้มีรายงานผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ผิดปกติ ประเมินตัดสินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพต่อตนเองต้องใช้เวลาแห่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น วัดโดยการสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดตามแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรุนแรงของการประเมินเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear รายงานผลว่าผิดปกติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความเครียดโดยรวมในระดับใด คะแนนยิ่งสูงหมายถึงระดับความเครียดยิ่งมาก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติใช้ความพยายามทั้งการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดในการจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด วัดโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดจากโลวิคฉบับปรับปรุงปีค.ศ.1988 คะแนนหมายถึงกลุ่มตัวอย่างได้ใช้การเผชิญหน้ากับความเครียดวิธีนั้นมาก ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมด้านความเครียดเป็น 3 ด้านคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (abnormal Pap smear) หมายถึง ผลการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือการตรวจ Pap smear รายงานผลในระบบ The Bethesda system ปี2001 ว่ามีความผิดปกติของEpithelial cell ขึ้นไปซึ่งจำเป็นต้องมารับการตรวจวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยมีการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยศึกษาในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่มารับการวินิจฉัยและรักษาต่อที่โรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 70 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน 2551 ถึงเดือนกันยายน 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ใช้ในการคัดเลือกสตรีที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยให้สตรีเขียนชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ สามารถนับเป็นกลุ่มตัวอย่างได้
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรี
 - 2.2 แบบสัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียด ประกอบด้วย 2 ส่วนคือส่วนที่ 1 เป็นแนวคำถามปลายเปิด 5 คำถาม ใช้สัมภาษณ์ในสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ส่วนที่ 2 เป็นการวัดระดับความเครียดของสถานการณ์ที่มีผลการตรวจที่ผิดปกติโดยรวม โดยใช้ Visual analog Scale 1-100 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึงระดับความเครียดของสตรียิ่งมาก
 - 2.3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) มาใช้โดยนิตยา สุทธยากร (2531) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วยข้อความใช้วัดวิธีการเผชิญกับความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านการเผชิญกับปัญหา 13 ข้อ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 14 ข้อ และด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย จนถึง 5 ใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธีคือ 1) การคำนวณคะแนนจริง (raw score) คะแนนยิ่งมาก หมายถึง สตรีใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆ มาก และ 2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก แสดงถึงสตรีใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดในสตรีจำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้รับการยินยอมให้ทำการเก็บข้อมูลและการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยคัดเลือกรายชื่อสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจและวินิจฉัยต่อที่คลินิกตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยกล้อง (Colposcopic clinic) จากทะเบียนประวัติ
3. ผู้วิจัยคัดกรองสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โดยใช้คำถาม “หลังจากที่คุณรับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกรายงานว่าผิดปกติ คุณมีความรู้สึกเครียด ทุกข์ใจ กังวลใจกับผลการตรวจของคุณหรือไม่”
4. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ก่อน
5. หลังจากสตรีให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลแล้ว มีขั้นตอนดังนี้ 1) สตรีทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยให้สตรีเล่าบรรยายสถานการณ์ความเครียดให้ผู้วิจัยบันทึกเสียงแล้วให้ประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์ความเครียดโดยภาพรวม 3) สตรีทำแบบสอบถามการเผชิญความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ข้อมูลสถานการณ์ความเครียด นำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นสภาพวัตถุวิสัย และอิงกรอบแนวคิดทฤษฎี

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

สตรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย มีอายุตั้งแต่ 20 – 61 ปี อายุเฉลี่ย 41.26 ปี สถานภาพสมรสคู่จำนวน (ร้อยละ80) สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน (ร้อยละ 30) ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 31.4) มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ32.8) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ40) ส่วนมากพักอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล(ร้อยละ81.4) มีประวัติการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในครอบครัว (ร้อยละ14.3) ส่วนเหตุผลของการมาตรวจหา

มะเร็งปากมดลูกเกือบครึ่งหนึ่งคือตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ48.6) ก่อนการตรวจครั้งนี้ไม่เคยได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมาก่อน (ร้อยละ 34.3) และหลังจากที่ทราบผลผิดปกติกลุ่มตัวอย่างไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำ (ร้อยละ 22.9) การรับทราบผลการตรวจสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากรับทราบผลการตรวจจากการแจ้งผลทางไปรษณีย์ (ร้อยละ58.6) สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจจนถึงวันนัดตรวจเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ54.8) การรายงานผลการอ่านPap smearตามระบบ The Bethesda system ปี2001 ส่วนมากเป็นLow grade Squamous intraepithelial lesion (LSIL) (ร้อยละ40)

สถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเนื้อหาคำบรรยายสถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่าสตรีมีการประเมินถึงสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้เป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็นคือ 1) กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก, 2) กังวลเรื่องการรักษาและ 3) มีผลกระทบต่อชีวิตสมรส โดยที่สตรีหนึ่งคนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่าหนึ่งสถานการณ์ โดยสตรีเหล่านี้ได้บรรยายถึงสถานการณ์ที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ($n = 70$)

สถานการณ์ความเครียดจากการมี ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก	42	60
ไม่เคยคาดคิดมาก่อน	26	37.14
ไม่แน่ใจกับผลการตรวจ	11	15.71
มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง	5	7.14
กังวลเกี่ยวกับการรักษา	27	38.57
ต้องการรับรักษา	9	12.85
ต้องการทราบแนวทางการรักษา	8	11.42
การเลือกสถานพยาบาลในการรักษา	6	8.57
กลัวแผนการรักษาที่จะได้รับ	4	5.71
มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว	16	22.85
การมีบุตร	11	15.71
เพศสัมพันธ์	5	7.14

หมายเหตุ สตรี 1 คนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์

ระดับความเครียด

การศึกษาครั้งนี้วัดระดับความเครียดของสตรีที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดโดยรวมที่เกิดจากการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติโดยใช้แบบวัดระดับความเครียดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual analog scale มีคะแนนตั้งแต่ เครียดน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงเครียดมากที่สุด 100 คะแนน พบว่าระดับความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 51.47 ($SD = 22.48$, range = 10 – 90)

การเผชิญความเครียด

คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 44 ถึง 127 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36 ถึง 180 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.63 ($SD = 18.71$) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดใน 3 ด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีคะแนนอยู่ระหว่าง 14 - 59 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.34 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11 - 38 คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.19 คะแนน ส่วนด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

มีคะแนนอยู่ระหว่าง 19 - 49 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.37 คะแนน และเมื่อพิจารณาจากคะแนนของค่าที่เป็นไปได้และค่าคะแนนจริงพบว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้ของค่าที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จึงสรุปได้ว่าสตรีทุกรายในงานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้านดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียดรายด้านและโดยรวมเมื่อเกิดจากคะแนนจริง (Raw scores) (n = 70)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	14 - 59	35.34	9.48
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	11 - 38	18.19	5.38
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	14-70	19 - 49	36.37	7.56
โดยรวม	36-180	44-127	90.63	18.71

และเมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งแสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดพบว่าสตรีใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาเป็นการบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียดรายด้านและโดยรวมเมื่อเกิดจากคะแนนจริง (Raw scores) (n = 70)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	14 - 59	35.34	9.48
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	11 - 38	18.19	5.38
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	14-70	19 - 49	36.37	7.56
โดยรวม	36-180	44-127	90.63	18.71

การอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า สถานการณ์ความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะคือ 1) กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก, 2) กังวลเรื่องการรักษาและ 3) มีผลกระทบต่อชีวิตสมรส โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 60)

1.1 ไม่เคยคาดคิดมาก่อน (ร้อยละ 37.14)

เนื่องจากไม่มีอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูกคือ มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ เลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน มีน้ำออกปนเลือดออกจากช่องคลอด หรือเลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน (ฉัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2548) ดังข้อมูลสนับสนุนที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “ก็ไม่คิดนะว่าผลตรวจมันจะผิดปกติหนิ เพราะเราเองก็สบายดี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการผิดปกติอะไร เมินส์ก็มาปกติทุกเดือน” (สตรีรายที่ 33) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด ชูระแพง (2550) ที่ว่าสตรีส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่คิดว่าผลตรวจมะเร็งปากมดลูกจะผิดปกติ และการศึกษาของเลอร์แมนและคณะ (Lerman et al., 1991) พบว่าสตรี 1 ใน 3 ที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความกังวลกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก สตรีบางรายที่จะได้รับการผ่าตัดทางนิเวศควรได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกทุกราย (ธีระ วัชรปรีชานนท์ และเรืองศักดิ์ เลิศจรสุข, 2547) เมื่อมีผลการตรวจที่ผิดปกติสตรีจึงมีความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกเนื่องมาจากไม่เคยคาดคิดมาก่อน

1.2 ไม่แน่ใจกับผลการตรวจ (ร้อยละ 15.71)

ความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นจากสตรีมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับผลการตรวจที่ออกมาถึงร้อยละ 14.3 เนื่องจากไม่เชื่อผลการตรวจและคิดว่าผลการตรวจไม่ถูกต้อง ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “ตรวจที่เอกชนบอกว่าสงสัยเป็นมะเร็ง รู้สึกว่ามันใช่หรือ เราผิดปกติหรือ รพ.เอกชนตรวจถูกหรือเปล่า บางทีเขาอาจจะตรวจผิดก็ได้รพ.เอกชนขอหาโรคให้ผู้ป่วยจะได้ถูกคำ ได้เงินเข้ารพ.” (สตรีรายที่ 19) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวิน (Twinn, 2006) ที่พบว่าสตรีมีความรู้สึกไม่แน่นอน สับสนในผลการตรวจและไม่เชื่อผลการตรวจโดยในการศึกษารั้งนี้ สตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.9 ไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำจากสถานพยาบาลแห่งอื่นๆ เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) ที่ว่าสตรีไม่เคยคาดคิดมาก่อนที่จะมีผลผิดปกติ จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนั้นสตรีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามากกว่าร้อยละ 50 ไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อความแน่ใจ

1.3 มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 7.2)

กังวลกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก รวมถึงมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ ด้วย ดังนั้นเมื่อตนเองมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติขึ้นมาจึงทำให้เกิดความรู้สึกกังวลกลัวว่าตนเองจะเป็นมะเร็ง เนื่องจากกรรมพันธุ์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

2. สถานการณ์กังวลเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 38.57)

2.1 ต้องการรักษา (ร้อยละ 12.85)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจจนถึงวันที่รับการตรวจวินิจฉัยมีระยะเวลาตั้งแต่ 2 วันจนถึง 2 เดือน ซึ่งในรายที่ระยะเวลาในการรอการตรวจเพื่อวินิจฉัยนานจึงมีความกังวลว่าเซลล์มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ โดยมีสตรีร้อยละ 12.85 ที่มีความเครียดกังวลต้องการรักษา ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “อยากรีบมาตรวจมากกว่า เพราะถ้าเป็นมะเร็งจริงต้องรักษา คิดว่าทำไมหมอนัดมานานจัง อยากจะรักษามันจะได้หายๆ ฉะนั้นอยากรีบที่จะผ่าๆ ให้มันเสร็จกลัวว่าถ้าช้ามะเร็งมันจะกระจายกลัวจะรักษาไม่หาย” (สตรีรายที่ 15) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของต่างประเทศที่พบว่าสตรีร้อยละ 13 มีความกังวลว่าเซลล์มะเร็งปากมดลูกจะเปลี่ยนแปลงและมีความก้าวหน้าไปเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเนื่องจากระยะเวลาในการรอตรวจวินิจฉัยนาน (Neale, Pitts, Dunn, Hughes & Redman, 2003)

2.2 ต้องการทราบแนวทางการรักษา (ร้อยละ 11.42)

สตรีบางรายยังไม่ทราบถึงข้อมูลแผนการรักษาของเซลล์ผิดปกติว่าจะต้องมีการวินิจฉัยและรักษาต่อ เมื่อมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติแล้วจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อด้วยกล้อง Colposcope ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลอเวอร์และรูบิน (Lauver & Rubin, 1990) สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติต้องการทราบถึงสิ่งที่ต้องการดำเนินการต่อไปรับทราบข้อมูลถึงการวินิจฉัยรักษาที่ต่อเนื่อง

2.3 การเลือกสถานพยาบาลในการรักษา (ร้อยละ 8.57)

สตรีไทยจึงสามารถรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้จากสถานพยาบาลทั่วประเทศทั้งในส่วนของสถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเอกชน โรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสตรีร้อยละ 22.9 ได้รับการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจาก

สถานพยาบาลอื่นๆ สตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากสถานพยาบาลอื่นๆ เมื่อทราบผลการตรวจที่ผิดปกติแล้วต้องการมารับการตรวจวินิจฉัยต่อไปในโรงพยาบาลระดับใหญ่ขึ้นอาจเนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านั้นขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและรักษา ดังข้อมูลสนับสนุนของสตรีที่เล่าว่า “ตรวจมะเร็งจากสถานอนามัยใกล้บ้าน หมอที่นั่นเขาบอกว่าที่นี่ไม่มีเครื่องมือ ต้องไปตรวจที่รพ.ใหญ่ๆ เราเองก็กลัวใจกังวลจะรักษาที่ไหนดี” (สตรีรายที่ 55 อาศัยอยู่จังหวัดอุทัยธานี) หรือ “เราก็ไม่แน่ใจว่าหมอจะรักษาเก่งหรือเปล่า เรามารักษาที่รัฐบาลดีกว่าก็เลือกนานอยู่ว่าจะที่ไหนดี” (สตรีรายที่ 63) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แรมและแมกนุสเซน (Bertram & Magnussen, 2008) ที่พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติบางรายแสดงถึงความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญและชำนาญของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

2.4 กลัวแผนการรักษาที่จะได้รับ (ร้อยละ 5.71)

สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติร้อยละ 5.71 มีความกลัวแผนการรักษาที่ได้รับ สตรีดังกล่าวข้อมูลสนับสนุนที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “ก็อยากรู้ว่าการรักษาของการที่เซลล์ปากมดลูกผิดปกตินี้เขาต้องผ่าตัดไหม เพราะนี่ยังไม่เคยผ่าตัดเลยกลัวว่าจะเจ็บ ไม่อยากผ่าตัด” (สตรีรายที่ 60) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แรมและแมกนุสเซน (Bertram & Magnussen, 2008) ที่พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความกลัวการรักษาที่จะเกิดขึ้น กลัวเจ็บจากหัตถการการรักษา สตรีกลัวหัตถการการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต (Gray, et al, 2006)

3. มีผลกระทบกับชีวิตครอบครัว (ร้อยละ 22.85)

3.1 การมีบุตร (ร้อยละ 15.71)

เนื่องจากการรักษาที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตรต่อไปในอนาคต กังวลจะเป็นหมันไม่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ (Lauver, Baggot, & Kruse, 1999) สตรีมีความเข้าใจว่าปากมดลูกมีความผิดปกติเกิดขึ้นเท่ากับว่าตนเองมีความผิดปกติของการสืบพันธุ์จึงอาจไม่สามารถที่จะมีบุตรได้ ดังคำพูดของสตรีรายหนึ่งที่กล่าวว่า “กังวลว่าเราเป็นแบบนี้แล้วจะมีลูกได้หรือเปล่า ต้องตัดมดลูกทิ้งเลยใช่ไหม” (สตรีรายที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ (Kavanagh & Broom, 1997; Lagro-Janssen & Schijf, 2005; Gray, et al, 2006; Bertram & Magnussen, 2008)

3.2 การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 7.14)

การที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่ามีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ ความสนใจด้านเพศด้วยเช่นกัน (Lerman et al., 1991; Bennetts, 1995) สตรีคิดว่าการมีผลตรวจ

มะเร็งปากมดลูกผิดปกติมาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้กลัวการมีเพศสัมพันธ์ (Lagro-Janssen & Schijf, 2005) รวมไปถึงสตรีรู้สึกว่ามีคความสนใจในด้านเพศสัมพันธ์ลดลงไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ (Fink, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีจำนวน 5 ราย หรือสตรีร้อยละ 7.2 มีผลต่อชีวิตครอบครัวในด้านเพศสัมพันธ์ดังข้อมูลที่สตรีรายหนึ่งเล่าว่า “ที่นี่รู้ว่ามะเร็งปากมดลูกเนี่ยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พอรู้ผลแล้วเราก็อีกไม่กล้านอนกับแฟนอีก” (สตรีรายที่ 11) สตรีบางรายรู้สึกอายไม่กล้าบอกใครที่ตนเองมีผลการตรวจที่ผิดปกติเนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ การที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกตินี้เหมือนเป็นตราบาป (stigma) เนื่องจากปากมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ (Twinn, 2006) ดังข้อมูลที่สตรีรายหนึ่งกล่าวว่า “ก็อายที่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกนะสิ ป้าก็รู้ว่าผู้หญิงเราก็คือเป็นกันเยอะแต่มั่นอายที่ปากมดลูกเหมือนกับว่าเราไปใช้งานมันมากเกินไปเลยจะกลายพันธุ์เป็นมะเร็ง” (สตรีรายที่ 66)

ส่วนระดับความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา รวมถึงสตรีบางรายไม่มีอาการแสดงผิดปกติที่บ่งบอกว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกแต่ทั้งนี้การที่มีผลการตรวจผิดปกติยังไม่ได้หมายความว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกเสมอ จะต้องรอรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์โดยละเอียดก่อน รวมถึงยังไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตซึ่งจากสถานการณ์ความเครียดที่ได้กล่าวไปข้างต้นพบว่าสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรืออาจสูญเสีย รวมทั้งสถานการณ์ที่คุกคาม (Threat) ว่าเป็นความเครียดและตัดสินระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ ความไม่แน่ใจในสถานการณ์ และไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้น

เมื่อเกิดความเครียดขึ้นสตรีได้ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกันคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล โดยพบว่ามีส่วนการเลือกใช้ด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านการบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะบางครั้งการที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็งปากมดลูก จะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดกับแพทย์อีกครั้งก่อน สตรีบางรายจะเข้าใจว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้และข้อมูลกับสตรีที่มารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วย

2. พยาบาลหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช ควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินถึงการประเมินตัดสินใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติแต่ละราย และเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

3. อาจจะจัดทำโปรแกรมต่างๆ ทางพยาบาลที่ช่วยในการลดความเครียดในสตรีกลุ่มนี้ เพื่อให้สตรีมีจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้ออกสารคำแนะนำพร้อมทั้งจดหมายรายงานผลการตรวจ, การให้คำปรึกษารายบุคคล หรือ กลุ่มมิตรภาพบำบัด เป็นต้น

4. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติร้อยละ 34.3 ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงควรกระตุ้นให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และควรเน้นให้เห็นถึงผลดีของการตรวจค้นพบตั้งแต่เซลล์เริ่มมีความผิดปกติ พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตนและการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามาชิปดี อาจมีสภาพแวดล้อมและแนวทางการดูแลติดตามการรักษาที่แตกต่างกันออกไป จึงอาจจะมีการศึกษาซ้ำในสถาบันอื่นๆ เพื่อจะได้ความหลากหลายในการศึกษา

2. มีสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกบางรายที่ไม่มารับการตรวจวินิจฉัยต่อ จึงควรจะมีการศึกษาในสตรีกลุ่มนี้ว่ามีปัจจัยใดที่ไม่มารับการรักษา

3. อาจมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมทางการพยาบาลต่างๆ เพื่อลดความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

4. เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ควรจะเก็บข้อมูลในสตรีกลุ่มนี้เป็นระยะเพื่อดูแลให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

STRESS AND COPING IN WOMEN WITH ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEAR

JANTAKAN CHANGWATCHAI 4837040 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D.
(Nursing), YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (Adult Health Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Cancer is a public health problem and it is the cause of death in most countries. The International Agency for Research on Cancer (IRAC) estimates 11 million new cancer patients and 7 million deaths each year. In 2030, there will have 27 million new cases of cancer in developing countries (Tirawut Kohaprema, Taywin Kosiyatrakoon & Nuanphan Anantawatanawong, B.E. 2548). The recent compilation of global data indicates that 493,243 new cases of cervical cancer will occur annually among women worldwide. Nearly 80 percent of the cases will be in the developing countries. Worldwide, cervical cancer takes the lives of 273,505 women annually (Ferlay, Bray, Pisani, & Parkin, 2001), with over 80 percent of these deaths occurring in developing countries (Parkin, Whelan, Ferlay, Teppo, & Thomas, 2002). According to the report from Ministry of Public Health, in 2005 cancer is the leading cause of death in Thai and will be increasing every year (Bureau of Policy and Strategy, 2005). In 2002, prevalence of cervical cancer among Thai women was 20.9 per 100,000 women (Durasamee et al., 1999).

Cervical cancer is a cancer of genital organ that can be prevented if it is detected in an early stage. Because the cervix is the organ which located in the

position that can be detected easily comparing to other organ in the pelvic. The progression of cervical cancer from dysplasia to invasive cancer takes a period of up to 10 - 15 years (Yupin Phianmongkol, B.E. 2547). Therefore, Cervical cancer can be diagnosed and treated since pre-cancerous lesions or pre-invasive stage of cancer. However, many cases of the cervical cancer were ineffectively screening for pre-cancerous lesions before becoming an invasive stage (Tirawut Kohaprema, Taywin Kosiyatrakoon & Nuanphan Anantawanawong, B.E. 2548). The Ministry of Public Health had launched a mega project for cervical screening and assigned to each private and government hospital to educate women about cervical cancer. (Jatupol Srisomboon, B.E. 2547)

Cervical cancer screening is the secondary prevention for cervical cancer that beneficial in decreasing the number of deaths from the disease. It is a method to identify the early stage of cervical cancer (pre-invasive stage of cancer) (Kanika Thatanun, B.E. 2541) At present, several methods have been used for cervical cancer screening for example, cytological, colposcopy, and Visual Inspection Acetic acid (VIA). The most common method is Papanicolaou smear or Pap smear.

The main purpose of Pap smear is to detect abnormal cells and investigate the lesion at cervix. Pap smear is the screening test, it is not the diagnosis test of cervical cancer. So the abnormal Pap smear must be examined at the cervix and vagina in order to diagnose and treat appropriately. The lesion or dysplasia will not progress to invasive cancer if the abnormal cells have been detected and treated promptly. (Jatupol Srisomboon, B.E. 2547)

The definite diagnosis of cervical cancer can only be done by the pathological examination through colposcope in order to find out the position of cervical abnormalities. The next process are punch biopsy, conization, or endocervical curettage at the most abnormal position for the pathological examination. The diagnosis for staging is necessary and important because of cervical cancer treatment depending on the stage, and staging can predict the disease progression. Patient with early cervical cancer has more chance to be cured than invasive cancer. (Jatupol Srisomboon, B.E. 2547).

In developing countries, overall rate of cervical cancer deaths have declined since the introduction of the Papanicolaou smear test (Shinn et al, 2004). Pap smear

test is useless if the patients are not further diagnose and treated after the abnormal screening result. It was also found that more than 15% of invasive cervical cancer patients were not treated properly after abnormal Pap smear results (Janerich et al., 1995). Therefore, proper treatment for patients with abnormal Pap smear would reduce the incidence and death rate of cervical cancer.

Abnormal Pap smear should be notified by postcard or phone to women. Informed of Pap smear results were bad news for the women because they became worry and fearful. Abnormal results were ambiguous and difficult to understand (Lauver & Rubin, 1991). Unclear information might lead to confusion (Weisman, 1979); Therefore, women were stress about abnormal results. The Abnormal Pap smear results as a bad news, should be reported to the patients formally and clearly (Chitsanu Pancharoen, B.E. 2549). However, Pap smear report is the screening test for cell abnormalities, the certain cervical cancer diagnosis could be achieved by the pathological examination of the tissue sample (Yawana Tanapat, B.E. 2541).

Women who were informed of abnormal Pap smear should go to the hospital for further diagnosis, cervical cancer staging, and proper treatment plan. However, it is not indicated that the women who has abnormal Pap smear will have invasive cancer. In one study, women who had abnormal Pap smear assumed that they had invasive cancer (Stinnett, 2000). The fear of cervical cancer is initiated when the women received abnormal Pap smear results and throughout their continuous treatments.

Various studies reported the presence of negative psychological sequel among women who had abnormal Pap smear. For example, one study found that the level of anxiety, depression, anger, intrusive thoughts of avoidance, impairment of body image, self esteem and sexual function had increased (Bell, Porter, Kitchener, Fraser, Fisher & Mann, 1995). Knowing of abnormal Pap smear is stressful for the women. (Bereford & Gervaise, 1986; Lerman, Miller, Scarborough, Hanjani, Nolte & Smith, 1991; Lauver, 1991; Nugent, Tamlyn-Leaman, Isa, Reardon, & Crumley, 1993; Miller, Roussi, Altman, Helm, & Steinberg, 1994 cited in Lauver, Baggot & Kruse, 1999). Initial reactions after receiving an abnormal Pap result included wondering about the seriousness of the findings and the feeling of worrying (Lauver & Rubin, 1991). Consequently the ability of think and interpret and thinking process were limited. Selection of coping resources and coping effectiveness were also affected.

Health care providers should understand the feeling of women who had an abnormal Pap smear in order to help them coping with the informed of abnormal Pap smear.

In Thailand, different culture, beliefs, way of life, individualized and situational factors, resources, and limitations caused the estimation of stressful situation and coping strategies differently from foreign studies. (Waraporn Thipsuwanakun, B.E. 2541) Thus, the researcher was interested in studying stress and coping in women with abnormal Pap smear results in Thai context. The objectives of this study were to find out stressful situations and coping strategies in women with abnormal Pap smear results, to utilize the findings for educating nurses to understand sources of stress and coping of the women and to be beneficial in nursing practice for providing patients with information and assistance properly.

Transaction model of stress and coping proposed by Lazarus and Folkman, (1984: 32-36) was used as a conceptual framework in this study. There are three major concepts in this model, including stress, appraisal, and coping. Stress is defined as “a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well being” (Lazarus & Folkman, 1984:19). Stress includes harmless, threat, and challenge, which involves the coping effort. Cognitive appraisal is “an evaluative process that determines why and to what extent a particular transaction between the person and the environment is stressful” (Lazarus & Folkman, 1984:19). It is extended to primary and secondary appraisal. In primary appraisal, the effect of the environment is judged by the individual to be irrelevant, benign positive or stressful. Secondary appraisal involves evaluation of what might be done to manage a threatening or challenging situation. Factors influencing cognitive appraisal include two components that is situational factors (novelty and uncertainty event) and personal factors (commitments and beliefs). (Somchit Hanucharunrulkul, B.E. 2544). Coping is defined as “the constantly changing cognitive and behavioral effort to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.” (Lazarus & Folkman, 1984:141). Specific coping strategies serve to manage and alter stress (problem-focused coping) or regulate one’s emotional response to stress (emotion- focused coping).

Research questions

1. What are the stress situations of the women who have abnormal Pap smear?
2. What is the stress level of the women who have abnormal Pap smear?
3. What are coping strategies of the women who have abnormal Pap smear?

Scope of study

This research is the descriptive research. It was studied in 70 women, who had abnormal Pap smears and came to the Colposcope clinic, Gynecology department, Ramathibodi hospital. This study is conducted to identify stress, stress level and coping strategies of the women with abnormal Pap smear. The study sample was carried out during April 2008 to September 2008

Definitions of Terms

Stress means women with abnormal Pap smear results viewed this situation as having the impact on their well-being that requiring full or exceeding available resources to cope with the situation. It was measured by open-ended interview questions on stressful events designed by the researcher.

Stress level means the women views of the severity in the situation related to the impact on their well-being. The overall stress level would be estimated by the women. High score means high stress level.

Coping means that the process that women with abnormal Pap smear results tried to act on their situations or considered about their situations. It was measured by the Jalowiec Coping Scale (1988 revised edition). Stress behaviors were divided into 3 aspects namely, confrontative coping, emotional coping and palliative coping.

Abnormal Pap smear means cervical cancer screening test that show abnormal epithelial cell, reported under the Bethesda system 2001 and required further diagnosis by colposcope.

Research design

The descriptive study has included both quantitative data and qualitative data. The objective of the study is to explore the stress situations, stress level, and coping in women with abnormal Pap smear. The participants who had abnormal Pap smear and

were recruited from Colposcope clinic at Ramathibodi Hospital in Bangkok. Data were collected from April 2008 to September 2008

Research instruments

1. The screening instruments (The Set Test) The Set Test was used to screen for normal cognitive status of the women over 60 years of age before participating in the study.

2. The data collecting instruments:

2.1 The interviewing questions. The interview questions were developed by the researcher. The questions were divided into two parts. Part I consisted of five open-ended questions that used for interviewing the participants so as to describe the stress situation related to abnormal Pap smear result. Part II was a visual analog scale that range from 1 (the least stress) to 100 (the most stress). It was used to measure overall stress level related to abnormal Pap smears. The lower score indicated the lower level of stress. The higher score indicated the higher level of stress.

2.2 The Jalowiec Coping Scale (JCS). This instrument was translated from the JCS developed in 1988. It was translated into Thai by Nitaya Suthayakorn (B.E. 2531). The JCS was used for measuring coping strategies in women with abnormal Pap smear. In this study, the content validity for the Thai version was evaluated by three experts before implication. The JCS is 36-items checklist, consists of three subscales including confrontive (13 items), palliative (14 items), and emotive coping (9 items). Each item is rated in a 5-point Likert-type scale. From 1 to 5, 1 is rated as “never used” to 5 is rated as “almost always used”. There are two methods of score computation; (1) For raw score computation, the higher scores indicates the greater use of coping, and, (2) For relative score computation, the score of all items in each subscale is added up and compared among three subscales, the higher scores indicates the greater use of coping in that subscale. The overall internal consistency reliability by Chronbach alpha coefficients of the JCS in this study was .88.

Data collection

1. The research study was approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Ramathibodi Hospital, Mahidol university.

2. The researcher recruited the women with abnormal Pap smears who came to the colposcopic clinic from the list of medical records.

3. The researcher screened for the women who had abnormal Pap smear and reported abnormal Pap smear as a stressful situation by asking a question, “Did you feel stress, distress, or anxious when you had informed about the abnormal Pap smear?” If the women feel stress, the women would be recruited in this study

4. If the women were more than 60 years old, they had to be screened for normal cognitive status by the set test before participating in the study.

5. After the women agreed to participate in this study, the processes were followed; (1) the participants completed a demographics questionnaire; (2) the researcher interviewed the participants by using the semi-structure interview questions. During the interview, the subjects were asked to describe their stress situations and rated for overall stress level from their situations while the researcher recording their information into MP3, (3) the subjects completed JCS questionnaire.

Data analysis

1. The Demographics Data Form of the women with a abnormal Pap smear, overall stress level of stress situation, and JCS were analyzed by using descriptive statistics: frequencies, percentage, medians, means and standard deviations.

2. Content analysis and categorization were used to describe the stressful situations of women with abnormal Pap smears.

Result

The Demographics Data and the Clinical data

Seventy women, aged ranged from 20 to 61 years were recruited in this study. The average age was 41.26 years. Fifty- six women were married (80%). Most of the women had 2 children (30%). The majority of them were graduated with bachelor degree (31.4%). Thirty two percent of them were housewives. Their average income ranged from 5,000 to 10,000 baht per month (40%). Most of the women lived in Bangkok and vicinity (81.4%). About fourteen percent had family history of the cervical cancer. Almost half of them visited the clinic for Pap smear as their annual physical checkup (48.6%). Twenty-four women had not had Pap smear previously

(34.3%). Sixteen women had a recheck (22.9%) for prior abnormal Pap smear results. Most of women (58.6%) were informed of the Pap smear results by mail. Most of the women (54.8%) came for follow up after more than 4 weeks of the notification of the results. Pap smear report were classified under the Bethesda system 2001. Most of the Pap smear results were defined as a Low grade Squamous intraepithelial lesion (LSIL) (40%).

Stress situation

The transcribed interview data from the women with abnormal Pap smear were analyzed by means of content analysis and findings were categorized into terms, frequency and percentage. According to the findings, stress situations of women with abnormal Papanicolaou smear could be categorized into three themes related to 1) fear of having cervical cancer, 2) concern about treatment, and 3) impact on family life, as show in Table 1.

Table 1 Frequency and percentage of stress situations caused by abnormal Papanicolaou smear (N = 70)

Stress situations cause by abnormal Papanicolaou smear	Frequency	Percentage
Fear of having cervical cancer	42	60
Unexpectation	26	37.14
Uncertain about the result	11	15.71
Having family history of cancer	5	7.14
Concern about treatment	27	38.57
Need of urgent treatment	9	12.85
Need to know treatment plan	8	11.42
Selection of the hospital for treatment	6	8.57
Fear of the treatment	4	5.71
Impact on family life	16	22.85
Infertility	11	15.71
Sexual relation	5	7.14
Remark : One women with abnormal Papanicolaou smear may have more than one stress situation.		

Stress level

The level of stress was measured by using visual analog scale. The women described their feeling of stress with abnormal Pap smear report at the moderate level (Mean = 51.49, SD = 22.48)

Coping strategies

Prior to the analysis on raw score and relative scores of JCS, the mean raw score was calculated. The total scale was 90.63. The subscales of confrontive coping was 35.34. The palliative coping and emotional coping were 36.37, 18.19 respectively (Table 1). The minimum actual score in all three coping strategies was higher than the

possible score which indicated that women used a combination of three coping strategies. According to the coping relative score, the most frequently used of coping strategies were confrontive coping, palliative, and emotional coping, respectively. (Table 2)

Table 2 The range, mean and standard deviation of raw score of coping strategies used by the women with abnormal Pap smear. ($n = 70$)

Coping strategies	Min - Max		Mean	SD
	Possible score	Actual score		
Total	36 - 180	44 - 127	90.63	18.71
Confrontive coping	13 - 65	14 - 59	35.34	9.48
Palliative coping	14 - 70	19 - 49	36.37	7.56
Emotional coping	9 - 45	11 - 38	18.19	5.38

Table 3 The range, mean and standard deviation of relative score of coping strategies used by the women with abnormal Pap smear. ($n = 70$)

Coping strategies	Min-Max	Mean	SD
Confrontive coping	0.26 - 0.50	0.37	.05
Palliative coping	0.27 - 0.46	0.35	.04
Emotional coping	0.05 - 0.45	0.28	.06

Discussion

The findings revealed that stressful situations of women with abnormal Pap smear results consisted of 3 aspects namely, 1) Fear of having cervical cancer, 2) Concern about treatment, and 3) Impacts on family life

1. Stressful situation related to fear of having cervical cancer (60%)

1.1 Unexpected (37.14%)

It was unexpected because the women had not had symptoms of cervical cancer such as vaginal bleeding after sexual intercourse, spotting between menstrual periods, discharge or bleeding from vagina, or vaginal bleeding after menopause (Nathpong Israngura Na Ayudhya, B.E. 2548). This statement was supported by a woman who said, “I did not expect the abnormal results because I was fine and healthy without any abnormalities. I had normal menstruation every month” (33rd woman). Similarly, the study of Prayad Thurapang (B.E. 2550) revealed that most women thought that they did not have any abnormalities, so they did not expect abnormal Pap smear results. Lerman and colleagues (1991) found that one third of women with abnormal Pap smear results would be worried about having cervical cancer. Some women who undergo gynecologic surgery should take a Pap smear. (Teera Wacharaprechanont and Ruangsak Lertkhachonsuk, B.E. 2547). Abnormal results would cause the women to become fearful of having cervical cancer because it was unexpected before.

1.2 Uncertain about the result (15.71%)

Women became fearful of having cervical cancer because they thought that the results were uncertainty (15.71%). They did not believe in the results and thought that the results were incorrect. This was supported by a woman’s statement, “A private hospital told me that it was likely to be cancer. I wondered whether the results were correct and whether I had any abnormalities. It was possible that result was wrong. Most private hospitals tended to diagnose patients with diseases in order to gain customers and earn money” (19th woman). Similarly, the study of Twinn (2006) reported that because women felt uncertain, got confused and did not believe in the results, 22.9% of them had Pap smear rechecked at other hospitals in order to ensure accurate results. Accordingly, the study of Lagro-Janssen and Schijf (2005) revealed that women never expected abnormal results leading to uncertainty. As a result, more

than 50% of the participants had a rechecked the results at other hospitals in order to ensure accuracy.

1.3 Having family history of cancer (7.14%)

Women became fearful of having cervical cancer because their family members used to have cervical cancer or other types of cancer. Therefore, their abnormal Pap smear results caused them to become fearful of having cancer because genetics might be a risk factor of having cervical cancer (Jatupol Srisomboon, B.E. 2547).

2. Stressful situation related to concern about treatment (38.57%)

2.1 Need of urgent treatment (12.85%)

According to this study, it took 2 days to 2 months from the reported date to the diagnosis date. Some women who had to wait for long time were worried that the abnormal cells might turn into invasive cancer. Nine women said that they needed urgent treatment. This was supported by a woman's statement, "I rushed to be diagnosed because if it was cancer, it needed urgent treatment. I wondered why the doctor delay appointment. I wanted to be treated and operated as soon as possible. I was afraid that it would be too late to be cured when the cancer spread" (15th woman). Similarly, one study revealed that 13% of women were worried that their abnormal cells would change and turn into invasive cervical cancer while waiting for diagnosis (Neale, Pitts, Dunn, Hughes & Redman, 2003).

2.2 Need to know treatment plan (11.42%)

Some women did not know that these abnormal cells needed to be further diagnosed and treated. After receiving abnormal Pap smear results, it was necessary to be further diagnosed by Colposcope. Similarly, the study of Lauver and Rubin (1990) revealed that the women with abnormal Pap smear results needed to know further plan and gain information on treatment continuously.

2.3 Selection of the hospital for treatment (8.57%)

Thai women could have the Pap smear test from health centers all over Thailand such as public health centers, private clinics, public and private hospitals. Sixteen women had Pap smear from the health centers, and if the results were abnormal, they needed to have further diagnosed at the larger hospitals because most health centers did not have adequate equipment and instrument for doing further

diagnosis and treatment. This was supported by one's women statement "I had a Pap smear at nearby health center. The doctor said that there was no medical instrument, so it was necessary to go to the larger hospital for diagnosis. I was worried about the selection of hospital for treatment" (55th woman living in Uthaithani Province), or "I was not sure about doctor's expertise. I preferred treatment at public hospitals, and took long time to select the place" (63rd woman). Accordingly, the study of Bertram and Magnussen (2008) revealed that some women with abnormal Pap smear results expressed their trust and confidence in health care provider's expertise.

2.4 Fear of the treatment (5.71%)

Four women with abnormal Pap smear results were afraid of treatment plan. This was supported by a woman's statement, "I wanted to know whether cell abnormalities needed to be treated by surgery because I never undergo any surgery. I was afraid of pain and did not want to have surgery" (60th woman). Accordingly, the study of Bertram and Magnussen (2008) found that the women with abnormal Pap smear results were afraid of painful treatment. Some women were afraid of treatment in the future (Gray et al., 2006).

3. Stressful situation related to impacts on family life (22.85%)

3.1 Infertility (15.71%)

As treatment could possibly affect their fertility in the future, women were worried that they would not be able to pregnant and having baby (Lauver, Baggot, & Kruse, 1999). Women thought that cervical abnormalities indicated abnormal reproduction leading to infertility. This was supported by a woman's statement, "I was worried whether I could have a baby and whether my uterus would be removed" (9th woman). According to some foreign studies, women with abnormal Pap smear worried about Infertility. (Kavanagh & Broom, 1997; Lagro-Janssen & Schijf, 2005; Gray, et al, 2006; Bertram & Magnussen, 2008).

3.2 Sexual intercourse (7.14%)

Some studies reported that abnormal Pap smear results also affected sexual intercourse and sexual interest (Lerman et al., 1991; Bennettes, 1995; Fink, 2003). Women thought that abnormal Pap smear results caused by sexually transmitted disease, so they were afraid of sexual intercourse (Lagro-Janssen & Schijf, 2005). According to this study, it was found that five women (7.14%) reported of

their sexual life be affected. This was supported by a woman's statement, "I knew that cervical cancer was related to sexual intercourse. When I received the results, I was afraid of sleeping with my husband" (11th woman). Some women were embarrassed to tell anyone that they had an abnormal Pap smear because the cervix was a sex organ. The cervix is related to sexual intercourse (Twinn, 2006). This was supported by a woman's statement, "I was embarrassed about having cervical cancer. I knew that several women got cervical cancer, but I was still embarrassed because it seemed like I used the organ so much that it turned into cancer" (66th woman).

In this study, stress level of the women with abnormal Pap smear results was at a moderate level. Because abnormal Pap smear would change to invasive cervical cancer the women did not proper treatment. In addition, some women had no signs or symptoms of cervical cancer, so they were not sure of having of the abnormal Pap smear. However, abnormal Pap smear do not always indicate cervical cancer. It needed to wait for further diagnosis by the doctor. Moreover, it was not clear what would be treatment in the future. Stressful situations as mentioned above were support to the stress and coping theory of Lazarus and Folkman (1984) which revealed that each individual considered harmful situations and threat as stress, and estimated stress level based on severity of situations, uncertainty of situations, and unknown situations.

When women having stress, they combine three coping strategies, namely confrontive coping, emotional coping, and palliative coping. Accordingly, the stress and coping theory of Lazarus and Folkman (1984) revealed that each individual would cope with stress by using confrontive coping and emotional coping differently based on stressful situations and context of the individual. It was found that confrontive coping was most chosen, followed by palliative coping and emotional coping.

Suggestions for nursing practice

1. Nurse should provide information through the mass media or to inform the public that abnormal Pap smear results do not always indicate cervical cancer. It needed to have further diagnosed by the doctor. Some women would assume that they already had cervical cancer. Therefore, it is necessary to provide information to every woman who come to a clinic for a Pap smear test

2. Nurses who working at a Colposcope clinic, Gynecology Department should take the role in evaluating stressful situations and coping estimation of each woman with abnormal Pap smear results. Nurses should be the resource persons who provide the information and advices for the women, for example, information about cervical cancer, further diagnosis and treatment, or establishing a group support for the women to discuss about how to handle their situations.

3. Nurses should arrange a support program for the women with abnormal Pap smear in order to reduce their stresses and help them to cope with stresses properly, for example, send leaflets which explain about meaning of the abnormal results, inform about support group or individual counseling, with notification of abnormal result.

4. According to this study, it was found that 34.3% of women with abnormal Pap smear results had never had a Pap smear test. Therefore, it was suggested to motivate women to recognize the importance of annually taking Pap smear test, and emphasizing the advantages of early detection of abnormal cells, as well as advice continuous treatment and counseling resources.

Suggestions for nursing research

1. The data of this study were collected from Ramathibodi Hospital, the environment and treatment guidelines might be different and the result may not be generalizable to other women with abnormal Pap smear. Therefore it was suggested to repeat the study in other hospitals.

2. In this study, some women who had abnormal Pap smear results did not go to doctor for further diagnose; therefore, it was suggested to investigate for the relevant factors to this situation.

3. Nurses should be established research study about nursing program in order to reduce stresses in women with abnormal Pap smear.

4. Women with abnormal Pap smear need to have further investigation and treatment, it was suggested to follow up them continuously in order to provide proper care to each of them.

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ตาตะนันท์. (2541). Screening of gynecologic cancer ใน กนธีร์ สังขวาลี (บรรณาธิการ), *Simplified gynecologic oncology* (หน้า 11-25). กรุงเทพฯ: หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2538). *ความรู้สึกละอายใจและความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จตุพล ศรีสมบุญ. (2540). *มะเร็งวิทยานรีเวช*. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- จตุพล ศรีสมบุญ. (2547). *มะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและการรักษา*. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบ็อก เซนเตอร์.
- จตุพล ศรีสมบุญ. (2551). *Management of abnormal Pap smear by evidence-based medicine & current ASCCP guidelines*. กรุงเทพฯ: โรซ ไดแอคโนติกส์.
- จตุพล ศรีสมบุญ และชำนาญ เกียรติพิรกุล. (2549). *วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ในจตุพล ศรีสมบุญ (บรรณาธิการ), ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส และมะเร็งปากมดลูก* (หน้า 125-154). กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- ฉลอง ชิวเกรียงไกร. (2549). *วัคซีนรักษาการติดเชื้อเอชพีวี ใน จตุพล ศรีสมบุญ (บรรณาธิการ), ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส และมะเร็งปากมดลูก* (หน้า 163-174). กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ. (2549). *การแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง ใน ชิษณุ พันธุ์เจริญ จตุพล ศรีสมบุญ อุษาทิสยากร สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (บรรณาธิการ), คู่มือเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันด้วยวัคซีนเอชพีวี* (หน้า 59-64). กรุงเทพฯ: ซี แอนด์ เอส.
- ชำนาญ เกียรติพิรกุล และจตุพล ศรีสมบุญ. (2549). *เชื้อเอชพีวีและการก่อมะเร็งปากมดลูก ในจตุพล ศรีสมบุญ (บรรณาธิการ), ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส และมะเร็งปากมดลูก* (หน้า 15-24). กรุงเทพฯ: ทิมส์ .
- เทวินทร์ โกติยะตระกูล และวรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย. (2548). *การรายงานผล Pap smear ใน ชีวรุติ กุหะเปรมะ เทวินทร์ โกติยะตระกูล และนวลพรรณ อนันตวัฒนวงศ์ (บรรณาธิการ), การ*

- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี *Pap smear*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ธนา นิลโกวิท และสิวลี ศรีไล. (2542). ปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช ใน วสันต์ สันะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา* (เรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 2, หน้า 644-676). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- ธิดา เขียวธารงสุข. (2543). *ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อหุ้มหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีระวุฒิ คูหะเปรมะ. (2548). สถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. ใน วุฒิ สุเมธโชติเมธา และคณะ (บรรณาธิการ), *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear*. (หน้า 3 - 6). กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.
- ธีระวุฒิ คูหะเปรมะ เทวินทร์ โกสียะตระกูล และนวลพรรณ อนันต์วัฒนวงศ์. (2548). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ธีระ วัชรปรีชานนท์ และเรืองศักดิ์ เลิศจรสุข. (2547). การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดทางนรีเวช ใน สมชัย นิรุติศาสน์ เนตร สุขเจริญ สุรางค์ ตริรัตน์ชาติ วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ และวิสันต์ เสรีภาพงศ์ (บรรณาธิการ), *ตำรานรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 530-541). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2548). มะเร็งนรีเวช ใน เสวก วีระเกียรติ และสุกพรรณ วิไลลักษณ์ (บรรณาธิการ), *ตำรานรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 217-221). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประหยัด ฐระแพง. (2550). *การพัฒนากระบวนการติดตามสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- มงคล เบญจาทิบาล. (2549). การป้องกันมะเร็งปากมดลูก:การเปลี่ยนแปลงในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน มณี รัตนไชยานนท์ และ พัทยา เสงวีศรี (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค* (หน้า 147-160). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- มณฑา ลิ้มทองกุล.(2535) . *ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญกับปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวนา ณะพัฒน์. (2541). Cervical intraepithelial neoplasia ใน กนธีร์ สังขวาสิ (บรรณาธิการ), *Simplified gynecologic oncology* (หน้า 90-99). กรุงเทพฯ: หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2540). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่างการปรับเปลี่ยนบทบาทเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพ. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 3(1), 5-20.
- ยุพิน เพียรมงคล. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวดี ภาชา มาลี เลิศมาลีวงศ์ เขวลักษณ์ เล่าหะจินดา วิไล ลีสุวรรณ พรรณวดี พุชวัฒนะ และจุริศ ธนุรักษ์. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- วรารณ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระ สุรเศรษฐวงศ์. (2549). บทบาทของสูตินรีแพทย์ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก. ใน จตุพล ศรีสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), *ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส และมะเร็งปากมดลูก* (หน้า 91-108). กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และ ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2542). การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก ใน วสันต์ ลีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา* (เรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 2, หน้า 181-204). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. (2545). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางเลือกใหม่สำหรับประเทศไทย ใน แสงชัย พุทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา*. (หน้า 241-260). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 95-120). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ในสมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่13, หน้า 255-279). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา. (2549). การป้องกันมะเร็งปากมดลูก: การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ใน มณี รัตนไชยานนท์ และพัทยา เสงริ์สมิ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค*. (หน้า 161-169). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- สัณชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล. (2542). มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม ใน วสันต์ ลินะสมิต และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา* (เรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 2 , หน้า 408-440). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สายบัว ชีเจริญ. (2546). การรักษาก่อนลูกถามของมะเร็งปากมดลูก ในเพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล ชีรวุฒิกุหลาบ และสมยศ ศิริสมิ (บรรณาธิการ), *แผนการดำเนินงานการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย*. (หน้า 88-96) กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาภรณ์ จันทวานิช. (2549). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนา แสนมาโนช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด* ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *มิตรภาพบำบัด: เพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยช่วยผู้ป่วย ด้วยสายใยแห่งมิตรภาพ* (ถอดบทเรียนและประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดใน หน่วยบริการ). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. (2548). *สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2548*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก*. กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.

- ไสว นรสาร. (2540). *ความรู้สึกไม่แน่นอนการประเมินคัดสรรและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลรามารับดี. (2549). *คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ศิริพร จิรวินกุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). *ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์ พรหมมณี. (2549). *มะเร็งปากมดลูก ปัญหาสุขภาพของสตรี. วารสารประชากรและการพัฒนา, 26(4), 4-5.*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส*. กรุงเทพฯ: ชันดี.

- Abercrombie, P. D. (2001). Improving adherence to abnormal Pap smear follow-up. *Journal of Gynecological Neonatal Nursing, 30*(1), 80- 88.
- Abercrombie, P. D., Zamora, A., & Korn, A. P. (2007). Providing a mindfulness-based stress reduction program for low-income multiethnic women with abnormal Pap smears. *Holistic nursing practice, January/February*
- Ali, N. S., & Khalil, H. Z. (1991). Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer nursing, 14*(5), 232-239.

- Alison, K., McKee, M. D., & Roybal, K. (2003). Women's experiences of abnormal cervical cytology: illness representations, care process and outcomes. *Analysis of family medicine*, 1(4), 196-201.
- Amornrat Ratanasiri. (1999). *Illness experiences and coping with gynecological cancer among northeast Thai female patients*. The degree of Doctor of philosophy (Medical and health social sciences), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Bekkers, R. L., van der Donck, M., Klaver, F. M., van Minnen, A., & Massuger, L. F. (2002). Variables influencing anxiety of patients with abnormal cervical smears referred for colposcopy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 257-261.
- Bell, S., Porter, M., Kitchener, H., Fraser, C., Fisher, P., & Mann, E. (1995). Psychological response to cervical screening. *Preventive Medicine*, 24, 610-616.
- Bennetts, A., Irwig, L., Oldenburg, B., Simpson, J. M., Mock, P., Boyes, A., Adams, K., Weisberg, E., & Shelley, J. (1995). PEAPS-Q; A questionnaire to measure the psychosocial effects of having an abnormal Pap smear. *Journal of clinical epidemiology*, 48 (10), 1235-1243.
- Beresford, J., & Gervaise, P. (1986). The emotional impact of abnormal pap smears on patients referred for colposcopy. *Colposcopy and Gynecologic laser surgery*, 2(2), 83-87.
- Bertram, C. C., & Magnussen, L. (2008). Informational needs and the experiences of women with abnormal Papanicolaou smears. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 20, 455-462.
- Doherty, I. E., Richardson, P. H., Wolfe, C. D., & Raju, K. S. (1991) The assessment of the psychological effects of an abnormal cervical smear result and subsequent medical procedures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 12, 319-324.
- Durasamee, S., Martin, N., Sontipong, S., Sriamporn, S., Srivatanakul, P., & Sriplung, H. (1999). *Cancer in Thailand Vol II*. (17-25). IARC Technical Report: Lyon .
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D. M. (2004). Cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide. In *Globocan 2002*, version 2.0. IARC Cancer Base No 5. IARC Press: Lyon.
- Fink, J. L. W. (2003). Beyond the shock of an abnormal Pap. *RN*, 66(6), 56-61.

- Folkman, S. (1992). Commentary to Part Three: Improving Coping assessment: Reply to Stone and Kennedy-Moore. In. H. S. Friedman. (Ed.), *Hostality Coping & Health*. (pp. 215 – 223). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An anlysis of coping in a middle-ages community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Forss, A., Tishelmen, C., Widmark, C., & Sachs, L. (2004). Women' s experiences of cervical cellular changes: an unintentional transition from health to liminality?. *Sociology of health & illness*, 26 (3), 306-325.
- Gath, D. H., Hallam, N., Mynors-Wallis, L., Day, A., & Bond, S. A. (1995). Emotional reactions in women attending a UK colposcopy clinic. *Journal of Epidemiology Community Health*, 49, 79-83.
- Gray, N. M., Sharp, L., Cotton S. C., Masson. L. F., Little J., Walker, L. G., Avis, M., Philips. Z., Russell, I., Whynes, D., Cruickshank, M., & Woolley, C. M. (2006). Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. *British Journal of Cancer*, 94(9), 1253-1262.
- Goodkin, K., Antoni, M. H., & Blaney, P. H. (1986) Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of Psychosomatic research*, 30(1), 67-76.
- Howells, R.E., Dunn, P.D., Isasi, T., Chenoy, R., Calvert, E., Jones, P.W., Shroff, J.F., & Redman, C.W. (1999). Is the provision of information leaflets before colposcopy beneficial? A prospective randomized study. *British Journal of Gynecology*.106(6), 528-534.
- Hellsten, C., Sjostrom K., & Lindqvist, P. G. (2007). A prospective Swedish cohort study on psychosocial factors influencing anxiety in women referred colposcopy. *British Journal of Gynecology*, 114(1), 32-38.
- Hupcey, J. E. (2005). Measurement Issue in Qualitative Research In Waltz, C.F., Strickland, O.L., & Lenz, E.R. *Measurement in Nursing and Health Research*. (3rd, pp. 215-230). New York: Springer.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 467-470.

- Jalowiec, A., (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C.F. Waltz & O.L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome: volume one measurement of client outcomes* (pp. 288-308). New York: Springer.
- Jalowiec, A. & Power, M. J. (1980). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing research*, 30(1), 10-15.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping scale. *Nursing research*, 33(3), 157-161.
- Janerich, D. T., Hadjimicharel, O., Schwartz, P. E., Lowell, D. M., Meigs, J. W., Merino, M. J., Flannery, J. T., & Polednak, A. P. (1995). The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. *American Journal of Public Health*, 85(6), 791- 794.
- Kavanagh, A. M., & Broom, D. H. (1997). Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *British Medical Journal*, 314, 1388-1391.
- Krumm, S., & Lamberti, J. (1993). Change in sexual behavior following radiation therapy for cervical Cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 14(1), 51-63.
- Lagro-Janssen, T., & Schijf, C. (2005). What do women think about abnormal smear test results? A qualitative interview syudy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 26(2), 141-145.
- Lauver, D., & Rubin, M. (1991). Women's concerns about abnormal papanicolaou test results. *Journal of Gynecological Neonatal Nursing*, 20(2), 154-159.
- Lauver, D. R., Baggot, A., & Kruse, K. (1999). Women's experiences in coping with abnormal papanicolaou results and follow-up colposcopy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28(3), 283-289.
- Lauver, D. R., Kruse, K., & Baggot, A. (1999). Women's uncertainties, coping, and moods regarding abnormal papanicolaou results. *Journal of women's health and gender based medicine*, 8(8), 1103-1112.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill Book.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Ledwick, M. (2006). Abnormal smear anxiety. *Practice nurse*, 31(9), 7.

- Lerman, C., Miller, S. M., Scarborough, R., Hanjani, P., Nolte, S., & Smith, D. (1991). Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical screening. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(3), 658-662.
- Lewis, J., & Ritchie, J. (2003). *Qualitative research practice*. London: SAGE.
- Meana, M., Stewart, D. E., Lickrish, G. M., Murphy, J., & Rosen, B. (1999). Patient preference for the management of mildly abnormal Papanicolaou smears. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 8(7), 941-947.
- Neale, J., Pitts, M. K., Dunn, P. D., Hughes, G. M., & Redman, C. W. E. (2003). An observational study of precolposcopy education sessions: what do women to know?. *Health care for women international*. 24, 408-475.
- Nieminen, P., Kallio, M., & Hakama, M. (1995). The effect of mass screening on incidence and Mortality of Squamous and Adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstetrics & Gynecology*. 85(6), 1017-1021.
- Nugent, L. S., Tamlyn-Leaman, K., Isa, N., Reeardon, E., & Crumley . (1993). Anxiety and the colposcope experience. *Clinical Nursing Research*, 2(3), 267-277.
- Reelik, N., de Haes, W., & Schuurman, J. H., (1984). Psychological side-effects of the mass screening on cervical cancer. *Social Science & Medicine*, 18(12), 1089-1093.
- Rogstad, K. E. (2002). The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. *British Journal of Gynecology*, 109, 364-368.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, Caregiving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson's patients*. Doctor of Science Nursing , School of Nursing in Graduate School, The University of Alabama at Birmingham.
- Shinn, E., Basen-Engquist, K., Le, T., Hansis-Diarte, A., Bostic, S., Martinez-Cross, J., Santos, A. & Follen, M. (2004). Distress after an abnormal pap smear result:scale development and psychometric validation. *Preventive Medicine*, 39, 404-412.
- Stinnett, B. A. (2000). Use of Psychosocial effects of abnormal pap smears questionnaire (PEAPS-Q) in a community hospital colposcopy clinic. *Journal of lower genital tract disease*, 4(1), 34-39.
- Tomaino-Brunner C., Freda, M. C., & Runowicz, C. D. (1996). "I hope I don't have cancer" Colposcopy and minority women. *Oncology Nursing Forum*, 23(1), 39-44.

- Twinn, S. (2006). Balancing uncertainty and acceptance: understanding Chinese women's responses to an abnormal cervical smear result. *Cancer and palliative care*, 15(9), 1140-1148.
- Parkin, D. M., Whelan, S. L., Ferlay, J., Teppo, L., & Thomas, D. B. (2002). Cancer incidence in five continents. *IARC Scientific Publications*, 143(8).
- Phongphanngam, S. (2003). *Effect of a home-based management intervention program for family caregivers of elderly patients undergoing hip arthroplasty on caregivers' adaptation, and satisfaction*. Master's in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russ, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative score in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- Vanderhaeghe, L. (2002). Abnormal Pap test?. *Total Health*, 24(5), S29.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบหมวดหมู่
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด
4. แบบวัดระดับความเครียด
5. แบบวัดการเผชิญความเครียด

แบบทดสอบหมวดหมู่

โปรดเติมชื่อของผลไม้ สัตว์ สี และ จังหวัด ลงในช่องว่างต่อไปนี้

ผลไม้	1 _____	6 _____	สัตว์	1 _____	6 _____
	2 _____	7 _____		2 _____	7 _____
	3 _____	8 _____		3 _____	8 _____
	4 _____	9 _____		4 _____	9 _____
	5 _____	10 _____		5 _____	10 _____

สี	1 _____	6 _____	จังหวัด	1 _____	6 _____
	2 _____	7 _____		2 _____	7 _____
	3 _____	8 _____		3 _____	8 _____
	4 _____	9 _____		4 _____	9 _____
	5 _____	10 _____		5 _____	10 _____

คะแนนรวม _____

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับท่าน

1. อายุ ปี
2. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม
☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ หม้าย
☐ คู่ ☐ หย่า
4. จำนวนบุตร คน
5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
☐ พนักงานเอกชน ☐ รับจ้างทั่วไป
☐ แม่บ้าน ☐ ไม่ได้ทำงาน
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
☐ น้อยกว่า 5,000 ☐ 5,001 – 10,000
☐ 10,001 – 20,000 ☐ 20,001- 30,000
☐ 30,000 ขึ้นไป
8. ที่อยู่ปัจจุบัน
☐ กรุงเทพฯและปริมณฑล ☐ ภาคเหนือ
☐ ภาคกลาง ☐ ภาคตะวันออก
☐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ☐ ภาคใต้

9. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- | | |
|--|---|
| ☐ ต้นสังกัด | ☐ ประกันสังคม |
| ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | ☐ เบิกไม่ได้ (ชำระเงินเอง) |
| ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | |

10. ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
|------------------------------|---------------------------------|

11. ท่านเคยใช้ยาคุมกำเนิดหรือไม่

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
|------------------------------|---------------------------------|

12. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
|------------------------------|---------------------------------|

13. บุคคลในครอบครัวของท่านมีประวัติการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ มี | ☐ ไม่มี |
|-----------------------------|--------------------------------|

14. เหตุผลของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกครั้งนี้

- | |
|--|
| ☐ มาตรวจสุขภาพประจำปี |
| ☐ มีอาการทางนรีเวช เช่น มีเลือดออกผิดปกติ มีตกขาว ฯลฯ |
| ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

15. ก่อนการตรวจหามะเร็งปากมดลูกครั้งนี้ท่านเคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกหรือไม่

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
|------------------------------|---------------------------------|

16. ท่านรับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกได้อย่างไร

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ ไปรษณีย์ | ☐ โทรศัพท์ |
| ☐ ฟังผลด้วยตนเอง | ☐ อื่นๆ..... |

17. หลังจากที่ท่านรับทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกว่าผิดปกติครั้งนี้ ท่านได้ตรวจหามะเร็งปากมดลูกซ้ำหรือไม่

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ตรวจ | ☐ ไม่ได้ตรวจ |
|-------------------------------|-------------------------------------|

18. ระยะเวลาตั้งแต่ท่านทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกว่าผิดปกติจนถึงวันที่ท่านมาตรวจเป็นระยะเวลาเท่าใด

- () น้อยกว่า 1 สัปดาห์ () 2 สัปดาห์
() 3 สัปดาห์ () 4 สัปดาห์ขึ้นไป

ส่วนของผู้วิจัย

ผล Abnormal Pap smear ตรวจจากที่ใด

- () โรงพยาบาลรามธิบดี
() โรงพยาบาลอื่น
() ศูนย์พยาธิวิทยา

การรายงานผล Pap smear ตามระบบ Bethesda 2001

- () Squamous cells
() Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)
() Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)
() Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
() High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
() Squamous cell carcinoma
() Glandular cell
() Atypical glandular cell (AGC)
() Atypical glandular cell favor neoplasia
() Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)
() Adenocarcinoma
() Other malignant neoplasms

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด

1. คุณเข้าใจความหมายผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างไร
2. คุณรู้สึกอย่างไรทันทีที่ทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ
3. ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติครั้งนี้ ทำให้คุณรู้สึกกังวลใจ กลุ้มใจ ไม่สบายใจ หรือมีความยุ่งยาก ลำบากใจต่อตัวคุณอย่างไร
4. การที่คุณมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีผลกระทบกับตัวคุณและครอบครัวอย่างไร
5. จากสิ่งที่คุณได้เล่ามาข้างต้นคุณได้จัดการกับเหตุการณ์นี้อย่างไร

แบบวัดระดับความเครียด

จากสถานการณ์ที่คุณมีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ทำให้คุณเกิดความเครียด รู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ ทุกข้อใจตามที่ได้ตอบมาแล้วนั้น คุณพอจะบอกได้หรือไม่ว่าโดยภาพรวมแล้วคุณรู้สึกเครียดมากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย | ลงบนเส้นคะแนนความเครียด

1
เครียดน้อยที่สุด

100
เครียดมากที่สุด

แบบวัดการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงช่วงเวลา ตั้งแต่ที่คุณรับทราบว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จนถึงขณะตอบแบบสอบถามนี้ว่า คุณใช้วิธีการใดบ้างในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่คุณเล่าไว้ข้างต้นและใช้วิธีนั้นบ่อยแค่ไหน กรุณาตอบตามความเป็นจริงกับตัวคุณมากที่สุด

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	คุณไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนั้นนานๆครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อยๆ	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง
ตลอดเวลา	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
1. กังวลใจ					
2. ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง หรือ ออกกำลังกายมากขึ้น					
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น					
4. ต่อหน้าผู้อื่นแสดงให้他人ว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ แต่ในใจคิดกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติ					
5. คิดหาทางออกหลายๆวิธีเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น					
6. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร หาของขบเคี้ยวมากขึ้นหรือน้อยลง					
7. พยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับเรื่องผลการตรวจที่ผิดปกติ					
8. ปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการแก้ไขกับเหตุการณ์นี้แทน					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
9. คิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เช่น ผลการตรวจอาจไม่ถูกต้อง					
10. หากิจกรรมทำไม่ให้อยู่ว่างเพื่อไม่ให้มีเวลาคิดถึงผลการตรวจที่ผิดปกติ					
11. พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เคยมีผลการตรวจที่ผิดปกติ					
12. เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง					
13. นุญเฉียว ดีโพธิ์พาย นิกสาปแข่งสิ่งต่างๆ					
14. พยายามทำใจยอมรับกับผลการตรวจที่เกิดขึ้น					
15. มองผลกระทบของการที่มีผลการตรวจผิดปกติอย่างรอบด้าน เช่น มีผลต่อหน้าที่การงาน ค่าใช้จ่าย					
16. หาวิธีจัดการกับผลการตรวจที่ผิดปกติ					
17. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าข้อดีของการรับรู้ผลการตรวจที่ผิดปกติ					
18. สวดมนต์ ภาวนา ไหว้พระ ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย					
19. รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย					
20. ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด					
21. โโทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่นว่ามีส่วนทำให้คุณมีผลการตรวจผิดปกติ					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
22. พยายามจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น					
23. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ					
24. ใช้เวลาอยู่คนเดียวเงียบๆ					
25. เลิกใส่ใจกับสถานการณ์เพราะรู้สึกหมดหวัง					
26. ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเหตุการณ์จะดีขึ้นเอง					
27. แสวงหาความช่วยเหลือจากญาติและเพื่อน					
28. หาข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับการผลการตรวจที่ผิดปกติให้มากขึ้น เพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น					
29. ลองใช้วิธีต่างๆที่คิดว่าจะแก้ไขปัญหาก็เพื่อคว้าวิธีใดดีที่สุด					
30. เลิกใส่ใจกับสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา					
31. นำประสบการณ์การรักษามาเมื่อผลการตรวจผิดปกติของผู้อื่นมาใช้					
32. แยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆ และพยายามแก้ไขไปที่ละส่วน					
33. นอนหลับและปลอบใจตนเองว่าตื่นขึ้นมาอะไรจะดีกว่านี้					
34. ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหมาให้ชัดเจน					
35. บอกตัวเองว่าไม่ต้องกังวล เชื่อว่าปัญหาจะคลี่คลายไปในทางที่ดีเอง					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
36. ลดความหวังที่เคยตั้งเป้าหมายเดิมไว้ให้น้อยลง เช่น เคยตั้งความหวังหรือเป้าหมายอะไรในชีวิตไว้ ผลการตรวจที่ผิดปกตินี้ทำให้ต้องลดความคาดหวังนั้นๆลง					



ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการ

ความเครียด และการเผชิญความเครียดในสตรีที่ตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติ

ผู้วิจัย

นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาพยาบาล-
ศาสตร์ คณะแพทยโรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่วิจัย

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรคสตรี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการวิจัย

นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย

หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี

โทรศัพท์ 02-2011414, 089-1131393

E-mail address g4837040@student.mahidol.ac.th.

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาของโครงการ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาหรือการตรวจPap smear โดยตรวจหาความผิดปกติของโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการ และการให้การรักษารายที่ตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ก่อนระยะลุกลามและให้การรักษามาไม่ให้อายโรคคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นการลดอัตราการตายจากมะเร็งได้ สตรีที่ได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) อาจเกิดความกลัว ความเครียดเกิดขึ้นได้จากการที่มีผลการตรวจที่ผิดปกติ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยให้สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 4 ชุดประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด แบบวัดระดับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย และต่อผู้อื่น

ผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษาให้การพยาบาลในสตรีที่ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เนื่องจากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมจึงไม่มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ภาคผนวก ค

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ: ความเครียด และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ชื่อผู้วิจัย: นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๑/๗๔๓

ชื่อโครงการ	ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๔-๕๑-๐๔ บ
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๒๕ เมษายน ๒๕๕๑



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2008/743

Title of Project	Stress and Coping in Women with Abnormal Papanicolaou Smear
Protocol Number	ID 04-51-04
Principal Investigator	Miss. Jantakan Changwatchai
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

Dura Wuth
.....
Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul
.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval April 25, 2008

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการรายงานผลการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)
ของโรงพยาบาลรามธิบดี

ใบรายงานผล
หน่วยเซลล์วิทยา
ภาควิชาพยาธิวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 ถนนวิภาวดี 6 ถนน 10-400
Tel : 02-2012032, 02-2011437

Accreditation No.4033/50

Specimen : Gynecology
Site : cervical&vaginal smear (conventional smear)

Diagnosis (The Bethesda System 2001) :
Specimen Adequacy
- Satisfactory for evaluation
- Endocervical/transitional zone components : present
General categorization
- Epithelial cells abnormality
Interpretation/result (Descriptive diagnosis)
- Atypical glandular cell (AGC): endocervical

Reported by : Yoowaluk / Dr.Songsee
Printed: 07/02/08 (10:33)
By : Cytology laboratory

All rights reserved. This report or any parts thereof may not be used for publication or legal purposes without the written permission from the Department of Pathology, Ramathubchi Hospital.

HN :
อายุ :
Location :
Physician :

Clinic :
Cyto.No :
Received :
Reported :

Signature
(Songsee Srivannaboon ,M
Cytopathologist

หมายเหตุ
เป็นการทดสอบที่ได้ผ่านการรับรอง ISO 1518
ของปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก
LIS-WI-PAC-006/001 E

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างใบรับส่งผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก
(Pap smear) ของโรงพยาบาลรามารินทร์

เรียน

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ 4/2521
ปทจ.สามเสนใน

รหัสไปรษณีย์.....

ถ้าไม่ถึงผู้รับกรุณาส่งคืน ภาควิชาสูติ-นรีเวช รพ.รามารินทร์ กรุงเทพฯ 10400

T 01 - 27 - 1

H.N.

ผลการตรวจเชื้อมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ กรุณากลับมาพบแพทย์

วันพฤหัสบดีที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา 12.00 น. (กรุณาตรงต่อเวลา) ถ้ามีประจำเดือน หรือคิดจะ

กรุณาโทรฯ มาเลื่อนนัดที่หมายเลข 0-2201-1188 เวลา 7.30-8.30 น.

ในเวลาราชการ

ภาคผนวก จ

ตารางแสดงร้อยละของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (Abnormal Pap smear)

วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของผู้ใช้					
	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ผู้ใช้ทั้งหมด
1. กังวลใจ	2.9	22.9	48.6	15.7	10	97.1
2. ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงหรือออกกำลังกายมากขึ้น	20	24.3	41.4	12.9	1.4	80
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	2.9	5.7	35.7	30	25.7	97.1
4. ต่อบอกผู้อื่นแสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญแต่ในใจคิดกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติ	5.7	15.7	47.1	18.6	12.9	94.3
5. คิดหาทางออกหลายๆวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	25.7	14.3	30	14.3	15.7	74.3
6. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหารหาของขบเคี้ยวมากขึ้นหรือน้อยลง	55.7	18.6	15.7	8.6	1.4	44.3
7. พยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับเรื่องผลการตรวจที่ผิดปกติ	14.3	18.6	28.6	24.3	14.3	85.7

วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของผู้ใช้					
	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ผู้ใช้ทั้งหมด
8. ปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการแก้ไขกับเหตุการณ์นี้	72.9	7.1	11.4	7.1	1.4	27.1
9. คิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง	48.6	15.7	25.7	4.3	5.7	51.4
10. หากิจกรรมทำไม่ให้อย่างง่วงเพื่อไม่ให้มีเวลาคิดถึงผลการตรวจที่ผิดปกติ	21.4	12.9	35.7	20	10	78.6
11. พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เคยมีผลการตรวจที่ผิดปกติ	24.3	12.9	40	17.1	5.7	75.7
12. เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง	7.1	14.3	32.9	14.3	31.4	92.9
13. ชวนญาติไปพบแพทย์	88.6	4.3	7.1	-	-	11.4
14. พยายามทำใจยอมรับกับผลการตรวจที่เกิดขึ้น	8.6	7.1	35.7	15.7	32.9	91.4
15. มองผลกระทบของการที่มีผลการตรวจผิดปกติอย่างรอบด้าน เช่น มีผลต่อหน้าที่การงาน ค่าใช้จ่าย	22.9	11.4	34.3	18.6	12.9	77.1
16. หาวิธีจัดการกับผลการตรวจที่ผิดปกติ	35.7	8.6	30	17.1	8.6	64.3
17. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าข้อดีของการรับรู้ผล	12.9	12.9	28.6	37.1	8.6	87.1

วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของผู้ใช้					
	ไม่ได้ใช้	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ผู้ใช้ทั้งหมด
18. สวดมนต์ ภาวนา ไหว้พระ ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย	18.6	14.3	32.9	25.7	8.6	81.4
19. หงุดหงิด กระวนกระวาย	25.7	25.7	34.3	10	4.3	74.3
20. ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด	35.7	21.4	31.4	8.6	2.9	64.3
21. โทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่นว่ามีส่วนทำให้คุณมีผลการตรวจผิดปกติ	80	10	5.7	4.3	-	20
22. พยายามจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น	24.3	11.4	20	30	14.3	75.7
23. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ	94.3	2.9	1.4	1.4	-	5.7
24. ใช้เวลาอยู่คนเดียวเงียบๆ	48.6	25.7	18.6	5.7	1.4	51.4
25. เลิกใส่ใจกับสถานการณ์เพราะรู้สึกหมดหวัง	68.6	17.1	11.4	-	2.9	31.4
26. ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเหตุการณ์จะดีขึ้นเอง	61.4	5.7	21.4	-	2.9	38.6
27. แสวงหาความช่วยเหลือจากญาติและเพื่อน	61.4	5.7	21.4	8.6	2.9	38.6
28. หาข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติให้มากขึ้น เพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น	15.7	5.7	30	25.7	22.9	84.3

วิธีการเพชญความเกรียค	ร้อยละของผู้้					
	ม่ได้้	นานๆคร้ง	เป็น บางคร้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ผู้้ทั้งหมด
29. ลองใช้วิธีต่างๆที่คิดว่า จะแก้้ปัญหาได้ เพื่อดูว่า วิธีใดดีที่สุด	31.4	8.6	32.9	17.1	10	68.6
30. เลิกใส่ใจกับ สถานการณ์เพราะคิดว่า เป็นเรื้องของโชคชะตา	47.1	21.4	17.1	10	4.3	52.9
32. แยกแยะปัญหาออกเป็น ส่วนๆ และพยายามแก้้ ไปทีละส่วน	21.4	12.9	35.7	15.7	14.3	78.6
33.นอนหลับและปลอบใจ ตนเองว่าตื่นขึ้นมอะไรๆ จะดีกว่านี้	27.1	20	28.6	11.4	12.9	72.9
34.ตั้งเป้าหมายในการ แก้้ปัญหาให้ชัดเจน	14.3	14.3	31.4	25.7	14.3	85.7
35. บอกตัวเองว่าม่ต้อง กังวล เชื่อว่าปัญหาจะ คลี่คลายไปในทางที่ดีเอง	17.1	8.6	28.6	21.4	24.3	82.9
36. ลดความหวังที่เคย ตั้งเป้าหมายเดิมไว้ให้ น้อยลง เช่น เคยตั้ง ความหวังหรือเป้าหมาย อะไรในชีวิตไว้ผลการ ตรวจที่ผิดปกตินี้ทำให้ต้อง ลดความคาดหวังนั้นๆลง	42.9	12.9	25.7	10	8.6	57.1

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยในการศึกษาถึงความเครียดและ การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์), วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์), D.S.N (Maternal & Child Health Nursing)
อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. อาจารย์ ดร. บัณฑิต สำแดงฤทธิ์
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์), พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ
พยาบาลผู้ใหญ่), ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล)
อาจารย์พยาบาลภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. นางจิตลดา คงประเสริฐ
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)
พยาบาลประจำการ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย
วัน เดือน ปีเกิด	21 พฤศจิกายน 2523
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2541 – 2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548 – 2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2545 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชฯ ภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ที่อยู่	137/29 ซอยสุขุมวิท 60/1 ถนนสุขุมวิท แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร 10250
ทุนวิจัย	ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนจากสมาคมศิษย์ เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล