

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่นทั่วโลก จากการสำรวจสถิติปี พ.ศ. 2530 อัตราการตายในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาสูงขึ้นจาก 20.6 เป็น 31.5 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (พิสิษฐ์ พันธุจินดา และคิณารุ สนธิพงษ์, 2532) มะเร็งเป็นโรคของเซลล์ที่เกิดการสูญเสียการควบคุมการเจริญเติบโตและสูญเสียหน้าที่ตามปกติ เกิดได้กับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย (สมชาย สมบูรณ์เจริญ, 2528) ในสตรีพบว่าเต้านมเป็นอวัยวะที่เกิดมะเร็งได้บ่อยที่สุด ในสหรัฐอเมริกา พบว่าสตรีเป็นมะเร็งเต้านมถึงหนึ่งในเก้าคน ประมาณผู้ป่วยใหม่ในปี ค.ศ. 1992 มีมากถึง 180,000 ราย และประมาณ 46,000 ราย จะเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ (Ellerhorst-Ryan and Goeldner, 1992) ในประเทศไทย มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งมดลูก หรือประมาณร้อยละ 24.8 ของมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง (National cancer institute, 1988)

แนวโน้มที่พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประชาชนมีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น (ไพรัช เทพมงคล, 2528 ; วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2535) ซึ่งเป็นผลดีทำให้พบมะเร็งในระยะแรกที่มีการพยากรณ์โรคดีโดยมีอัตราการอยู่รอดหลังการรักษาในระยะที่ 1 และ 2 หรือระยะที่ยังไม่ลุกลามออกนอกเต้านมนั้นสูงกว่าร้อยละ 80-90 (พิชัย เจริญพานิช, 2532) แต่ในปัจจุบัน แม้ว่าจะมีวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมได้ผลดีพอสมควรแล้วก็ตาม โรคมะเร็งก็ยังเป็นโรคที่น่ากลัวสำหรับบุคคลโดยทั่วไปอยู่นั่นเอง เพราะเป็นโรคที่เรื้อรังและการดำเนินโรคมักเลวลง ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ท้อถอย จากสภาวะของโรคที่ต้องเผชิญอยู่ ผู้ป่วยมีปัญหามากมาย นอกจากด้านร่างกายจิตใจแล้ว ยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคมตามมาอีกด้วย (ประคอง จงศิริ, 2529 ; อีระ รามสูตร, 2531 ; Thompson, et al., 1986)

การรักษา มะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และ 2 วิธีที่จำเป็นและมักกระทำในผู้ป่วยเกือบทุกราย คือการผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) แต่การพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ภายหลังผ่าตัด หรือ พบมะเร็งอยู่ในตำแหน่ง upper inner quadrant ผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษา

หรือเคมีบำบัดร่วมด้วย มะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 จะใช้การผ่าตัดในบางรายเท่านั้น และ
เป็นเพียงเพื่อบรรเทาอาการ เช่น อาการแตกเป็นแผลมีกลิ่นเหม็น และอาการปวด จะใช้การ
รักษาด้วยรังสี และในปัจจุบันนิยมใช้เคมีบำบัดหลายชนิดร่วมด้วย เพราะเนื่องจากการติดตาม
การรักษาผู้ป่วย จะพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตจากการแพร่กระจายของโรคเป็นส่วนใหญ่ การให้
เคมีบำบัดหรือรังสี ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวยิ่งขึ้นได้ (ไพรัช เทพมงคล, 2525 ; วันชัย
วัฒนศัพท์ และคณะ, 2535)

การรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม จะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย เช่น ผลจากการ
ผ่าตัดเต้านม จะพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการสูญเสีย
เต้านม และคงอยู่เป็นเวลายาวนานเป็นปี (Jamisson, et al., 1978 ; Lasly, et al.,
1987) ผลจากการรักษาด้วยรังสี พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการแพ้แสง เช่น มีอาการอ่อนเพลีย เบื่อ
อาหาร คลื่นไส้ ท้องเดิน และมีอาการระคายเคืองบริเวณผิวหนัง ส่วนการรักษาด้วยฮอร์โมน
มักพบอาการแทรกซ้อนโดย มีลิ่วขึ้น ผิวหนังตกกระ เสียงแห้งห้าว ขนขึ้นที่หน้าอก คาง และมี
เลือดออกทางช่องคลอด ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า มี
อาการคลื่นไส้อาเจียน น้ำลายออกมาก รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด ท้องเสีย ผิดคล้า
ผม และขนร่วง (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2535) จะพบว่าการรักษาไม่ว่าจะเป็นวิธีใด และ
ถ้ามีการรักษาเพิ่มเติมมากเท่าใด ก็ยิ่งจะทำให้การปรับตัวของผู้ป่วยมีความยากลำบากมากขึ้น
ดังนั้นภาวะเจ็บป่วยและการรักษา จึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุล
ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจากสถิติในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และให้เคมีบำบัดร่วมด้วย (หน่วยมะเร็งโรงพยาบาล
ศรีนครินทร์, 2537)

ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ในด้านร่างกาย
จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะเจ็บตึงแผลผ่าตัดมาก เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกตัดเต้านมออกทั้งเต้า
รวมทั้งผิวหนัง คอมนและท่อน้ำเหลือง เนื้อเยื่อไขมันบริเวณรักแร้ บางครั้งอาจตัดกล้ามเนื้อ
Pectoralis ออกด้วย ผู้ป่วยอาจมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแอ และข้อไหล่เคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ อาจมี
ไหล่เอียง ไหล่ห่อ ทำให้การทรงตัวไม่ดี เสียบุคลิกภาพ นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้น
และยาวที่พบบ่อยคือ ปัญหาแขนขา ร่วมกับอาการปวด ชา ซึ่งจะเบียดอยู่ตลอดเวลา ทำให้แขน
ข้างที่ผ่าตัดนั้นทำงานได้ไม่เต็มที่ และเมื่อผู้ป่วยสูญเสียเต้านมไป ร่างกายจะขาดความสวยงาม
เนื่องมีรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีบุตรในระยะให้นม ก็จะเหลือเต้านมเพียงข้าง
เดียว หรืออาจไม่มีเต้านมสำหรับผลิตน้ำนมให้บุตรได้เลย (อาคม เอียร์ศิลป์, 2533) นอกจาก

นี้ผู้ป่วยยังต้อง เผชิญกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วอีกด้วย

ปัญหาด้านร่างกายข้างต้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องปรับทัศนคติ เพื่อให้จิตใจอยู่ในภาวะสมดุลยอมรับความเจ็บป่วยได้ แต่เป็นที่ทราบกันแล้วว่าบุคคลโดยทั่วไปมักรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในทางลบอยู่แล้ว (พรนิรันดร์ อุดมการสุข และจงรัก อีรุตน์, 2531 ; Burns, 1982) เมื่อได้รับการผ่าตัด นอกจากผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ หดหู่และมีความรู้สึกไร้ค่าแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียสมรรถภาพของร่างกายอันจะก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เสียใจ ตามมาอีกด้วย นอกจากทัศนคติด้านร่างกายแล้วยังมีทัศนคติส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านความมั่นคงในตนเอง ด้านทัศนคติความคาดหวัง และด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ก็จะได้รับเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน (วิไลลักษณ์ จันท์พาง, 2534) จากการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่กับภาวะจิตใจที่ท้อแท้ หดหู่ ทำให้ผู้ป่วยหวังพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย ซึ่งจะเป็นปัญหาและภาวะต่อครอบครัว และถ้าเมื่อใดสมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะมีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง จะยิ่งพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้นหรือในทางตรงข้าม ผู้ป่วยอาจหลีกเลี่ยงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผลของการผ่าตัด นอกจากผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านร่างกาย ทัศนคติ และการพึ่งพาบุคคลอื่นแล้ว ยังมีปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย และเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่ก่อให้เกิดการปรับตัว จากการศึกษาของ Jamisson และคณะ (1978) พบว่าระยะที่ผู้ป่วยกลับไปสู่ครอบครัวหรือสังคมจะเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความเครียดมากที่สุดระยะหนึ่ง เนื่องจากต้องออกไปเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว สังคมเพิ่มขึ้น กล่าวคือในบทบาทของการทำงาน ผู้ป่วยอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต เปลี่ยนหน้าที่ หรืออาจจะต้องเปลี่ยนงานใหม่ (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525 ; วิไลลักษณ์ จันท์พาง, 2534 ; Lambert and Lambert, 1979) ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิในการทำงาน ทำให้ทำงานไม่มีประสิทธิภาพได้ (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525)

ส่วนในบทบาทหน้าที่ของภรรยา จากการศึกษาของ Fallowfield และคณะ (1986) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดมีเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ Twomey (1987) ที่กล่าวว่า การผ่าตัดเต้านมมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางเพศของคู่สมรส ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียเต้านม ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง หวาดกลัวว่าสามีจะนอกใจและรังเกียจร่างกายของตนเองภายหลังการผ่าตัด จากรายงานการวิจัย

ของไวโลกซ์ จันทรพวง (2534) พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง และมีความรู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่ของภรรยาไม่ครบถ้วน

ในบทบาทมารดาผู้ป่วยมักพบว่าตนเองขาดความสนใจในกิจกรรมซึ่ง เคยพึงพอใจมาก่อน เช่น มารดาขณะที่เฝ้าบุตรของตนเอง เล่นกันอย่างสนุกสนาน โดยปกติน่าจะมีความสุข และยินดีต่อพฤติกรรมที่มีความสุข แต่กลับมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ และทนต่อเสียงอันแสดงถึงความสุขไม่ได้ (วราวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525)

นอกจากบทบาทดังกล่าว ผู้ป่วยต้องมียุทธศาสตร์ผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการดำเนินของโรคนาน และมักพบว่าในบทบาทผู้ป่วยเรื้อรังนี้ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด (ไวโลกซ์ จันทรพวง, 2534) บางรายมักพูดถึงความตายและเตรียมตัวตาย ท้อแท้ต่อการรักษา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือการสูญเสียเดิมนั้น (วราวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525 ; Bloom, 1987) ความรู้สึกเหล่านี้ นอกจากกระทบสุขภาพจิตของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลให้การกระทำหน้าที่ของผู้ป่วย ไม่มีประสิทธิภาพ และมีการดูแลตนเอง เรื่อง โรคได้ไม่ดีอีก

จากประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี มีอาชีพทำนา หลังการผ่าตัดเต้านมเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยจะหยุดกระทำบทบาทบางอย่างของตนเอง ตัวอย่าง เช่น กรณีผู้ป่วยหญิงคนหนึ่ง อายุ 42 ปี ในบทบาทการทำงาน เคยทำนาช่วยเหลือครอบครัว แต่หลังผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ทำงานแม้ว่าสภาพร่างกายสามารถทำงานได้ ความรู้สึกของผู้ป่วยคือ คิดว่าตนเองทำไม่ได้จึงไม่ทำ บทบาทในส่วนนี้ของผู้ป่วยจึงขาดไป มีผลกระทบต่อแรงงานในครอบครัว ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยคนที่สอง อายุ 38 ปี อาชีพรับราชการ เบิกเมหยิงสาเหตุการหย่าร้างกับสามีเนื่องจากกลัวว่าสามีจะ ไม่ได้รับความสุขเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีความรู้สึกอายนางแบบ ไม่มีความสุขและไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำบทบาทภรรยาต่อไปได้ จึงตัดสินใจพักอาศัยด้วยการหย่าร้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกหงุดหงิดง่าย ไม่อยากให้อาสาสมัครมาเยี่ยมที่บ้าน เจ็บป่วยของตน และทำงานไม่มีความสุข ความรู้สึกเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวโลกซ์ จันทรพวง (2534) ซึ่งพบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 50

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมออก มักพบว่าปัญหาด้านภาวะอารมณ์เกิดขึ้นบ่อย (Bloom, 1984) โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้าจากการสูญเสียภาพลักษณ์ มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความมีคุณค่าในตนเองในด้านความเป็นหญิงและแรงดึงดูดทางเพศ มีความรู้สึกผิด โกรธ กลัว สูญเสียความมั่นคงในชีวิต และสูญเสียการควบคุมร่างกายและจิตใจ

(วรวิทย์ คลอวุฒิตน์, 2525 ; Lambert and Lambert, 1979 ; Tarrier, 1984 ; Lireman, 1984 ; Lasry, et al., 1987 ; Tail, 1988) ภาวะอารมณ์และความรู้สึกเหล่านี้เป็นผลของการปรับอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นปัญหามาจากทางร่างกาย จากการศึกษาของ Jamisson และคณะ (1978) ความรู้สึกเหล่านี้จะปรากฏชัดเจนที่สุด 3 ระยะคือ เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค หลังการผ่าตัดเต้านม และเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวสังคม และจะคงอยู่นานถึง 1-2 ปี ขึ้นกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล (Maguire, et al., 1978 ; Tulman and Fawcett, 1990)

จากปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี และมีการปรับตัวด้านบทบาทพร้อมด้วย จากการสังเกตของผู้วิจัย และรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยที่เป็นด้านลบ เช่น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิด โกรธ กลัวและสูญเสียความมั่นคงในชีวิตเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพได้ (วรวิทย์ คลอวุฒิตน์, 2525 ; Murray and Wilson-Huelskoetter, 1991 ; Andrews and Roy, 1991) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ จะทำให้ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกับการมีความพิการทางร่างกาย แนวคิดที่สอดคล้องและสนับสนุนความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ Andrews และ Roy (1991) กล่าวว่า ความวิตกกังวลสามารถทำให้เกิดบทบาทล้มเหลวได้ และความคิดเห็นของ Bloom (1987) ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เนื่องจากการสูญเสียเต้านมจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกซึมเศร้า และอารมณ์เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการทำกิจกรรมที่ควรจะทำได้ จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่าบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเกิดเนื่องมาจากอัตมโนทัศน์ในด้านลบของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับให้เป็นปกติได้ ส่งผลทำให้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง ไปด้วย

จากการศึกษาดังกล่าว ได้มีการศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งตามความเป็นจริงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการปรับอัตมโนทัศน์ในหลายด้าน ซึ่งได้แก่ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยด้านย่อยๆดังนี้คือ อัตมโนทัศน์ด้านปัญหาคาดหวัง ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านความมั่นคงในตนเอง และด้านความมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของ Andrew และ Roy (1991) กล่าวว่า ผลของการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านย่อยดังกล่าว มีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึง

มีความสนใจที่จะศึกษาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคำถามความรู้ของวิชาชีพ ช่วยให้มองเห็นความสำคัญของมิติทั้งสองว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร และได้เครื่องมือวัด บทบาทในแต่ละด้านตามกรอบทฤษฎีของ Roy ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัด และการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้มากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก

1.3 สมมติฐานการวิจัย

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย Roy เชื่อว่า บุคคลประกอบด้วย องค์ประกอบชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Biopsychosocial being) และเป็นระบบเปิดที่มีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลาในสิ่งแวดล้อมของบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคลจะมีการปรับพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมตามความสามารถของตน เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านร่างกายและความ มั่นคงทางด้านจิตสังคม อันจะทำให้บุคคลสามารถอยู่ในสังคมของตนเองได้อย่างปกติสุข (Roy, 1984) บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ โดยกระบวนการภายในอัน ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator mechanism) และกลไกการเรียนรู้ (Cognator mechanism) ซึ่งทำหน้าที่ในการปรับตัว 4 ด้านคือ การปรับตัวด้านสรีระ (Physiological mode) การปรับตัวด้าน อัตมโนทัศน์ (Self concept mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence mode) ผลของการปรับตัวจะมีพฤติกรรมปรับตัว 2 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการปรับตัวที่มี ประสิทธิภาพ และพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผลของพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มี

ประสิทธิภาพด้านหนึ่งสามารถย้อนกลับมาเป็นสิ่งที่เรา ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรับตัวอีกด้านหนึ่ง ดังนั้นพฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงมีผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านบทบาทหน้าที่ได้ (Andrew and Roy, 1991)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมออกและได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย ผลจากการรักษานี้จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในทางลบ อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ มีความวิตกกังวล สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด โกรธ ก้าว และสูญเสียการควบคุมร่างกายและจิตใจ เป็นต้น พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดังกล่าวนี้ จะย้อนกลับมาเป็นสิ่งที่เราส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 ; Andrews and Roy, 1991) ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในบทบาทของมารดา บทบาทภรรยา บทบาทอาชีพหรือการทำงาน และบทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่มีประสิทธิภาพ (Tulman and Fawcett, 1990)

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

คำจำกัดความเชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านร่างกาย และด้านส่วนบุคคล ซึ่งด้านส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านทัศนคติความคาดหวัง ด้านความมั่นคงในตนเอง และด้านความมีคุณค่าใน ตนเอง (Roy, 1984)

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อที่มีต่อตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. **อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับรูปร่าง ความสามารถในการทำงานของร่างกาย การสูญเสียอวัยวะบางส่วนจากร่างกาย และการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2. **อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

2.1 **ด้านศีลธรรม-จรรยา** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิด

ที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยึดถือเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจว่าดีหรือเลว ถูกหรือผิดในภาวะที่พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามของผู้ป่วยละเมิดต่อสิ่งดังกล่าว ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยเกิดความรู้สึกผิด เป็นบาป หรือตำหนิตนเอง

2.2 **ด้านนิทานความคาดหวัง** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของตนเอง ตลอดจนความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองด้วย หากไม่บรรลุตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมา โดยเกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมกมุ่นใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ

2.3 **ด้านความมั่นคงในตนเอง** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง สม่่าเสมอ หรือความปลอดภัยของตนเอง หากผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงของตนเอง ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยเกิดความรู้สึกกังวล

2.4 **ด้านความมีคุณค่าในตนเอง** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ๆ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยเกิดความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

คำจำกัดความเชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวที่บุคคลแสดงออกมาตามความคาดหวังของสังคม ในขณะที่ดำรงตำแหน่งหรือแสดงบทบาทใดบทบาทหนึ่งอยู่ บุคคลจะได้รับบทบาทมาจากการกระทำและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้เคียงในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต ซึ่งมักเป็นช่วงที่นาน หรืออาจเป็นแบบถาวร เช่น บทบาทบิดา-มารดา บทบาทภรรยา บทบาทการทำงาน หรืออาชีพ บทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น บทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทหัตถิภุมิ ซึ่งการที่บุคคลต้องแสดงบทบาทนั้นนาน ๆ จึงมักพบปัญหาที่เกี่ยวกับบทบาทเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย ในการดำรงตำแหน่งหรือแสดงบทบาทอยู่นั้น จะมีพฤติกรรมการแสดงออกมาในรูปแบบของการกระทำบทบาท (Instrumental behaviors) และแสดงความรู้สึกต่อบทบาท (Expressive behavior) (Andrews and Roy, 1991)

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง ด้านที่สามารถแสดงออกมาได้ ตามความคาดหวังของสังคมในขณะที่เขาดำรงตำแหน่ง หรือแสดงบทบาทใดบทบาทหนึ่งอยู่ มีพฤติกรรมการแสดงออกมาในรูปแบบของการกระทำและแสดงความรู้สึกต่อบทบาท

ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการหาประสบการณ์ในบทบาทของตนเอง ซึ่งได้แก่บทบาทของภรรยา บทบาทมารดา บทบาทการทำงาน หรืออาชีพและบทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง

บทบาทภรรยา หมายถึง การแสดงบทบาทของภรรยา ประกอบด้วยพฤติกรรม การกระทำและความรู้สึกในด้าน การเป็นผู้ช่วยหาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้ดูแล เป็นผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เป็นผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทรต่อสามี เป็นผู้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นผู้มีความซื่อสัตย์ ยกย่องให้เกียรติสามี ตอบสนองทางเพศต่อคู่สมรส และเป็นผู้ช่วยสร้างบรรยากาศความผาสุกในครอบครัว

บทบาทมารดา หมายถึง การแสดงบทบาทของมารดา ประกอบด้วยพฤติกรรม การกระทำและความรู้สึกในด้าน การอบรมสั่งสอนบุตร เป็นผู้ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และ เป็นผู้ให้ความรัก ความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจแก่บุตร

บทบาทอาชีพหรือการทำงาน หมายถึง การแสดงบทบาทการทำงาน ประกอบด้วย พฤติกรรม การกระทำและความรู้สึกในด้าน การบริหารจัดการ เป็นผู้พัฒนาตนเอง และ เป็นผู้ให้ความเอื้ออาทร และไม่จริงจังต่อเพื่อนร่วมงาน

บทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง การแสดงบทบาทของผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย พฤติกรรม การกระทำและพฤติกรรมความรู้สึกในด้าน การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม การเรียนรู้และสนใจพยาธิสภาพของโรค การให้ความร่วมมือในการรักษา ยอมรับการเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต การเรียนรู้และสนใจผลข้างเคียงของการรักษา และการให้ความไว้วางใจและรับรู้แพทย์ พยาบาล ให้ความช่วยเหลือได้

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม และ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมด้วย ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านม และ เคมีบำบัดร่วมด้วย ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และ โรงพยาบาลมหาราช

นครราชสีมา เป็นผู้ขายที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งสามารถนำมากำหนดเป็นสิ่งที่เราเพื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่ดีต่อไปได้

2. คาดว่าจะได้เครื่องมือวัดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม ในแต่ละบทบาทได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สะดวกและ เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

3. ช่วยพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นการทดสอบความสัมพันธ์ในมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy