

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาดังนี้

2.1 ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

ทฤษฎีการพยาบาลต่าง ๆ ที่ปรากฏและมีการศึกษาอยู่ในขณะนี้ กล่าวกันว่า ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy เป็นทฤษฎีหนึ่งซึ่งมีการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย และใช้เป็นพื้นฐานในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน และปฏิบัติการพยาบาลในหลายสถาบันทั้งในและต่างประเทศ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2538 ; Andrews and Roy, 1991) ในแนวคิดทฤษฎีประกอบด้วยมโนคติหลัก 4 ประการ ได้แก่ มโนคติของมนุษย์ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล (Andrews and Roy, 1991)

Roy อธิบายว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วย ชีวะ-จิต-สังคม (Bio - psycho - social being) เป็นระบบการปรับตัวและเป็นระบบเปิด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มนุษย์จะมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบโดยกระบวนการภายในอันประกอบด้วย กลไกควบคุม (Regulator mechanism) และ กลไกการเรียนรู้ (Cognator mechanism) ทำหน้าที่ในการปรับตัว 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การปรับตัวที่ดีทำให้มนุษย์บรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต มีชีวิตรอด สามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์และเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ

ในชีวิตได้ (Andrews and Roy, 1991)

ตามทัศนะของ Roy สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่มีผลต่อการปรับตัวของมนุษย์ Roy เรียกว่า "สิ่งเร้า" ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามากกระทบบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลต้องมีการตอบสนองโดยทันที สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่น ๆ ซึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นพร้อมกับสิ่งเร้าตรง มีผลกระทบระบบบุคคล เช่นเดียวกัน และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อระบบบุคคลที่ยังไม่ชัดเจนในสถานการณ์ บุคคลอาจไม่ตระหนักถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมนี้ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์เดิมหรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น (Roy, 1984) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้าทั้ง 3 ประเภท จะส่งผลถึงสุขภาพ การปรับตัวได้โดยมีความมั่นคงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะแสดงถึงการมีสุขภาพดี ในบุคคลซึ่งไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้ จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ และส่งผลถึงด้านสังคมของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลจะเป็นการให้บริการ กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านของบุคคล ให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ (Andrews and Roy, 1991)

บุคคลจะปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า โดยมีพฤติกรรมปรับตัวออกมาทั้ง 4 ด้าน หรือเพียงด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ และพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพของด้านใดด้านหนึ่ง สารถย้อนกลับมาเป็นสิ่งเร้า (Feed back process) ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวด้านอื่น ๆ ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพได้ (Andrew and Roy, 1991) ดังรายงานการวิจัยของ Tulman และ Fawcett (1990) ที่ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งพบว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกัน

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ (Self concept) เป็นมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับแนวความคิดที่ลึกซึ้ง และซับซ้อนที่บุคคลมีต่อตนเอง ความหมายของอัตมโนทัศน์ หมายถึง ระบบโครงสร้างของการรับรู้ ทัศนคติ ความรู้สึก ความเข้าใจ การยอมรับ และการประเมินเกี่ยวกับตนเองของบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล (Rogers อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2531) Stuart และ Sundeen (1987) อธิบายอัตมโนทัศน์ในส่วน

ที่ว่าเป็นประสบการณ์ความคิดเห็น และเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการรับรู้ลักษณะความสามารถของบุคคลอื่น ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคล และสิ่งแวดล้อม อัทมโนทัศน์ในแนวคิดของ Drier (Drier quoted in Roy, 1984) ได้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกันคือ หมายถึง ผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง อันเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ตลอดจนการปะทะสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับรู้ดังกล่าวประกอบด้วยความรู้สึก ความนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะและความสามารถด้านต่าง ๆ ของตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้มักใช้ใช้ในการศึกษา เนื่องจากการแบ่งอัทมโนทัศน์ในกรอบทฤษฎีของ Roy ครอบคลุมชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษานี้

องค์ประกอบของอัทมโนทัศน์ ได้มีผู้แบ่งออกเป็นหลายส่วนตามแนวคิดของแต่ละบุคคล เช่น Potter และ Perry (1991) กล่าวว่า อัทมโนทัศน์ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ (Body Image) คุณค่าแห่งตน (Self esteem) เอกลักษณ์ส่วนตัวแห่งตน (Self identity) และบทบาทเฉพาะตนเอง (Role identity) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบคล้ายกับแนวคิดของ Stuart และ Sundeen แต่ Stuart และ Sundeen ได้เพิ่มองค์ประกอบด้านแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self ideal) อีก 1 องค์ประกอบ นอกจากนี้ Fitts (Fitts อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531) ได้แบ่งองค์ประกอบของอัทมโนทัศน์โดยพิจารณา 2 ด้าน ใหญ่ ๆ คือ ประการที่ 1 พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ (Internal frame of reference) ซึ่งประกอบด้วย อัทมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (Identity self) อัทมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง (Satisfaction self) อัทมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (Behavioral self) ประการที่ 2 พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ (External frame of reference) ประกอบด้วย อัทมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) อัทมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral ethical self) อัทมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (Personal self) อัทมโนทัศน์ด้านครอบครัว (Family self) และอัทมโนทัศน์ด้านสังคม (Social self) กล่าวกันว่า Fitts ได้แบ่งอัทมโนทัศน์ได้ละเอียด และมีความชัดเจนในด้านสังคม

องค์ประกอบในแนวคิดอัทมโนทัศน์ของ Drier (Drier quoted in Roy, 1984) ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ อัทมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) และอัทมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (Personal self)

1. อัทมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ถึงรูปร่างหน้าตาและสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้รูปลักษณ์ของบุคคล

เปลี่ยนไป ซึ่งอาจเกิดจากความเจ็บป่วยหรืออื่น ๆ ถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถยอมรับได้จะนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสีย และทำให้การมีเพศสัมพันธ์บกพร่องได้

2. อคติในทัศนคติด้านส่วนบุคคล เป็นมโนคติส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ ความคาดหวัง ทัศนคติที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งออกเป็นสามย่อยดังนี้

2.1 อคติในทัศนคติด้านความมั่นคงในตนเอง บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงหรือสม่ำเสมอ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงทางความรู้สึก ภาวะใดก็ตามที่คุกคามความรู้สึกภายในตน เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคง หรือความปลอดภัยของตนเอง จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.2 อคติในทัศนคติด้านทัศนคติหรือความคาดหวังแห่งตนเป็นความรู้สึกนึกคิด และ ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลปรารถนา รวมทั้งรับรู้ในสิ่งที่คาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองด้วย ถ้าสิ่งที่คาดหวังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะก่อให้เกิดความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2.3 อคติในทัศนคติด้านศีลธรรม-จรรยา เป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ และค่านิยมทางสังคม ซึ่งรวมถึงค่านิยมทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งบุคคลยึดถือเป็นบรรทัดฐาน ในการตัดสินใจว่าสิ่งใดดีหรือเลว ถูกหรือผิด ในภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองละเมิดกฎเกณฑ์หรือค่านิยมทางสังคม จะแสดงออกถึงความรู้สึกผิด เป็นบาป หรือตำหนิตนเอง

2.4 อคติในทัศนคติด้านคุณค่าแห่งตน เป็นการยอมรับนับถือตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ได้รับการยอมรับยกย่องจากผู้อื่น เป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในทัศนคติแห่งตนของทุก ๆ ด้าน ภาวะใดที่ก่อให้เกิดบุคคลเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า บุคคลจะพยายามปรับความรู้สึกของตนเอง ถ้าปรับไม่ได้จะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

บุคคลที่มีทัศนคติต่อตนเองในทางลบ จะมีขอบเขตของการรับรู้แคบ และไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากมีความอ่อนไหว ไม่มั่นคง เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย ในทางตรงข้าม บุคคลที่มีทัศนคติทางบวก จะมองโลกกว้างและมีเหตุผล เนื่องจากประสบการณ์จากการยอมรับและสิ่งที่เคยประสบผลสำเร็จ ดังนั้นทัศนคติทางบวก จึงเกิดจากการมีประสบการณ์ที่ดีและนำไปสู่การรับรู้ว่าตนมีความสามารถ (Stuart and Sundeen, 1987) นอกจากทัศนคติทางบวกสามารถทำให้บุคคลนั้นพบแต่ความสุขในชีวิต มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดี เผชิญกับความผิดหวัง และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ บุคคลที่มีทัศนคติทางลบ จะมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่พอใจตนเอง บางขณะก็เกลียดชังบุคคลอื่นได้ด้วย เกิดความเศร้า หมดหวัง

และอ่อนล้าได้ง่าย (Kozier and Erb, 1988)

การปรับตัวต่อโรคให้เหมาะสมนั้น บุคคลต้องรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงในตนเอง จึงจะทำให้เกิดการมองเห็นตนเองทั้งร่างกายจิตใจตามความจริง และนำไปกำหนดบุคลิกภาพของตนเองให้เหมาะสม จึงจะทำให้การปรับตัวต่อโรคให้เปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ และประสบกับความสุขในชีวิตได้ (Rambo, 1984) ในกรอบทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า การปรับตัวด้านอัตรานโรค เป็นการตอบสนองด้านจิตใจ ซึ่งการตอบสนองด้านนี้จะก่อให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Andrews and Roy, 1991)

การปรับตัวด้านอัตรานโรคของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก

มะเร็ง เป็นปัญหาสุขภาพของมนุษย์โลก ที่ไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังคุกคามความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอีกด้วย (Thompson, et al., 1986) เพราะมะเร็งเป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษามากกว่าโรคอื่น ๆ มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางศักยภาพและคุณภาพชีวิตสูงมาก (ธีระ รามสูตร, 2531)

ภาวะอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งนั้นถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดปัญหาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อการรักษาอย่างมาก พอ ๆ กับการรักษาตัวมะเร็งเอง และเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพควรตระหนักถึงให้มาก (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522 ; วรวิทย์ คลอฉวีวัฒน์, 2525 ; เอียน กอร์โลว์, 2531) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์รุนแรง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกรายได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เนื่องจากมะเร็งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรู้สึกสิ้นหวัง (Peck, 1972 ; Levine, 1978 อ้างถึงใน บัทยา คูบจิต, 2533) แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากความรู้สึกกลัวจากโรคมะเร็งแล้ว ผู้ป่วยยังต้อง ได้รับความทุกข์ทรมานจากการที่ต้องสูญเสียเต้านมไปด้วย

งานวิจัยของ Tarrier (1984) ได้อ้างถึงการศึกษาของ Maguire และคณะ (1978) ซึ่งทำการศึกษเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกับผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีปัญหาทางด้านจิตใจ ในแง่ของความรู้สึกเกี่ยวกับรูปร่างตนเอง นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Tail (1988) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเสี่ยงต่อความตายจาก

โรคที่เป็นอยู่ และความรู้สึกกลัวต่อการรักษาที่จะต้องได้รับต่อไป

Lireman (1984) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม จะเกิดความเครียดอย่างมาก โดยผู้ป่วยจะนึกไปถึงความตาย การสูญเสียการควบคุมร่างกาย จิตใจ ความเจ็บปวด สูญเสียการทำหน้าที่ สูญเสียความภาคภูมิใจ กลัวต่อการเป็นซ้ำ สูญเสียความเป็นหญิง และแรงดึงดูดทางเพศ และสูญเสียความมั่นคงในชีวิต ความรู้สึกของผู้ป่วยจะปรากฏอยู่มากที่สุดใน 3 ระยะด้วยกันคือ ตั้งแต่ทราบผลการวินิจฉัยโรค ภายหลังผ่าตัดเต้านม และเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม (Jamisson, et al., 1978)

การศึกษาของ Lasry และคณะ (1987) ปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดพบว่ามีอยู่ 3 ประการคือ 1. ความทุกข์ทรมาน ของจิตใจ (Psychological distress) ปฏิกริยาที่พบบ่อยคือภาวะซึมเศร้า และมักพบร่วมกับความวิตกกังวลและความโกรธ ประการที่ 2 คือ การดำเนินชีวิตประจำวัน (Daily life) เนื่องจากผู้ป่วยต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาของร่างกาย การจำกัดกิจกรรม ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาภาพลักษณ์ ประการที่ 3 คือ กลัวการกลับเป็นซ้ำ (Fear of recurrent) เพราะผู้ป่วยจะตระหนักดีว่าโรคมะเร็งมีความรุนแรงและไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้โดยสิ้นเชิง แม้ว่าจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและการรักษาอื่น ๆ ร่วมกับการที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนว่าจะหายจากโรคได้จริงหรือไม่

อาการซึมเศร้าภายหลังจากการผ่าตัดเต้านมออก เป็นอาการที่พบได้บ่อย และถือเป็นโรคที่ควรรักษา ผู้หญิงที่มีความคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดของมนุษย์คือรูปร่างหน้าตา จะมีปัญหาในการมองตนเอง เพราะจะหลงรูปร่างตนเอง และคิดว่าร่างกายที่ขาดอะไรไปบางอย่าง ก็เหมือนกับคนไม่สมบูรณ์ และจะกังวลแต่เรื่องของร่างกายเท่านั้น สาเหตุนี้เป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่จะทำให้ผู้หญิงที่ถูกตัดเต้านมออก มีโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525) ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียเต้านม เหมือน ๆ กับความรู้สึกว่าต้องสูญเสียคนรัก หรือสิ่งของอันเป็นที่รักมากไป รู้สึกเหมือนกับผู้ป่วยมะเร็งที่แขนขาซึ่งจะต้องถูกตัดทิ้งไป ความรู้สึกซึมเศร้านี้จะมีช่วงตั้งแต่เป็นมีย่อย ๆ จนกระทั่งถึงฆ่าตัวตาย อาการที่พบก็มีตั้งแต่หมดกำลังใจ ไม่สนใจอะไรทั้งสิ้น กังวล นอนไม่หลับ ตื่นเต้น ตกใจง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูกเป็นประจำ อ่อนเพลีย เรือรัง จนถึงปวดตามข้อต่าง ๆ ในร่างกาย และปวดเป็นเวลานานๆ และมีการแสดงอารมณ์โกรธเกลียดต่อผู้หญิงที่มีสุขภาพดีกว่า เป็นต้น (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525)

ความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ เป็นระยะหนึ่งของกระบวนการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพ
 ลักษณะ บุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน ซึ่งอาจจะปรับตัวต่อสภาพลักษณะใหม่ได้
 หรือความรู้สึกนี้จะคงอยู่เป็นเดือนเป็นปี (Ignatavicius and Bayne, 1991) ซึ่งสอดคล้อง
 กับการสรุปผลของ Tarrier (1984) ที่ศึกษางานวิจัยของ Maguire และคณะ (1978) ว่า
 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 25 มีความวิตกกังวล ตั้งแต่ระดับปานกลางไปจนถึงระดับรุนแรง
 และมักจะมีความซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นเวลา 1-2 ปี ระยะเวลาที่ยาวนานในการปรับจิตใจของ
 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล บางคนภาวะนี้ไม่ได้
 ลดน้อยลงไป และอาจเพิ่มขึ้นด้วยปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไข เช่น มีภาวะแทรกซ้อน มี
 ปัญหาด้านเศรษฐกิจเนื่องจากป่วยนาน สูญเสียบทบาทเดิม มีบทบาทขัดแย้งหรือกระทำบทบาทไม่
 มีประสิทธิภาพ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้สามารถ
 กลับมามีผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต และสังคมของผู้ป่วยได้อีก การปรับจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งก็
 จะทำให้สำเร็จได้ยากขึ้น

นอกจากความซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังมีความวิตกกังวลใจ ซึ่งไม่เจาะจงกับสิ่ง
 ใด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหมือนคนโรคจิตประสาท มีจิตใจอ่อนไหว ไม่เข้มแข็งที่จะเผชิญกับสิ่ง
 เลวร้ายบางอย่างได้และร้องไห้ง่าย ๆ โดยไม่ทราบเหตุผลเป็นผลให้บุคคลสูญเสียการควบคุม
 ตนเอง (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกภาคภูมิใจ
 ในตนเองถูกทำลายโดยสิ้นเชิง จะรู้สึกเหมือนคนพิการที่ถูกตัดแขนตัดขาออก เหมือนถูกเปลี่ยน
 เพศ เหมือนมีใครมาทำให้เกิดความไม่พอใจอย่างที่สุดในชีวิต และบ่อยครั้งที่รู้สึกว่าการสูญเสีย
 เต้านมเป็นการลงโทษความผิดของตนเองที่ผ่านมาในอดีต (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525)

ดังนั้นจะพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก ต้องประสบกับปัญหา
 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกสิ้น
 หวัง สูญเสียความมีคุณค่าในตนเองในด้านความเป็นหญิง และแรงดึงดูดทางเพศ มีความรู้สึกผิด
 โกรธ กลัว สูญเสียความมั่นคงในชีวิต และสูญเสียการควบคุมร่างกาย-จิตใจ อัตมโนทัศน์ด้านลบ
 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกนี้ จำเป็นต้องได้รับการศึกษาค้นคว้าเพื่อช่วย
 เหลือ ให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และด้านอื่น ๆ ได้ดีขึ้นตามสภาพของแต่ละบุคคล และ
 อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ทั้งนี้เพื่อป้องกันและขจัดสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ ที่จะตามมา อันเป็นผลที่เกิด
 จากการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นการปรับตัวในมิติทางสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางด้านสังคม ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องอยู่ในสังคม และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพเพื่อสุขภาพในด้านจิตสังคมของตนเอง บทบาทหน้าที่ของบุคคลในกรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy พื้นฐานคือ ทฤษฎีบทบาทของ Mead และ Turner ซึ่ง Turner (อ้างถึงใน Andrews and Roy, 1991) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นผลรวมของพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนที่เหมาะสม สำหรับบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งหรือสถานะใดสถานะหนึ่งในสังคม และการที่บุคคลจะมีการปรับตัวที่ดีขึ้น ได้จากการที่บุคคลสามารถแสดง พฤติกรรมที่เหมาะสม กับความคาดหวังที่มีต่อบทบาทที่ดำรงอยู่หลาย ๆ บทบาทได้ในเวลาเดียวกัน Andrews และ Roy (1991) แบ่งบทบาทของบุคคลเป็น 3 ประเภทคือ บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) หมายถึง บทบาทที่บุคคลได้รับมาเนื่องจากธรรมชาติของกระบวนการชีวิต คือ อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ บทบาทปฐมภูมิจึงเป็นแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอยู่ในวัยต่าง ๆ เช่น บทบาทของเด็กหญิงวัยก่อนเรียน บทบาทของหญิงสาว เป็นต้น บทบาทปฐมภูมิจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามอายุและพัฒนาการของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) หมายถึง บทบาทที่บุคคลได้รับมาจากการกระทำและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้เคียงในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต ซึ่งมักเป็นช่วงเวลาที่นานหรืออาจเป็นแบบถาวร เช่น บทบาทบิดามารดา บทบาทบุตร บทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง และบทบาทอาชีพ เป็นต้น เนื่องจากบทบาททุติยภูมิเกิดแบบถาวร หรือมีช่วงเวลานาน ๆ ทำให้บุคคลต้องแสดงบทบาทนั้นนาน ๆ บุคคลจึงมักเกิดปัญหาเกี่ยวกับบทบาทนี้ค่อนข้างมาก บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) หมายถึง บทบาทที่เกิดร่วมกับบทบาททุติยภูมิ แต่จะมีระยะเวลาการดำรงบทบาทสั้น ๆ ไม่ถาวร หรือเป็นบทบาทชั่วคราว นอกจากนี้บุคคลอาจเลือกบทบาทนี้ได้โดยอิสระ เช่น บทบาทกรรมการสโมสร บทบาทนักกีฬาสมัครเล่น บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น และแต่ละบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทได้ในเวลาเดียวกัน

เมื่อบุคคลแสดงบทบาท จะมีพฤติกรรมการแสดงบทบาท (Role behavior หรือ Role performance) เกิดขึ้น ซึ่ง Parsons และ Shil (Parsons and Shil, 1951 quoted to Andrews and Roy, 1991) ได้แบ่งพฤติกรรมแสดงออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมกระทำ (Instrumental behaviors) ซึ่งหมายถึง การกระทำที่แสดงออกตามบทบาทที่มีเพื่อให้บรรลุตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behaviors) หมายถึง อารมณ์ที่แสดงร่วมหรือแสดงถึงผลของการกระทำบทบาทต่อบุคคลอื่น ซึ่งเป็นความรู้สึก หักเหน็ดที่มีต่อบทบาทที่กระทำนั้น ๆ

พฤติกรรมการแสดงออกของบทบาทนี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยในสังคม ซึ่งจัดเป็นสิ่งแวดล้อม 4 ประการคือ บุคคลซึ่งได้รับผลของการกระทำบทบาท รางวัลหรือผลที่คนกระทำบทบาทได้รับ ทรัพยากรที่มีพร้อมในการแสดงพฤติกรรมตามบทบาท และ บรรยากาศและความเชื่อที่สอดคล้องกับบรรยากาศของการแสดงบทบาท (Andrews and Roy, 1991)

นอกจากนี้ยังมีสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่

1. บทบาทในสังคม เป็นแบบแผนพฤติกรรมสำหรับให้บุคคลในสังคมยึดถือปฏิบัติ เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลมาก ซึ่งได้แก่ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น และในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีแบบแผนพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน

2. โครงสร้างและอายุ เป็นสิ่งที่กำหนดบทบาทให้บุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านบทบาทหน้าที่ที่มีในแต่ละระยะของพัฒนาการของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ

3. อัตมโนทัศน์ มีผลกระทบต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ของตนเองไม่ดี เช่น สูญเสียภาพลักษณ์ มีความรู้สึกผิด หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ย่อมกระทบการแสดงออกตามบทบาท ทำให้การแสดงบทบาทไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพตามไปด้วย

4. แบบอย่างที่ดี จะเป็นตัวอย่างซึ่งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และ หรือลอกเลียนแบบ ถือเป็นสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลได้พบบทบาทที่ดี ก็จะเป็นผลดีต่อการแสดงบทบาทของบุคคล แต่ถ้าขาดแบบอย่างที่ดี การเรียนรู้บทบาทก็อาจจะเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

5. ความรู้เกี่ยวกับบทบาท ถ้าบุคคลที่กำลังจะดำรงบทบาทมีความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหรือพฤติกรรมที่ต้องแสดง ก็จะสามารถแสดงบทบาทนั้นได้ถูกต้อง โดยเฉพาะบทบาทผู้นำ ซึ่งบุคคลอาจไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน

6. สุขภาพร่างกายและจิตใจทั่วไป ความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ มีผลกระทบต่อการแสดงบทบาท อาจทำให้กระบวนการเรียนรู้บทบาทไม่มีประสิทธิภาพได้

7. พฤติกรรมในบทบาทหนึ่ง อาจมีผลต่อการแสดงบทบาทอื่น ๆ ได้ เนื่องจากบุคคลมีหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน และแต่ละบทบาทจะต้องกระทำให้เหมาะสม พฤติกรรมหนึ่งจึงอาจเหมาะสมถูกต้องในบทบาทใดบทบาทหนึ่ง และอาจเป็นผลเสียต่อบทบาทอื่น ๆ ได้อีก (Andrews and Roy, 1991 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของบุคคลมากมาย สิ่งเหล่านี้บางอย่างอาจจะส่งเสริมหรือลดระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลได้ และอัตมโนทัศน์ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในกรอบทฤษฎีของ Roy

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลมีบทบาทมากมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก็เช่นเดียวกัน เมื่อเกิดเจ็บป่วยต้องรับบทบาทผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ถ้าบุคคลปรับตัวรับบทบาทใหม่นี้ไม่ได้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียด และมีผลกระทบถึงร่างกายและจิตใจของบุคคล (Andrews and Roy, 1991) ปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ Andrews และ Roy (1991) ได้รวบรวมไว้ดังนี้คือ การแสดงบทบาทไม่สมจริง (Role distance) บทบาทขัดแย้ง (Role Conflict) บทบาทล้มเหลว (Role failure) และการปรับรับบทบาทใหม่ไม่เหมาะสม (Ineffective role transition) บุคคลจะปรับตัวได้ดั่งนั้น Roy วิเคราะห์ได้จากการแสดงพฤติกรรมความรู้สึก และพฤติกรรมกระทำว่าเหมาะสมหรือไม่ การดำรงบทบาทได้เหมาะสม (Role mastery) และการปรับรับบทบาทใหม่ได้เหมาะสม (Effective role transition) เป็นการปรับตัวที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายของการพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของบุคคลทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย เพื่อให้ระดับของบุคคลสมมูล อยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและสุขภาพดี ส่วนการแสดงบทบาทไม่เหมาะสม สามารถก่อให้เกิดความเครียดในบทบาท (Role stress) Hardy (1988) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท (Role strain) ซึ่งเป็นความรู้สึกคับข้องใจ ตึงเครียด และวิตกกังวล อาจมีผลถึงคู่บทบาทด้วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดในบทบาทจะมีอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดโดยทั่วไป คือมีอาการวิตกกังวล รู้สึกเครียด กระวนกระวาย เสียใจ ซึมเศร้า แสดงปฏิกิริยาต่อคนรอบข้างผิดปกติ แยกตนเอง ไม่พอใจงานที่ทำ และมีปัญหาสัมพันธภาพ เป็นต้น

ดังนั้น จึงพบว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านบทบาท ไม่เพียงแต่กระทบมิติด้านสังคมของผู้ป่วยเท่านั้นยังส่งผลถึงมิติด้านสุขภาพกายและจิตอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมยังต้องศึกษาปัญหาและปัจจัยด้านบทบาทของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือ กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการกระทำบทบาทหน้าที่ที่ตนเองอยู่และได้รับใหม่ให้เหมาะสม เพราะเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะสร้างสรรค์ จรรโลงความผาสุก และความมั่นคงให้แก่ครอบครัว สังคม ตลอดจนประเทศชาติได้

การเปลี่ยนแปลงบทบาทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะแรกและระยะหลัง เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว สังคมแล้ว ควรมีบทบาทหน้าที่ในสังคมได้ดีเช่นเดิม โดยจะต้องอยู่ในบทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากต้องติดตามการดำเนินของโรครายอย่างต่อเนื่อง และในขณะเดียวกันก็ต้องกระทำบทบาทเดิมที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสม แต่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง

ผ่าตัดเต้านมออก มักพบว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทหลาย ๆ ด้าน เช่น ในบทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องมาพบแพทย์ (วิลโลกซ์ จันทรพวง, 2534) บางรายมักพูดถึงความตายและเตรียมตัวตาย ท้อแท้ต่อการรักษา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือการสูญเสียเต้านม (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525) ผู้ป่วยบางรายจะแสดงความรู้สึกกลัวทุกครั้งที่ได้เห็นรอยแผลเกิดความเจ็บปวดทั้ง ๆ ที่แผลหายแล้ว แสดงการไม่ยอมรับภาพลักษณ์โดยทิ้งกระโจมออกนอกบ้าน เป็นต้น (Bloom, 1987) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ นอกจากจะกระทบสุขภาพจิตของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลถึงการกระทำบทบาทผู้ป่วยเรื้อรังของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ และมีการดูแลตนเองเรื่องโรคได้ไม่ดีอีกด้วย ซึ่งจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มักจะพบการขาดการติดตามรักษาอยู่เสมอ ๆ

ในบทบาทอาชีพหรือการทำงาน ผู้หญิงที่เคยทำงานเดิมมาก่อน ก็พบว่าตนเองขาดสมาธิในการทำงานนั้น ๆ และมีอาการซึมเศร้าหลังการผ่าตัดอย่างมาก ในขณะที่บางคนสามารถทำงานได้ดีเช่นเดิม (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525) บางคนไม่ต้องการไปร่วมงาน หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (วิลโลกซ์ จันทรพวง, 2534) จากสภาพความเจ็บป่วยและภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยทำงานไม่มีประสิทธิภาพ หรืออาจทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนหน้าที่การงาน ซึ่งมีผลต่อด้านเศรษฐกิจตามมา นอกจากนี้จะพบว่าผู้ป่วยมักปฏิเสธการเข้าสังคม ไม่ต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และแยกตัวเอง (Lambert and Lambert, 1985) การกระทำและความรู้สึกที่บกพร่องเหล่านี้ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยอาจต้องเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานแล้วยังส่งผลให้บทบาทในสังคมของผู้ป่วยลดลง สังคมยอมรับผู้ป่วยน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น และเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้นได้ (Kelly, 1985)

ในบทบาทมารดา ผู้ป่วยมักพบว่าตนเองขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยพึงพอใจมาก่อน เช่น มารดาขณะที่เฝ้าดูบุตรตนเองเล่นกันอย่างสนุกสนาน โดยปกติแล้วจะมีความสุข ความปลาบปลื้มใจ และยินดีต่อพฤติกรรมที่มีความสุข กลับมีความรู้สึกไม่พึงพอใจและทนต่อเสียงอันแสดงถึงความสุขไม่ได้ (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ส่วนใหญ่ก็มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย และมักพบว่า มารดาที่มีบุตรจะแสดงอารมณ์มากกว่าใช้เหตุผลกับบุตร

ในบทบาทภรรยา พบว่าผู้ป่วยมีอาการหวาดกลัวว่าสามีจะนอกใจและรังเกียจในรูปร่างกายของตนเองหลังผ่าตัด ไม่เชื่อมั่นตนเอง อาจขาดแคลน ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ลดลงได้ (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525 ; Bloom, 1987 ; Price, 1990) บทบาทที่บกพร่องเหล่านี้ Lambert และ Lambert (1985) ได้ให้ความเห็นว่าเกิดจากภาวะอารมณ์

โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้าจากการสูญเสียเต้านม วิตกกังวล หวาดกลัว ละอาย และคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลิกซ์ จันท์พวง (2534) ตามกรอบทฤษฎีของ Roy ซึ่งอธิบายไว้ว่า หนึ่งที่สูญเสียสิ่งที่แสดงความเป็นเพศหญิง ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองถูกทำลายลงไปด้วย โดยเฉพาะในหญิงที่แต่งงานแล้วการทำหน้าที่ของภรรยา และการทำหน้าที่เป็นมารดาของบุตรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อครอบครัว การสูญเสียเต้านม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจ และ ไม่มั่นใจว่า ตนเองจะทำหน้าที่ได้สมบูรณ์หรือไม่ กลัวสามีไม่ยอมรับในสรีรร่างกายที่เปลี่ยนแปลง กระสากอวย ทำให้มีปัญหามีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ในที่สุดอาจทำให้ชีวิตสมรสถึงขั้นหย่าร้างได้

พฤติกรรมและความรู้สึกด้านบทบาทหน้าที่ที่บกพร่องเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจากก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเคยเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัวและสังคม แต่เมื่อเจ็บป่วยเขาไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างเต็มที่ ทั้งในบทบาทต่อครอบครัว อาชีพ การงานหรือสังคม การสูญเสียบทบาทเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถในการกระทำใด ๆ แม้กระทั่งการดูแลตนเองได้

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุพา หินศิริโพธิ์งาม (2527) ศึกษาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการผ่าตัดเต้านม ในระยะก่อนตัดเต้านม หลังตัดเต้านม 7-10 วัน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผลจากการวิจัยพบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการตัดเต้านมออก 7-10 วัน และ 3 เดือน เป็นไปในทางลบมากกว่าในระยะก่อนตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ในระยะหลังตัดเต้านมออก 7-10 วัน เป็นไปในทางลบมากกว่าในระยะหลังตัดเต้านมออก 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นไปในทางลบ มากกว่าผู้ป่วยที่ยังเป็นโสด ผู้มีการศึกษาสูง จะมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

วิลลิกซ์ จันท์พวง (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาการปรับตัวทั้ง 4 ด้านตามกรอบแนวคิดของ Roy กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรค แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส และแบบสอบถามการปรับตัวตามทฤษฎีของ Roy ซึ่งสร้างโดยสายวิพน เกษมกิจวัฒนา (2525) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรักษาที่ได้รับเพิ่มในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว การปรับตัวด้านทัศนคติในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดในกรอบทฤษฎีของ Roy มีพฤติกรรมด้านทางลบสูงกว่าด้านอื่น คือ ร้อยละ 67 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเศร้าเสียใจเมื่อนึกถึงโรคที่เป็นอยู่ รู้สึกกลัวและกังวลใจเมื่อนึกถึงผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังการรักษาคิดเป็นร้อยละ 65 รู้สึกไม่พอใจในรูปร่างและลักษณะของตนเองร้อยละ 61 คิดว่าตนเองไม่สมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพอ่อนแอลงร้อยละ 60 รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ร้อยละ 51 คิดว่าตนเองเป็นการระคายเคืองรำคาญใจไม่มีคุณค่า และ ไม่มีประโยชน์ร้อยละ 49 และสุดท้ายยังทำใจยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีการกระทำบทบาทบกพร่อง อันได้แก่ บทบาทภรรยา บทบาทมารดา บทบาทการทำงาน และบทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง

Mock (1987) ศึกษาถึงเอกลักษณ์ของความเป็นหญิง ซึ่งได้แก่ภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงจากผลของการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 450 คน ชนิดของการรักษาแยกเป็นผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดด้วยวิธี ผ่าตัดเต้านมแบบชนิดตัดแปลง (Modified radical mastectomy) ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแล้วยังไม่ได้รับการเสริมเต้านม ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วทำศัลยกรรมเต้านมทันที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Body Image Visual Analogue Acale (BIVAS), Body Image Scale และ Tennessee Self Concept Scale (TSCS) เปรียบเทียบผลระหว่าง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่าคะแนนด้านภาพลักษณ์ในกลุ่มที่รักษาด้วยรังสีมีค่าสูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่คะแนนต่ำสุดคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมชนิดตัดแปลง ข้อมูลอื่น ๆ ด้านประชากรในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นคะแนนภาพลักษณ์จะต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเวลาในระหว่างการรักษา และระยะของมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์

Rice-Erso (1988) ศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี ทั้ง 3 กลุ่มมีจำนวนตัวอย่าง 99 คน อายุระหว่าง 21-80 ปี ผู้ถูกวิจัยจะต้องตอบคำถามใน 5 ด้านคือ การรักษาและสุขภาพ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การกระทำบทบาท คุณค่าและการมองชีวิต และสภาวะอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี คำนึงถึงภาวะสุขภาพ การกระทำบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยที่สุดและมีความทุกข์ทรมานทางอารมณ์น้อยเช่นกัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับเคมีรักษาร่วมด้วย จะมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการรักษาและภาวะสุขภาพ คุณค่าและการมองชีวิต และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และจะคงอยู่ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และยังมีรายงานอีกว่าสุขภาพแข็งแรงดีที่สุดอีกด้วย ผู้ที่มีอายุน้อยในทุกกลุ่มจะคิดกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก เรื่องที่คำนึงถึง ได้แก่ การรักษาและภาวะสุขภาพการกระทำบทบาท สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีเพศสัมพันธ์ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง

Water (1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อคติในทัศน การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการปรับสภาพจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดเต้านมเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมร่วมกับเคมีบำบัด การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีความเครียดของ Lazarus เก็บข้อมูลในผู้ป่วยหญิงจำนวน 65 คน ซึ่งเป็นมะเร็งระยะที่ 1, 2 และ 3 แบ่งกลุ่มเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว 42 คน และอีก 23 คนได้รับการรักษาทั้งสองอย่าง ระยะเวลาในการรักษาหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 สัปดาห์ และมากที่สุดถึง 2 ปี สรุปผลพบว่า ผู้ป่วยมีการปรับสภาพจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ในด้านภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีความ ต้องการอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมเป็นอิทธิพลรวมอยู่ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิภาพของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างของผู้ป่วยด้วย

Northouse (1989) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและสามีในระยะยาว จุดประสงค์ของการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยกับสามี ในระยะ 3 วัน 30 วัน และ 18 เดือน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ใช้ทฤษฎีระบบครอบครัวเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 41 คู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและสามีมีการปรับด้านอารมณ์ (Mood) และการกระทำบทบาทหน้าที่ (Role functioning) ตลอดเวลา ความทุกข์ทรมาน (Distress) ของผู้ป่วยและสามีคล้ายคลึงกันทั้ง 3 ระยะ ข้อค้นพบนี้สรุปได้ว่าการปรับสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยและสามี มีความยากลำบากมาก และไม่ใช่จะมีเฉพาะในช่วงแรกของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะคงอยู่ได้ตลอดเวลา ซึ่งการให้การพยาบาลจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาวด้วย ข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาระหว่าง 30 วัน กับ 18 เดือน เป็นระยะเวลาที่ห่างมาก การปรับด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอาจจะเกิดมากในช่วงนี้ได้ จะเป็นประโยชน์มากถ้าศึกษาในช่วง 3 เดือนและ 6 เดือน หลังผ่าตัดเพิ่มเติม



Tulman และ Fawcett (1990) ได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการวินิจฉัย ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม และใช้กรอบทฤษฎีของ Roy เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาด้านบทบาท ทั้งในส่วนของครอบครัว สังคม และอาชีพ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ภาวะอัมมุน การรักษา ความรุนแรงของโรค และปัจจัยด้านประชากร ตัวแปรเหล่านี้ Tulman และ Fawcett (1990) เขียนเป็น diagram ความสัมพันธ์ด้านบทบาทหน้าที่ที่ใช้กรอบทฤษฎีของ Roy และสรุปว่าการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยพฤติกรรมการปรับตัวด้านลบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการวินิจฉัยโรค จะย้อนกลับเป็นสิ่งที่เร้ามีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทที่บกพร่องได้ และเมื่อบทบาทของผู้ป่วยบกพร่อง ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้อีก แต่การศึกษานี้ ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และเพื่อใช้ทดสอบวิธีการปฏิบัติต่อไป

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า บทบาทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกบกพร่อง (Northouse, 1989 ; Tulman and Fawcett, 1990) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในบทบาทของภรรยา บทบาทอาชีพ และบทบาทผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 50 (วิไลลักษณ์ จันทรพิวง, 2534) และจากรายงานการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ปัญหาที่เด่นชัดที่พบในผู้ป่วยคือปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จะมีอัตมโนทัศน์ด้านลบในส่วนของ ภาพลักษณ์ ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลสูง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2527 ; Mock, 1987 ; Rice-Erso, 1988 ; Waters, 1988 ; Northouse, 1989 ; Tulman and Fawcett, 1990) ซึ่งจากการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและสามี ของ Northouse (1989) จะพบว่าผู้ป่วยมีการปรับด้านอารมณ์ (Mood) และการกระทำบทบาทหน้าที่ (Role functioning) เป็นระยะเวลายาวนานและมีความยากลำบากมาก ภาวะอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นผลจากการปรับอัตมโนทัศน์ ซึ่งมีปัญหามาจากทางด้านร่างกาย ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านลบนี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ (Stuart and Sundeen, 1987) การศึกษาที่สนับสนุนคือ Waters (1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อัตมโนทัศน์ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการปรับสภาพจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดและการรักษามีผลกระทบต่อสภาพจิตสังคมหรือการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอัตมโนทัศน์ในส่วนของภาพลักษณ์ มีความสัมพันธ์กับการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม

จากการศึกษาและวิจัยดังกล่าวนี้ มีการศึกษาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในบางส่วนของ การปรับตัวด้านนี้เท่านั้น หากพิจารณาตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ไม่เพียงแต่มีด้านภาพลักษณ์ ด้านความมั่นคงในตนเอง ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ยังมีด้านประสิทธิภาพความคาดหวัง และด้านศีลธรรมจรรยา ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าอาจมีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามกรอบทฤษฎีของ Roy