

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสาร และบททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. มะเร็งเต้านมและผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. การปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม
  - 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
  - 3.2 การสนับสนุนจากคู่สมรส
  - 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคล

#### มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นภายในเนื้อเยื่อของเต้านม ไม่สามารถควบคุมได้ และสามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง ตลอดจนเนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้ มีจุดกำเนิดใน อีพิทีเลียมเซลล์ (epithelial cell) และมักพบในท่อน้ำนม (ductal carcinoma) พบได้น้อยในกลีบ (lobular carcinoma) (ธนิต, 2541; นิตยา, 2545) และมีเพียงร้อยละ 1 ที่มีตำแหน่งเกิดจากเซลล์ที่ไม่ใช่อีพิทีเลียมเซลล์ (non-epithelial cell) (Bear & Myers, 1994; Monahan, 1994) ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพมากที่สุดเป็นบริเวณด้านบนบนส่วนนอก (upper outer quadrant) ไปจนถึงด้านหาง (tail) พบประมาณร้อยละ 50 (Gale & Charette, 1995; Monahan, 1994)

#### สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมจากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่ามีสาเหตุส่งเสริมบางประการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม (จันทรา, 2549; ธนพล, 2544; Coleman & Bostwick, 2000) ได้แก่

1. อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติผู้หญิงในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว เป็นต้น และโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 ถึง 3 เท่า หากมารดาเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุน้อย และเป็นทั้งสองข้าง (ธนิต, 2541)

2. มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี และหมดประจำเดือนหลังอายุ 50 ปี
3. ไม่มีบุตร หรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี พบว่าผู้หญิงที่ไม่มีบุตรมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิงที่มีบุตรเป็นอัตราเสี่ยงประมาณ 1.4 เท่า และผลของการตั้งครรรภ์จนครบกำหนด ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคผันแปรตามอายุที่ตั้งครรรภ์จนครบกำหนด โดยพบว่าอายุมากกว่า 30 ปี จะมีความเสี่ยง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่มีครรรภ์ครบกำหนดครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี (สมชัย และ นรินทร์, 2546)
4. ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือน หรือได้รับยาที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน
5. เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้ว มีโอกาสเป็นมะเร็งอีกข้างเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุกปี (ชนิด, 2541)
6. เคยมีประวัติเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้

#### อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกอาจไม่แสดงอาการที่ชัดเจน อาการที่พบได้บ่อยคืออาการปวดตึงบริเวณก้อนหรือมีก้อนแข็ง ๆ ผู้หญิงส่วนมาก ร้อยละ 90 จะคลำพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเองโดยบังเอิญ (Gale & Charette, 1995) การตรวจค้นหาก้อนมะเร็งที่เต้านม ทำได้ง่ายด้วยการคลำและตรวจเต้านมด้วยตนเอง คุณลักษณะก้อนที่เต้านมที่รับรู้ ก้อนที่พบมีลักษณะอย่างไร แข็ง กลม ดัดแน่น (fixed mass) หรือนุ่ม และมีลักษณะคล้ายฟองน้ำ มีการดึงรั้งของผิวหนัง ทำให้เต้านมมีรูปร่างเปลี่ยนแปลง มีรอยหยักบุ๋ม (dimpling retraction) มีน้ำไหลออกจากหัวนมหรือไม่ ลักษณะเป็นเลือดหรือน้ำใส มีการอักเสบของเต้านม ผิวหนังบวมแดง มีการเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนังหรือเส้นเลือดบริเวณเต้านม สิ่งเหล่านี้จะสังเกตเห็นได้รูปทรงลักษณะ และอาการที่ผิดปกติ (นิตยา, 2545; Bear & Myers, 1994; Monahan, 1994)

#### การวินิจฉัย

การตรวจค้นหาก้อนที่เต้านม หรือการตรวจค้นหามะเร็งเต้านมสามารถทำได้ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ถ้าก้อนมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร หรือขนาดของเต้านมใหญ่ การคลำค้นหาลำบาก สามารถตรวจเต้านมด้วยวิธีถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านม (mammogram) นอกจากนี้แพทย์อาจใช้วิธีเจาะหรือผ่าตัดก้อน (fine needle aspiration หรือ open biopsy) ออกไปตรวจดูความผิดปกติของก้อนเนื้อ และบางรายแพทย์อาจตรวจดูชิ้นเนื้อแช่แข็ง (frozed section) เป็นการพิจารณาให้แน่ชัดก่อนที่จะตัดเต้านมออกหรือผ่าตัดเพียงก้อนเท่านั้น (Bear & Myers, 1994) ร่วมกับการประเมินจากประวัติ อาการและอาการแสดง การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ การทำเอ็กซเรย์กระดูก (Bone scan) การตรวจ

ร่างกาย ตลอดจนการตรวจค่าฮอร์โมน (estrogen receptor: ER and progesterone receptor: PR) ก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจให้การรักษา (Clark & McGee, 1992) ทั้งนี้การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) จะให้ผลการวินิจฉัยก่อนที่เต้านมได้แม่นยำที่สุด (Coleman & Bostwick, 2000)

### การรักษา

การพิจารณาการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีการใด ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ตำแหน่งของก้อน การกระจายไปต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะใกล้เคียง ซึ่งวิธีการที่นิยมรักษาในระยะเริ่มแรกคือการผ่าตัดเต้านม (mastectomy) และให้การรักษาร่วม (adjuvant therapy) ด้วยการให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และฮอร์โมนบำบัด หรือร่วมกันทำหลายวิธี (Monahan, 1994) จากการรวบรวมหลักฐานการศึกษาอย่างเป็นระบบที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ (evidence-base clinical practice guideline) สำหรับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในแต่ละระยะของโรค สามารถสรุปแนวทางการรักษา ดังนี้คือ (นรินทร์, 2546; Bedell, 2000; Coleman & Bostwick, 2000; Veronesi, Boyle, Goldhirsch, Orecchia & Viale, 2005)

1. ระยะไม่ลุกลาม (noninvasive carcinoma) เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งเต้านมอยู่ในชั้นผิว และยังไม่ลุกลามผ่านชั้นฐาน (basement membrane) เป็นรอยโรคที่เกิดขึ้นระยะแรก ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา โรคจะลุกลามจนทะลุชั้นฐานกลายเป็นระยะลุกลาม และแพร่กระจายในที่สุด มะเร็งเต้านมระยะไม่ลุกลาม พบได้ร้อยละ 12.4 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีการพยากรณ์โรคที่ดี มีโอกาสรักษาให้หายสูง สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (total mastectomy) อาจรวมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (modified radical mastectomy) ข้างเดียวกันหรือไม่ก็ได้ ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้เป็นที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน เนื่องจากรูปร่างของหน้าอกหลังการผ่าตัดไม่เปลี่ยนแปลงมาก สามารถทำศัลยกรรมตกแต่งภายหลังได้ง่าย ถ้าตรวจพบว่าขอบแผลผ่าตัดไม่มีเซลล์มะเร็ง อาจรักษาด้วยการฉายรังสีหลังการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ สำหรับอัตราการรอดชีวิตระยะยาวระหว่างการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด และการตัดก้อนที่เต้านมร่วมกับการฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน

2. ระยะที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 พบได้ร้อยละ 41.8 และ 33.1 ตามลำดับ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึงร้อยละ 90 ส่วนระยะที่ 2 ร้อยละ 70 การรักษาเฉพาะที่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ หรือการผ่าตัดก้อนมะเร็งเต้านมร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ และฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ได้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน

สำหรับผู้ป่วยที่ก้อนในเต้านมมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือขอบแผลผ่าตัดตรวจพบเซลล์มะเร็ง และผู้ป่วยมีต่อมน้ำเหลืองที่มีเซลล์มะเร็ง 4 ต่อมน มีโอกาสสูงที่โรคกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่

หลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดวิธีเดียว ควรได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบอนุรักษ์นิยม (breast conserving surgery) โดยการผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ นั้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยการฉายรังสีรักษาที่เต้านมและต่อมน้ำเหลือง แต่ถ้าไม่พบว่าต่อมน้ำเหลืองรักแร้มีเซลล์มะเร็ง ไม่จำเป็นต้องฉายรังสีรักษาที่รักแร้ ให้ฉายรังสีเฉพาะที่เต้านม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า หรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร และต่อมน้ำเหลืองตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง แต่มีขอบแผลผ่าตัดใกล้กับรอยโรคมะเร็งน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ควรได้รับการฉายรังสีรักษาเสริมที่ผนังทรวงอกหลังผ่าตัดเต้านมออก เพราะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่หลังการผ่าตัด

สำหรับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยเคมีบำบัด อาจพิจารณาในกรณีที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ตรวจพบเซลล์มะเร็ง และการย้อมตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนให้ผลลบ ผู้ป่วยยังมีประจำเดือน ซึ่งการเลือกใช้สูตรเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งเต้านม ถ้าตรวจพบว่าต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไปมีเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบยีนมะเร็งเฮอร์ทูมากผิดปกติ (HER-2 overexpression) ควรพิจารณาให้ยาเคมีบำบัด

การใช้เคมีบำบัด มีบทบาทสำคัญทั้งในระยะเริ่มแรก และระยะแพร่กระจาย เป็นการรักษาเสริมหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งจุดประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีการนี้คือ ควบคุมและกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจจะหลงเหลืออยู่ แต่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ในคลินิก ทำให้เพิ่มอัตราและระยะเวลาการมีชีวิตอยู่โดยปลอดโรค และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (นรินทร์ และ เอี่ยมแข, 2546) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกกลุ่มอายุจะได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยเฉพาะวัยหมดประจำเดือน การให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำลงได้ร้อยละ 37 และในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำลงได้ร้อยละ 22 ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแล้ว โดยประสิทธิผลของการรักษาไม่ลดลง ไม่ควรเกิน 5 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (ศิริศักดิ์ และ นรินทร์, 2546) การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเต้านมในระยะแรกเริ่ม (early cancer หรือ stage 1 และ stage 2) มีการใช้ร่วมกันหลายประเภท โดยให้ยาเป็นระยะไปนาน 6 เดือน ถึง 1 ปี สามารถยี้ระยะปลอดโรค และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ และหากผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 3 - 5 ปี หลังการวินิจฉัย

การรักษาเสริมด้วยฮอร์โมนบำบัด พิจารณาในกรณีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และตรวจพบตัวรับฮอร์โมนให้ผลบวก สามารถให้ฮอร์โมนบำบัดร่วมกับให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคประจำตัว ที่เป็นข้อห้ามในการให้ยาเคมีบำบัด อาจพิจารณาให้ฮอร์โมนบำบัดเพียงอย่างเดียว

3. ระยะที่ 3 พบได้ร้อยละ 8 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด ถือเป็นระยะที่มีการลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced breast cancer) มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง หลังการรักษา มีอัตราการรอดชีวิตหลังการรักษาที่ 5 ปี เพียงร้อยละ 50 สำหรับแนวทางการรักษาสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีข้อบ่งชี้สามารถให้การผ่าตัดได้ พิจารณาให้การรักษาโดย

3.1.1 ให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด และฉายรังสีรักษา และให้เคมีบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยตรวจพบตัวรับฮอร์โมนให้ผลบวก พิจารณาให้ฮอร์โมนบำบัดเสริม

3.1.2 ผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดและฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยตรวจพบตัวรับฮอร์โมนให้ผลบวก พิจารณาให้ฮอร์โมนบำบัดเสริม

3.2 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีข้อบ่งชี้ไม่สามารถให้การผ่าตัดได้ทันที พิจารณาให้การรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด อาจให้ร่วมกับฮอร์โมนบำบัดถ้าตัวรับฮอร์โมนให้ผลบวก สำหรับผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการให้ยาก่อนผ่าตัด ให้รักษาต่อด้วยการผ่าตัดเต้านม และต่อมน้ำเหลืองรักแร้ ต่อด้วยการฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด

4. ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น พบร้อยละ 4.7 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดที่มารักษาครั้งแรก มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียงร้อยละ 15 สำหรับแนวทางการรักษาให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ อาจพิจารณาให้ฮอร์โมนรักษา หรือยาเคมีบำบัดหลังจากผ่าตัด

#### การรักษา มะเร็งเต้านม โดยวิธีการผ่าตัด

การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด เป็นการรักษาเฉพาะที่ สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคได้ เมื่อมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะที่ 1 2 และ 3 ที่ขนาดของก้อนมะเร็งไม่เกิน 7 เซนติเมตร ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองได้รักแร้ไปยังเนื้อเยื่ออื่นในรักแร้ (สุมิตรา และ สิริกุล, 2545) ซึ่งวิธีของการผ่าตัดเต้านมสามารถกระทำได้หลายวิธีดังนี้ (ประนอม, 2542; สุมิตรา และ สิริกุล, 2545; Coleman & Bostwick, 2000)

1. การผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็ง (lumpectomy) เป็นการผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็งทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกเท่านั้น ก้อนมะเร็งต้องมีขนาดเล็ก มิฉะนั้นจะมีโอกาสเกิดมะเร็งกลับเป็นซ้ำได้อีก

2. การผ่าตัดเต้านมชนิดธรรมดา (simple mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งเต้านมรวมทั้งส่วนที่ขยับเข้าไปในรักแร้ โดยไม่มีการเลาะตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ออก การผ่าตัดวิธีนี้ต้องได้รับการฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัด

3. การตัดเต้านมแบบถอนราก (radical mastectomy) เป็นการตัดเต้านมออกทั้งเต้านมรวมทั้งผิวหนังที่ปกคลุมก้อนเนื้อที่เป็นมะเร็ง กล้ามเนื้อเพ็คโตราลิส เมเจอร์ (pectoralis major) กล้ามเนื้อ

เพ็คโตราลิส ไมเนอร์ (pectoralis minor) ต่อมมน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อในรักเรียงเคียงกันกับข้างที่มีก้อนมะเร็งเต้านมออกทั้งหมด การผ่าตัดวิธีนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมาก เช่น แขนและมือข้างที่ผ่าตัดอ่อนแรง มีอาการชา และเกิดอาการบวมได้มาก เป็นต้น

4. การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากถอนโคน (extended radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดเต้านมแบบถอนราก ร่วมกับการตัดกระดูกซี่โครง และเลาะต่อมน้ำเหลืองข้างกระดูกหน้าอกออกด้วย เป็นวิธีการผ่าตัดที่ไม่นิยมทำในปัจจุบัน

5. การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (breast conserving therapy or conservation therapy for breast cancer) เป็นการผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็ง และตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออก หลังจากผ่าตัดแล้วต้องได้รับการฉายรังสีรักษาเสริมหลังการผ่าตัดทุกราย การผ่าตัดวิธีนี้ เต้านมจะยังคงอยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอาการปวดแสบปวดร้อนแต่อย่างใด

6. การผ่าตัดเต้านมถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด ยกเว้นกล้ามเนื้อเพ็คโตราลิส เป็นการผ่าตัดที่นิยมในปัจจุบัน สามารถใช้ได้กับการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมได้เกือบทุกระยะ และโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำน้อยมาก ผู้ป่วยที่ต้องการจะยังคงเต้านมอยู่ แต่แพทย์ไม่สามารถรักษาโดยวิธีการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านมได้ ยังสามารถทำการผ่าตัดโดยวิธีนี้ แล้วสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่โดยใช้ผิวหนังไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (transectus abdominis myocutaneous flap) ขึ้นมาทำเป็นเต้านมแทนเต้านมจริงที่ถูกตัดออกไปแล้วได้

ชนิดของการผ่าตัดเต้านม ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตแตกต่างกัน แต่ผลการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค และการแพร่กระจายของเชื้อไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ (ชนิด, 2541) ซึ่งหลังจากผ่าตัดแล้ว อาจใช้การรักษาร่วม โดยการส่งผู้ป่วยไปฉายรังสี และ/หรือให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา โดยพิจารณาจากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองประกอบ ถ้าผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองให้ผลบวก ต้องให้การรักษาร่วมเสมอ (Bedell, 2000)

#### แนวทางการติดตามผลการรักษา

แนวทางการติดตามการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ในช่วงปีแรกภายหลังการผ่าตัด นัดผู้ป่วยมาติดตามนัดทุก 1 - 2 เดือนโดยการตรวจร่างกายโดยละเอียด มีการตรวจเม็ดเลือด ตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของตับ และเอกซเรย์ปอด ทุก 2-3 เดือนในปีแรก และทุก 4 - 6 เดือนในปีที่ 2 ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ตับทุกปี หรือเมื่อมีความผิดปกติของตับจากการตรวจเลือดและ

เอกซเรย์กระดูก และควรมีการตรวจเอกซเรย์เต้านมซ้ำ ในช่วงปีที่ 2 ภายหลังจากผ่าตัดควรรัดผู้ป่วย มาตรวจตามนัด ทุก 2 - 3 เดือน และทำการตรวจซ้ำเช่นเดียวกับปีแรก (จตุรงค์ และ นรินทร์, 2546; Bedell, 2000)

### ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัด อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะแรกของการผ่าตัด หรือภายหลังการรักษาเป็นปี การเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายบางส่วน อาจส่งผลกระทบในระยะยาวต่อการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมส่วนใหญ่มักใช้วิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า รวมทั้งผิวหนังที่ปกคลุมก้อนเนื้อที่เป็นมะเร็ง เนื้อเยื่อของเต้านม (breast tissue) ต่อมมน้ำเหลือง ท่อน้ำเหลือง เนื้อเยื่อไขมันบริเวณรักแร้ (lymphatic and fibrofatty tissue) และอาจตัดกล้ามเนื้อเพกโตราลิส (pectoralis muscles) ออกด้วย (Coleman & Bostwick, 2000) ภายหลังจากผ่าตัดเช่นนี้ ผู้ป่วยจะปวดและตึงแผลมาก และมีความรู้สึกทรมานมากยิ่งขึ้น เมื่อใช้แขนและไหล่ และเมื่อทรงตัวอยู่ในอิริยาบถต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจะไม่พยายามใช้แขนและข้อไหล่ ทำให้การเคลื่อนไหวแขน และข้อไหล่ถูกจำกัด ใช้งานได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมจะเอียงไหล่ ห่อไหล่ พร้อมกับทำหลังโกงในขณะนั่ง ยืน เดิน เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดจากการตึงของแผล และลักษณะเช่นนี้ อาจเกิดจากความไม่สมดุลของทรงอก อันเนื่องมาจากการถูกตัดเต้านมออกไปข้างหนึ่ง ซึ่งถ้าผู้ป่วยห่อไหล่ เอียงไหล่พร้อมกับทำหลังโกง จนกลายเป็นความเคยชิน จะเกิดปัญหาการทรงตัวไม่ดี อันมีผลทำให้เมื่อย่ำได้เร็วเมื่ออยู่ในอิริยาบถต่าง ๆ และสูญเสียบุคลิกที่ดี

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจเกิดปัญหาแขนบวม (lymphedema) ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ภายหลังจากผ่าตัด และมีอาการปวด เนื่องมาจากการตัดโคนเส้นประสาทอินเฟอร์โรโคสโตเบรเชียว (inferocostobrachial nerve) ผู้ป่วยจะมีอาการชาบริเวณตั้งแต่ต้นแขนท่อนบนลงมาถึงบริเวณข้อศอก ซึ่งอาการนี้ทำให้การใช้แขนข้างเดียวกับข้างที่ทำการผ่าตัดใช้ได้ไม่เต็มที่ (ธนิต, 2534) และจากการได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดยังก่อให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ผม่วง ผิวหนังปวดแสบปวดร้อนจากการได้รับรังสี จากการได้รับฮอร์โมนทำให้รู้สึกร้อนวูบวาบ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น (ธนิต, 2541; Bedell, 2000) และผลจากการที่ถูกตัดเต้านมส่งผลให้ความต้องการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (ภัทรภรณ์ และ คณะ, 2547; ศิริไท, 2546; Ganz et al., 2002) จากการศึกษาผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะยาว พบว่าการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์น้อยกว่าผู้หญิงทั่วไป โดยเฉพาะในด้านความสนใจทางเพศ การไม่สามารถผ่อนคลายและมีความสุขทางเพศ ความยากในการถูกกระตุ้น และความยากในการถึงจุดสุดยอด ปัญหาช่องคลอดแห้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความพร่องของหน้าที่ทางเพศ (Broeckel et al., 2002) นอกจากนี้

ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้หญิงที่มีการผ่าตัดเต้านม มีการตอบสนองทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง ในขณะที่ผู้หญิงที่ไม่มีคู่อชีวิต มีความกังวลเกี่ยวกับการยอมรับของคู่อชีวิตในอนาคต (Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2001)

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่พบหลังการผ่าตัด ยังกระทบต่อจิตสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับกลายเป็นซ้ำหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (Hartl et al., 2003; Yeo et al., 2004) ซึ่งการกลับกลายเป็นซ้ำ มีรายงานว่าเป็นแหล่งของการเกิดภาวะทุกข์ทรมานและเกิดขึ้นในระยะยาวหลังการผ่าตัด (Kuehn et al., 2000) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการสูญเสียเต้านม ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ (Lee, 1997; Hartl et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัว (Carter, Carter & Silunas, 1993) ความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสเปลี่ยนไป (ภัทรภรณ์ และ คณะ, 2547) และมีความกังวลใจเรื่องเพศสัมพันธ์ (Broeckel et al., 2002; Thors et al., 2001) จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดได้รับการผ่าตัดเต้านม มีอายุเฉลี่ย 53.7 ปี (47-69 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากการผ่าตัดเต้านม สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะกับคู่สมรสเปลี่ยนแปลง พบว่าบางรายมีความรู้สึกหมดอารมณ์ทางเพศและไม่อยากนอนกับสามี ผู้รอดชีวิตบางรายรายงานเกี่ยวกับความน้อยเนื้อต่ำใจที่ลูกไม่ให้ความสนใจ ในขณะที่บางรายกลับพบว่าสามีและลูกเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น บางรายรู้สึกน้อยใจที่สามีล้อเลียนตนเองเล่นว่ามีเต้านมข้างเดียว (ภัทรภรณ์ และ คณะ, 2547)

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัด ยังประสบปัญหาถึงความลำบากในการกลับเข้าทำงาน และความลำบากในการเข้ากับเพื่อนร่วมงานภายหลังการรักษา (Carter, 1994) จากการศึกษาของสตีวาร์ต และคณะ (Stewart et al., 2001) ที่ทำการศึกษาติดตามผลกระทบในการทำงานของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดกลับการทำงานหรือต้องเปลี่ยนงานหากตนเองมีการเจ็บป่วยอีก การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันเมื่อประเมินความก้าวหน้าทางการงาน และการได้รับสิทธิในการได้รับการประกันชีวิต จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 17.90 ถูกปฏิเสธในการประกันชีวิต ร้อยละ 7.70 ถูกปฏิเสธในการต่อประกันสุขภาพ และร้อยละ 4.40 ถูกปฏิเสธการประกันชีวิตความพิการ และจากการศึกษาการปรับตัวพบบาทการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วย และไม่ได้ทำงาน การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่กับบ้านถึงร้อยละ 50 (วันทนา, 2538) แต่จากการศึกษาของยุพาวรรณ (2541) เรื่องการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 34.44 ประกอบอาชีพค้าขายและทำธุรกิจส่วนตัว สามารถบริหารจัดการงานได้เอง มีความเป็นอิสระในการทำงาน สามารถหยุดงานเพื่อพักผ่อน และมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทนได้



3. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการใช้ชีวิตอยู่กับโรค และการดำเนินของโรคในอนาคต (Ferrell et al., 1998; Wonghongkul et al., 2000) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว้าวุ่นใจในการดำเนินชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป (Ferrell et al., 1998) บางรายจะโทษตัวเอง คิดว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษจากพระเจ้า (Nuckolla, 2000) อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ไม่จำเป็นต้องเป็นผลในทางลบเสมอไป ผู้ป่วยบางคนได้รับประโยชน์จากประสบการณ์ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยรู้สึกว่าตนเองเข้มแข็งขึ้น มีความมั่นคงในตนเองมากขึ้น มีมุมมองในการใช้ชีวิตที่มากขึ้น มองความตายเป็นทางบวก (Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996; Ferrell et al., 1998; Wonghongkul, 1999) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตรอดหลังการผ่าตัดเต้านม จำนวน 10 ราย ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบอกกล่าวว่าตนให้ความสำคัญต่อการได้เป็นเจ้าของสิ่งที่เป็นวัตถุน้อยลง แต่ให้ความสนใจสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญในการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมากขึ้น (Utley, 1999)

โดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัด ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวต่อไป

#### *การปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย*

การดำเนินชีวิตโดยธรรมชาติของมนุษย์ จำเป็นต้องแสวงหาทางที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และสังคมอยู่ตลอดเวลา โดยธรรมชาติบังคับให้มนุษย์ดิ้นรนต่อสู้เพื่อการมีชีวิตรอด การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสภาพของธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ก็ตาม ล้วนเป็นสิ่งแวดล้อมทำให้สภาพความสมดุลของมนุษย์ที่เคยเป็นอยู่เสียไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมจะเกิดความไม่สบายใจ บางครั้งการตัดสินใจแก้ปัญหาไม่ถูก เกิดความเครียด ความกดดันทางอารมณ์ เกิดความขัดข้องใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีความทุกข์ จึงเป็นเหตุให้บุคคลต้องหาวิธีการต่างๆ ขจัดความไม่สบายใจให้หมดไปด้วยการปรับตัว (ภิญญา, 2531)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) (Roy & Andrews, 1999) ได้กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลว่าเป็นพฤติกรรมตอบสนองของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ทั้งภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี เนื่องจากบุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยชีวะ-จิต-สังคม (biopsychosocial being) และเป็นระบบที่มีการปรับตัว (adaptive system) ซึ่งเกิด

จากการทำหน้าที่ร่วมกันของระบบย่อย อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกัน สิ่งใดก็ตามที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายจะส่งผลไปถึงจิตใจ และสังคมด้วย ทั้งนี้บุคคลยังเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ ซึ่งสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจัดเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบบุคคล สามารถจำแนกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) โดยสิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น อาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้นและสำคัญที่สุด โดยที่ระบบบุคคลสามารถตระหนักรู้ (awareness) อาจจะเป็นวัตถุประสงค์ของหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งเร้าเชิงบวกหรือเชิงลบก็ได้ โดยเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สิ่งเร้าตรง คือการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม ส่วนสิ่งเร้าร่วม หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งเร้าตรง นั่นคือสิ่งเร้าร่วมจะเป็นปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอก และภายในตัวบุคคล แต่ไม่ใช่จุดศูนย์กลางของความสนใจ สิ่งเร้าร่วมเป็นได้ทั้งสิ่งเร้าเชิงบวก และลบเช่นเดียวกับสิ่งเร้าตรง เช่น สถานภาพสมรส บทบาทในสังคม หน้าที่การงาน เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สิ่งเร้าร่วม คือ การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส สำหรับสิ่งเร้าแฝง หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ ก่านิยมทัศนคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งอาจตัดสินใจยากกว่าสิ่งเร้าแฝงนั้น มีผลต่อการปรับตัวของบุคคลหรือไม่

เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล ซึ่งเป็นระบบการปรับตัว จะมีกระบวนการควบคุมหรือกระบวนการเผชิญ (control process or coping process) ทำงานตามหน้าที่อัตโนมัติ หรืออาจเกิดขึ้นมาจากการเรียนรู้ (acquired coping mechanism) โดยเกิดจากประสบการณ์ตามระยะของชีวิต และสามารถแบ่งกระบวนการเผชิญเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ ระบบการควบคุม (regulator subsystem) และระบบการคิดรู้ (cognator subsystem) ระบบการควบคุมเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น มีการหลั่งของสารเอนเคอร์ฟินเมื่อรู้สึกตื่นเต้น หรือมีขบวนการกักกินเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาวเมื่อเกิดบาดแผล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านสรีระ เพื่อเป็นการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ ระบบนี้จะเป็นการทำงานผ่านระบบประสาท สารเคมีและต่อมไร้ท่อ (neural, chemical and endocrine coping channels) ส่วนระบบการคิดรู้ จะเป็นการตอบสนองผ่านการคิดรู้ และอารมณ์ (cognitive - emotive channels) ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม สิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคล จะผ่านกระบวนการของระบบการคิดรู้ 4 ชนิด ได้แก่ การรับรู้หรือการรับข้อมูล (perceptual and information processing) การเรียนรู้

(learning) การตัดสินใจ (judgment) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion) โดยที่การรับรู้จะเลือกและจดจำสิ่งที่สนใจ การเรียนรู้จะทำให้เกิดการเลียนแบบ หรือเสริมแรงทางบวก การตัดสินใจจะช่วยทำให้มีการตัดสินใจและแก้ปัญหา ส่วนการตอบสนองทางอารมณ์ จะใช้เป็นกลไกการป้องกันทางจิต ซึ่งเป็นกลไกการปกป้องร่างกายของบุคคล เพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวล และช่วยในการประเมินความรู้สึกจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ทั้งนี้การทำงานของระบบการควบคุม และระบบการคิดรู้ จะทำงานสัมพันธ์และควบคู่กันเสมอ ไม่ว่าจะการปรับตัวในเรื่องดังกล่าวจะเป็นด้านร่างกาย จิตสังคม หรือจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการทำงานของระบบบุคคลที่เป็นองค์รวม และตอบสนองในรูปสิ่งนำออก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและประเมินได้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน (adaptive mode) ได้แก่ (Roy & Andrews, 1999)

1. การปรับตัวด้านสรีระ - กายภาพ (physiologic-physical model) เป็นการปรับตัวเพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกาย (physiologic) ของบุคคล และเป็นการปรับตัวด้านโครงสร้างหรือกายภาพ (physical) ของกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะการปรับตัวของบุคคล คือ การปรับตัวด้านสรีระ (physiologic mode) เป็นการทำงานเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกายของบุคคล โดยแสดงพฤติกรรมผ่านการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ เป็นความต้องการพื้นฐาน (basic needs) 5 ประการ ได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน รวมทั้งการปกป้องร่างกาย นอกจากนี้ยังประกอบด้วยกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนของร่างกาย (complex process) อีก 4 ประการ ได้แก่ การรับความรู้สึก สมดุลสารน้ำ - อิเล็กโทรลิตส์ และกรดต่าง การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ

ผลจากการผ่าตัดเต้านม ทำให้ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านมถูกจำกัดการเคลื่อนไหว พบมากในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบตัดแปลง หรืออาจเกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยปวดแผล จึงไม่ขยับแขนและข้อไหล่และการดึงแขนแนบตัวตลอดเวลาติดต่อกันเป็นเวลานาน ขาดการบริหารแขนและข้อไหล่ ทำให้ข้อไหล่ติดแข็งได้ (ธนิต, 2534) ส่งผลให้ไม่สามารถใช้งานของแขนได้เหมือนก่อน ทำงานได้น้อยลง ยกของหนักไม่ได้ ต้องงดการทำงานหนัก จากรายงานการศึกษาผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมชาวเยอรมันจำนวน 990 ราย หลังได้รับการผ่าตัดเต้านม 5 ปี ขึ้นไป พบว่าร้อยละ 38 มีปัญหาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และแขนข้างที่ทำการผ่าตัด (Engel et al., 2003)

นอกจากนี้จากการผ่าตัดเต้านม ทำให้เส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณหน้าอก (intercostobrachial nerve) ถูกตัดขาด หรือจากการที่เส้นประสาทถูกกดเบียดจากการผ่าตัด ทำให้มีอาการมือชา รู้สึกหนัก ๆ ถ่วง ๆ ปวดบริเวณท้องแขน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน พบได้บริเวณคอและข้อมือ โดยมีอาการมือหนัก ตึง ปวด และชาแขน และมีการบวมของแขนร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก (ธนิต, 2534) และจากรายงานการศึกษาในผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมจำนวน 40 ราย ที่มีระยะเวลาเฉลี่ยหลังการผ่าตัด 4.7 ปี (0.3-28 ปี) มากกว่าร้อยละ 20 รายงานอาการปวด รู้สึกชา และบวมบริเวณปลายมือ ยังไม่มีรายงานว่าความรุนแรงของอาการดังกล่าวลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (Ververs et al., 2001) และหากผู้ป่วยมีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด มีไข้ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียมากขึ้น ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล นอนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ (ธนิต, 2541; Bedell, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยการปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเชื้อรา รับประทานอาหารที่ปรุงสุก และเป็นผักและผลไม้เพิ่มขึ้น มีการนอนหลับให้เพียงพอแก่ความต้องการ พยายามไม่ยกของหนัก และเพิ่มการออกกำลังกาย (ภัทรภรณ์ และ คณะ, 2547; ศิริทิ, 2546)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และเอกลักษณ์กลุ่ม (self concept group identity mode) การปรับตัวด้านนี้เป็นการปรับตัว เพื่อคงสมดุลหรือสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความต้องการที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นเอกภาพ มีความหมายและเป้าหมายในการดำรงชีวิตอยู่ ความรู้สึกมั่นคงนี้จะเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self concept mode) ซึ่งอัตมโนทัศน์ (self concept) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง อาจเกิดจากการรับรู้ตนเองจากภายใน หรือในการรับรู้ว่าคุณค่าอื่นมีความรู้สึกต่อตนอย่างไร ซึ่งประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อร่างกายตนเอง (body sensation) และภาพลักษณ์ (body image) ได้แก่ ขนาด รูปร่างของร่างกาย หน้าตา ความสวยงาม ภาวะสุขภาพ สมรรถภาพของร่างกาย รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของคน จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการแสดงออก และสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้สภาพหรือสมรรถภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น การถูกตัดเต้านม เป็นต้น จะมีผลทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับสภาพตนเองได้ เกิดความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศกตามมา และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย พบว่า ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกาย และด้าน อัตมโนทัศน์ การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี มีกำลัง มีความหวัง มีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง (อุทัย, 2541)

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง ปณิธานที่บุคคลยึดถือ ซึ่งจะประกอบกันเป็นบุคลิกภาพของบุคคล แบ่งออก

เป็นส่วนย่อยได้ดังนี้ 1) ความสม่ำเสมอแห่งตน (self-consistency) หมายถึง การจัดระบบความคิดของตน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดการกับตนเองและหลีกเลี่ยงความไม่สมดุล 2) ปณิธานแห่งตน (self-ideal) หมายถึง สิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือที่จะเป็น และ 3) คุณธรรม จรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน (moral-ethical-spiritual self) หมายถึง ความเชื่อ และการประเมินตนเองในการคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ

บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ จะมีขอบเขตของการรับรู้แคบ และไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากมีความอ่อนไหวไม่มั่นคง เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่พอใจตนเอง บางขณะมีความรู้สึกเกลียดชังบุคคลอื่นได้ด้วย เกิดความเศร้าและหมดหวังได้ง่าย ในทางตรงข้าม บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ทางบวก จะมองโลกในแง่ดีและมีเหตุผล เนื่องจากประสบการณ์จากการยอมรับ และสิ่งที่เคยประสบผลสำเร็จ ดังนั้น อัตมโนทัศน์ทางบวกจึงเกิดจากการมีประสบการณ์ที่ดี และนำไปสู่การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปรับตัว ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เฝ้ายิ่งกับความผิดหวังและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีการปรับอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย ต้องสูญเสียเต้านมซึ่งถือเป็นสัญลักษณ์ของเสน่ห์ทางเพศหญิง (Schover, 1991) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเศร้าใจ อับอาย กลัวสามีรังเกียจและไม่ต้องการ กลัวสามีออกไปมีหญิงอื่น และกลัวการหย่าร้าง (Stem, 1990) ซึ่งจะแสดงอาการออกมาในลักษณะของความรู้สึกสูญเสีย และเศร้าโศก รู้สึกมีปมด้อย หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านม (สุวลักษณ์, 2541) จากการศึกษาของจุฬารักษ์ (2536) เรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีความวิตกกังวลในเรื่องของการแต่งตัว การเลือกสวมใส่เสื้อผ้าอยู่เสมอๆ ก่อให้เกิดความเครียดที่ต่อเนื่อง การศึกษาของวันทนา (2538) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ต้องเหลือเต้านมเพียงข้างเดียว ขาดความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ และกลัวว่าสามีจะไม่ได้มีความสุขทางเพศเหมือนก่อน เป็นการให้ความสำคัญกับร่างกายของตนเองมาก เมื่อต้องสูญเสียเต้านมทำให้ผู้ป่วยปรับอัตมโนทัศน์เป็นไปในด้านลบ จากการศึกษาของจาวรณ (2538) เรื่องปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 92.5 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วตามด้วยเคมีบำบัด มีการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่แนบตัว การใช้เต้านมปลอม การใช้ฟองน้ำเสริมหน้าอก และการใช้หมวกคลุม

ภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียภาพลักษณ์มากขึ้นเท่าใดก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงไปด้วย (Brundage & Broadwell, 1987) การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ความจริงของตนเอง เช่น การเห็นรอยแผลเป็นที่หน้าอก การเหลือเต้านมเพียงข้างเดียว ผมหงอก และ

ผิวหนังที่มีสีดำน่าขึ้น เป็นต้น มีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง เกิดการปรับตัวอัตโนมัติ ผู้ป่วยพยายามปรับความรู้สึกของตนเอง พยายามทำใจยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้าปรับไม่ได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ และหมดกำลังใจตามมา (จารุวรรณ, 2538)

สำหรับอัตโนมัติด้านปณิธานแห่งตน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีความหวังว่าจะหายจากโรคที่ตนเป็นอยู่ และสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติ แต่ถ้าความคาดหวังของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่คิด จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจผิดหวัง ท้อแท้ และหมดกำลังใจในการรักษาต่อไป ก็จะไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง หรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของศิริไท (2546) พบว่าผู้ป่วยใช้หลากหลายวิธีในการปรับตัวด้านจิตใจ เช่น การยอมรับการสูญเสียเต้านม การสร้างขวัญและกำลังใจในชีวิต การพยายามมองความเจ็บป่วยในแง่ที่สามารถจัดการได้ เป็นต้น

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) มุ่งเน้นในเรื่องบทบาทของบุคคลและการทำงานหน้าที่ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางสังคม (social integrity) เป็นความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ว่าตนควรมีสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นอย่างไร บทบาทหน้าที่จะซับซ้อนตามสถานะของแต่ละบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทที่ติดมากับบุคคลตามระยะการเจริญเติบโต เช่น เพศ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ เป็นต้น 2) บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในสังคมหรือการประกอบอาชีพ เช่น พ่อ-แม่ สามเณร ภรรยา ครู พยาบาล เป็นต้น และ 3) บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราว คงอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

การปรับตัวด้านบทบาท เป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น มีกระบวนการเรียนรู้บทบาท เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม การปรับตัวด้านบทบาทนี้จึงเป็นการปรับตัวเพื่อความรู้สึกมั่นคงทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงทางจิตใจ การที่บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลว่าบุคคลนั้นมีบทบาทหรือตำแหน่งอะไรในสังคม บทบาทหน้าที่จะซับซ้อนตามสถานะของแต่ละบุคคล เนื่องจากมนุษย์เป็นระบบของคร่อม และมีการปรับตัว ถ้าบุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่รู้สึกว่ามีปัญหายุ่งยากในบทบาท อาจมีผลให้ไม่สามารถรักษาและควบคุมการส่งเสริมสุขภาพไว้ ภาวะสุขภาพและประสบการณ์การเจ็บป่วยอาจมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามมา (Roy & Andrews, 1999)

บทบาทอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ เช่น บทบาทผู้ป่วยเมื่อบุคคลนั้นเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ถึงแม้ว่าเป็นบทบาทชั่วคราว พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติบทบาท มี 2 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมกระทำหรือพฤติกรรมการมุ่งเป้าหมาย เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงว่าตนเองแสดงบทบาทได้เหมาะสม และพฤติกรรมด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกและทัศนคติของบุคคลเกี่ยวกับบทบาท และการปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

และได้รับการผ่าตัดเต้านม ส่งผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีผลต่อการดำรงบทบาทต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิม อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องดำรงบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น คือ บทบาทผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อสามารถดำรงบทบาทต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ได้อย่างดีที่สุดในสำหรับบทบาทผู้ป่วยนั้น เมื่อได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและทำตามคำแนะนำที่ได้รับ (Bevely & Emily, 1995) ซึ่งพฤติกรรมที่คาดหวังในบทบาทผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้แก่ ให้ความร่วมมือและ ปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดเต้านม มีการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกายเหมาะสม หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้มือและแขนข้างที่ทำการผ่าตัดเต้านมเกิดอันตราย และมีการคิดเชื่อ

สำหรับผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว การทำหน้าที่บทบาทภรรยา และมารดาของบุตร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจต้องลดบทบาทด้านนี้ แต่จากการศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเต้านม ของยุพาวรรณ (2541) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังผ่าตัดเต้านม มีคะแนนการปรับตัวบทบาทมารดาได้ค่อนข้างดี ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้อธิบายว่า เนื่องจากบทบาทมารดาในสังคมไทยถือเป็นบทบาทที่สำคัญ เพราะมารดาเป็นเสมือนทั้งผู้ให้การดูแล รักษาสุขภาพ และเป็นเสมือนนักสังคมสงเคราะห์สำหรับลูกหลาน ให้ความสำคัญกับบทบาทมารดามาก แม้ว่าตนเองจะอยู่ในระยะที่เจ็บป่วยก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความยินดีในการแสดงพฤติกรรมตามบทบาทมารดาในด้านการดูแลและมีกิจกรรมร่วมกับบุตร ด้านการอบรมสั่งสอนและด้านการให้คำปรึกษาและเป็นแบบอย่างแก่บุตร

นอกจากนี้ ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดเต้านม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวว่าตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทภรรยาได้ดีเหมือนก่อน กลัวสามีจะนอกใจ และรังเกียจในร่างกายของตนเอง รู้สึกไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง อายุที่ตนเองมีบาดแผลที่เต้านม ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์ลดลง (จารุวรรณ, 2538; จุฬารักษ์, 2536; Broeckel et al., 2002; Ganz et al., 2002; Thors et al., 2001) จากการศึกษาของยุพาวรรณ (2541) พบว่าคะแนนโดยรวมของการปรับตัวด้านบทบาทภรรยาค่อนข้างไม่ดี เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเต้านม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทภรรยาได้อย่างสมบูรณ์ จึงทำให้การปรับตัวในบทบาทภรรยาโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี เกี่ยวกับการดูแลบ้าน และการทำงานบ้าน การดูแลค่าใช้จ่าย การสร้างเสริมความสุขในครอบครัว และด้านการมีสัมพันธภาพทางเพศ ส่วนการศึกษาของวันทนา (2538) ซึ่งศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ต้องเหลือเต้านมเพียงข้างเดียว ขาดความมั่นใจ

ในการมีเพศสัมพันธ์ และกลัวว่าสามีจะไม่ได้รับความสุขทางเพศเหมือนก่อน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกว่าร่างกายของตนทำงานไม่เป็นปกติ อ่อนแอและไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น ทำให้การแสดงบทบาทต่อการมีส่วนร่วมในการหารายได้ การดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน และมีความรู้สึกพึงพอใจที่ได้ดูแลสามี เปลี่ยนแปลงจากก่อนเกิดการเจ็บป่วยด้วย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วย ร้อยละ 14 และไม่ได้ทำงานถึงร้อยละ 36 การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่กับบ้านถึงร้อยละ 50 อาจเกิดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ ความมั่นใจ ประกอบกับสภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรงเหมือนก่อนอันเนื่องมาจากการผ่าตัดและการได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถไปทำงานได้เหมือนเมื่อก่อนการเจ็บป่วย (วันทนา, 2538) แต่จากการศึกษาของยุพาวรรณ (2541) เรื่องการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีการปรับตัวบทบาทการทำงานได้ค่อนข้างดี โดยผู้ศึกษาอธิบายว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.44 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งนับเป็นวัยกลางคน ได้ผ่านการทำงานมาแล้วระยะหนึ่ง ประสบความสำเร็จและปัญหาต่างๆมามาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในบทบาทการทำงานได้ดี นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 34.44 ประกอบอาชีพค้าขาย และทำธุรกิจส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการงานได้เอง มีความเป็นอิสระในการทำงาน สามารถหยุดงานเพื่อพักผ่อน และมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทนได้

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence mode) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ความต้องการความรัก การเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่จะบรรลุความสัมพันธ์ที่มั่นคงของบุคคล ความสัมพันธ์แบบการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วย ความเต็มใจและความสามารถในการให้ และการรับความรัก การยอมรับ การให้คุณค่า การอบรมเลี้ยงดู ความรู้ ทักษะ คำสัญญา วัตถุประสงค์ของ เวลา และความสามารรถ ส่วนความสัมพันธ์ที่สำคัญของบุคคล ประกอบด้วยบุคคลสำคัญ (significant others) ซึ่งมีลักษณะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ หรือความหมายในชีวิตของเขามากที่สุด มีความรักความผูกพันห่วงใย ประารถนาคีและเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมสุขทุกข์ด้วยกัน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก สามี-ภรรยา และระบบสนับสนุนที่ก่อเกิด (support system) มีลักษณะเป็นสิ่งที่มีความผูกพันกับชีวิต เช่นเดียวกับบุคคลสำคัญ แต่ความผูกพันนั้นน้อยกว่า เช่น ความผูกพันระหว่างญาติ เพื่อน ความศรัทธาในศาสนา สัตว์เลี้ยงที่รัก เป็นต้น

ความสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเอง และการพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ดังนั้นความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล บุคคลที่สำคัญในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบสนับสนุน ระบบครอบครัว และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่



พยาบาลจะนำมาใช้ในการทำความเข้าใจ ประเมินการปรับตัวด้านการพึ่งพาห้วางกัน และหาหนทางช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป (ยูพาฟิน, กรรณิการ์ และ วัลลา, 2546)

ความเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง และต้องเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงบทบาทผู้ป่วยยาวนาน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด มีการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนเดิม ประกอบกับภาวะจิตใจที่ท้อแท้ ไม่มีความหวัง อาจทำให้ผู้ป่วยหวังพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย เช่นการไม่กล้าเคลื่อนไหวแขนข้างเดียวกับการผ่าตัดเต้านม เพราะกลัวเจ็บ แม้การทำกิจกรรมประจำวันก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น ในผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริม จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ทั้งในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในระบบผู้ป่วยนอก ต้องเดินทางมารับการตรวจที่โรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่ายของครอบครัว ประกอบกับความอ่อนเพลีย ร่างกายไม่แข็งแรง อาจต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมารับการรักษาหรือการตรวจร่างกาย ทำให้ผู้ที่พาส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต้องเสียเวลาในการปฏิบัติภารกิจของตน หรือในครอบครัวเดี่ยว คู่สมรสต้องรับภาระในการดูแลบุตร ดูแลบ้าน และต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นปัญหาและภาระให้กับครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวได้

นอกจากนี้สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้ป่วยต้องละเว้นการติดต่อกับเพื่อนบ้าน สัมพันธภาพจึงลดลงไปด้วย และจากการที่ต้องได้รับการรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติม ภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วยในบางครั้ง อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย ผู้ป่วยจะยังมีความรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง ทำให้พึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น เพื่อให้ครอบครัวมาสนใจตนเอง หรือในทางตรงข้ามอาจเปลี่ยนเป็นการหลีกเลี่ยงไม่พบปะใคร ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของจารุวรรณ (2538) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการปรับตัวด้านการพึ่งพาห้วางกันดีขึ้นเมื่อระยะเวลาหลังการผ่าตัดคานานขึ้น ซึ่งในช่วงหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมเดือนแรก ผู้ป่วยยังยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองไม่ได้ คิดว่าการเข้าสังคมหรือมีกิจกรรมอื่น ๆ แม้งานอดิเรกต่าง ๆ ที่เคยทำ เช่น การปลูกต้นไม้ เป็นต้น อาจมีผลเสียต่อร่างกาย ต่อมาในเดือนที่ 2 และ 3 สภาพร่างกายหลังการผ่าตัดดีขึ้น ตลอดจนผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากขึ้น ทราบว่าตนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เหมือนคนทั่วไป เพียงแต่มีข้อควรระวังที่ต้องปรับตัว เช่น การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่เป็็นโรคติดต่อ หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านนี้ดีขึ้น

ผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวในด้านการพึ่งพาห้วางกันได้เหมาะสม จะมีความสมดุลของการรับและการให้ความดูแลเอาใจใส่ตนเองและผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียวเหมาะสม

สมได้ตามกาลเทศะ และมีวิธีการแก้ปัญหา วิธีการที่จะเผชิญความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกต้องการแยกตัวหรือความรู้สึกที่หัวเหวได้เหมาะสม สำหรับผู้ที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสมในด้านการพึ่งพาระหว่างกันมักพบว่าบุคคลจะมีความไม่สมดุลของการให้และความรับการเอาใจใส่ดูแลเอาใจใส่ที่บกพร่อง ขาดสมดุลของการมีพวกพ้อง การต้องอยู่คนเดียว มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและความหัวเหวเกิดขึ้น (Andrews & Roy, 1991)

สำหรับเป้าหมายในการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย คือการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาสามเดือนแรกภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม ซึ่งผู้ป่วยยังยอมรับต่อการเจ็บป่วย และการรักษาไม่ได้ (จารุวรรณ, 2538) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป (Roy & Andrews, 1999)

### *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม*

พฤติกรรมปรับตัวจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามากระทบกับบุคคล รวมทั้งระดับความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และระดับความสามารถของพฤติกรรมปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลเอง ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และปัจจัยพื้นฐานทางชีวภาพ (สุจิตรา, 2537) ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยหรือสิ่งเร้าที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม มีดังนี้

#### *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย*

การรับรู้ (perception) เป็นสภาพทางจิตวิทยา และเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม จะแสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (King, 1981; Wehmeier, 2000) การรับรู้ยังเป็นตัวกลั่นกรอง หรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์ต่าง ๆ ต่อตนเอง ความสามารถดังกล่าว จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยด้านประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการณ์เจริญเติบโตและการ และอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ความเชื่อ ทักษะคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญจากแพทย์และพยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสินภาวะสุขภาพของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้ (Kozier, Erb & Bufalione, 1989) สำหรับการเจ็บป่วยนั้น เป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunner & Suddarth, 1988) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับอันตรายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง จัดเป็นการเปลี่ยนแปลง

ในวงจรต่อเนื่อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการเคลื่อนระดับ หรือการเปลี่ยนแปลงจากการมีสุขภาพดี ไปสู่ด้านตรงกันข้าม ยิ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Timmerch, 1997)

เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมร่วมกับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้หรือเข้าใจ ให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง โดยในแต่ละคนนั้นจะมีการให้ความหมาย หรือ ประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อคนในลักษณะที่แตกต่างกัน หรือกล่าวได้ว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง (Bauman, 1965 cited by Kozier et al., 1989) ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความคิด ทัศนคติของแต่ละคนด้วย เนื่องจาก การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นกระบวนการทางความคิด แสดงออกมาเป็นความรู้สึกและความเข้าใจต่อสิ่งเร้านั้น ที่ผ่านเข้ามากระทบกับบุคคล โดยการตีความ และแปลความหมายของสมอง ซึ่งต้องอาศัยความรู้เดิม ความจำ ประสบการณ์เดิม ทัศนคติ และบุคลิกภาพของบุคคล ประมวลการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัวเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรือการกระทำ การแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน (จันทิรา, 2543; จุฑาทิพย์, 2537; มาลี, 2545; King, 1981)

มะเร็งเต้านม นับเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายโดยมิได้คาดคิดมาก่อน หากผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นระยะเริ่มแรก แพทย์สามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัด ผู้ป่วยก็จะรับรู้ถึงความเจ็บป่วยไม่รุนแรง ยังมีความหวังในชีวิต แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่รับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งในระยะที่ลุกลามมากแล้ว และจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ตามด้วยการให้เคมีบำบัด หรือการให้รังสี ผู้ป่วยก็อาจจะเกิดความหวาดกลัว หรือความวิตกกังวล ก่อให้เกิดเป็นความเครียด มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมว่าเป็นโรคที่มีความร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต อาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความรู้สึกที่ชีวิตจะสั้นลง รับรู้ภาวะความเจ็บป่วยอย่างหมดหวัง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป มีสภาวะเหมือนกำลังเผชิญอยู่กับชะตากรรมที่น่ากลัว เป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต ความคาดหวังหรืออนาคตที่วางไว้สำหรับตนเองถูกทำลายลง เมื่อเป็นโรคแล้วต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน เพราะพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น จะบั่นทอนการดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุข ต้องพบกับความเจ็บปวด มีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สูญเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้เวลารักษาที่ยาวนาน (กนกนุช, 2541; เบนญมาภรณ์, สุจิตรา และ พันทวี, 2544; ผ่องศรี และ รุ่งนภา, 2536; Bird, 1993) ซึ่งอาจมีผลมาจากการมีประสบการณ์ตรงจากญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และเสียชีวิตภายหลังการรักษา หรือมีการรับรู้ข้อมูลในทางที่ไม่ถูกต้องจากญาติที่

น้อง เพื่อนบ้าน ทำให้เกิดความกลัว และมีความวิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้

จากการศึกษาของ ธัญญา (2545) เรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 120 ราย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยในช่วงก่อนได้รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์ (วรรณวิมล, 2543) และจากการศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Kitrungrote, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของคริสตแมน (Christman, 1990) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการแสดงในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการปรับตัวให้มีประสิทธิภาพ

#### *การสนับสนุนจากคู่สมรส*

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมและเป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่บรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยป้องกันบุคคลที่เกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและรู้สีกว่าตนเองไร้ค่า ให้ได้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Cohen et al., 2000; Stewart, 1993) และการสนับสนุนจากคู่สมรส นับเป็นแหล่งหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากความสัมพันธ์ของคู่สมรส มีลักษณะที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตลอดเวลา มีความไว้วางใจ และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยา เกิดความมั่นคงและรู้สีกว่าตนเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน (Cohen & Wills, 1985) อันจะส่งผลทำให้มีชีวิตคู่อยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายมากขึ้น (Lindsey, 1992)

ความสำคัญของการสนับสนุนจากคู่สมรส ยังช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เช่น ภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบจากการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และมีความไม่แน่นอนในชีวิต ดังเช่น ในผู้ป่วยมะเร็ง (Tilden, 1985) เมื่อผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกมีค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Foote, Piazza, Holcombe & Daffin, 1990; Lindsey, 1992) จากการศึกษาของไฟรีโมโม, ยาดีส และวู้ด (Primomo, Yates & Woods, 1990) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังในเพศหญิง

พบว่ากลุ่มรศเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุดในบรรดาแหล่งสนับสนุนทั้งหมด ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเพศหญิง

นอกจากนี้ การศึกษาของอุไร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวที่ได้รับจากกลุ่มรศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ส่วนการศึกษาของกิจรุ่งโรจน์ (Kitrungrote, 2000) ศึกษาความรุนแรงของอาการข้างเคียง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนการศึกษาของเซียนจง (Xianqiong, 2000) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาหลังผ่าตัด และการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2539) เรื่องบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และการศึกษาของจุฬารักษ์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว นอกจากนี้เกอรร่า (Guerra, 1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มรศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของวนิดา และสุริพร (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มรศ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตหรือปัญหาต่างๆ ในชีวิต ให้มีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาจนนำไปสู่ความเข้มแข็งในตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Lindsey, 1992) ดังเช่นการศึกษาของฮอลสตีด และ เฟิร์นสเลอร์ (Halstead & Fernsler, 1994) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 59 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มรศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความหวังในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของบิฟฟี และ มามเมดัล (Biffi & Mamede, 2004) ได้ศึกษาบทบาทของกลุ่มรศในการสนับสนุนผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่ากลุ่มรศเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ตัด ในการให้ความรักความเอาใจใส่ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และให้การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวแทนกลุ่มสมรสที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มสมรส ยังสามารถป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูร่างกายหลังเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ส่งเสริมการดำเนินชีวิตและพัฒนาการของมนุษย์ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Johnson, 2000; Goodwin, 2003; Rabinowitz, 2002)

#### ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่บุคคลต้องการได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีนักวิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มแรกแบ่งแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของการเป็นผู้ให้ฝ่ายเดียว ดังเช่น เฮาส์ (House, 1981 cited by Tilden, 1985) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และสนับสนุนด้านทรัพยากร กลุ่มสอง มีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะของการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน คือ เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ดังเช่น ไวส์ (Weiss, 1974 cited by Wilson & Kneise, 1989) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว อาจจะมีเพียงผู้ให้ฝ่ายเดียว หรือทั้งผู้รับ และผู้ให้ แต่ก็มีเป้าหมายเดียวกันคือต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก และช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เช่น ภาวะเจ็บป่วย และผลกระทบจากการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และมีความไม่แน่นอนในอนาคต ดังเช่น ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยเอดส์ (Tilden, 1985) เมื่อผู้ป่วยมีการปรับตัวให้ดีขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Foote et al., 1990)

ภาวะการเจ็บป่วยจากมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดเต้านม ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง มีความวิตกกังวลว่าสามีจะรังเกียจกลัวว่าสามีจะเบื่อหน่ายและทอดทิ้งตนเองไปหาผู้หญิงอื่น ทำให้จิตใจของผู้ป่วยสับสน เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ อารมณ์แปรปรวน แปร อยู่นเฉย โมโหง่่าย เศร้าซึม แยกตัว กดเก็บ อาการเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ และส่งเสริมการปรับตัว เพื่อดำรงภาวะสมดุลของระบบบุคคลไว้

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ ไวส์ (Weiss, 1974 cited by Wilson & Kneise, 1989) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านความรักใคร่

ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านความรักใคร่ผูกพัน จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ และไม่ปลอดภัยในการมีชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างมาก รู้สึกขมขื่น เศร้าโศกเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค อีกทั้งยังกลัวความเจ็บปวดทรมาน กลัวผลของการรักษาต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก ต้องการดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกกับข้อใจ ความกลัวหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิดที่สุด นั่นคือสามี เพื่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

2. การสนับสนุนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยและไร้ความสามารถ เป็นภาระกับครอบครัวต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่แม่บ้านได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมาก นอกจากนั้นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปก็มีผลกระทบต่อความรู้สึกมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเป็นปมด้อย กลัวสามีรังเกียจ ไม่แน่ใจ กลัวการถูกสามีทอดทิ้ง กลัวสามีไม่ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของตน ผู้ป่วยจะยิ่งเศร้าซึมและอาจแยกตัวเองออกไป ถอยหนีความเป็นจริง แต่ถ้าสามีให้การยอมรับ เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ต่าง ๆ ออกมาให้การยอมรับและเห็นด้วยในความคิดหรือการกระทำที่ถูกต้อง ยกย่องชมเชย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ มีคุณค่า เป็นที่ต้องการของสามี เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น มีความหวังที่จะมีชีวิตเพื่ออยู่กับครอบครัวต่อไป

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง บางรายอาจต้องเปลี่ยนงานจากที่เคยทำอยู่ ทำให้การเข้าสังคมลดลง การได้รับการกระตุ้นจากคู่สมรสทำให้ผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม เช่นการทำกิจกรรมร่วมกันกับคนในชุมชน การมีเพื่อนที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน คอยให้คำแนะนำ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

4. การสนับสนุนด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น คือ การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น จากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจลดบทบาทของการทำหน้าที่มารดา หน้าที่แม่บ้าน หรือหน้าที่ด้านภรรยา การที่คู่สมรสสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำหน้าที่ดูแลผู้อื่นมากขึ้น จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นสามารถพึ่งพาได้

5. การสนับสนุนด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ คือ การได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจ และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากคู่สมรส สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลกระทบจากโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัว และอาชีพการงาน ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ ทั้งที่มีต่อครอบครัว และอาชีพการงาน ในบางโอกาสซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้โรคของผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ประกอบกับรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยอาจลดลง หรือไม่ได้ทำ ดังนั้นถ้าได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนจากสามีในด้านการเงิน การแบ่งเบาภาระภายในบ้าน และการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียด และความวิตกกังวลลงได้

การรักษาเมเร็งเต้านม นอกเหนือจากการผ่าตัดแล้วยังมีการรักษาเสริม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งออกไป ซึ่งอาจเป็นรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนรักษา ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องร่วมด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จะเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว บางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติตัวตาม อาจเนื่องมาจากความไม่เชื่อถือในการรักษา ความไม่สนใจเอาใจใส่ ความไม่รู้ หรือความท้อแท้ต่อภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลให้อาการทรุดลงหรือเลวร้าย การได้รับการสนับสนุนจากสามีในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ หรือการให้คำแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถลดผลกระทบทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

### *ปัจจัยส่วนบุคคล*

ปัจจัยหรือสิ่งเร้าร่วมอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่จะส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีอายุมากมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ แก้ไขปัญหาต่างๆ โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา จึงมีทักษะในการแก้ปัญหาและปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (ทิพย์ภา, 2540) มีการศึกษาปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ที่มีอายุมากปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังเช่น การศึกษาของไฉนพร (2536) ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การ



ศึกษาของสุภาพ (2528) ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก เนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกายอย่างสมบูรณ์เต็มที่ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมถอยลง ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีมากกว่าวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความทนต่อความเจ็บป่วยได้ดีกว่าวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุ เป็นเหตุให้ผู้ที่มีอายุน้อยปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด การศึกษาของเพลินพิศ (2531) ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การศึกษาของวังนา (2542) ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอสไอวี ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุน้อยปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ส่วนการศึกษาของศิริพร (2541) ศึกษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ การศึกษาของอุไร (2540) ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา การศึกษาของกาญจนา (2536) ศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การศึกษาของกุลธิดา (2536) ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาทัศนาศนา (2531) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

2. รายได้ของครอบครัว เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงิน และความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่าเทียมกัน ครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอสามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น การบริโภคอาหาร มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัย การเข้ารับการรักษาพยาบาล และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เหมาะสมอำนวยความสะดวกสบาย และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย เพื่อดำรงภาวะสุขภาพดีโดยไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ มารับการรักษาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่สำหรับผู้ที่ไม่มีรายได้ต่ำ มักจะมีปัญหาทางการเงิน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปปฏิบัติงานได้เหมือนเดิม เพิ่มภาระให้แก่ครอบครัว ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว วิตกกังวลกลัวว่าครอบครัวเบื่อหน่าย ไม่พอใจและทอดทิ้งตน ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลอื่น อาจทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง จะมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก ดังเช่น การศึกษาของจุฬารักษ์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ดังเช่น การศึกษาของปิยะนันท์ และ พรรณนิภา (2544) ศึกษาการปรับตัวของสตรีภายหลัง

การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอัญชลี (2536) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ รวมทั้งการศึกษาของกาญจนา (2536) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปรับตัว แต่จากการศึกษาของกุลธิดา (2536) ศึกษาการปรับตัวผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของสายลม (2534) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งโลหิตขาว พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่แตกต่างกัน

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย การผ่าตัดเต้านม ซึ่งถือว่าการสูญเสียสิ่งมีค่าของผู้หญิง ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายไว้ จากการศึกษา พบว่าระยะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการปรับตัวของผู้ป่วย เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จากการศึกษาของจารุวรรณ (2538) เรื่องปฏิบัติการตอบสนองต่อโรค และการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน หลังจากผู้ป่วยทราบการวินิจฉัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมตามด้วยเคมีบำบัดคิดเป็นร้อยละ 92 พบว่าระยะเวลามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว กล่าวคือ เมื่อระยะเวลาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้น และจากการศึกษาของปีพมา (2533) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าระยะเวลาหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด ทำให้การปรับตัวมีประสิทธิภาพ สำหรับการศึกษาครั้งนี้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านม 1 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน ทั้งนี้จากการศึกษาของไวส์แมน (Weisman, 1979) ได้แบ่งระยะปฏิบัติการตอบสนองต่อโรค และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งไว้ในลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ในช่วง 100 วันแรก หลังจากการรับรู้การวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษาในครั้งแรก จะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานใจกับสภาพความจริงที่เป็นอยู่ และส่งผลให้เกิดการปรับตัวมากที่สุดในระยะดังกล่าว เพื่อที่จะให้ร่างกาย และจิตใจสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย การรักษา และผลแทรกซ้อนจากการรักษาได้

สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่พบว่าระยะเวลามีผลต่อการปรับตัว ดังเช่น การศึกษาของคณินิจ (2535) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา การศึกษาของเพลินพิศ (2531) ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้น และการศึกษาของอุไร (2540) ทำการศึกษาการปรับตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าระยะเวลามีผลต่อการปรับตัว เช่น การศึกษาของปิยะนันท์ และ พรธรรณิภา (2544) ศึกษาการปรับตัวของสตรีภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง การศึกษาของไฉนพร

(2536) ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การศึกษาของศิริพร (2541) ศึกษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ การศึกษาของเซียนจง (Xianqiong, 2000) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง พบว่าระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

4. การรักษาเสริม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยทั่วไปจะมีการรักษาที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง การรักษาระยะเริ่มต้นมักใช้การผ่าตัดเอาเนื้อร้ายออกให้หมด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด และนัดมาตรวจต่ออีกเป็นระยะจนครบ 5 ปี (สาวิตรี, 2545) แต่ปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งเต้านม เป็นโรคที่ระบบ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอว์โมนบำบัด เป็นการรักษาร่วมกันหลายวิธี ทั้งนี้เพื่อขจัดและทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ ซึ่งสามารถทำให้หายจากโรค หรือทำให้ระยะปลอดโรคนานขึ้น (ชนิด, 2541) ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา หรือเคมีบำบัดมักพบมีอาการข้างเคียง เช่น ผิวหนังบริเวณหน้าอกและคออักเสบ ปวดแสบปวดร้อน ผิวหนังจะมีสีคล้ำมาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่าง เป็นต้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่อความสุขสบายในชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (นันทา, พิษานี, ทรงศรี และ เพชรา, 2545) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงมีความเครียดและความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ผู้ป่วยมักเข้าใจว่าตนมีอาการเลวลงส่งผลต่อการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลองแมน, บราเดน และ มิเชล (Longman, Braden & Mishel, 1999) พบว่าการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาก เกิดผลกระทบและมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามาก ทำให้การปรับตัวมีความลำบากมากขึ้น

#### *สรุปการทบทวนวรรณกรรม*

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะโรค วิธีการรักษา ทั้งจากการผ่าตัดเต้านม และการรักษาเสริมหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของชีวิตไว้ จากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ที่เชื่อว่า มนุษย์เป็นระบบการปรับตัว และเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ทำให้บุคคลมีการตอบสนอง เกิดการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม และกระบวนการรักษา จัดเป็นสิ่งเร้าตรงที่คุกคามสุขภาพที่ดีของร่างกาย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยทันที ประกอบกับผู้ป่วยยังมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าอื่นนอกเหนือจากการเจ็บป่วย ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรสซึ่งจัดเป็นสิ่งเร้าร่วม นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้านตามมา ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน