

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ และมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (กองสถิติสาธารณสุข, 2536) สำหรับมะเร็งศีรษะและคอ เป็นกลุ่มที่พบค่อนข้างมากในประเทศไทย พบมากเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในเพศหญิง และเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งตับในเพศชาย (วรชัย ตั้งวรพงษ์ชัย, 2532) จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งของหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาล ศรินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตลอดปี พ.ศ.2531-2537 ประมาณ 130 คนต่อปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุ 18-80 ปี ตำแหน่งที่มีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งสูงสุด คือ หลังกโหลงจุมก รองลงมาคือริมฝีปาก (วรชัย ตั้งวรพงษ์ชัย, 2532)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังและมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ค่อนข้างซับซ้อน เพราะบริเวณศีรษะและคอเป็นส่วนที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล เป็นส่วนที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เป็นที่รวมของอวัยวะรับความรู้สึก (Sensory organs) หลาย ๆ อย่าง และอวัยวะสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังเป็นส่วนที่ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ชวนมองของบุคคล (Marino, 1981)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ความเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าจากการรับประทานอาหารได้น้อย ภาวะชืดจากการเสียเลือด (Groenwald et al. 1992) นอกจากนี้ยังมีการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะมะเร็งในช่องปาก ปัญหาที่เกิดจากการเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้แก่ รับประทานอาหารได้น้อยลง การหายใจลำบาก การสื่อสารบกพร่อง และก้อนมะเร็งที่โตขึ้น โดยเฉพาะริมฝีปาก และบริเวณใบหน้ายังทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์อีกด้วย นอกจากนี้ การเป็นมะเร็งในความรู้สึกของผู้ป่วยยังเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต (Lazarus and Folkman, 1984 quoted in Mah and Johnston, 1993) ทำให้ผู้ป่วยมี

ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และมีความรู้สึกขาดการช่วยเหลือ (Peck, 1972 quoted in Krouse and Krouse, 1982)

มะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในระยะแรกอาจรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด หรือการฉายรังสี ซึ่งผลการรักษาทั้ง 2 วิธีนี้ให้ผลใกล้เคียงกัน (วรชัย ตั้งวรพงษ์ชัย, 2532) ซึ่งจุดมุ่งหมายของการรักษาอาจเป็นการรักษาให้หายขาด (Curative treatment) หรือเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative treatment) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในปัจจุบันเทคโนโลยีได้เจริญก้าวหน้ามาก ทำให้มีการนำเทคนิคการผ่าตัดใหม่ ๆ ได้ถูกนำมาใช้ ซึ่งเป็นการผ่าตัดตกแต่งและเสริมสร้าง เพื่อให้อวัยวะที่ถูกตัดออกไปมีรูปร่างและการใช้งานใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัดมากที่สุด ซึ่งจากการพิจารณาของศัลยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ แล้วโดยภาพรวมสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ แต่ในความรู้สึกของผู้ป่วยอาจไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยหรือสังคมก็ได้ (วันชัย วัฒนศัพท์, 2535)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาโดยการผ่าตัดต้องได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดหลายอย่าง เพราะบริเวณศีรษะและคอกมีเส้นเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก มีต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลืองบริเวณคอ ซึ่งมะเร็งสามารถแพร่กระจายมาได้ง่าย ดังนั้นการผ่าตัด นอกจากจะผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกแล้วยังต้องผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่คอออกหมดด้วย (วันชัย วัฒนศัพท์, 2535) นอกจากนี้ยังต้องเอาแฟลป (Flap) จากบริเวณอื่น (Donor site) ได้แก่ หน้าผาก หน้าอก แขน หรือขา มาเสริมสร้างส่วนที่ขาดหายไป (Recipient site) ทำให้ใช้เวลาการผ่าตัดเป็นเวลานานประมาณ 5-10 ชั่วโมง มีการสูญเสียเลือดจำนวนมาก ต้องดมยาสลบเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยต้องใส่ท่อทางเดินหายใจและเจาะคอ และภายหลังการผ่าตัดยังต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ 2-3 วัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียดหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความเจ็บปวด จากแผลผ่าตัดที่มีขนาดใหญ่และมีหลายแห่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องจำกัดในการเคลื่อนไหวบริเวณที่ทำแฟลปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกดทับหรือเกิดการบิดของข้อแฟลป อันจะทำให้แฟลปขาดเลือดและตายได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เนื่องจากมีแผลบริเวณปากและต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จึงต้องใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร ไม่สามารถควบคุมการไหลของน้ำลายได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหวของไหล่และคอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและคับข้องใจ (Larsen, 1982; วันชัย วัฒนศัพท์, 2535)

จะเห็นว่าผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัดเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าในระยะต่อมาแพทย์อนุญาตให้เริ่มรับประทานอาหารทางปากได้แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเคี้ยวอาหารไม่ได้ ต้องรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน นอกจากนี้ยังมีปัญหากลิ่นลำบากและลำบากอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและไม่อยากรับประทานอาหาร (Larsen, 1982) และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นไปได้ช้ากว่าวัยรุ่น ทำให้ต้องพึ่ง

พาญาติ และเป็นภาระของครอบครัว ส่วนในผู้ป่วยในวัยทำงาน ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องสูญเสียการทำงานที่ของอวัยวะของร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การกลืน การสื่อสาร และสูญเสียภาพลักษณ์จากใบหน้าที่มีผิดรูป ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง มีภาวะซึมเศร้า และแยกตัวจากสังคม (Anderson and Maksud, 1994) ในผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ เนื่องจากรู้สึกอายที่ใบหน้าผิดรูปไปจากเดิม (Dropkin, 1989)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างพบว่า ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานประมาณ 3-6 สัปดาห์ บางรายต้องได้รับการผ่าตัดถึง 2 ครั้ง เนื่องจากแผลบไม่ติด จึงมีปัญหการปรับตัวอย่างมาก ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีปัญหาการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดเป็นบริเวณกว้างความแข็งแรงของแขนหรือขาที่ใช้เป็น Donor ลดลง แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง ต้องได้รับอาหารทางสายยางชั่วคราวหรือถาวร ในกรณีที่ได้รับประทานอาหารทางปากได้ ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาเคี้ยวอาหารไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก มีการสำลักอาหารบ่อย ๆ ควบคุมการไหลของน้ำลายไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสูญเสียการรับรสอาหาร สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกบริเวณที่ทำแผลบ หรือรับรู้ความรู้สึกได้บางส่วน (Vriens et al. 1996) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานอาหาร เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ส่วนใบหน้าที่มีผิดรูปไปหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าส่องกระจก มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ

ปัจจุบันการสอนของพยาบาลเป็นการสอนโดยทั่ว ๆ ไป ร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ไม่มีความเฉพาะเจาะจง ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า เป็นการสอนเฉพาะเหตุการณ์นั้น ๆ จึงไม่เกิดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับความรู้ ความสามารถ และทักษะของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ต้องให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพอื่น ๆ แต่ในปัจจุบันพยาบาลไม่มีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่คนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพเหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งๆที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพกรอสเซ็ค (Groszek, 1981 quoted in Dudas and Calson, 1988) ได้ศึกษาแนวคิดของพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยศึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 32 คน พบว่า พยาบาลยังมีแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งแตกต่างกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพเป็นได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ ระบบการพยาบาลเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะสั้น ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ลิแมน

(Lehman et al. 1978) ได้ให้ข้อเสนอว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะจำเป็นต้องได้รับทักษะการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต้องวินิจฉัยปัญหาการฟื้นฟูสภาพได้ตั้งแต่เริ่มแรก และหาวิธีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม วัตสัน (Watson, 1990; Watson, 1992) ได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ฮาเวย์ (Harvey et al. 1982 quoted in Watson, 1990) ได้จัดทำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ เบคเกอร์ (Baker, 1992) ยังได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด และพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับของการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการผ่าตัด สำหรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างในระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลเป็นการฟื้นฟูสภาพในระยะสั้น ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูสภาพทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด

การผ่าตัดเสริมสร้างเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยชรา การพักฟื้นจึงเป็นไปได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างมาใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องเป็นกิจกรรมที่ลด ขจัด หรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปรับตัวของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีปัญหาการปรับตัว ซึ่งเกิดจากโรคและวิธีการรักษา สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอรูปแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเสริมสร้าง โดยได้แนวคิดมาจากรูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวัตสัน (Watson, 1990) เริ่มจากการตรวจสอบและการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย แล้วนำมาจัดทำเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ การวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย การให้ข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมา และการติดตามผลการรักษา โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยจัดทำเป็นแผนภาพประกอบคำบรรยายร่วมกับการ

สาธิต ซึ่งเป็นสื่อที่มีลักษณะใกล้เคียงกับรูปธรรม ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วย (ไชยยศ เรืองสุวรรณ, 2526) นอกจากนี้ยังเป็นสื่อที่สามารถจัดทำขึ้นได้ง่าย ประหยัด สะดวกต่อการนำไปใช้และมีความเหมาะสมกับการวิจัยที่ให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ประสบกับปัญหาการปรับตัวภายหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการฟื้นฟูสภาพสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นตามาหลังผ่าตัดได้ และส่งเสริมการทำหน้าที่อวัยวะที่เหลืออยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 คำถามในการวิจัย

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพมีผลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ จะมีการปรับตัวด้านร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

1.4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ จะมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวัตสัน มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984) เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นระบบการปรับตัวและเป็นระบบเปิด มีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคลจะมีการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกายและจิตสังคม สามารถอยู่ในสังคมได้โดยปกติ บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ โดยใช้กลไกการปรับตัวที่มีอยู่ในร่างกายของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator mechanism) และกลไกการรับรู้ (Cognator mechanism) โดยกลไกการควบคุมเป็นกลไกที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้สีกตัว ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านสรีระ ทั้งนี้เพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้

เป็นไปตามปกติ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมีในร่างกายและระบบต่อมไร้ท่อ ส่วนกลไกการคิดรู้เป็นการทำงานในส่วนที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและสังคมที่เกิดจากประสบการณ์ และการเรียนรู้ จากการทำงานของกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ทำให้เกิดการตอบสนองของบุคคล แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ผลของการปรับตัวเป็นได้ทั้งการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพด้านหนึ่งสามารถส่งผลต่อการปรับตัวด้านอื่น ๆ ไม่มีประสิทธิภาพได้ ถ้าบุคคลใดเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าในขอบเขตความสามารถของตน บุคคลนั้นจะปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าบุคคลใดไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ บุคคลนั้นจะปรับตัวได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย เมื่อพิจารณาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ การเป็นมะเร็งที่เป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าเหล่านี้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา ซึ่งกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

รอยได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยไว้ว่าจะต้องเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลด ขจัดสิ่งเร้า และปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ หรือเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Andrews and Roy, 1991)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพมาเป็นกิจกรรมในการให้การพยาบาล โดยใช้แนวคิดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวัตสัน (Watson, 1990) ที่บอกว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกระบวนการทางสุขภาพที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการทำหน้าที่ได้ในระดับสูงสุด ภายใต้การเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคและการรักษา เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการตรวจสอบและค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ การวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย การให้ข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมาและการติดตามผลการรักษา ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยและวิธีการรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยจะผ่านกลไกการคิดรู้ ผู้ป่วยเรียนรู้ข้อมูลจากโปรแกรมและจดจำข้อมูลไว้ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) พัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 2) เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด
- 3) เป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ

1.7 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 28 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน

1.8 คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

1.8.1 โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

คำนิยามเชิงทฤษฎี เป็นกระบวนการทางสุขภาพที่จัดทำขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมให้อยู่ในระดับสูงสุด เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ก่อนการรักษา ขณะให้การรักษาและหลังการรักษา โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย แล้วนำมาจัดทำเป็นโปรแกรมทางด้านสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดจากสภาวะของโรคและวิธีการรักษา (Watson, 1990)

คำนิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ซึ่งสร้างจากการตรวจสอบและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และนำมาจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่วนที่ 2 การทำความสะอาดช่องปาก ส่วนที่ 3 อาหารและวิธีการให้อาหาร และส่วนที่ 4 การบริหารคอและไหล่ โดยจัดทำเป็นแผ่นภาพประกอบคำบรรยายขนาด 12×16 นิ้ว ให้โปรแกรมอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่อง ดังนี้ ส่วนที่ 1 ให้ก่อนผ่าตัด 1-2 วัน, ส่วนที่ 2 ให้หลังผ่าตัดวันที่ 2 ส่วนที่ 3 ให้หลังผ่าตัดวันที่ 3, ส่วนที่ 4 ให้หลังผ่าตัดวันที่ 7 และทำการทบทวนส่วนที่ 2, 3 และ 4 อีกครั้งหลังผ่าตัดวันที่ 3, 4 และ 8 ตามลำดับ โดยที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องทุกวัน วิธีให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพทำโดยการบรรยาย แสดงแผ่นภาพประกอบ ทำการสาธิต และให้การพยาบาล

1.8.2 การปรับตัวด้านร่างกาย

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการด้านออกซิเจน การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกัน การรับรู้ความรู้สึก น้ำและอิเล็กโทรไลต์ และระบบประสาท (Andrews and Roy, 1991)

นิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง คะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ซึ่งวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่องออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกัน การรับรู้ความรู้สึก น้ำและอิเล็กโทรไลต์ และระบบประสาท

1.8.3 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านส่วนบุคคล ซึ่งด้านส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านความมั่นคงในตนเอง ด้านปณิธานความคาดหวัง ด้านศีลธรรมจรรยา และด้านความมีคุณค่าในตนเอง (Andrews and Roy, 1991)

คำนิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง คะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ซึ่งวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่สร้างโดยเผชิญ โชคบำรุง (2535)