

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้หญิงในประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรป โดยพบว่าในผู้หญิงทุก 9 คน จะเป็นมะเร็งเต้านม 1 คน และผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมทุก 4 คน จะเสียชีวิต 1 คน (Monahan, Drake, & Neighbors, 1994, p. 1895) มะเร็งเต้านมพบบ่อยเป็นอันดับสองของผู้หญิงไทยรองจากมะเร็งปากมดลูก จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2538 พบมะเร็งเต้านมร้อยละ 29.9 และ 31.5 ของมะเร็งที่พบในผู้หญิงทั้งหมด (National Cancer Institute, 1994, p. 23; 1995, p. 23) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับสองของผู้หญิงรองจากมะเร็งปากมดลูก (สมปอง รักษาสุข, 2535, หน้า 250) แนวโน้มของการเป็นมะเร็งเต้านม พบมากขึ้นในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (กฤษณ์ จาตุมาระ, 2535, หน้า 169)

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ จากสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2537 พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับสาม รองจากมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งปอดในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 10.59, 11.2, 9.01 และ 9.63 ตามลำดับ ในขณะที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมก็พบเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอยู่ในอันดับห้าของผู้ป่วยหญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยหญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมร้อยละ 6.15, 5.9, 6.46 และ 6.98 ตามลำดับ (Chiang Mai University, Faculty of Medicine, 1993, pp. 61, 85; 1995, pp. 56, 67; 1996, pp. 56, 67; 1998, p. 43)

การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน มีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การใช้รังสีบำบัดและการให้ฮอร์โมนบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย แต่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมทิ้ง ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่นิยมมาก ยอมรับกันโดยทั่วไปในปัจจุบันว่าดีที่สุด และอาจรวมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด รังสีบำบัด หรือฮอร์โมนบำบัด เป็นต้น (Deters, 1995)

การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมาก (Northouse, 1989) เนื่องจากต้องสูญเสียเต้านม ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิงและเป็นเสน่ห์ทางเพศ (Schover, 1991) ทำให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเต้านมเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขาดความกระตือรือร้น ไม่สดชื่นแจ่มใส การทำงานขาดประสิทธิภาพ และมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ วิตกกังวล ไม่มีความสุข สิ้นหวัง สับสน และกลัวเสียชีวิต เนื่องจากรับรู้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่คุกคามชีวิต (Stanton & Snider, 1993) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาไม่เพียงพอ รวมทั้งแพทย์ไม่รับรองผลการรักษาว่าจะหายขาด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดหวังได้เกี่ยวกับผลลัพธ์จากการผ่าตัดเต้านม และกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว้าวุ่น กลายเป็นคนพิการ ไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น และเป็นภาระแก่ครอบครัว (Payne, Sullivan, & Massie, 1996) ผู้ป่วยกลัวว่าคู่สมรสจะไม่รักและรังเกียจ จากการที่ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงกลัวว่าคู่สมรสทอดทิ้งไปหาผู้หญิงอื่นได้ (Maguire, 1981) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่ในโรงพยาบาลและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพ มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น ซึ่งสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ไม่เพียงก่อให้เกิดความเครียดต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสก็เกิดความเครียดด้วย (Lierman, 1984; Northouse, 1989) เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากที่สุด ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับการเป็นมะเร็งและการผ่าตัดเต้านม (Vinokur, Threath, Caplan, & Zimmerman, 1989) รวมทั้งคอยดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Zahlis & Shands, 1991)

การที่คู่สมรสทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งจะต้องได้รับการผ่าตัดเต้านม และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดการทำผ่าตัดของผู้ป่วย ย่อมทำให้คู่สมรสมีความวิตกกังวล และไม่มีความสุข (Morris & Royle, 1987) ในระยะแรกคู่สมรสอาจเกิดความรู้สึกไม่เชื่อ ไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม รวมทั้งมีความกังวลว่าอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ และกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตจากการทำผ่าตัดได้ (Sabo, Brown, & Smith, 1986) คู่สมรสจึงต้องการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเรื่อง อาการของมะเร็งเต้านม วิธีการรักษา สภาพผู้ป่วย การปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วย และการพยากรณ์โรค รวมทั้งทราบค่ารักษาพยาบาล และแหล่งความช่วยเหลือทางการเงิน ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน เพื่อช่วยให้คู่สมรสคลายความวิตกกังวลลง (Lovejoy, 1986; Zahlis & Shands, 1991) ดังที่คาร์โมดี ฮิกกี และบุคบินเดอร์ (Carmody, Hickey, & Bookbinder,

1991) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดใหญ่ ซึ่งได้แก่คู่สมรส และบุตร พบว่าครอบครัวต้องการทราบข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมากที่สุด การที่ครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวคลายความเครียดลง มีการตัดสินใจดีขึ้น และยอมรับกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

คู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีที่สุด อยากมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับวิธีการที่คู่สมรสสามารถให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยได้ (Northouse, 1989) ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Wright & Dyck, 1984; Zahlis & Shands, 1991) ต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ต้องการรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วย (Morris & Royle, 1987) เพื่อให้มีความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้คู่สมรสยอมรับกับการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยได้ และทราบว่าตนเองจะสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัดเต้านมได้ ดังเช่นการศึกษาของซิลวา (Silva, 1993) พบว่าความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ คือ ต้องการให้บุคลากรในทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ต้องการได้รับการโทรศัพท์ไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องการทราบพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ต้องการทราบวิธีการดูแลผู้ป่วย และต้องการมีสถานที่ภายในโรงพยาบาลที่จะนั่งรอระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด

นอกจากนี้การที่คู่สมรสรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่ในโรงพยาบาล ยังก่อให้เกิดความเครียด (Hanson & Boyd, 1996) และมีความต้องการในด้านอื่น ๆ มากขึ้นกว่าปกติ เช่น คู่สมรสต้องการให้มี ห้องน้ำ และร้านขายอาหาร เป็นต้น เพื่ออำนวยความสะดวกสบายให้กับตนเอง รวมทั้งต้องการสถานที่นั่งพักผ่อนภายในโรงพยาบาล (Wright & Dyck, 1984) ซึ่งความต้องการในด้านต่าง ๆ ของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม ที่กล่าวมาแล้วนั้น สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ดังเช่นที่มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้แบ่งความต้องการเป็น 5 ชั้น คือความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก ความต้องการความภาคภูมิใจ และความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต โดยบุคคลต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และความต้องการความปลอดภัย ซึ่งเป็นความต้องการในระดับต่ำก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไปได้ แต่ในบางเวลาความต้องการอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้ จนในที่สุดบรรลุถึงขั้นสุดท้ายคือความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต เป็นขั้นที่บุคคลมีความสุขในสิ่งที่ตนเองมีอยู่

เมื่อความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้คู่สมรสเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ นอนไม่หลับ ขาดความกระตือรือร้น และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ กลัว วิตกกังวลและสับสนเกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วย (Hilton, 1993; Morris & Royle, 1987) กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการสูญเสียเต้านม ไม่สามารถคาดหวังได้ว่าผลลัพธ์ของการที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคตจะเป็นอย่างไร กลัวผู้ป่วยจะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ไม่มีสมาธิในการทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ลดลง (Morris & Ingham, 1988) ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ทางเพศในระยะหลังผ่าตัดเต้านมไม่ดี (Zahlis & Shands, 1993) คู่สมรสมีการรับรู้และมีเหตุผลในการตัดสินใจลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยลดลง (Morris & Royle, 1987) และอาจดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยอาจเกิดความเข้าใจผิดคิดว่าคู่สมรสไม่รักและรังเกียจผู้ป่วย (Asken, 1975) ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น และยอมรับเกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านมไม่ได้ จึงมีการใช้ยาแก้ปวดประสาทเพิ่มขึ้น และมีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังผ่าตัดเต้านม (Jamison, Wellisch, & Pasnau, 1978)

ถ้าความต้องการดังที่กล่าวมาแล้วของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพ จะทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมคลายความเครียด มีการตัดสินใจที่ดี มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถยอมรับกับการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยได้ ทำให้คู่สมรสสามารถช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น (Northouse, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขในระยะหลังผ่าตัดเต้านม (Ferrans, 1994; Pistrang & Barker, 1995) พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและคู่สมรสมากที่สุด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม พยาบาลจึงควรที่จะตระหนักถึงความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมด้วย เพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการนั้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีผลทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมมีความเครียดลดลง ยอมรับกับการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยได้ และให้การดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับการผ่าตัดเต้านมได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมและคู่สมรสให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม
2. เพื่อศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม
3. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมโดยรวมและรายด้านได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก ความต้องการความภาคภูมิใจ และความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต เป็นอย่างไร
2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมโดยรวม และรายด้านได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก ความต้องการความภาคภูมิใจ และความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดเพียงอย่างเดียว (simple mastectomy) หรือการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (modified radical mastectomy) เป็นครั้งแรกที่มารับการรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 ศัลยกรรมหญิง 2 ศัลยกรรมหญิง 4 พิเศษ 2 และพิเศษ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2540 ถึง เดือนกรกฎาคม 2541

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความต้องการของคู่สมรส หมายถึง สิ่งที่มีของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม ต้องการได้รับซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก ความต้องการความภาคภูมิใจ และความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow, 1970)

การได้รับการตอบสนองความต้องการ หมายถึง การที่มีของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านมได้รับในสิ่งที่ต้องการแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก ความต้องการความภาคภูมิใจ และความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิตจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดของมาสโลว์

ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม หมายถึง ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระหว่างรอรับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดเพียงอย่างเดียว หรือการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลงเป็นครั้งแรก