

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.2 ชนิดและระยะการดำเนินโรค
 - 1.3 การรักษา มะเร็งเต้านม
2. ผลกระทบจากการเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา
 - 2.1 ผลกระทบจากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา
 - 2.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษา
3. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในสตรีมะเร็งเต้านม
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวม

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่อของเต้านม (breast tissue) เซลล์มะเร็งสามารถเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของเต้านม รวมไปถึงส่วนของเต้านมที่ยื่นเข้าไปในรักแร้เรียก แอ็กซิลลารี-เทล (axillary tail) ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพมากเป็นบริเวณด้านบนส่วนนอก (upper-outer quadrant) ร้อยละ 45 ด้านล่างส่วนนอกร้อยละ 10 พบส่วนกลางของเต้านม ร้อยละ 25 และมักพบเป็นที่เต้านมด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา (อดิศักดิ์, 2542)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมีอาการแสดงหลายลักษณะเช่น คลำพบก้อน มีสารคัดหลั่งออกจากหัวนมพร้อมกับมีก้อน หัวนมหดรั้ง มีรอยบุ๋มหรือดิงรั้งของผิวหนังที่คลุมก้อน มีตุ่มของเนื้อร้ายกระจายออกไปนอกเต้านม ผิวหนังหยาบเป็นหนังหมูหรือคล้ายผิวส้มโอ (peau d'orange) ผิวหนังบวมหรือเป็นสีคล้ำ (edema / brawny skins) มีแผลและมีน้ำเหลืองเยิ้มที่ผิวหนังของเต้านม (eczema) การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันนิยมใช้วิธีผสมผสานกันในระหว่างวิธีการรักษาหลาย ๆ วิธี ทั้งการรักษาเฉพาะที่ (local regional treatment) และการรักษา ทั้งระบบ (systemic treatment) โดยคำนึงถึงระยะของโรคเป็นสำคัญ วิธีนี้เรียกว่า การรักษาโดยวิธีผสมผสาน (combined modalities of treatment) (วรชัย, 2538; สมปอง, 2538)

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรี

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม มี ระหว่าง ค.ศ.1982 – 1987 อัตราเพิ่มขึ้น 4% ต่อปี ค.ศ.1990 – 1997 อัตราคงที่ประมาณ 110.2 ต่อแสนคน อุบัติการณ์อายุของสตรีที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมเริ่มสูงขึ้น เมื่ออายุ 35-40 ปี มีถึง 50 รายต่อแสนคน เมื่ออายุ 45-50 ปี และ 53 รายต่อแสนคน เมื่ออายุ 65-69 ปี ทั้งนี้เนื่องจากสตรีเมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศ ทำให้พยาธิสภาพของร่างกายเปลี่ยนไปทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มีดังนี้ (Dewit, 1992; Beare & Myers, 1994; Gale & Charette, 1995)

1. ผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปี
2. มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม
3. ผู้หญิงที่มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว อายุน้อยกว่า 12 ปี (menarche)
4. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนช้า อายุ 50 ปี
5. ผู้หญิงที่มีลูกคนแรก เมื่ออายุมากกว่า 30 ปี
6. ผู้หญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ชอบรับประทานอาหารพวกไขมันมากหรือ

มีภาวะโรคอ้วน (obesity)

7. ผู้หญิงที่ได้รับการสัมผัสกับรังสีเป็นเวลานานๆ

1.2 ชนิดและระยะการดำเนินโรค

1.2.1 ลักษณะของมะเร็งเต้านม (ธนิต, 2534; หัชชา และคณะ, 2537)

ก. มะเร็งท่อน้ำนม (duct carcinoma) พบมากกว่ามะเร็งต่อมน้ำนม พบได้มากที่สุด เป็นชนิด Infiltrating duct carcinoma ลักษณะเป็นก้อนแข็งเหมือนหิน การพยากรณ์โรคไม่ดี มักพบการลุกลามกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

ข. มะเร็งต่อมน้ำนม (lobular carcinoma) มักจะพบก่อนกระจายไป
เต้านมทั้งสองข้าง การพยากรณ์โรคไม่ดี

ค. มะเร็งท่อน้ำนมที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย (in site duct carcinoma)
พบในระยะเริ่มแรกของมะเร็งเต้านม มะเร็งอื่น ๆ (miscellaneous) ชนิดเนื้อเยื่อที่เป็นหลายชนิด
ปนกันพบในเต้านมข้างขวาและซ้ายในสัดส่วนเท่า ๆ กัน

มะเร็งเต้านมสามารถแบ่งตามตำแหน่งที่เกิดโรคเป็น 4 ประเภทได้แก่
ดักทอดีโนคาซิโนมา (duct adenocarcinoma) โลบูลาร์คาร์ซิโนมา (lobular carcinoma)
ซาร์โคมา (sarcomas) และมะเร็งเต้านมทุติยภูมิ (secondary tumors) ที่กระจายมาจากส่วนอื่น ๆ
ของร่างกาย มะเร็งเต้านมที่พบมาก คือ ดักทอดีโนคาซิโนมา ซึ่งจำแนกย่อยเป็นชนิดที่เซลล์มะเร็ง
เกิดขึ้นเฉพาะในส่วนของท่อน้ำนม (intra duct adeno carcinoma) กับชนิดที่เซลล์มะเร็งกระจายออก
นอกท่อน้ำนม (invasive adeno carcinoma of infiltrating intra duct carcinoma) (Marks-
Maran & Pope, 1985)

การจำแนกระยะการดำเนินของโรคมะเร็งเต้านม

1. แบ่งตามตำแหน่งและการแพร่กระจายได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1.1 มะเร็งระยะเริ่มเป็น ชนิดของมะเร็งเต้านมที่พบเป็นระยะเริ่มเป็นมาก
ที่สุด คือ มะเร็งที่เกิดจากท่อน้ำนม ซึ่งเชื่อมต่อระหว่างต่อมน้ำนมกับหัวนม ที่พบบ่อยรองลงมา คือ
บริเวณเนื้อเยื่อผลิตน้ำนม ซึ่งประกอบขึ้นเป็นกลีบเล็กกลีบน้อย (lobes and lobules) มะเร็ง
ในระยะนี้มีโอกาสหายร้อยละ 95

1.2 มะเร็งประเภทรุกราน (invasive) ตรวจพบเมื่อมีการลุกลามออกนอก
กลีบต่อมน้ำนมหรือท่อน้ำนมไปสู่เนื้อเต้านมรอบ ๆ หรือตามต่อมน้ำเหลืองแล้ว จะคลำได้ก้อนแข็ง
ภายในเต้านม

1.3 มะเร็งประเภทกระจาย (metastasis) พบว่ามะเร็งกระจายไปตามส่วนอื่น ๆ
ของร่างกายแล้ว เช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูก ปอด ตับ และสมอง

1.2.2. การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก จะใช้ระบบ ที่เอ็นเอ็ม (TNM
classification) (Groenwald, 1993)

T = Tumor หมายถึง ขนาดของก้อนเนื้อที่คลำได้ (T1-T4)

Tis = มะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ) ไม่พบก้อนเนื้อ

T1 = ขนาดของก้อนเนื้อน้อยกว่า 2 เซนติเมตร

T2 = ขนาดของก้อนเนื้อมากกว่า 2 เซนติเมตรแต่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร

T3 = ขนาดของก้อนเนื้อมากกว่า 5 เซนติเมตร

T4 = ขนาดของก้อนเนื้อขนาดใดก็ได้แต่มีการยึดติดกับผนังช่องอกหรือ

ผิวหนัง

N = Node หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้คลำได้ (N0-N3)

N0 = คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้

N1 = คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวได้ ต่อมน้ำเหลืองนั้นเคลื่อนไหวได้

N2 = คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้และต่อมน้ำเหลืองยึดติด

แน่นเคลื่อนไหวไม่ได้

N3 = มีการกระจายคลำต่อมน้ำเหลืองที่ใต้หรือแฉ่งเหนือกระดูกไหปลาร้า

(supraclavicular) ข้างเดียวกันได้

M = Metastasis หมายถึง การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะ

ใกล้เคียง (M0-M1)

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นใกล้เคียง

M1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

1.2.3. แบ่งตามพยาธิสภาพ (histological staging)

แบ่งตามผลการตรวจชิ้นเนื้อ เช่น โรคมะเร็งเนื้อร้ายที่หัวนม (paget's disease of nipple) มะเร็งของท่อน้ำนม (carcinoma of mammary duct) มะเร็งของกลีบเล็กกลีบน้อยของต่อมน้ำนม (carcinoma of mammary lobule) เป็นต้น และอ่านค่า เกรดตั้ง (grading) แล้วหาความจำเป็นของการรักษาโดยพิจารณาความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. ขนาดของก้อนเนื้อ (size of tumor)
2. ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (lymphoid at axillary)
3. เกรดของมะเร็งเต้านม (grade)
4. ค่าเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ (estrogen receptor)
5. อายุของผู้ป่วย

1.3 การรักษามะเร็งเต้านม (วรชัย, 2538)

การรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัดการรักษาด้วยรังสี และการรักษาด้วยฮอร์โมน

1.3.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด

1.3.1.1 การรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ในทางคลินิกมีวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนี้

ก. การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง (modified radical mastectomy, MRM) หมายถึง การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดทั้งต่อมน้ำเหลืองรักแร้ ยกเว้นกล้ามเนื้อเพ็คโตราลิส เป็นการผ่าตัดที่นิยมในปัจจุบันเพราะรูปร่างของหน้าอกไม่เสียมาก สามารถทำศัลยกรรมตกแต่งได้ภายหลังได้ง่าย แขนบวมน้อยลง

ข. การผ่าตัดเต้านมแบบถอนราก (radical mastectomy) เป็นวิธีการรักษาแบบมาตรฐาน หมายถึง การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า รวมทั้งผิวหนังที่ปกคลุมก้อนเนื้อที่เป็นมะเร็ง โดยตัดห่างจากขอบของเนื้อมะเร็ง 4 เซนติเมตร กล้ามเนื้อเพ็คโตราลิส เมเจอร์ (pectoralis major) กล้ามเนื้อเพ็คโตราลิส ไมเนอร์ (pectoralis minor) ต่อมน้ำเหลืองเนื้อเยื่อในรักแร้ข้างเดียวกันทั้งหมด จะเหลือเส้นประสาทโทราคอดอร์ซัล (thoracodorsal nerve) เส้นประสาททรวงโทราสซิค (long thoracic nerve) และเส้นเลือด (vessel) การผ่าตัดวิธีนี้จะตัดเอาผิวหนังที่คลุมเต้านมออกมากจนบางรายไม่สามารถเย็บปิดได้ ต้องใช้วิธีปลูกหนัง (skin graft) วิธีนี้ปัจจุบันไม่นิยมแล้ว เพราะมีผลเสียมาก

ค. การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากถอนโคน (extended radical mastectomy, ERM) หมายถึง การทำผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากร่วมกับการตัดกระดูกซี่โครงและเลาะต่อมน้ำเหลืองข้างกระดูกหน้าอกออก ร่วมกับการให้รังสีรักษาหลังการผ่าตัด (radical mastectomy plus post radiation therapy) ในกรณีเป็นตำแหน่งตรงกลางหรือค่อนข้างด้านในของเต้านม วิธีนี้ปัจจุบันไม่นิยมแล้ว เพราะต่อมน้ำเหลือง บริเวณใต้กระดูกซี่โครงถูกตัดออกจึงใช้วิธีฉายแสงแทน

ง. การผ่าตัดเต้านมชนิดธรรมดา (simple mastectomy, SM) หมายถึง การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งเต้าทั้งส่วนที่ยื่นเข้าไปในรักแร้ด้วย โดยไม่มีการเลาะตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ ออกการผ่าตัดวิธีนี้มักต้องร่วมกับการฉายแสง วิธีนี้ปัจจุบันไม่นิยมแล้ว

1.3.1.2 การรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 (early stage) มี 2 ทางเลือก คือ

ก. การผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็งออกและเลาะต่อมน้ำเหลืองข้างนั้น ออกร่วมกับการให้รังสีรักษาและเคมีบำบัด (conservative breast surgery + radiation therapy + adjuvant chemotherapy)

ข. การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลงร่วมกับการให้เคมี

บำบัด (modified radical mastectomy + adjuvant chemotherapy)

โดยพิจารณาจากค่าเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ มีผลบวก (estrogen receptor positive)

ให้พิจารณาอายุของผู้ป่วยร่วมด้วย

1) ยาเคมีบำบัดสูตร Cyclophosphamide Methotrexate Fluorouracil (CMF) -x6 cycles หรือยาเคมีบำบัดสูตร Fluorouracil Adriamycin Cyclophosphamide (FAC) กรณีผู้ป่วยมีอายุช่วงก่อนหมดประจำเดือน

2) ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน คือ ยาทาม็อกซิเฟน (tamoxifen) เป็นเวลา 2-5 ปี กรณีผู้ป่วยมีอายุช่วงหลังหมดประจำเดือน

กรณีมีผลค่าเอสโตรเจน รีเซพเตอร์มีผลลบ (estrogen receptor negative) ให้พิจารณาอายุของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนี้

1) เมื่อผู้ป่วยมีอายุช่วงก่อนหมดประจำเดือน ให้การรักษาเคมีร่วม (adjuvant chemotherapy) ได้

2) เมื่อผู้ป่วยมีอายุช่วงหลังหมดประจำเดือน ให้การรักษายาฮอร์โมนร่วม (adjuvant tamoxifen)

3) กรณีผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ควรผ่าตัด ควรให้ยาฮอร์โมนในการรักษา

1.3.1.3 การรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 3-4 (advance stage) ทางคลินิก (ระยะที่แพร่กระจายหรือไม่สามารถผ่าตัด) จะใช้การรักษาเฉพาะที่ร่วมกับการรักษาอย่างเป็นระบบ โดยให้ยาากินก่อน เพื่อให้ขนาดของเนื้องอกลดลง (neoadjuvant chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือยาเคมีบำบัด สูตร CMF เป็นเวลา 3-4 เดือน หรือก่อนได้รับรังสีรักษา ได้แก่

1.3.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาซึ่งนำมาใช้ในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย นอกจากนี้แล้วยังใช้เป็นการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด

การใช้ยาเคมีบำบัดปัจจุบันนิยมนำยาเดี่ยวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน (สุมิตรา, 2536) โดยพิจารณาจากชนิดของมะเร็งและระยะของมะเร็ง การรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกันจะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงไม่ให้อารมณ์รุนแรงเกินไป ทำให้สตรีทนต่ออาการข้างเคียงได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและเป้าหมายในการออกฤทธิ์ของยาจะอยู่ที่เซลล์มะเร็งชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่และตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดมากที่สุด

ข้อจำกัดที่เกิดจากการใช้เคมีบำบัด ได้แก่

1. ยาเคมีจะได้ผลถ้ามะเร็งมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร
2. ระยะของเซลล์ในแต่ละวงจรของเซลล์ (cell cycle) ไวต่อเคมีบำบัดไม่เท่ากัน
3. ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อเซลล์ปกติในอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถให้ยาได้ต่อตนเองหรือให้ยาในขนาดที่เพียงพอจะทำลายเซลล์มะเร็งได้
4. การให้ยาแบบลดขนาดลง (induction) ซึ่งมีกำหนดระยะเวลาของการให้ยาแต่ละครั้ง อาจไม่เป็นไปตามกำหนดเนื่องจากสภาพสตรีหรือสาเหตุอื่น ๆ ทำให้ได้ผลไม่เต็มที่
5. การดื้อยาของเซลล์มะเร็งแต่ละชนิดทำให้ได้ผลน้อยกว่าที่คาดไว้

การให้ยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา โดยจะพิจารณาจากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองประกอบ ถ้าผลการตรวจทางพยาธิของต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 4 ต่อมนให้ผลบวก ต้องให้การรักษาร่วม (adjuvant therapy) และให้ฉายรังสีร่วมด้วย

การรักษาต่อเนื่องด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) ใช้เวลา 3-6 เดือนที่นิยมใช้ มีอยู่ 4 สูตร (Clark, 1993)

สูตร 1 ซีเอ็มเอฟ (CMF) ประกอบด้วย ไสโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) เมโททรเทรทเอต (methotrexate) ฟลูโอโรราซิล (5-fluoruracil) นิยมใช้มาก ฉีดยาเข็มแรก และเข็มที่ 2 ห่างกัน 8 วัน และให้รับประทานยาเอ็นด็อกเซน (endoxan) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 3 เวลา หลังอาหารเป็นจำนวน 14 วัน นัดมาฉีดอีกทุก 28 วันจนครบ 5 ครั้ง ตามระยะเวลาที่กำหนด

สูตร 2 ซีเอเอฟ (CAF) ประกอบด้วย ไสโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) อเดียร์มัยซิน (adriamycin) ฟลูโอโรราซิล (5-fluoruracil)

สูตร 3 เอซี (AC) ประกอบด้วยอเดียร์มัยซิน (adriamycin) ไสโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide)

สูตร 4 ซีเอเอฟวีพี (CAFVP) ประกอบด้วย ไสโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) เมโททรเทรทเอต (methotrexate) ฟลูโอโรราซิล (5-fluoruracil) วินซิสตินเพรดนิโซโลน (vincristin prednisolone) มีผลข้างเคียงของยามาก

การรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจให้ร่วมกับฮอร์โมนบำบัด พบว่าเพิ่มผลการตอบสนองที่ดีขึ้นและช่วยเพิ่มระยะเวลาของการมีชีวิตรอด ผลข้างเคียงของยา มีอาการคอแห้ง ปากแห้ง มีกลิ่นได้้อาเจียน อาจมีแผลในปาก ปัสสาวะสีแดงเข้ม มีการอักเสบกระเพาะปัสสาวะ ถ้าดื่มน้ำน้อย

1.3.3 การรักษาด้วยรังสีรักษา (radiotherapy)

การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นการรักษาโดยใช้รังสีทำลายเซลล์มะเร็ง โดยทำลายเนื้อเยื่อเซลล์ที่กำลังเจริญเติบโตได้ดี สามารถใช้ได้ทั้งการรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาดและเพื่อบรรเทาอาการชั่วคราวหลังจากผ่าตัดการรักษาร่วมด้วยการส่งไปฉายรังสีเพื่อป้องกันการกลับมาของเต้านมระยะเริ่มแรกลดโอกาสที่จะเกิดเป็นกลับซ้ำเฉพาะที่ (local-regional recurrence) มีประมาณร้อยละ 10-40 จะเกิดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับผลก้อนได้รั้งแร้เป็นค่าลบ (negative axillary nodes) มีการกลับเป็นใหม่เฉพาะที่ของโรคประมาณร้อยละ 10-20 ส่วนผลก้อนได้รั้งแร้เป็นค่าบวก (positive axillary nodes) จะพบการกลับเป็นใหม่เฉพาะที่ได้ประมาณร้อยละ 20-30 การให้การรักษาด้วยรังสีหลังผ่าตัด (post-operative irradiation) จะทำให้อัตราการเกิดการเป็นกลับซ้ำเฉพาะที่ (local-regional recurrence) ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 5-10 (moderate high dose 4,500-5,000 rads) และทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น (increase survival rate)

เมื่อเกิดการเป็นกลับซ้ำเฉพาะที่ แล้วการรักษาด้วยรังสีบำบัด (radiotherapy) จะสามารถควบคุมโรคได้เพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้น ดังนั้นการให้รังสีบำบัด (prophylactic post operative irradiation) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งและควรจะให้ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk of recurrence)

1.3.4 การรักษาด้วยยาฮอร์โมนเอสโตรเจน

เมื่อการตรวจหาค่าฮอร์โมนเอสโตรเจนรีเซพเตอร์ (estrogen receptor) ถ้าผลตรวจค่าฮอร์โมนเป็นลบ (estrogen receptor negative patients) กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุช่วงก่อนหมดประจำเดือนให้การรักษาด้วยเคมีร่วม (adjuvant chemotherapy) แต่กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุช่วงหลังหมดประจำเดือนให้ ยาทาม็อกซิเฟน (tamoxifen) เป็นเวลา 2 – 5 ปี

ถ้าผลตรวจค่าฮอร์โมนรีเซพเตอร์เป็นบวก (estrogen receptor positive patients) ให้ยาทาม็อกซิเฟน (tamoxifen) ได้ทั้งผู้ป่วยมีอายุช่วงก่อนและหลังหมดประจำเดือน

แนวทางการติดตามผลการรักษาสตรีมะเร็งเต้านม (breast cancer protocol) โดยคณะกรรมการรักษาโรคมะเร็ง หน่วยมะเร็ง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2537) เสนอแนวทางการติดตามผลการรักษา ดังนี้

1. ใน 1 ปี แรกภายหลังการผ่าตัด นัดสตรีมาติดตามนัดทุก 1-2 เดือน ทำการตรวจร่างกายโดยละเอียด
2. ตรวจเม็ดเลือด (CBC) ตรวจเลือด เพื่อดูการทำงานของตับ (LFT) และเอกซเรย์ปอด ทุก 2-3 เดือน ในปีแรกและทุก 4-6 เดือนในปีที่ 2

3. อัลตราซาวด์ตับทุก 1 ปี หรือเมื่อมีความผิดปกติของตับจากการตรวจเลือด
4. เอกซเรย์กระดูก (bone scan) ทุก 1 ปี
5. ตรวจเอกซเรย์เต้านม (mammogram) ทุก 1 ปี
6. ในช่วงปีที่ 2 ภายหลังจากผ่าตัด นัดสตรีมาตามนัด (follow up) ทุก 2-3 เดือน ทำการตรวจซ้ำ เช่นเดียวกับปีแรก

2. ผลกระทบจากการเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก หรือเนื้อร้าย มะเร็งและได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ย่อมมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของสตรีและครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลกระทบจากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม

ผู้หญิงที่คลำหรือตรวจพบก้อนที่เต้านม พบสิ่งผิดปกติและได้รับการตรวจระยะแรกจากแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก ต้องผ่าตัดตรวจหรือบอกว่าเป็น มะเร็ง การได้รับคำตอบไม่ว่าเป็นเนื้องอก มะเร็ง สตรีเกิดความรู้สึก ช็อค ปฏิเสธ โกรธ สับสน กลัว (William, 1989) จะสร้างความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ ในระยะนี้สตรีกลัวคำว่า "โรคมะเร็ง" การรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หายเป็นโรคที่รุนแรงมีอันตรายถึงชีวิต สามารถกระจายไปสู่อวัยวะอื่นของร่างกายได้ รวมทั้งสตรีเกิดความรู้สึกไม่สบายใจต่อการที่จะบอกผลการวินิจฉัยแก่สามี ญาติพี่น้องหรือเพื่อน มีผลให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งอาจจะมีการแสดงออกกับร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ ครุ่นคิด เศร้าโศก เสียใจ รับประทานอาหารไม่ได้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ทั้งนี้เพราะร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (Anderson, 1988; Loveys & Katherine, 1991) เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จิตใจก็ย่อมจะป่วยตามไปด้วย ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่สังเกตเห็น (กฤษฎา, 2533) เช่น อาการเครียด (stress) อาการซึมเศร้า (depression) อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย (hostility) อาการกลัวโดยปราศจากเหตุผล (phobia) อาการหวาดระแวง (paranoid)

2.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษา

เมื่อเกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ทั้งจากการเจ็บป่วยภาวะสุขภาพและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง สิวคนธ์และคณะ (2538) ศึกษาเชิงปริมาณเรื่องอัตราและปัจจัยการสูญหายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งแผนกสตรีนอกและสตรีในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 139 ราย พบว่าร้อยละ 21.20 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมะเร็งเต้านม

และอยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 33 โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อการรักษา ร้อยละ 74.50 พบว่า มีผู้ป่วยสูญหายร้อยละ 14.38 และปัจจัยของการสูญหาย คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรับการรักษา ร้อยละ 1.43 และสูญหายไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 12.95 เหตุผลที่ผู้ป่วยเห็นว่าสำคัญที่สุดในอุปสรรคของการมารับการรักษา และทำให้ไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัดคือฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

สตรีมะเร็งเต้านมเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และอาจได้รับการรักษาร่วมกับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจมาก ดังนี้

2.2.1 ผลกระทบด้านกาย

2.2.1.1 การมีเลือดและน้ำเหลืองคั่งอยู่ใต้แผล (hematoma seroma) พบมากหลังผ่าตัดถอนรากแบบดัดแปลง เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมต้องเลาะเข้าใต้ผิวหนังเป็นบริเวณกว้าง และต่อมน้ำเหลืองออก หลังการผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึมออกมาได้มาก แม้ว่าจะได้มีการป้องกันมิให้เลือดและน้ำเหลืองคั่งอยู่ในแผลโดยการใช้ท่อระบาย (drainage) แบบใช้เครื่องดูดต่อเนื่อง (continuous suction) หรือใช้ขวดสูญญากาศ (radivac drain) ซึ่งบางครั้งเลือดออกมากหรือท่อระบายอุดตันทำให้เกิดลิ่มเลือดตกค้าง หรือการถอดท่อระบายเร็วเกินไปทำให้เกิดลิ่มเลือด น้ำเหลืองตกค้าง อาจทำให้เกิดแผลติดเชื้อ มีผลให้สตรีเกิดความไม่สุขสบายและวิตกกังวล (สิริลักษณ์, 2541)

2.2.1.2 การบวมของแขน (lymphoedema) พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดเต้านม การบวมของแขนอาจเกิดขึ้นทันทีภายหลังผ่าตัดหรืออาจเกิดหลังผ่าตัดไปแล้ว 1-5 ปี อาจเนื่องจากการตัดต่อมน้ำเหลืองได้รั้งไว้ การยกของหนักเบาๆ การบีบรัดทางไหลเวียนกลับของน้ำเหลืองที่แขน ทำให้ท่อน้ำเหลืองอุดตันจึงทำให้เกิดแขนบวม (ธนิต, 2534 ; สิริลักษณ์, 2541)

2.2.1.3 ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านมถูกจำกัดการเคลื่อนไหว พบมากในสตรีที่ทำการผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง แผลผ่าตัดใหญ่ลึกถึงแอ่งบริเวณรักแร้ แผลเกิดเนื้อตายและเกิดการขังของเลือดของน้ำเหลือง จึงทำให้เกิดเป็นเยื่อพังผืดมารัดบริเวณรักแร้ และพบว่าองศาของการเคลื่อนไหวข้อไหล่จะลดน้อยลงไป (Atiken and Minton, 1983; สิริลักษณ์, 2541)

2.2.1.4 อาการชาบริเวณต้นแขน (numbness & heaviness) เป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น (intercostobrachial nerve) ถูกตัดขาดมีอาการมือชาหนัก ๆ ถ่วง ๆ ปวดบริเวณท้องแขน อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดทำให้สตรีรำคาญไม่สุขสบายได้ (สิริลักษณ์, 2541)

2.2.1.5 อาการปวดส่วนที่ถูกตัดออกไป (phantom pain) ปวดเสียวตึง ร้าวเป็นพัก ๆ บริเวณเต้านมที่หายไป สตรีจะมีความรู้สึกเสมือนว่ามีเต้านมอยู่ ทำให้ปวดเสียวเกิดความไม่สุขสบาย (สิริลักษณ์, 2541)

2.2.1.6 เส้นประสาทถูกกดเบียด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน พบได้บริเวณคอและข้อมือ เส้นประสาทถูกกดเบียดบริเวณข้อมือ โดยมีอาการมือหนัก ตึงปวด ชาแขน และมีการบวมของแขนร่วมด้วย สตรีจะมีความทุกข์ทรมาน (สิริลักษณ์, 2541)

2.2.1.7 มีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัว ปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลัง นั่นคือ สตรีเมื่ออยู่อิริยาบถ นั่ง ยืน เดิน จะสังเกตได้ว่ามีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลังโก่งซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดีคือ จะเมื่อยล้าได้เร็วและสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี (สิริลักษณ์, 2541)

2.2.2 ผลกระทบทางด้านจิต

2.2.2.1 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินว่าเกิดอันตรายขึ้นกับตนเองและรู้สึกว่าตนเองไม่มีโอกาสและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Mishel, et al., 1991) มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วย ที่ตนประสบ ทั้งด้านความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ สตรีที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจะพยายามเผชิญปัญหา ทั้งในรูปแบบของการกระทำและการปรับอารมณ์ ถ้ามีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพก็ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ (McGee, 1993)

นอกจากนี้สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดต้องเผชิญปัญหากับความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษาที่ต่อเนื่องด้วยรังสีรักษา การศึกษาของสมจิต บุญจันทร์ และทิพาพร (2534) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา จำนวน 128 คน พบว่า ร้อยละ 50 ของความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.41, P < .001$)

2.2.2.2 มีความรู้สึกกลัว สตรีมะเร็งเกิดความกลัวหลายลักษณะเช่น กลัวโรคที่เป็นอยู่ กลัวรักษาไม่หาย กลัวไม่สวย กลัวไม่ปลอดภัย กลัวโรงพยาบาล กลัวเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวโดดเดี่ยว กลัวไม่ได้เข้าสังคม กลัวถูกจำกัดการเคลื่อนไหว กลัวการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กลัวว่าจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี (Rafferty, 1985) กลัวการเจาะเลือดและการทำหัตถการต่าง ๆ (สุภาณี, 2536) กลัวอาการข้างเคียงที่จะเกิดจากการรักษา กลัวว่าจะไม่หาย กลัวโรคจะกลับเป็นซ้ำและกลัวตาย (Otto, 1994)

2.2.2.3 มีความรู้สึกวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ที่เกิดจากมีความนึกคิดเกี่ยวกับเรื่องของอนาคตเป็นไปในทางที่ไม่ดี ทำให้มีอาการอึดอัดนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจสั่น ระบบการย่อยและขับถ่ายผิดปกติได้ สตรีเชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรงรักษาไม่หาย กลับเป็นซ้ำได้อีก หรือเป็นแล้วตายทุกคน (Northous, 1989; Wang & Bramwell, 1992)

สตรีมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอาจมีความวิตกกังวลได้ใน 4 ระดับ ตั้งแต่วิตกกังวลน้อย ปานกลางและมาก รวมทั้งวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพ ภาพลักษณ์ เป้าหมายในชีวิตการทำงานและ การเงิน เพศสัมพันธ์ การมีชีวิตอยู่หรือความตาย (Clark, 1993) นอกจากนี้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากความรู้สึกที่ตนเองกำลังสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองและชีวิตไม่ปลอดภัยเกิดความไม่มั่นคงในอนาคต (ผ่องศรี, 2539) รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับฐานะการเงินและหน้าที่การทำงาน (Dodd, Cibble & Thomus, 1993)

2.2.2.4 มีความรู้สึกสูญเสีย เมื่อสตรีรับรู้ว่าเป็นมะเร็งอาจมีความรู้สึกได้ในหลายลักษณะ เช่น ซึมเศร้า ไม่เชื่อ ปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง ยอมรับ หรือหมดหวัง ซึมเศร้าได้ ซึ่งถึงเป็นกระบวนการ เศร้าโศก (grief process) ที่เกิดจากการสูญเสีย สตรีอาจมีอาการร้องไห้ เจ็บซึมหรือเก็บตัว

2.2.2.5 มีความรู้สึกปฏิเสธ เป็นปฏิกิริยาการป้องกันทางจิต ที่บุคคลใช้เพื่อหลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกที่มากุคคาม ซึ่งเป็นวิธีที่สตรีมะเร็งใช้มากในการควบคุมความวิตกกังวลและทุกข์ทรมานใจ เพื่อความสบายใจ บุคคลจะไม่พยายามพูดถึงคำว่ามะเร็ง ซึ่งจะมีผลดีต่อสตรีในระยะแรกและอาจทำให้เกิดผลเสียได้ถ้าสตรีปฏิเสธการรักษาและไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง (Rafferty, 1985)

2.2.2.6 มีความรู้สึกโดดเดี่ยว มักเกิดในกลุ่มสตรีที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นหม้าย และญาติไม่ค่อยมาเยี่ยม (Perry, 1990) สตรีจะมีอาการแยกตัว ไม่ชอบเข้ากลุ่มและรู้สึกเบื่อ ๆ

2.2.2.7 มีความรู้สึกซึมเศร้า มักพบในกลุ่มสตรีที่กลัวว่าจะเสียชีวิต มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม หรือมีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่รุนแรงและยาวนาน สตรีมักจะรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง รู้สึกผิดและเศร้าใจ และมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง ถอยหนี เก็บตัว ฟังพาดูผู้อื่นมากขึ้น มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ ลดลงและอาจฆ่าตัวตายได้ (Gordon, 1992)

2.2.2.8 มีความรู้สึกหมดหวัง พบได้บ่อยในสตรีมะเร็งที่มองว่าตนเองไม่มีทางเลือก มีข้อจำกัดในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตไม่สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (Clark, 1993) สตรีไม่แสดงอารมณ์ไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ไม่อยากพูดกับใคร พูดว่าหมดหวัง มักจะนอนหลับเป็นส่วนใหญ่รวมทั้งกินอาหารได้น้อยลงและนอนหลับมากขึ้น (Gordon, 1992)

2.2.2.9 มีความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน สตรีมะเร็งจะเกิดความทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณในระดับสูงจากผลของโรคและการรักษา โดยเฉพาะอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการที่ทำให้สตรีรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับสูง ได้แก่ เจ็บปวด อ่อนเพลีย (Nerenz, 1982) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ถูกจำกัดกิจกรรม รูปร่างเปลี่ยนแปลงไป แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไปและไม่มีสมาธิ (Hubbard, 1995)

2.2.2.10 มีความรู้สึกว่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป สตรีมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อาจรู้สึกว่าตนเองมีรูปร่างที่ไม่สวย ไม่แข็งแรง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ผอมแห้ง ผมร่วง สีผิวหรือเล็บเปลี่ยนไป มีจุดหรือจ้ำเลือดตามตัว เป็นต้น (สมจิต, 2536) ซึ่งความรู้สึกนี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าบุคคลให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด

2.2.2.11 ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เป็นความรู้สึกที่มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงและต้องหันมาพาผู้อื่นมากขึ้น (Gordon, 1992) พบได้เสมอในสตรีมะเร็งที่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีแรงดึงดูดทางเพศ จากการศึกษาของฮิลแมน (Hinnman, 2541) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เนื่องจากภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่า ร้อยละ 94 เนื่องจากความเจ็บปวดและข้อจำกัดของการใช้แขนข้างที่ถูกผ่าตัด ร้อยละ 72 เกิดจากต่อมน้ำเหลืองโต ร้อยละ 67 เกิดจากติดเชื้อไปสู่ผนังทรวงอก ร้อยละ 50 เกิดจากร่างกายอ่อนเพลีย ซึ่งผลจากการไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม จะส่งผลต่อสุขภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.2.2.12 วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างมาก เช่น ผมร่วง ผิวสีคล้ำขึ้น คลื่นไส้และอาเจียน เบื่ออาหาร การอักเสบในช่องปาก (Groenwald, 1993)

2.2.3 ผลกระทบด้านสังคม

สตรีที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าครึ่งที่สูญเสียรายได้จากการไม่ได้กลับเข้าทำงานตามปกติเหมือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย และอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจของสตรีและครอบครัว ด้วยเหตุที่ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังและการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเป็นสิ่งที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายแพงมากภาวะสุขภาพ จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำครอบครัวไปสู่ความยากจน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการสูญเสียรายได้ประจำจากการทำงาน จากการศึกษาของสคอส (Schag, 1993) ข้อมูลโดยอ้อมที่สะท้อนจากข้อมูลส่วนบุคคลเรื่องคุณลักษณะของ

Central Library
Prince of Songkla University

สูงต่อความทุกข์โศก ร้อยละ 44 และ 76 ตามลำดับ เมื่อกลับเข้าทำงานพบว่าจำนวนของสตรี ทั้ง 2 กลุ่มได้รับเงินค่าตอบแทนลดลง ร้อยละ 23 และร้อยละ 37 ตามลำดับ

โรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตของครอบครัวและสังคมของผู้ที่เป็นโรคนี้นี้ซึ่งพบว่าชีวิตสตรีที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ใหญ่กว่าอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น มีการเปลี่ยนแปลงในด้านบวกที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นอย่างจงใจ ร่วมด้วย แต่ในทางตรงกันข้าม เมื่อสตรีมีมะเร็งเต้านมประสบกับความเจ็บป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งยังเป็นอุปสรรคต่อการกลับเข้าทำงานและโอกาสความก้าวหน้าในงาน จะมีผลทำให้สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีปัญหาด้านรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจะย้อนมาส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพของสตรีในทางกลับกันในลักษณะของความสัมพันธ์สองทิศทางได้ (กนกนุช , 2541)

สตรีมีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดพบปัญหาอุปสรรคกับการจัดการกับเต้านมและแขนข้างที่ผ่าตัด ได้แก่ ปัญหาค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกในการใช้เต้านมเทียม เพราะราคาแพง ต้องตัดหลายตัว อย่างน้อย 3 ตัว เมื่อดมลงเต้านมข้างที่ไม่ตัดก็เหี่ยวเล็กลง ต้องคอยไปแก้แล้วก็ต้องใส่เสื้อหลวม ๆ และจำกัดแขนข้างที่ทำผ่าตัดทำให้ทำงานได้ลดน้อยลง (สิริลักษณ์ , 2541)

เมื่อได้รับเคมีบำบัด ทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านสังคม คืออุปสรรคของการได้รับข้อมูลที่ต้องการซึ่งเป็นผลกระทบจากการรักษา ปัญหาค่ายาเคมีบำบัด ปัญหาค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวเกิดการจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และใช้ชีวิตส่วนตัว (กนกนุช, 2541) และคิดว่ามีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เพราะจะทำให้โรครุนแรงขึ้นหรืออาจตายได้ (สิริลักษณ์ , 2541)

2.2.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดมีความต้องการ สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณ และความผาสุกเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะของโรคและเพิ่มมากขึ้นในระยะที่ 3 และ 4 โดยการเลือกใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของอัศนี (2539) ในสตรีมีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดภายใน 3 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจทางด้านศาสนา และบุปผา (2535) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 66.67 คือ ศาสนา ร้อยละ 41.33 คือ ลูกหลาน คู่สมรส ร้อยละ 16 คือ บทบาทหน้าที่ของตนเอง

ผลกระทบที่พบในสตรีมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีทุกด้าน และเกิดในทุกระยะ แตกต่างกันในแต่ละระยะโดยเฉพาะระยะแรก ๆ ที่รับรู้การวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเต้านม จะมีผลกระทบต่อมากกว่าทุกด้าน เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ผลกระทบเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ผอมลง สีผิวคล้ำขึ้น อ่อนเพลีย จะเห็นเด่นชัดขึ้นว่าจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณไปพร้อม ๆ กัน

3. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม

3.1. สุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพแบบองค์รวม สุขภาพ หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ได้แก่ 1) ตัวบุคคล ไม่ใช่เน้นที่โรค ความเจ็บป่วยเป็นเครื่องบ่งบอกถึงความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยสามารถดูแลสุขภาพทุกด้านทั้งหมด 2) การป้องกันโรค การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และกระบวนการหายเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น จึงเป็นความรับผิดชอบของตนเองในการป้องกันโรค และพัฒนาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง 3) การดูแลตนเอง โดยบุคคลควรมีความรู้ ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ 4) การมองความเจ็บป่วยในแง่ดีว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเปิดโอกาสให้บุคคลได้ประเมินเป้าหมายและคุณค่าในชีวิต 5) การให้ความสำคัญกับคุณค่าของจิตวิญญาณซึ่งหมายถึงความเชื่อของปรัชญาที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมายและทิศทางในชีวิต สุขภาพแบบองค์รวมให้ความสำคัญต่อการพัฒนาความเจริญงอกงามทางด้านจิตวิญญาณว่ามีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพในบุคคลเมื่อได้ตระหนักในตนเองอย่างดี จึงสร้างเจตคติที่ดีซึ่งมีความรักต่อตนเองและผู้อื่นได้ (สมจิต , สุนีย์, พิบูล , และอันธิชา, 2541)

ปรัชญาองค์รวมกับความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ กล่าวไว้ว่า "คนทั้งคน" มีความหมายเกินกว่าและแตกต่างไปจากผลรวมของอวัยวะทุกส่วนของคนรวมกัน การตอบสนองต่อสิ่งเร้า การแสดงออกของมนุษย์เป็นการแสดงออกของความเป็นคนทั้งคนเสมอ มิใช่เป็นการแสดงออกของ ร่างกาย หรือจิตใจอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เป็นการแสดงออกที่เป็นหน่วยรวม สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health and Wellness) เป็นภาวะปกติของคนทั้งคนอย่างผสมผสานในฐานะองค์รวมของร่างกาย จิตใจ สังคม วิญญาณ โดยถือว่าร่างกายและจิตใจปกติ รวมทั้งบุคคลนั้นสามารถประกอบกิจกรรมตามภารกิจในสิ่งที่ตนเชื่อ ศรัทธา และรับผิดชอบอยู่ได้ (ทัศนาศ, 2536)

สุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดสุขภาพที่มองบุคคลทั้งชีวิต องค์ประกอบของสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม มีความสมดุลและเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน หรือบูรณาการ (integration) เป็นองค์รวม (holism) ทั้งหมด (wholeness) (ประเวศ, 2544) เป็นเรื่องของ

การดำเนินชีวิต มีความเกี่ยวเนื่องของคนกับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างกลมกลืน โดยปกติมนุษย์มีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อการรักษาสมดุลของตนปรับวิถีชีวิตให้เข้ากับธรรมชาติ วัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น การดูแลสุขภาพควรดูแลทั้งคนเพื่อกำจัดอาการที่เป็นสัญญาณเตือนความผิดปกติของตนเอง เป็นความรับผิดชอบตนเองเพื่อสุขภาพที่สมดุล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการเพิ่มสมรรถภาพในการผสมผสาน รวมถึงความสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆ ภายในบุคคล ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลกับสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ผสมผสานจนประสบความสำเร็จตามวิถีการดำเนินชีวิต ด้วยการดูแลตนเอง ตระหนักถึงการได้รับสารอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับรู้และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ สุขภาพแบบองค์รวมเป็นการมองมนุษย์ที่เป็นหนึ่งเดียวไม่แยกส่วนแล้วเอามาเชื่อมโยงกัน องค์รวมนั้นเป็นมากกว่าผลรวมของส่วนย่อย องค์รวมนั้นมีคุณสมบัติมากกว่าการที่เอาคุณสมบัติของส่วนย่อยมารวมกัน หรือเอาส่วนต่าง ๆ มาเชื่อมโยงกัน (สุภาณี, 2543) สุขภาพแบบองค์รวมมิใช่เรื่องแยกส่วนเฉพาะบางคน บางระบบบริการและบางเทคนิค แต่สุขภาพองค์รวมมีบูรณาการเป็นองค์รวมทั้งทรวงคณะ วิธีการ บุคคล สังคม พร้อมกับผลที่ได้รับ (ประเวศ, 2536)

สุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดที่เน้นประเด็นพื้นฐานสำคัญ 5 ประการ คือ 1) เน้นที่ตัวบุคคล แนวคิดหลักของภาวะไม่ใช่เน้นที่ "โรค" หรือ "อาการของโรค" 2) เน้นที่การป้องกันโรค การคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ และกระบวนการหายเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น 3) เน้นการดูแลตนเองภาวะสุขภาพเป็นความรับผิดชอบพื้นฐานของผู้เป็นเจ้าของ เน้นที่การมองความเจ็บป่วยในแง่ดีว่าการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 4) เน้นที่การตระหนักและให้ความสำคัญของคุณค่าด้านวิญญาณซึ่งครอบคลุมความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาชีวิตหรือความเป็นมนุษย์ที่บุคคลยึดที่ปฏิบัติเป็นเป้าหมายในชีวิต 5) เน้นที่การดูแลตนเองซึ่งเป็นการรับผิดชอบต่อบุคคลและครอบครัว (ทัศนาศ, 2536)

3.2 องค์ประกอบของสุขภาพแบบองค์รวม

องค์ประกอบของสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้านกายของบุคคล คือ ด้านร่างกาย เป็นการดูแลสุขภาพด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกนึกคิดและควบคุมการทำงานของร่างกาย การแสดงออก การปรับตัวและการเผชิญกับเหตุการณ์ของบุคคล ด้านสังคมคือสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรวมทั้งหน้าที่การงาน ด้านจิตวิญญาณ คือสิ่งที่บุคคลยึดถือเป็นเป้าหมายและทิศทางหรือ สิ่งที่ทำให้เกิดความหวังในชีวิต ดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม เชื่อว่ามนุษย์แต่ละคน

เป็นองค์รวมหน่วยเดียวกันอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ วิญญาณของการมีชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ (ทัศนาศ, 2531; สมจิต สุณีย์ พิบูลและอันธิชา, 2541)

3.3 หลักการพื้นฐานของสุขภาพแบบองค์รวม บนหลักการพื้นฐานของสุขภาพแบบองค์รวมได้ให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” ในเชิงของการปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดการมีภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่องไม่ใช่เพียงแค่การไม่เจ็บป่วย สุขภาพของบุคคลนั้นจะเป็นแบบเดียวกับวิถีชีวิตของบุคคลนั้น การเลือกบริโภคสิ่งใดเข้าสู่ร่างกายและ จิตใจจะมีส่วนกำหนดสภาวะสุขภาพกายและใจของบุคคลนั้น การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่สุด

ดังนั้น หลักการของสุขภาพแบบองค์รวม จะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงที่สุด โดยให้ทบทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สุขภาพแบบองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษา และการสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมดุลและสมบูรณ์ เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย การดูแลแบบองค์รวมจะใช้หลักการแบบองค์รวมในการรักษาด้วยยา และการดูแลสุขภาพตนเองโดยการเยียวยาแบบธรรมชาติ (natural healing system) และพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง หลักการเยียวยารักษาแบบองค์รวมมีความหมายมากกว่า กำจัดอาการ เพราะอาการเป็นเพียงสัญญาณเตือนว่ามีความผิดปกติที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ และเป็นตัวนำที่จะไปค้นหาสาเหตุหรือรากของปัญหา (Brallier , 1978)

3.4 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดสุขภาพที่เน้นการดูแลสุขภาพบุคคลทั้งชีวิตองค์ประกอบของสุขภาพประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม มีความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน หรือบูรณาการ (integration) เป็นองค์รวม (holism) เป็นทั้งหมด (wholeness) มีความสัมพันธ์กันอย่างกลมกลืน รวมถึงปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคน ๆ นั้น เน้นด้านของจิต จิตวิญญาณในเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่า ๆ กับการเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (National Cancer Institute in Barbara, 1998 อ้างตาม สมพร, 2542; จอม, 2542; ประเวศ, 2544; ปัทมาวดี, 2544) ซึ่งในองค์รวมของความเป็นมนุษย์แต่ละคน มีความหมายเกินกว่าผลรวมของส่วนประกอบของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ เพราะมนุษย์แต่ละคนเป็นองค์รวมแบบบูรณาการของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (Brallier, 1978) ไม่สามารถวิเคราะห์แยกออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำความเข้าใจที่ละส่วนได้โดยเฉพาะ

มนุษย์มีศักยภาพในการหยั่งรู้ (insight) และสามารถเชื่อมโยงผสมผสานหน่วยย่อยต่าง ๆ ในตัวบุคคลให้กลมกลืนเป็นหน่วยเดียวได้ (Smut, 1926 อ้างตามทัศนาศาสตร์, 2536)

กล่าวสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จะเป็นการดูแลทั้งคนเพื่อจำกัดอาการที่เป็นสัญญาณเตือนความผิดปกติของตน เป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเพื่อสุขภาพที่สมดุลเป็นการดูแลบนพื้นฐานของชีวิตมากกว่าการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยตามธรรมชาติ มีการพิจารณาปัจจัยตัวตนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้อาการและอาการแสดงเป็นตัวนำทางในการค้นหาสาเหตุของปัญหา การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพดีเต็มขั้น (wellness) เน้นคุณค่าของชีวิต (จอม, 2542; ประเวศ, 2544)

ดังนั้นมนุษย์จึงได้พยายามศึกษาทุกวิถีทางในการดูแลสุขภาพ โดยรวบรวมประสบการณ์ต่าง ๆ พัฒนาให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ การบูชาเทพเจ้าตามความเชื่อของกลุ่มชน พิธีกรรมทางศาสนา เวทย์มนต์ไสยศาสตร์ และสืบทอดกันมาเป็นวัฒนธรรมหลายยุคหลายสมัย บุคคลจึงแสวงหาทางเลือกในการบำบัด (alternative / complementary therapies) เพื่อรักษาภาวะสมดุลในร่างกาย สมดุลระหว่างกายและจิต ความเจ็บป่วยเป็น ผลจากการเสียสมดุลระหว่างร่างกายทั้งระบบและขาดสมดุลระหว่างกายกับจิต ซึ่งการดูแลตนเองมุ่งเน้นการฟื้นฟูเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดแก่ชีวิตทั้งกายและจิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ (ทิพวัลย์, 2543)

ทางเลือกในการบำบัดสุขภาพแบบองค์รวมจึงเกิดขึ้นโดยถือว่าสุขภาพของคนจะดีต่อเมื่อมีภาวะสมดุลในร่างกายและสมดุลระหว่างร่างกายกับจิตใจ ความเจ็บป่วยที่แท้จริงเป็นผลจากการเสียสมดุลระหว่างร่างกายทั้งระบบ และขาดสมดุลระหว่างร่างกายกับจิตใจ จึงปรากฏอาการออกมาที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย พร้อมทั้งเกิดความตึงเครียดขึ้นในจิตใจซึ่งการดูแลรักษาต้องมุ่งเน้นการฟื้นฟู และเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดแก่ชีวิตทั้งกายและจิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม (ทิพวัลย์, 2543) ซึ่งมีวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมหลาย ๆ อย่างตามเทคนิค วิธีการพื้นฐานในการเยียวยา (healing) ร่างกายและจิตวิญญาณของมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์รู้แจ้งในคุณค่าของตนเอง รู้จักความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต เป็นวิธีการสะท้อนให้เห็นหนทางที่จะทำให้มนุษย์ได้ดูแลมนุษย์ด้วยกันด้วยความรัก ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ ด้วยความคิดที่สร้างสรรค์ ด้วยความฉลาดรอบรู้ด้วยพลังอำนาจที่สูงส่งด้วยพลังที่มีอย่างต่อเนื่องและเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด หรือจะเรียกง่าย ๆ ว่าแนวทางแห่งการพัฒนาจิตวิญญาณ (สมพร, 2543)

3.5 เทคนิควิธีการพื้นฐานในการเยียวยาเพื่อสุขภาพองค์รวม คือพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพทางเลือก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ (food และ nutrition) การผ่อนคลายความเครียด (stress relief & strategies) การเยียวยาจิตใจด้านใน (inner healing and transformation) การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ (avoiding of unhealthy environment) การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (adequate sleep) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) การสร้างสัมพันธภาพบนพื้นฐานของความรัก รวมทั้งรักตัวเองด้วย (love relationship) การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ (creative expression) การสร้างสัมพันธภาพด้านจิตวิญญาณและการเยียวยา (spiritual connection and healing) (บ้ำเพ็ญจิต, 2543) บุคคลส่วนใหญ่ใช้เทคนิคในการบำบัดทางเลือกเป็นวิธีการธรรมชาติ โดยให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลของพลังชีวิต และการกระตุ้นให้กลไกการเยียวยารักษาตัวเอง (self-healing) เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลของจิตใจซึ่งมีผลกระทบทำให้เกิดภูมิคุ้มกันของร่างกาย (ทิพวัลย์, 2543) ได้แก่ การปฏิบัติสมาธิ (meditation) นอกจากนี้ยังมี การนวด (massage) สมุนไพรบำบัด (herbal therapies) อาหารปลอดสารพิษชีวจิต แมคโครไบโอติกส์ การฝังเข็ม (acupuncture) ดุลยภาพบำบัด (equilibropathy) การรับรู้ ข้อมูลย้อนกลับไบโอฟีดแบค (biofeedback) เช่น การสร้างความผ่อนคลาย (relaxation) การทำจิตบำบัด (psychotherapy) การสัมผัสบำบัด (therapeutic touch) โฮมีโอพาธี (homeopathy) ซึ่งคล้ายกับการฉีดวัคซีนธรรมชาติบำบัด (naturopathy) เป็นแนวทางการรักษาแบบผสมผสานวิธีการ ต่าง ๆ ตั้งแต่สมุนไพร วิตามิน อาหารเสริม การฝังเข็ม การนวด โยคะ การรักษาที่ใช้เสียงดนตรี (music therapy) การทรงเจ้า (shamanism) (สมพร, 2542)

ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทั้งคนโดยมุ่งให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วยการบำบัดตัวเองตามธรรมชาติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความสัมพันธ์กันของร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมอย่างมีความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน อย่างเป็นกระบวนการให้สามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติอย่างดีที่สุดและรวดเร็ว โดยมีการดูแลสุขภาพกาย (body) จิตใจ (psychology) สังคม (social) จิตวิญญาณ (spiritual) ในการเยียวยาเพื่อบำบัดสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดสมดุลของชีวิต

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในหลายรูปแบบดังเช่น เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพร่างกายและบรรเทาอาการ การป้องกันและลดภาวะเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนโรค โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย หมายถึง การกระทำของสตรีมะเร็งเต้านม เช่น การปรับเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (ชนิตฐา, 2535; ประทุม, 2538 ; กนกนุช , 2541; สิริลักษณ์ , 2541 ; Wang & Bramwell , 1992; Toniolo, 2001)

4.1.1 การดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองและบรรเทาอาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ดังเช่น การดูแลเต้านมด้านที่ถูกผ่าตัดด้วยการเสริมเต้านมเทียม การดูแลผมร่วง การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ป้องกันสารเคมีมากขึ้น ลดรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ เพิ่มรับประทานอาหารประเภทผัก เต้าหู้มากขึ้น ปรับเพิ่มแบบแผนการออกกำลังกายให้มากขึ้นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคมากขึ้น เพิ่มแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับมากขึ้นเพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าสตรีมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกายเรื่องการแต่งกาย ดังนี้ กนกนุช (2541) ประสพการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 20 ราย พบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดเต้านมมีวิธีการดูแลเต้านมข้างที่ถูกผ่าตัดด้วย การปรับเปลี่ยนการแต่งกาย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น 1) ไม่ใส่เสื้อชั้นในแต่ใส่เสื้อตัวใหญ่ ๆ หนา ๆ เพราะใส่เสื้อชั้นในทำให้ตึงรั้ง 2) หาวใส่เสื้อชั้นใน ไม่ต้องการให้สวยงาม เพื่อต้องการให้แข็งแรง 3) ใช้ฟองน้ำหรือใช้ถุงเท้าคู่เก่า ๆ มาม้วนตลบไว้ข้างหลังแล้วเอาผ้าเช็ดหน้าห่อให้เรียบร้อย แล้วเลือกแบบเสื้อที่ปิดพอดีตัว 4) ถ้าไปเที่ยวไปค้างคืน ก็ใส่เสื้อชั้นในตัวใหญ่ บางทีก็เอาผ้าเช็ดตัวมาคลุม ไม่อยากใช้เต้านมเทียม เพราะต้องคอยระวังไม่ให้คนเห็นวิธีดูแลอาการผมร่วง คือ ใช้น้ำมันมะกอกหมักไว้ก่อนสระผมดูแลผมโดยใช้น้ำชาข้าวสาลีหรือใช้น้ำใบตำลึงสระผม เพื่อผมจะร่วงไม่มาก ใส่วิกหรือใช้ผ้าคาดผม ส่วนวิธีป้องกันผิวดำคล้ำคือให้กางร่มหรือใส่หมวกเวลาอยู่กลางแจ้ง (กนกนุช, 2541) นอกจากนี้ วงและแบรมเวล (Wang & Bramwell , 1992) โดยการสัมภาษณ์สตรีภายหลังการตัดเต้านมจำนวน 25 คนพบว่าร้อยละ 16 ของสตรี

มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังจากการตัดเต้านม จึงหาเสื้อผ้าสวมใส่ให้เหมาะสม และการทำศัลยกรรมตกแต่งภายหลังการตัดเต้านม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังเช่น ประทุม (2538) ศึกษาเชิงบรรยายเรื่องแบบแผนการเกิดการคลื่นไส้อาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 44 ราย ในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าวิธีการ ดูแลตนเองของสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารเพียงพอที่สตรีประเมินว่าได้ผลมีหลายระดับ ได้แก่ รับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนย่อยง่าย การรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว ผืนใจ รับประทาน ขนมหวาน รับประทานผลไม้ เช่น ชมพู ส้ม สับปะรด มะม่วง หาของที่ชอบมา รับประทาน ออกกำลังกาย ดื่มน้ำมะพร้าว น้ำแดงผสมโซดา ยาหม้อ หยุดรับประทานหรืออยู่นิ่ง ๆ เมื่ออาการหายไปหรือทุเลาลงจึงรับประทานต่อ วิธีการดูแลตนเองที่ได้ผลค่อนข้างมาก ได้แก่ รับประทานผลไม้ หาของที่ชอบมารับประทานสลับกับอาหารหลัก วิธีการที่ได้ผลมากที่สุด ได้แก่ ดื่มน้ำอุ่น ดื่มน้ำมะพร้าว ดื่มน้ำหวานเสลดลูบออย น้ำอ้อย น้ำตาลสด รับประทานอ้อยก่อนประมาณ 2-3 ชั่วโมง จะรู้สึกสดชื่นสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ ดื่มน้ำเห็ดหลินจือ ดื่มน้ำเสลดพังพอน ดื่มน้ำข้าวเย็นเหนือข้าวเย็นได้

สำหรับวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่มีประสิทธิภาพพอควร ได้แก่ ดมยาตาม รับประทานผลไม้เปรี้ยว ๆ อยู่นิ่ง ๆ รับประทานเอ็นดอกแซน ก่อนอาหาร อมลูกอม เมนทอล หลีกเลี้ยงอาหารมัน ๆ ออกกำลังกาย หากิจกรรมกระทำ ดื่มน้ำมาก ๆ และล้างคอ อาเจียน วิธีการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ และอาเจียนที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างมาก ได้แก่ รับประทานเอ็นดอกแซน หลังอาหารทันที รับประทานผลไม้เปรี้ยว ๆ หยุดรับประทานเมื่อมีอาการ ทำใจ ให้สบายไม่คิดถึงยาที่ฉีด ดื่มน้ำอุ่น ๆ ทีละน้อย ดื่มน้ำมาก ๆ ให้อาเจียน ไม่พะวงกับอาการ นอกจากนี้สตรีมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร CMF จะดูแลสุขภาพในระยะที่ได้รับเคมีบำบัด และระยะปลอดฤทธิ์ยาเคมีบำบัด โดยการรับประทานอาหารและน้ำให้เพียงพอด้วย (ประทุม, 2538)

เมื่อกลับบ้านสตรีมะเร็งเต้านมพยายามลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยใช้วิธีแก้ปัญหาคือเป็นสิ่งที่สตรีเคยปฏิบัติแล้วได้ผลดี เช่น ขณะมารับยารับประทานนมเปรี้ยว ส้ม มะยม มะขาม หรือให้งดอาหารระหว่างให้ยาจนกว่ายาจะหมดแล้วไปอาบน้ำ พักผ่อนก่อนจึงรับประทานอาหารเพราะลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่อกลับบ้านประมาณ 3-4 วัน จะรับประทานได้มาก เป็นการชดเชยในช่วงที่รับประทานไม่ได้และปรับเป็น อาหารที่บำรุงร่างกาย ถึงแม้จะผิ

กับอุปนิสัย (กนกนุช, 2541) และรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ศิริกร, 2540)

สตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมด้านกายดีมากขึ้น วิจัยเชิงปฏิบัติการ สิริลักษณ์ (2541) เพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับผ่าตัด ณ โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา จำนวน 11 คน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 พบว่า การดูแลสุขภาพด้านกายในระยะที่รับการรักษา เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ วิธีที่ 1 ปรับบริโภคนิสัยมารับประทานอาหารพวกโปรตีนจากเนื้อปลา ไม่รับประทานเนื้อไก่ เพราะกลัวฉีดฮอร์โมน รับประทานน้ำเต้าหู้ นมพร่องไขมัน ผักใบเขียว ข้าวกล้อง งา ผักขม ผักตะลิ่ง ส้ม ฝรั่ง มะละกอเพิ่มมากขึ้น รับประทานวิตามินเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 หรือกระเทียม ยาพวยกยาหม้อ วิธีที่ 2 การปรับปรุง เสริมสร้างภาพลักษณ์ใหม่ เช่น ผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม การใช้เต้านมเทียม ผลลัพธ์เมื่อได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงหลังผ่าตัดจากปกปิด ไม่กล้าเปิดเผย มาเป็นมั่นใจ กล้าเปิดเผยตนเอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกายเพื่อลดความไม่สุขสบาย ดังการศึกษาของชนิดฐา (2535) เรื่องผลของการส่งเสริมให้สตรีมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าสตรีมีวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อได้รับเคมีบำบัดในคลินิกอย่างมีแบบแผนในเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอ ดังนี้ รับประทานอาหารอ่อน อาหารแห้ง รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารเสริมบำรุงร่างกาย พยายามรับประทานแต่ไม่รับประทานเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตื่นน้ำให้เพียงพอ นอกจากนี้สตรีบางคนเลือกชนิดของน้ำที่จะช่วยให้การรับรสดีขึ้น เช่น น้ำอัดลม การดื่มน้ำอุ่น น้ำชา รับประทานผลไม้ที่มีน้ำมากๆ หรือเตรียมน้ำมาดื่มเองจากบ้าน ส่วนการบรรเทาความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคลื่นไส้และอาเจียน สตรีกระทำโดยลดสิ่งกระตุ้นทำความสะอาดปากฟัน บ้วนปาก แปรงฟัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่น และพยายามไม่ให้ท้องว่าง หรือให้ดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำข้าวอุ่น ๆ (กนกนุช, 2541)

4.1.2 การป้องกันและลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน ดังเช่นหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางชนิด การบริหารแขนข้างที่ทำการผ่าตัด ลดการใช้แขนข้างที่ทำการผ่าตัด

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและการเป็นกลับซ้ำของโรค พบว่าการมีภาวะโภชนาการที่ดีอาจป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้ ดังการศึกษาเปรียบเทียบระดับของคาโรทีนอยด์ (carotenoids) ในกระแสเลือดของสตรี จำนวน 270 คน ซึ่งเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า 11 ปี พบว่า สตรีที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีระดับของคาโรทีนอยด์ตามปกติ

รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ และแบบแผนการรับประทานอาหารในสตรีมะเร็งเต้านมพบว่าลักษณะการปรุงอาหารประเภทเนื้อสัตว์โดยการปิ้งย่างในอุณหภูมิที่สูงและการรับประทานอาหารปิ้งย่างในปริมาณ 4 ครั้ง ขึ้นไปต่อสัปดาห์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม เพราะอุณหภูมิที่สูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาทางเคมีของสารอาหารประเภทเนื้อสัตว์ แต่กลุ่มที่ไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่มีแบบแผนการรับประทานอาหารโดยการปิ้งย่าง ดังกล่าว และอาหารประเภทวิตามินสามารถลดความเสี่ยงมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในวัยก่อนหมดประจำเดือน และการออกกำลังกายในสตรีที่มีอายุน้อยช่วยลดระดับฮอร์โมนและลดความเสี่ยงมะเร็งเต้านม ดังนั้นสรุปผลได้ว่า ผู้ที่รับประทานผักและผลไม้จะลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นกลับซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม และสามารถช่วยรักษาระดับคาโรทีนอยต์ให้อยู่ในระดับปกติในขณะที่ได้รับเคมีบำบัดได้ (Toniolo, 2001)

สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดด้วยวิธีการ 1) จำกัดและลดการใช้งานของแขน 2) การบริหารแขนและดูแลไม่ให้ความผิดปกติ ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยบริหารแขนโดยใช้ ท่าบริหาร ท่าที่ผู้ป่วยใช้ช่วยลดความตึง ความเมื่อยล้าของแขนได้ดี คือ ท่าดึงเชือกขึ้นบน และ ท่ายกแขนขึ้นลงเนื่องจากมีท่อ พี.วี.ซี. ช่วยพยุงแขน เมื่อกลับบ้าน สตรีมีพฤติกรรมกางแขน การยกแขนสูงโดยการใช้กระเป๋าหิ้วเวลาเดิน เพื่อให้แขนยกสูง สตรีที่พัฒนาความสามารถ ตนเองได้ดี จะอาสาสมัครเป็นเพื่อนช่วยเพื่อน (สิริลักษณ์, 2541)

4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำของสตรีมะเร็งเต้านมในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง เช่น การแก้ปัญหาการเผชิญหน้ากับปัญหาการปรับตัว การยอมรับ การสูญเสียเต้านม การหลีกเลี่ยงความเครียด และการควบคุมความวิตกกังวล (ชวนพิศ , 2531; สมจิต และคณะ, 2535; จารุวรรณ, 2538; อัศนี, 2539 ; กนกนุช , 2541; สิริลักษณ์, 2541; Cohen & Wills, 1985 ; Levy, Herberman, Ivluish, Schlien, Lipman & Angelo, 1987; Levy, Herberman, Lippman & Angelo, 1989 ; Ali & Khalil, 1991 Coward, 1991; Nagia & Hoda , 1991; Followfield , 1991; Levy, 1992; Schag, 1993; Ali & Khalil, 1993 ; Carter, 1993; Dodd, Dibble & Thomus, 1993; Wyatt, 1993)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่สตรีเริ่มคิดที่จะจัดการกับการรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเต้านมไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยคาร์เตอร์ (Carter, 1993) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 25 คน ที่มีอายุระหว่าง 40-78 ปี และมีช่วงระยะเวลาการมีชีวิตรอดตั้งแต่ 5-26 ปี พบว่า มโนทัศน์หลักของการมีชีวิตคือ "การก้าวไปข้างหน้า" ซึ่ง

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนที่สำคัญเป็นกระบวนการได้ดังนี้ 1) ขั้นการตีความการวินิจฉัย 2) ขั้นการเผชิญความตาย 3) ขั้นการลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่ 4) ขั้นสู่ความพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากผลของมะเร็งและผลสมรสเข้ากับวิถีชีวิต 5) ขั้นการก้าวผ่านสิ่งที่เกิดขึ้นให้เป็นอดีตและ 6) ขั้นทบทวนประสบการณ์และมุ่งสู่อนาคต โดยขั้นตอนทั้ง 6 อาจจะซ้ำซ้อนกันและไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตามลำดับกัน นอกจากนี้ไวท์และคณะ (Wyatt, 1993) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ศึกษาชีวิตของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเหมือนกันแต่เน้นที่ประเด็นของคุณภาพชีวิต ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 11 คน อายุระหว่าง 40-79 ปี และมีช่วงระยะเวลาการมีชีวิตรอดตั้งแต่ 5-14 ปี พบว่ามีพฤติกรรมใน 4 ลักษณะสำคัญคือ 1) การผสมผสานกระบวนการของโรค เข้ากับชีวิตปัจจุบัน ด้วยการหาข้อมูลแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใส่เต้านมเทียม การเปลี่ยนอุปนิสัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2) การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการเพิ่มพฤติกรรมกล้าแสดงออก 3) การปฏิรูปมุมมองชีวิตใหม่ด้วยการให้การเอาใจใส่ดูแลผู้อื่นเพิ่มขึ้น เช่น การเป็นอาสาสมัครในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมแก่ผู้อื่น ซึ่งจะเป็นการสร้างความหวังและเพิ่มความหมายให้กับชีวิตตนเอง ในทางกลับกันด้วยการปรับจิตวิญญาณและวิธีการคิดเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต 4) ประเด็นที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือเป็นสิ่งที่สตรียังไม่สามารถจัดการได้ลงตัว เช่น อ่อนไหวต่อความรู้สึกกลัว

สตรีมะเร็งเต้านมระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเต้านม ในระยะแรกที่มีความผิดปกติที่เกิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนความคิด 2 วิธีการ คือ การทำความเข้าใจกับตนเองและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเรื่องธรรมดา และมีระยะการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติ ดังนี้ การตอบสนองการรับรู้ความผิดปกติหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มีขั้นตอน 2 แบบ คือ แบบที่ 1 ปล่อยปละละเลย และแบบที่ 2 แสวงหาคำตอบ ซึ่งมี 4 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 1 ฝึาติดตาม วิธีที่ 2 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด วิธีที่ 3 แสวงหาข้อมูลจากหนังสือและสื่อต่าง ๆ และวิธีที่ 4 พบแพทย์ (กนกนุช , 2541)

หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค สตรีมะเร็งเต้านมจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละเดือน ดังการศึกษาของจากรวรรณ (2538) เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในสตรีมะเร็งเต้านม จำนวน 40 ราย ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม อายุรกรรมของโรงพยาบาลรามธิบดี และหน่วยเคมีบำบัดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมรับรู้การบอกการวินิจฉัยโรคในรูปแบบที่แตกต่างกัน 3 แบบ ได้แก่ การบอกตรง ๆ (hard tell) การบอกอย่างนุ่มนวล (soft tell) การไม่บอกการวินิจฉัย (no tell) ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ และสตรีที่รับรู้การบอกการวินิจฉัยโรคในรูปแบบการบอกตรง ๆ พบว่าใน

เดือนแรกจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อโรค ค่อนข้างไปทางด้านการเผชิญหน้าสู้กับโรคเล็กน้อย เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 สตรีมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อโรค โดยการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรคมามากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคิดว่าต้องสู้กับโรค ต้องเอาชนะกับโรค มองในแง่ดีว่าสามารถจัดการได้จึงมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปของการแสวงหาข้อมูล รวมทั้งเครือข่ายในสังคมของผู้ป่วย ไม่ยอมจำนนต่อการเป็นโรคทำให้มีผลลัพธ์การปรับตัวที่ดี มีทัศนคติต่อโรคด้านบวกมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรค โดยการเผชิญหน้าต่อสู้มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติต่อโรคด้านลบทุกช่วงเวลา คือทั้งเดือนที่ 1, 2 และเดือนที่ 3

สตรีมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมความรู้สึกลัว – โดดเดี่ยว - สับสน และไม่สามารถตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่าสตรีได้ขอเวลาในการไตร่ตรองทำใจยอมรับการผ่าตัดและคิดให้รอบคอบก่อนที่จะตัดสินใจ โดยอาจจะไปขอความเห็นจากแพทย์ คนใกล้ชิด ปรีกษาขอความเห็นจากสามีร่วมด้วย ส่วนผลลัพธ์การจัดการกับความวิตกกังวล ความรู้สึกลัว-โดดเดี่ยว-สับสนและไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะที่ 1 ยินยอมตามแผนการรักษา ลักษณะที่ 2 ปล่อยตามสถานการณ์ และลักษณะที่ 3 แสวงหาการรักษาแบบอื่น เช่น หายาหม้อ ยาต้ม และยาสมุนไพร (กนกนุช, 2541)

การเผชิญความเครียดของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมใช้เวลาในการเผชิญความเครียดเพื่อผ่านพ้นวงจรหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ต้องใช้เวลา 1 เดือนครึ่ง (Wyatt, 1993) และ สตรีมะเร็งเต้านมต้องปรับตัวภายหลังผ่าตัด ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาระหว่างกัน ด้านอัตมโนทัศน์ได้ดีขึ้นในเดือนที่ 3 หลังจากผ่าตัดเต้านม (จารุวรรณ ,2538)

นอกจากนี้ความสามารถในการปรับสมดุลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม เป็นต้นว่า ความสามารถในการคิด ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สแชค (Schag, 1993) พบว่า สตรีกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความทุกข์โศกทางจิตสังคมสูงจะมีความยากลำบากในการคิดให้ชัดเจน หรือการปรับตัวโดยใช้ความคิดถึง ร้อยละ 41 แม้ว่าจะผ่านช่วงการวินิจฉัยโรคไปนานถึง 1 ปี แล้วก็ตาม สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จำนวน 21 คน ในจำนวนทั้งหมด 61 คน พบว่าประสบกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากความเจ็บป่วยอื่นของตนเองมากกว่าการเป็นโรคมะเร็ง

เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียเต้านม เพื่อลดความทุกข์ทรมานในลักษณะ 4 รูปแบบ แบบที่ 1 การปฏิเสธเป็นการแสดงออกถึงการต่อต้านอย่างรุนแรงต่อการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรวมถึงการผ่าตัดเต้านม สตรี

กลุ่มนี้มักจะมีการตอบสนองแบบปกป้องตนเองอย่างเต็มที่พยายามไม่พูดถึงเรื่องนี้ และจะไม่แสดงออกหรือบอกถึงความกังวลของตนเอง แบบที่ 2 การมีความตั้งใจที่จะต่อสู้ เป็นการมองโลกในแง่ดี และพยายามแสวงหาข้อมูลให้มากที่สุด พยายามวางแผนที่จะทำทุกอย่างเพื่อพิชิตมะเร็ง สตรีมักไม่แสดงออกให้เห็นความกังวลใจ แบบที่ 3 การยอมรับแบบจำนน เป็นการยอมรับการวินิจฉัย โดยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและถ้าไม่มีอาการของโรคเพิ่มเติม สตรีจะยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ แบบที่ 4 ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดหวังเป็นสภาพที่ตกอยู่ภายใต้ความกดดันจากการวินิจฉัยโรคที่ได้รับ สตรีกลุ่มนี้จะรู้สึกว่าตนเองเป็นโรคที่น่ากลัว และกำลังจะตายไม่มี ความหวังสตรีกลุ่มนี้จะแสดงความวิตกกังวลออกมาอย่างเห็นได้ชัดเจน (Fallowfield, 1991)

นอกจากนี้สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดมีความคิดความรู้สึกอยากตายเมื่อได้รับเคมีบำบัดโดยพบว่ามีวิธีการประคับประคองให้ผ่านพ้นความรู้สึก ดังกล่าวด้วย 4 วิธีการ ได้แก่ วิธีที่ 1 ทำใจ-ทำความเข้าใจ-สร้างกำลังใจ วิธีที่ 2 เตรียมใจพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น วิธีที่ 3 ปลดปล่อยธรรมชาติลบเลื่อนความทรงจำด้วยการลืม วิธีที่ 4 อยู่กับการชดเชยให้สมดุลการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่ามีพฤติกรรมจัดการกับความคิด ความรู้สึกทางลบที่เป็นความขัดแย้งในจิตใจ ด้วยวิธีการ 5 วิธีได้แก่ วิธีที่ 1 เปรียบเทียบกับผู้ที่มีอาการข้างเคียงเหมือนกันเพื่อลดความรู้สึกแปลกแยก วิธีที่ 2 ปกปิดความไม่เหมือนคนอื่น ไม่เหมือนเดิม วิธีที่ 3 เปิดเผยความไม่เหมือนคนอื่น ไม่เหมือนเดิม วิธีที่ 4 วิเคราะห์ทำความเข้าใจเพื่อยอมรับความไม่เหมือนคนอื่นไม่เหมือนเดิม วิธีที่ 5 สั่งตนเองให้หยุดความคิดทางลบ (กนกนุช, 2541)

สตรีมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะกลัวเป็นกลับซ้ำ มีก้อนขึ้นอีกหรือกลัวไม่หายเมื่อได้รับยาครบแล้ว เพราะมีสตรีบางคนจะได้รับยาหลายรอบเนื่องจากมีก้อนขึ้นบริเวณแผลผ่าตัด หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอด กระดูก แต่จะมีกำลังใจ ต่อกู้กับโรคและการรักษา เพราะถ้าแพทย์ยังนัดมารับยาอยู่แสดงว่ายังมีความหวัง ทำให้สตรีรู้สึกมีกำลังใจมารักษา ต่อเนื่อง สตรีส่วนใหญ่จะมารับการรักษาตามนัด ถ้าไม่สามารถมาได้เนื่องจากไม่สบาย มีไข้ อ่อนเพลียมาก จะโทรศัพท์มาปรึกษาพยาบาลเพื่อขอเลื่อนนัด พยาบาลจะแนะนำให้ไปรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (กนกนุช, 2541)

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาถึงกลยุทธ์การเผชิญกับปัญหาของสตรีมะเร็งเต้านมโดยเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่มีการเตรียมตัวและไม่ได้เตรียมตัวมารับการรักษา โดยการศึกษาของลีฟ (Lev, 1992) ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องกลวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ในการปรับตัวต่อการรักษาด้วย

เคมีบำบัดและรังสีรักษา กลุ่มละ 20 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวที่จะมารับการรักษาเป็นผู้มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาในทางบวก มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาว่าหายขาด พยายามแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค รับผิดชอบต่อความสามารถในการควบคุมตนและการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) คอยให้กำลังใจตนเอง 2) หมั่นสวดมนต์ 3) ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย 4) ขอมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง 5) ชอบคุยกับเพื่อนกลุ่มโรคเดียวกัน 6) แสวงหาความรู้จากสื่อและแหล่งข้อมูลข่าวสาร ส่วนกลุ่มสตรีมะเร็งเต้านมที่ไม่มีการเตรียมตัวมารับการรักษาจะเป็นผู้ที่มีทัศนคติในทางลบต่อการรักษาทำให้การปรับตัวของผู้ป่วยไม่ดีพอ เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้มากกว่านี้ เก็บกดหรือหลีกเลี่ยงฟังพาดูอื่นมากขึ้น รู้สึกทุกข์ทรมานใจ

การศึกษาของอลีและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) บรรยายเรื่องความเครียด กลยุทธ์พฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดในสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด 64 ราย พบว่ามีพฤติกรรม ดังนี้ 1) การสวดอ้อนวอนพระเจ้า 2) การค้นหารายละเอียดและแรงสนับสนุนทางสังคม 3) การหาทางผ่อนคลายด้วยตนเอง เช่น ทำงานบ้าน และ 4) การยอมรับ เชื่อฟัง คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าพฤติกรรมการเผชิญด้านการจัดการกับอารมณ์ เลือกรับรู้ปัญหาคือการปลอบใจตนเอง ไม่ให้กังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยผ่อนปรนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสวดมนต์ พยายามคิดว่าสถานการณ์จะดีขึ้นในวันต่อมา พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ให้ดีขึ้นและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเท่าที่สามารถทำได้ ไม่โทษบุคคลอื่นว่าเป็นต้นเหตุ ปัญหาเอะอะ โวยวายโทษโชคชะตา หรือเหม่อลอย เช่นเดียวกับการศึกษาของคนอื่นที่พบว่า

สตรีภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ใช้วิธีการค้นหาเป้าหมายของสถานการณ์ และยังมีการปลอบใจตนเองไม่ให้กังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเท่าที่สามารถทำได้ นอกจากนี้พฤติกรรมที่สตรีมะเร็งเต้านมใช้น้อยที่สุด คือ พยายามทดลองแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการต่าง ๆ หรือเลือกวิธีการที่ดีที่สุด ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก คือ กังวลใจ เตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์เลวร้ายที่จะเกิดขึ้น และระบายความเครียดกับคนอื่น หรือสิ่งที่ใช้น้อยที่สุด คือ กล่าวโทษบุคคลอื่นว่าเป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหาหรือสถานการณ์ เอะอะโวยวายหรือโทษโชคชะตา เหม่อลอย (Levy, Herberman, Lee, Lippman & Angelo, 1989)

นอกจากนี้กลุ่มสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและมีความวิตกกังวลมีวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวลดังนี้ 1) การแก้ปัญหาโดยตรง 2) แสวงหาข้อมูลข่าวสารและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังที่พบว่า กลุ่มสตรีมะเร็งเต้านม มีการดูแลสุขภาพด้านจิตใจโดยปรับตัวยอมรับการสูญเสียเต้านมและปรับใจคิดในทางบวก การปล่อยวางและพึ่งพาผู้อื่นทำสมาธิ (สิริลักษณ์, 2541) หรือเบี่ยงเบนความสนใจ หรือทำให้ใจให้สงบ (ชนิดธูา, 2535) ทำให้ใจให้สบายและทำสมาธิ (กนกนุช, 2541) เพราะการมีสภาพจิตใจที่ดีจะส่งผลต่อร่างกายให้แข็งแรง (บรรจบ, 2543) ลดความเครียดและทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อชีวิตทำให้เกิดความสงบ เข้มแข็งและจิตเต็มไปด้วยพลัง (Magarey, 1983) และผลการปฏิบัติสมาธิมีผลดีต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติสมาธิวันละ 1½ ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนทั้งก่อนและหลังการได้รับเคมีบำบัด (Shapiro, 1988) ช่วยลดอาการปวด (Carroll & Seers, 1998) และผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติสมาธิสม่ำเสมอ ทำให้ปริมาณของเมลาโทนินเพิ่มขึ้น ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่ทั้งการรักษาสุขภาพและการป้องกันโรค (Massion, 1995) ดังนั้นการแก้ไขความเครียดและความวิตกกังวลโดยการปฏิบัติสมาธิ เป็นวิธีเบื้องต้นวิธีหนึ่งในการรักษาความวิตกกังวล เพื่อให้กำกับและควบคุมตนเองได้ (self-regulation หรือ body oriented) (Goldberg, 1982) ดังนั้น สตรีที่มีความวิตกกังวลเรื้อรัง เมื่อปฏิบัติสมาธิทำให้มีการผ่อนคลายและคลายเครียด หรือในคนปกติมีการรับรู้ดีขึ้น (Fildler, 1989; Benson, 1983; Astin, 1997) นอกจากนี้สมาธิช่วยในการพัฒนาจิตใจช่วยให้บุคคลรับรู้ความจริงระหว่างธรรมชาติและตนเอง ทำให้นอนหลับสบาย ไม่วิตกกังวล มีกำลังใจ จิตใจ แจ่มใสขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดที่อยู่กับการดูแลสุขภาพอย่างเรื้อรังและได้รับการรักษาเป็นเวลานานจะมีพฤติกรรมคล้ายคลึงกับพฤติกรรมปัญหาในช่วงแรกเมื่อพบโรคจำแนกเป็น 8 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 1 ทำความเข้าใจและพยายามพึ่งพาตนเอง วิธีที่ 2 เปิดเผยความเป็นจริงให้ผู้อื่นรับรู้และเกิดความเข้าใจ วิธีที่ 3 จำกัดขอบเขตความสนใจ ความต้องการ วิธีที่ 4 ปลดปล่อยภาระ วิธีที่ 5 คิดหักมุมจาก ด้านลบเป็นด้านบวกของสถานการณ์เดียวกัน วิธีที่ 6 กำหนดเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป วิธีที่ 7 ดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ วิธีที่ 8 พึ่งพาคำรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและทำให้ใจยอมรับความเป็นจริง (กนกนุช , 2541)

การจัดการกับความเครียดลดความไม่สุขสบายในการเจ็บป่วย สภาวะของโรค เช่น การซึมเศร้า ความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ จำนวน ความถี่ของสุขภาพทางเลือกที่พบบ่อยขึ้นกับความต้องการลดความทุกข์ทรมานหรือ เพื่อการมีความหวังจากการรักษาพบว่าใช้วิธีกลุ่ม

ช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 100 ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) ร้อยละ 94 การจินตนาการ (imagery) ร้อยละ 86 การนวด (massage) ร้อยละ 80 การออกกำลังกาย (exercise) ร้อยละ 67 การผ่อนคลาย (relaxation) ร้อยละ 50 การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น เปลี่ยนการรับประทานอาหาร (Sparber, 2000)

4.3 ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม หมายถึง การกระทำของสตรีมะเร็งเต้านมในการดูแลสุขภาพสังคมของตนเอง เช่น ลักษณะการดูแลสุขภาพช่วยเหลือใกล้ชิดจากคู่สมรส เพื่อนร่วมงาน ความสามารถทำหน้าที่และอาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือได้รับแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากแหล่งสังคม (อัศนี, 2539 ; ศิริกร, 2540; กนกนุช, 2541 ; สิริลักษณ์, 2541 ; อุบล, 2543 ; Barbana, 1997; Ferrans, 1994; Brillhart, 1988; Marina & Tina & Christine, 2000)

สตรีมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่เป็นก้อน (in situ) พบว่าในระยะนี้สตรีมะเร็งเต้านมจะมีความต้องการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (Marina & Tina & Christine, 2000) และพบแพทย์หลาย ๆ คน (สิริลักษณ์ ; 2541) ศึกษาการ ติดต่อสื่อสารของสตรีมะเร็งเต้านมบนอินเทอร์เน็ตจะช่วยให้เกิดมิติที่สำคัญ 3 มิติคือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง (Barbana, 1997)

สตรีมะเร็งเต้านมมีการปรับตัวด้านสังคมสูงสุดในทุกช่วงเวลา ในเดือนที่ 1 ผู้ป่วยต้องปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ผู้ป่วยต้องปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และ ด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งในทุกช่วงเวลาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ไม่มีความแตกต่างกัน แต่การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาระหว่างกัน เมื่อเวลาผ่านไป การปรับตัว 2 ด้านนี้ดีขึ้น (จารุวรรณ, 2538)

ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคมซึ่งเป็นวิถีทางที่สร้างสรรค์ และเสริมสร้างพลังชีวิตให้กับสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมด้วยตัวของสตรีเองซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเครือข่ายที่ย้อนกลับมาหล่อเลี้ยงจิตสังคมของสตรีต่อไป โดยเฟอเรน (Ferrans, 1994) พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมในด้านบวกโดยทำตัวเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นในการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยทำงานในโบสถ์ การให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ไม่มีความสามารถให้เผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยสตรีดังกล่าวให้เหตุผลว่าการอาสาสมัครช่วยเพิ่มความหมายให้กับชีวิต และให้ความหวังทั้งแก่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และแก่ตัวผู้เป็น

อาสาสมัครเอง ดังตัวอย่างเช่นสตรีคนหนึ่งกล่าวว่า “ฉันต้องการใครบางคนที่เหมาะสมกับฉันที่จะพูดคุยด้วย นับเป็นความปลื้มปิติของเราทั้งคู่” หรือ “ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ฉันปรารถนาที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ให้ผู้อื่นด้วยวิธีการอะไรก็ได้ที่ฉันสามารถทำได้ ซึ่งก่อนหน้านี้ฉันเคยคิดแต่ไม่เคยให้เวลาที่จะกระทำ ตอนนี้นัดเวลาให้มันเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยาความรู้สึกของฉันด้วยเราแบ่งปันการสมานให้หายจากโรคร่วมกัน” (Loveys & Katherine, 1991)

นอกจากนี้สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดควรได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพราะสตรีมะเร็งเต้านมจะได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมและครอบครัวมีส่วนร่วมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยช่วยจัดหาอาหารที่ต้องการให้รับประทานเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารมาให้

การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวของสตรี ได้แก่ การจัดกลุ่มสอนสตรีและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อสตรี โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีให้มากที่สุด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของสตรี กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวของสตรี โดยเฉพาะสามีให้กำลังใจและคอยดูแลสตรีอย่างใกล้ชิด (อัศนี, 2539) เมื่อได้รับเคมีบำบัด การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง บุคลากรที่มสุขภาพ ช่วยทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ (ศิริกร, 2540) และการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของสตรีมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลรามาริบัติซึ่งดำเนินการมาเป็นเวลา 5 ปี แล้ว สตรีรู้สึกว่าการเข้าร่วมประชุมกลุ่มนั้น มีประโยชน์ ทำให้ทราบว่าตนไม่ได้เป็นโรคร้ายนี้แต่เพียงผู้เดียว ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความหวังมีพลังและกำลังใจในการมารับการรักษา มีความสามารถในการดูแลตนเองและปรับตัวได้และบอกว่าการทำกลุ่มช่วยให้มีความรู้มากขึ้น ฟังพอใจในการเข้ากลุ่มทำให้มีกำลังใจดี ลดความกังวลเพราะได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และมีความมั่นใจว่าโรคนี้มีโอกาสหายดีขึ้นเพราะได้เห็นตัวอย่างที่ดีของสตรีอื่นๆ ที่ปฏิบัติตัวถูกต้องแล้วมีสุขภาพดีและแข็งแรง บางรายจะขอที่อยู่กันไว้มีการติดต่อกันทางจดหมายทางโทรศัพท์ (อุบล, 2543) หรือบางรายจะไปเยี่ยมกันที่บ้าน ช่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้บรรยากาศในกลุ่มดีขึ้น (กนกนุช , 2541)

4.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำของสตรีมะเร็งเต้านมในการดูแลสุขภาพด้านสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิต เป้าหมายในชีวิต ความต้องการและสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจเพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (อัศนี , 2539; ศิริกร, 2540; กนกนุช , 2541 ; Reed 1986 ; 1987; Turton & Cooke, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมได้ดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณเริ่มตั้งแต่สามวันหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ใน

วัยกลางคนดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณโดยใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ใช้หลักศาสนาที่สอนให้คนรู้จักปล่อยวาง มีสติในกรคิดทบทวนสิ่งต่าง ๆ ทำให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานของสตรีลดน้อยลง (อัศนี, 2539)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามของโรค ใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยรีด (Reed, 1986) ได้ศึกษา จิตวิญญาณและความผาสุกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 300 ราย ในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยระยะลุกลามด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยระยะไม่ลุกลาม และผู้ป่วยกลุ่มสุขภาพดี พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Reed, 1987) การศึกษาเปรียบเทียบภาวะผาสุก ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 57 คนกับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีอีก 57 คน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติศาสนากิจสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมากกว่าผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี

นอกจากนี้ในระยะลุกลามของโรคอาจจะพบภาวะแทรกซ้อนไปตามกระดูก จึงแสดงอาการปวด ซึ่งฮอดจ์สัน (Hodgson, 2000) พบว่าการศึกษารื่องการนวดกดจุดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ สตรีจำนวน 24 ราย ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 2 กลุ่ม ที่ให้การพยาบาลด้วยวิธีการนวดกดจุด (reflexology) และการฉีดยาหลอก (placebo) พบว่าการนวดกดจุดมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในสตรีมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มสตรีที่ได้รับการนวดกดจุด รายงานว่าได้รับประโยชน์และมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มสตรีที่ได้รับการฉีดยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.0004$)

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงของอาการจะเป็นเงื่อนไขสำคัญของการปรับเปลี่ยนความรู้สึกอยากตายกับไม่อยากตาย สำหรับสตรีมะเร็งเต้านมที่รับรู้ว่ามีเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างจำกัด เพราะความตายใกล้เข้ามามากขึ้นได้จัดการเพื่อเตรียมตัวตายให้กับตนเอง 4 ประการ ประการที่ 1 ทำความรู้จักและทำความเข้าใจกับความตาย ประการที่ 2 ปล่อยวางไม่ยึดติด ประการที่ 3 ขอโทษกรรมและสร้างสมบุญกุศล ประการที่ 4 สั่งเสีย สั่งลาในด้าน 4.1) การจัดการที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางจิตวิญญาณ งานศพของตนเอง และทรัพย์สิน 4.2) การส่งมอบหน้าที่ (กนกนุช, 2541)

นอกจากนี้การเข้ากลุ่มประชุมของผู้ป่วยมะเร็งช่วยสนับสนุนและช่วยในการควบคุมตนเองเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจของตนเองมีความสำคัญ ดังที่มีผู้ศึกษาโดยการได้จัดกลุ่มสนทนา

ในผู้ป่วยมะเร็ง 1 กลุ่ม จำนวน 54 คน และผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 14 คน พบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจโดยการใช้วิธีการหลากหลาย รวมทั้งการแสวงหาสุขภาพทางเลือก และการออกแบบวิธีการที่เพิ่มการควบคุมความรู้สึกด้านอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง พบว่าในระยะแรกของการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะมีความหวังกับวิธีการที่จะเอาชนะกับโรค แต่ระยะต่อมาบ่อยครั้งที่ความเจ็บป่วยเข้ามาเปลี่ยนแปลงความมีคุณค่าในชีวิตและต้องจัดลำดับความสำคัญเพื่อที่จะหาวิธีการที่จะปรับตัวให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ โดยใช้วิธีการควบคุมตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น และลดอาการแสดงที่ปรากฏอยู่นอกจากนี้ผู้ป่วยได้มีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการแสวงหาสุขภาพทางเลือก เช่น ปรับการรับประทานอาหาร การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง การเยียวยาเพื่อรักษาด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ (Turton & Cooke, 2000)

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ในการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยตรง แต่มีการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพฤติกรรมปรับตัวของสตรีมะเร็งเต้านม โดยสรุปว่ามีปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังต่อไปนี้

1. อายุของสตรีมะเร็งเต้านมมีผลต่อการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและความสามารถในการดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและปรับตัวดีกว่า และดูแลสุขภาพได้ดี ต้องการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นน้อยกว่าสตรีที่ไม่สามารถปรับตัวหรือดูแลสุขภาพได้ เช่น สตรีมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด 3 วันแรกมีอาการปวดแผลมากที่สุดในผู้ที่มีอายุมาก ซึ่งมีความสุขุมรอบคอบ ควบคุมสถานการณ์ได้มากกว่า เมื่อมีความทุกข์ทรมานผู้ที่มีอายุมากกว่าใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ศาสนา ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = .01$ (อัศนี, 2539) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเอง (ภักสุภพิชญ์ และมาลี, 2535)

2. สถานภาพสมรส มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อและการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต บ่งชี้สถานะระบบของครอบครัวเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม โดยเฉพาะคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยเสริมแรงในบุคคลให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น รวมทั้งช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล เนื่องจากการศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะ ศักยภาพ และความสามารถในการปรับตัว (ผ่องศรี, 2530) รวมทั้งช่วยให้บุคคลรู้จักแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีทักษะแสวงหาข้อมูลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น สามารถลดความทุกข์ทรมานจากผลกระทบและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความสมดุลย์ของด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยเลือกหาวิธีการที่แสวงหาได้จากความรู้นำมาปฏิบัติตัว ดังเช่น ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการแสวงหาความรู้ได้ดีเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นระดับการศึกษาช่วยให้สามารถดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำลดความทุกข์ทรมานได้ (ประทุม, 2538) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มจะมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อัศนี, 2539)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสเคลลาและเลเคซ (Skalla & Lacassc., 1992) การปฏิบัติตัวของผู้ที่มีการศึกษากับการลดอาการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน พบว่า ร้อยละ 72 – 99 ของ ผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดังนี้ 1) เพิ่มการนอนหลับพักผ่อนให้มากขึ้น 2) ออกกำลังกายด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งการเดิน 3) การผ่อนคลาย ด้วยวิธีการฟังเพลง 4) การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง 5) การนั่งสมาธิ ซึ่งผลของพฤติกรรมดังกล่าวช่วยลดความอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ลงได้

4. สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะให้บรรลุถึงการดูแลสุขภาพได้ตามต้องการและการศึกษาของแควคฮอนและคณะ พบว่า สภาพทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เนื่องจากรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และรายได้มีความสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้และอาเจียนน้อยลง เพราะผู้ที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสแสวงหาการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการได้ดีกว่า ดังนั้นผู้มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการปรับตัวและการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ (ประทุม, 2538)

สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อสิ่งพิมพ์ได้มากกว่าสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า ในขณะที่สตรีกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าจะมีแนวโน้มที่จะได้รับการคัดกรองโรคน้อยกว่าสตรีกลุ่มอื่น (Fulton, 1991)

รวมทั้งแนวโน้มของการเกิดมะเร็งเต้านมซ้ำ และการตายจากมะเร็งเต้านมมากกว่า (Gordon, 1992) และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเกิดมะเร็งเต้านม (Graham, 1990) รวมทั้งมีนัยสำคัญต่อการมีชีวิตรอดของสตรีมะเร็งเต้านม (McCoy, 1994)

5. แหล่งสนับสนุนของสังคมและครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปรับทางจิตสังคมของสตรีมะเร็งเต้านม แหล่งสนับสนุนของสังคมเป็นการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นและได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จะทำให้สตรีมะเร็งเต้านมมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้มีกำลังใจ อารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญภาวะเครียดได้ดีปรับตัวได้เหมาะสม สตรีมะเร็งเต้านมมีการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อ หาทางผ่อนคลายด้วยตนเอง และยอมรับเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดยการศึกษาของ Brillhart (1988) พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญกับสตรีมากที่สุด คือ สามี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและสตรีไว้วางใจ ปรึกษาหารือมากที่สุดหากครอบครัวและผู้ใกล้ชิดรักมาดูแลเยี่ยมเยียน การได้รับการประคับประคอง ความรักและความเข้าใจ เป็นสิ่งที่สตรีปรารถนาทำให้สตรีรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีแล้วจะยิ่งสร้างความเครียดให้เกิดขึ้นกับสตรีเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะทำให้สตรีเกิดความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป หรือวิตกกังวลที่ต้องเป็นภาระครอบครัว

สตรีมะเร็งเต้านมต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมพบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดในสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม บรรดาแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน (Primomo, Yates & Woods, 1990) นอกจากนี้ การสำรวจความคิดเห็นของสตรีโดยทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าในรายที่ครอบครัวมีความสุขอยู่แล้ว จะไม่มีปัญหาเพราะครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีอยู่แล้ว แต่เชื่อว่าจะมีผลในรายที่กำลังเริ่มต้นสัมพันธภาพใหม่ ๆ หรือในรายที่สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอยู่แล้ว อาจยกขึ้นมาเป็นข้ออ้างในการขัดแย้งระหว่างคู่สมรสได้ (Lembert, 1986) ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัว จึงมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วย ดังที่จุฬารักษ์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 130 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิต สังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหา ดังเช่น ลีวี (Levy, et al., 1987) ศึกษาในกลุ่มสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดซึ่งมีอยู่ในระยะที่ 1 จำนวน 75 คน พบว่า ผู้ที่มีอาการอ่อนเพลียในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมที่น้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมที่มากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 110 ราย มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง จึงมีการปรับตัวในทางที่ดีโดยพบว่าร้อยละ 19 มีพฤติกรรมการดูแลตัวเองได้ดีโดยรวม ร้อยละ 4 มีพฤติกรรมการดูแลตัวเองด้านกายได้ ร้อยละ 22 มีพฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจได้

6. ระยะเวลาที่ได้รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม สตรีมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ต้องใช้เวลามารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะหนึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด (กิติ, 2538) อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลังได้รับการตรวจวินิจฉัยพร้อมทั้งการรักษาไม่ได้ทำให้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างกันมากนัก ดังเช่น ศึกษาเปรียบเทียบในสตรีมะเร็งเต้านม จำนวน 20 คน จำนวน 2 กลุ่ม เกี่ยวกับอาการเครียดในสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังเมื่อนัดติดตามตรวจน้ำในกระดูกไขสันหลัง (bone marrow) ในระยะเดือนที่ 3, 6, 12 ของการติดตามผลการรักษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างในอุบัติการณ์ของภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพราะทุกครั้งที่นัดฟังผล สตรีมะเร็งเต้านมจะเกิดความเครียด ส่วนใหญ่อาการที่พบ คือ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลจากการนัดตรวจ (Mundy, 2000)

7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ สตรีมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าแข็งแรงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีมะเร็งเต้านมที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งนี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพราะภาวะสุขภาพเน้นความสำคัญที่ตัวบุคคลไม่ใช่เน้นที่โรคหรืออาการของโรค (ทัศน, 2538)

สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดที่ได้รับยากกลุ่มเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงเนื่องจากผลกระทบของยา การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยของความเครียดกับการได้รับความช่วยเหลือ เพื่อช่วยลดปฏิบัติการขยายตัวของเซลล์มะเร็งในสตรีภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 75 ราย พบว่า ร้อยละ 51 ของกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญกับความเครียดเนื่องจากปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ขาดแรงสนับสนุนของสังคม 2) ความอ่อนเพลียหรือ 3) ภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการขยายตัวของเซลล์มะเร็งเต้านม (Levy, Herberman, Lee,

Lippman & Angelo, 1989) และการศึกษาของอารี (2541) การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหามากกว่าเพราะให้ประโยชน์ระยะยาว ส่วนกลุ่มที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงมีแหล่งประโยชน์ด้านความแข็งแรงของร่างกายน้อยกว่าจึงใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มากกว่า

8. ระยะของโรคอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีมะเร็งเต้านม ดังเช่น พบว่า ในระยะแรกการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความหวัง มีคุณค่าในชีวิต แต่เมื่อมีการรักษาที่ต่อเนื่องจากการเจ็บป่วยบ่อยครั้งขึ้นจึงต้องปรับตัวเพื่อควบคุมตัวเองให้สมดุลกับอาการข้างเคียงที่ได้รับมากยิ่งขึ้น เช่นการปรับแผนการดำเนินชีวิต การเยียวยาทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณมากยิ่งขึ้น ระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้เกิดอาการความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพลดลง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านสังคมหรือครอบครัว (Turton & Cooke, 2000)

9. วิธีการรักษา สตรีมะเร็งเต้านมแต่ละคนได้รับวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีมะเร็งเต้านมจึงอาจมีความแตกต่างกัน ดังเช่น สตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนเฉพาะการแต่งกายเสื้อผ้าที่สวมใส่ แต่สตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องมีการดูแลทรงผมที่ร่วงด้วยการสวมวิก หรือต้องปรับการรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน (ประทุม, 2538 ; กนกนุช, 2541)

10. ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่ได้รับ ผลจากการรักษาจะได้รับผลกระทบจากวิธีการรักษา ทำให้มีอาการข้างเคียงที่ได้รับหลายแบบ ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น คลื่นไส้อาเจียน เยื่อบุช่องปากอักเสบ อ่อนเพลีย ซึ่งเป็นผลมาจากได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้สตรีมะเร็งเต้านมต้องการรับประทานอาหารอ่อน จิบน้ำอุ่นบ่อยขึ้น หรือนอนหลับพักผ่อนมากขึ้น (ประทุม, 2538) ปวดตามกล้ามเนื้อหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งมีผลทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (จารุวรรณ, 2538) และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวเพิ่มขึ้นรวมทั้งการพึ่งพาสังภัยเหินยวทางด้านศาสนา (บุปผา, 2536)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดมีพฤติกรรมที่น่าสนใจและมีความหลากหลายแตกต่างกัน แต่ยังให้ภาพรวมไม่ชัดเจนที่สะท้อนถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นอกจากนี้เชื่อว่าในระดับของพฤติกรรมการดูแลดังกล่าว อาจไม่เหมือนกันขึ้นกับปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา

อาชีพและรายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาภา
การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะของโรค วิธีการรักษาที่ได้รับ อาการข้างเคียงที่รุนแรง เป็นต้น
จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการ
พยาบาลและจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรี
มะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดและเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น