

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คำว่า "มะเร็ง" เป็นคำที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น พรั่นพรึง ด้วยความเข้าใจว่ายังไม่ปรากฏสาเหตุของการเป็นโรค และคนทั่วไปรับรู้ว่าเป็นความเจ็บปวด ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวมองว่ามะเร็งเป็นผู้ฆ่าแท้จริง (real killer) ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดรุนแรง พิการ (disability) และมีรูปร่างผิดไป (disfigurement) (Sarafino, 1990: 460) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเต้านม เป็นอวัยวะที่สำคัญที่เป็นเอกลักษณ์เชิงสัญลักษณ์ของความงามของสตรี และเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ทางสังคมที่ทั้งบุรุษและสตรีให้ความสำคัญเสมอมา ทั้งในบทบาทของมารดา ภรรยา และบทบาททางสังคมที่นำความภาคภูมิใจมาสู่ผู้เป็นเจ้าของ และเสริมบทบาทของตนในการตอบสนองความต้องการของสามีและการให้นมบุตร จึงเป็นที่ยอมรับว่า เต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศที่อยู่ในใจของสตรีทุกคน (วรวิทย์ คลอวุฒินิวัฒน์, 2525: 106)

ในปัจจุบันสถิติการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นในอัตราคงที่ถึง 2 % ต่อปี (Tish-Knof, 1996) จากสถิติล่าสุดของสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกาพบว่า สตรีมากกว่า 180,000 คนได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมใหม่ ในปี 1997 และประมาณ 44,000 คน ตายด้วยมะเร็งเต้านม ซึ่งอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีอเมริกันเพิ่มขึ้นในระดับคงที่ประมาณ 1 % ต่อปี (Parker et al., 1997: 5) ในประเทศไทยสถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติสำรวจและรวบรวมสถิติการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีไทย พบว่า มีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 26.9 เป็นร้อยละ 29 (National Cancer Institute, 1991: 8 ; 1992: 8) และร้อยละ 31.8 (นงกช เก่งเชตกิจ, 2539: 30) ตามลำดับ

โดยทั่วไปการรักษามะเร็งเต้านม เริ่มด้วยการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) หรือตัดออกบางส่วน (Lumpectomy) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary Node Dissection) และตามด้วยการรักษาด้วยการฉายรังสี หรือเคมีบำบัด หรือทั้งฉายรังสีและเคมีบำบัด ซึ่งในสหรัฐอเมริกาสมาคมโรคมะเร็ง ได้กำหนดมาตรฐานในการรักษามะเร็งเต้านมไว้ คือ ตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือตัดเต้านมออกบางส่วน ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างที่เป็น ซึ่งมีนโยบายในการตรวจรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตและการอยู่รอด (Krug, 1997: 330)

ส่วนในประเทศไทยไม่ได้กำหนดมาตรฐานในการรักษา แต่โดยทั่วไปเริ่มจากการผ่าตัด ซึ่งอาจตัดทั้งหมดหรือบางส่วน อยู่ที่การตัดสินใจของแพทย์เป็นหลัก ซึ่งตรงกับ Bilodeau and Degner (1996: 696) ที่พบว่า 57 % ปฏิบัติโดยยอมรับในการตัดสินใจรักษาของแพทย์

ในการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมนั้น ส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดภาวะวิกฤตในระยะต่าง ๆ ดังที่ Morrison (1997: 102) กล่าวว่า การเป็นมะเร็งเต้านมนั้น ส่งผลกระทบทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และระยะต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเครียดต่อการป่วยเป็นมะเร็งเต้านม คือ ระยะวินิจฉัย เริ่มการรักษา รอผลการตรวจสอบ รู้ถึงความล้มเหลวในการรักษา หรือกลับเป็นซ้ำ เกิดความเจ็บปวดที่ควบคุมไม่ได้ โภสัชตาย และรักษาตามอาการ ล้มตูด หรือตัดสินใจยุติชีวิต เช่น ในระยะของการวินิจฉัย การรับการผ่าตัดและรอผลการตรวจสอบนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เคยรับรู้ว่าคุณป่วยด้วยโรคมะเร็งมาก่อน เมื่อรับรู้ทันทีผู้ป่วยมักเกิดอาการช็อค ตกใจ ไม่เชื่อ สงสัย ปฏิเสธการป่วย เป็นโรคนี้ ซึ่ง กนกนุช ชื่นเลิศสกุล ได้ศึกษาถึงประสบการณ์การป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีไทย พบว่า เมื่อผู้ป่วยพบก้อนและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมนั้น มีการตอบสนองใน 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกเฉย ๆ และความคิดทางลบ ซึ่งพบได้หลายลักษณะคือ ตกตะลึง ปฏิเสธการเป็นโรค หวาดกลัว นมอดตาย ตายอยาก โดยในสตรีที่ไม่เคยทราบเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมาก่อนจะรู้สึกไม่แตกต่างไปจากก่อนได้รับการวินิจฉัย แต่สตรีที่มีประสบการณ์การรับรู้ความหมายของโรคมะเร็งและการรักษาตามที่คนทั่วไปเข้าใจว่ามะเร็งหมายถึงความตาย ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางลบเกินความเป็นจริง จดจำและมองว่าทุกอย่างในชีวิตเลวร้ายไปหมด ละเลยต่อความคิดทางบวก และที่สำคัญความคิดความรู้สึกทางลบอยู่ในลักษณะคิดล่วงหน้า หมกมุ่น ซ้ำแล้วซ้ำเล่า สนับสนุนให้ความคิด ความรู้สึก ขยายความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ได้ตัดสินใจเลือกรับการรักษาจึงเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และตอบสนองต่อการผ่าตัดใน 2 ลักษณะ คือ เข้าสู่การรักษาตามระบบและหนีหายออกจากระบบบริการ และจะกลับเข้าสู่ระบบบริการอีกครั้ง เมื่ออาการถูกลามไปมาก และผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ หน่วยงาน กลัวการรักษาต่อเนื่อง กลัวการกลับเป็นซ้ำ เสียใจ ทุกข์ร้อน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 175)

นอกจากผู้ป่วยที่โศกเศร้าจากการวินิจฉัยและการผ่าตัดแล้ว บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คู่ครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามีจะมีอารมณ์โศกเศร้าทันทีหลังผ่าตัด (Swan, 1987) สามีหรือบุคคลสำคัญเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังผ่าตัด Northouse (1987 อ้างถึงใน บุญชื่น อิ่มมาก, 2537) กล่าวว่า ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลต่อคู่สมรสในการสูญเสียเต้านมและมีผลเป็นจากการผ่าตัด โดยเกรงว่าคู่สมรสจะเป็นอื่น

จากการเปลี่ยนแปลงของตน และสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยและสามีมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (เบ็ทมา คูปตจิต, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับ ฉาง ไช่เยี่ยน (1997) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปรับตัวต่อโรคและการรักษา

จากสภาพปัญหาการเจ็บป่วย การวินิจฉัย และการรักษามะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุก ๆ ด้าน ทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม ภาพลักษณ์ของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความหวังและความหมายในชีวิต ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Samarel et al., 1993: 795) และการปรับตัวทางอารมณ์ของผู้หญิงที่ทำผ่าตัดมะเร็งเต้านม Trief and Smith (1996) กล่าวว่า การผ่าตัดเต้านมมีผลต่อคุณภาพชีวิต พยายามซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในระยะของการวินิจฉัยและการผ่าตัดเต้านมที่สามารถให้การดูแลให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของชีวิต

ในบทบาทของพยาบาลผ่าตัดแม้จะให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงสั้น ๆ แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาวิกฤตของผู้ป่วย ประกอบกับบทบาทพยาบาลผ่าตัด (Perioperative Nursing) ในปัจจุบันไม่ได้จำกัดอยู่ภายในขอบเขตทางภูมิศาสตร์เฉพาะในห้องผ่าตัดเท่านั้น นอกจากนี้รับผิดชอบในการดูแลห้องผ่าตัด เครื่องมือการตรวจนับผ้าซับและเครื่องมือแล้ว บทบาทพยาบาลผ่าตัดในปัจจุบันประกอบด้วย การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย จัดการทางเทคโนโลยี มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้ให้การดูแลอื่น ๆ มีส่วนร่วมในทีมการรักษา แนะนำช่วยเหลือบุคลากร ให้การเรียนรู้ในวิชาชีพ และรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องต่อองค์ประกอบภายนอกที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Grundeman and Ferrisobnen, 1995) และการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันเป็นการรักษาที่อาศัยการดูแลเป็นทีม มีความซับซ้อนในการรักษาเพราะมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีลักษณะการแพร่กระจายเป็นระบบ จึงเป็นการรักษาที่ใช้ทั้งการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด และการเปลี่ยนไขกระดูก แต่การรักษาในเบื้องต้น คือ การผ่าตัด ซึ่งอาจผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือการตัดเต้านมบางส่วน พร้อมเลาะต่อมน้ำเหลืองได้รักแร้ออก ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น และในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น เป้าหมายหลักคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังที่ Followfield (1995) กล่าวว่า เป้าหมายหลักในการรักษามะเร็งคือ คุณภาพชีวิตและนโยบายกระทรวงสาธารณสุขไทยกำหนด คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของการบริการสุขภาพ (พงษ์รัตน์ บุญญาบุรักษ์, 2537)

การดูแลซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาลดังที่ Leininger (1978) กล่าวว่า การดูแลเป็นแก่นแท้ของการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญ เป็นความชัดเจนที่เป็นเอกลักษณ์และปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาล และไม่สามารถเกิดการรักษาให้หายได้โดยปราศจากการดูแล แต่การดูแลสามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่เกิดการรักษา (Leininger, 1981 cited in 1996) การดูแลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach (1984) ซึ่งเป็นแนวทางการพยาบาลที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเมตตา เอื้ออาทร โดยใช้สมรรถนะวิชาชีพทั้งความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์วิชาชีพด้วยความเชื่อมั่น และจิตสำนึกของความถูกต้องในศีลธรรม จรรยา และยึดมั่นผูกพันในบทบาทหน้าที่การพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับการดูแลเพื่อการพัฒนามนุษย์และการอุปถัมภ์

เพื่อเป็นการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลในบทบาทของพยาบาลผ่าตัด และเพื่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะของการวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และเพื่อการวางแผนกลับบ้าน หรือเพื่อการรักษาต่อเนื่อง โดยการดูแลผู้ป่วยโดยองค์รวมทั้งการให้ข้อมูล คำแนะนำ และคำปรึกษา อย่างเป็นระบบ และมีแบบแผน ตามแนวคิด 5 C's ของ Roach ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยองค์รวม ดังที่ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2531) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้เกิดเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยจึงพิจารณาถึงความสำคัญในการศึกษาและพัฒนาบทบาทพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิด 5 C's ของ Roach ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่ง พยอม อนุสรณ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางการปฏิบัติการพยาบาลแก่เพื่อนมนุษย์เพื่อสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach แตกต่างกับก่อนได้รับการพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach หรือไม่ อย่างไร

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach สูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

คำว่ามะเร็งเป็นโรคที่ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น พรั่นพรึง และบุคคลทั่วไปรับรู้ว่าเป็นความเจ็บปวด ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่ามะเร็งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด พิกار และการมีอุปสรรคไป (Sarafino, 1990: 460) โดยเฉพาะการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของสตรี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเต้านมเป็นเอกลักษณ์และสัญลักษณ์ทางเพศที่สำคัญในการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาและภรรยา จากการศึกษาของกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) พบว่าการตอบสนองของสตรีที่พบว่าตนเป็นมะเร็งเต้านม คือ ตกตะลึง ปฏิเสธการเป็นโรค หวาดกลัว หมดอาลัยตายอยาก และเมื่อรับรู้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความคิดความรู้สึกต่อการรับรู้การผ่าตัดทั้งในด้านพร้อมรับการผ่าตัด ยินยอมผ่าตัดตามแผนการรักษาและกลัว โดดเดี่ยว ไม่สามารถตัดสินใจรับการผ่าตัด ซึ่งผลจากความคิดโดดเดี่ยวและสับสนนี้คือ ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาแบบอื่น ปล่อยตามสถานการณ์และยินยอมรับการรักษา แต่ในความรู้สึกปล่อยตามสถานการณ์นั้น ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจในการตัดสินใจผ่าตัด และก่อให้เกิดผลกระทบคือ ห่วงงาน กลัวการรักษาต่อเนื่อง กลัวการกลับเป็นซ้ำ เสียใจ ทุกข์ร้อน มีความรู้สึกเสียใจกับการตัดสินใจของตนเอง รู้สึกไม่เหมือนเดิมกับสภาพการมีเต้านมข้างเดียว ความไม่สุขสบาย และความจำกัดของแขนข้างที่ผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือตัดเต้านมออกบางส่วนก็ตาม เกิดความโศกเศร้า วิตกกังวล ถึงร้อยละ 49 รู้สึกน่านองน้อยลง ร้อยละ 29 และสนใจกิจกรรมทางเพศลดลงร้อยละ 84 (Kissane et al. 1998: 192)

ซึ่งผลของการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมนี้กระทบต่อระบบครอบครัวและสัมพันธภาพภายในครอบครัว คู่สมรส บุตร และบทบาทความรับผิดชอบต่อครอบครัว กาญจนา สิงแก้ว (2530) พบว่า ผลของการป่วยเป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ตามการรับรู้ของตนเองและสามี

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานและความโศกเศร้าของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและรับการรักษาด้วยการผ่าตัดคือ Paulsen et al. (1997) ศึกษาเปรียบเทียบความทุกข์ทรมาน (suffering) และการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดและการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน พบว่า ในรายตัดเต้านมบางส่วนมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองน้อยกว่าตัดเต้านมออกทั้งหมด และความสามารถลดลงในช่วงก่อนผ่าตัด

ในทำนองเดียวกัน Pasacreta (1993) ศึกษาปรากฏการณ์ความโศกเศร้าของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่สัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วนและผู้หญิงที่มีความโศกเศร้ามากกว่าจะมีอาการทางกายมากกว่า

จากผลของการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังที่ Toledo-Aliaga (1995) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงของการรักษาสังผ่าตัดและก่อนให้เคมีบำบัด พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหน้าที่ลดลงหลังจากการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยบางคนมีปวด นอนหลับลำบาก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยหน่าย ต้องการพักผ่อน และไม่มีสมาธิ หรือลืมบางสิ่ง
3. หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความทุกข์ใจ (disphoria) เครียด วิตกกังวล และรู้สึกตกใจ ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบายใจ
4. เกือบทั้งหมดไม่พูดถึงการเปลี่ยนแปลงในชีวิต สังคม และครอบครัว
5. ประมาณร้อยละ 30-50 ยังคงมีกิจกรรมทางเพศที่ปรกติ ความรู้สึกพึงพอใจทางเพศลดลง

จากการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ อากรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ (1997) พบว่า อาการของโรคและผลของการรักษา รุานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ทัศนคติต่อโรคและการรักษา และสภาพแวดล้อม ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ฝาดัด ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระยะวิกฤตต่าง ๆ คือ ระยะของการวินิจฉัย ระยะเริ่มการรักษา และระยะของการรอดผลการตรวจสอบ (Morrison, 1997, 102) ที่สามารถให้การช่วยเหลือ สนับสนุนประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัว De Grasse and Hugo (1996) กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดที่จะให้บริการดูแลประคับประคองกับผู้ป่วยเหล่านี้และให้การพยาบาลที่มีแบบแผน ซึ่ง Wersch et al., (1997) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลทางด้านจิตสังคม คำแนะนำตามการวินิจฉัย การวางแผนกลับบ้านและการติดตามในความทุกข์ทรมาน โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพตามการประเมินและการให้การตอบสนองตามแนวทางที่ประสบความสำเร็จในการได้รับการพยาบาลดังกล่าว

บทบาทการดูแลนับเป็นหัวใจทางการแพทย์ ซึ่ง Leininger (1996) ให้ความหมาย การดูแลว่าเป็นนามธรรม และเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจน แสดงออกในการช่วยเหลือ ประคับประคอง ส่งเสริมให้ความสะดวกในการช่วยเหลือในเหตุการณ์ตามความต้องการเพื่อพัฒนาสุขภาพและการเป็นมนุษย์หรือวิถีชีวิต และ Leininger (1981: 13) เชื่อว่าการดูแลเป็นความจำเป็นในการพัฒนามนุษย์ให้เกิดการเจริญเติบโตและอยู่รอด เช่นเดียวกับ Myeroff (1971 cited in Lindberg et. al., 1998: 9) ว่า การดูแลเป็นความรู้สึกที่จำเป็นในการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตและเกิดความสำเร็จในตนเองและการดูแล โดยการใช้นวัตกรรม 5 C's ของ Roach โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเมตตา เอื้ออาทร การใช้สมรรถนะวิชาชีพ ด้วยศีลธรรม จริยธรรม อย่างเชื่อมั่น และยึดมั่นผูกพันในบทบาท เป็นการดูแลที่ส่งเสริมพัฒนาการเป็นมนุษย์และการอยู่รอด (Roach) และพฤติกรรมกรรมการดูแลนี้เป็นบทบาทที่เป็นอิสระทางการแพทย์ ซึ่งพยาบาล ฝาดัดมีทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับทีมดูแลสุขภาพอื่น และพยาบาลฝาดัดเป็นสมาชิกที่สำคัญในทีมฝาดัดในการพิทักษ์สิทธิ ป้องกัน ปกป้อง และช่วยเหลือ (Rothrock, 1996: 140) ทั้งในด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยสมรรถนะของวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามีนหรือบุคคลสำคัญเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (Shaw Cra, 1988) ซึ่งคล้ายคลึงกับ Carlsson and Hamrin (1994) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากคู่ ครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อการอยู่รอด และมีอิทธิพลต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ (จุฬารัตน์, 2537: 11)

ดังนั้นในการให้การรักษาโดยการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากผลกระทบของการป่วยและรักษา มะเร็งเต้านม ด้วยการผ่าตัด พย้อม อนุสรณ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางการพยาบาลที่ให้บริการแก่ เพื่อบุคคล เพื่อเป้าหมาย การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

สมมติฐานการวิจัย

ด้วยเหตุผล แนวคิด และผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ไว้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังการ ทดลองโดยใช้การพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลโดยใช้แนวคิด 5 C's ของ Roach สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามแนวคิด 5 C's ของ Roach กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและรักษาด้วยวิธีผ่าตัด
 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและรักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ วิธีการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ

- 1.1 การพยาบาลที่ใช้มโนติการดูแลของ Roach
- 1.2 การพยาบาลตามปกติ

2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและรักษา

ด้วยวิธีผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพยาบาลตามแนวคิด 5 C's ของ Roach หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้แนวคิดในการดูแลที่เน้นหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผ่าตัดและผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยเน้นการวางแผนร่วมกัน ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดความสุস্থสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในชีวิต จากการวินิจฉัยและการรักษาในการดูแล "5 C's" ของ Roach นั้น ประกอบด้วย

1. การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น (Compassion) เป็นการตระหนักรู้ในสัมพันธภาพสิ่งแวดล้อม และเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วย ร่วมกับรู้ในความรู้สึกของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ความรู้สึก ความต้องการทางอารมณ์ ความคิด โดยทำความเข้าใจต่อผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความรู้สึกห่วงใยผ่านการสัมผัสเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด เป็นทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก และรับฟังอย่างเข้าใจและสนใจ

2. สมรรถนะในการดูแล (Competence) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามหลักวิชาการ และตรวจสอบความถูกต้องในการดูแลให้เหมาะสม สามารถแก้ปัญหาและให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ

3. ความเชื่อมั่นไว้วางใจ (Confidence) ปฏิบัติการพยาบาลโดยส่งเสริมความไว้วางใจ สร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสนับสนุนสัมพันธภาพ การสื่อสาร ให้ข้อมูล ความหวัง และกำลังใจ

4. ความถูกต้องทางจริยธรรม (Conscience) ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยด้วยความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรมของผู้ป่วย ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

5. ความยึดมั่นผูกพันต่อการดูแล (Commitment) ปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกถึงการกระทำตามบทบาท ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ตั้งใจ กระตือรือร้น เสียสละอย่างต่อเนื่อง

โดยให้การดูแลที่ให้ความสำคัญกับทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่การวินิจฉัยการผ่าตัด รอผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด และเตรียมตัวผู้ป่วยกลับบ้านหรือเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดเป็นขั้นตอนในการดูแลไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะการวินิจฉัย

เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำปรึกษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายนึกความรู้สึก ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บันทึกการพยาบาล

ขั้นที่ 2 การดูแลก่อนผ่าตัด

เป็นการที่พยาบาลผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งแจ้งกำหนดเวลาการผ่าตัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำปรึกษา และแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด บันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 3 การดูแลขณะผ่าตัด

เป็นการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยในขณะผ่าตัด โดยรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด ทบทวนการรายงานสถานะผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และตรวจสอบผลการประเมินก่อนผ่าตัด ดูแลอำนวยความสะดวก ซึ่งอาจทำหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) หรือจัดการทั่วไป (circulating nurse) ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จแล้ว ส่งผู้ป่วยสู่ห้องพักฟื้น และดูแลส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วยเมื่อพ้นจากยาระงับความรู้สึก บันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 4 การดูแลหลังผ่าตัด

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผ่าตัด เพื่อประเมินผลการพยาบาลผ่าตัด ให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนระดับประครองผู้ป่วย บันทึกทางการพยาบาล

ขั้นที่ 5 การดูแลเพื่อวางแผนกลับบ้านหรือเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

ให้คำปรึกษาและวางแผนในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว หรือในรายชั่งได้รับการรักษาต่อเนื่อง ให้คำแนะนำ ปรึกษาในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเอง และรับการรักษาต่อเนื่อง บันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ตั้งแต่ระยะการวินิจฉัย ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนกลับบ้าน เป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การพยาบาลขณะวินิจฉัย

เป็นการพยาบาลที่ดำเนินการจัดการ ตั้งแต่เรียกผู้ป่วย จัดการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย แจ้งให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยอธิบายให้รับการตรวจทางห้องทดลองและขอเรียกตัวเพื่อเข้ารับการรักษา

ขั้นที่ 2 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

เป็นการที่พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาลก่อนผ่าตัดเมื่อได้รับรายการผ่าตัดแล้วโดยก่อนเวลาผ่าตัดประมาณ 1 ชั่วโมง พยาบาลห้องผ่าตัดจัดการให้พนักงานไปรับผู้ป่วยโดยดูจากตารางผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดจะรอประมาณ 10-20 นาที ที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด มีพยาบาลมาประเมิน สภาวะด้านร่างกายต่อการผ่าตัดโดยตรวจสอบใบอนุญาตผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องทดลอง เปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อเตรียมผ่าตัด และยืนยันการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

ขั้นที่ 3 การพยาบาลขณะผ่าตัด

เป็นการพยาบาลที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดด้านใน และพยาบาลในห้องผ่าตัดด้านในประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และให้การพยาบาลในการอำนวยความสะดวกในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) หรือจัดการทั่วไป (circulating nurse) เมื่อเสร็จผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น

ขั้นที่ 4 การดูแลหลังผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดตามปกติมีการประเมินการพยาบาลผ่าตัดภายหลังเสร็จผ่าตัด ไม่เยี่ยมหลังผ่าตัดนอกจากทวงถามของใช้หรือในกรณีที่แพทย์แจ้งว่ามีปัญหา เช่น การติดเชื้อหรือผลจากการจัดท่าที่เป็นปัญหาหรือเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้าหรือพลาลาเตอร์ จึงมีการนัดตามตรวจสอบการพยาบาลในระยะผ่าตัด

ขั้นที่ 5 การพยาบาลเพื่อวางแผนกลับบ้านหรือเตรียมตัวเพื่อการรักษาต่อเนือง

เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านหรือเพื่อการรักษาต่อเนือง พยาบาลดำเนินการดูแลเกี่ยวกับยา ค่าใช้จ่าย และนัดเพื่อการติดตามผลการรักษาหรือเพื่อการรักษาต่อเนือง โดยพยาบาลทบทวนกับผู้ป่วยถึงข้อสงสัยในการปฏิบัติตนเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด หมายถึงสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งหรือเป็นเนื้อร้ายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเต้านมทั้งการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือการตัดออกบางส่วน พร้อมเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้วงอก ซึ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมครั้งแรกและไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น เช่น หัวใจ ประสาท ชัมพาด โรคจิต หรือโรคมุมิ คู่มกับแยกพร่องก่อนผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตในองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่ สัมพันธ์กับจุดหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน ความพึงพอใจ และความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดกว้าง ครอบคลุมของบุคคล ในช่วงตำแหน่งของชีวิตที่รับรู้การวินิจฉัย รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ตลอดจนผลกระทบจากการผ่าตัดในระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

1. สุขภาพทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความเมื่อยล้า การออกกำลังกาย การพักผ่อน นอนหลับ
2. ภาวะทางจิตใจ เป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับความคิด การเรียนรู้ ความจำ สมาธิ การมีคุณค่าแห่งตน (self esteem) ความภาคภูมิใจในตน (Self actualization) และภาพลักษณ์ของตน
3. ระดับของความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การต้องพึ่งยา และการรักษา ความสามารถในการทำงาน
4. สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับความปลอดภัยทางร่างกาย ความมั่นคง สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (โรงพยาบาลที่รักษา) ฐานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และการดูแลจากสังคม การได้รับข้อมูล การสนับสนุน
5. สัมพันธภาพทางสังคม เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนจากสามี ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล กิจกรรมทางเพศ
6. จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อของบุคคล ความหมายในชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารการพยาบาลได้นำไปใช้ในการบริหารจัดการที่สนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การวินิจฉัยจนกลับบ้านหรือรับการรักษาต่อเนื่อง
3. เป็นแนวทางในการนำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเอกลักษณ์ของวิชาชีพและความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย