

การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจาย

จิราพร อุดมกิจพัฒน์*

นุจรศ โสภ**

รจนา พิษภาพ*

บทคัดย่อ

การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจายในสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต เนื่องจากเป็นวัยเริ่มต้นสร้างความมั่นคงและเตรียมพร้อมเข้าสู่บทบาทมารดา เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจายจะกระทบจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธหาวดกลัว ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสีย หมดหวังและท้อแท้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกระบวนการปรับตัวที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ การปรับตัวสามารถแบ่งตามระยะของการได้รับสิ่งเร้า ดังนี้ 1) ระยะเริ่มแรก คือระยะการวินิจฉัยเบื้องต้น สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีอาการมาก เช่นประจำเดือนมาผิดปกติลักษณะเป็นลิ่มเลือด และเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้า ระยะนี้ผู้ป่วยยังมีความหวังว่าจะสามารถรักษาได้ทันเวลาและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ 2) ระยะยืนยันผลการวินิจฉัย ระยะนี้มีการส่งตรวจชิ้นเนื้อ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การส่องกล้องเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยและตามมาด้วยการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือการฉายแสง ระยะนี้หากมีการปรับตัวที่ดี พฤติกรรมที่แสดงออกจะตอบสนองในเชิงบวกหรือปรับตัวสำเร็จจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความแข็งแกร่ง มีความมุ่งมั่นและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความหวังว่าเซลล์มะเร็งจะตอบสนองต่อการรักษาดี และมีชีวิตที่ยืนยาวและ 3) ระยะยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีผลการตอบรับต่อการรักษาไม่ดี มีการตรวจพบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นและมีแนวโน้มอาการแย่ลง ผู้ป่วยจะปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยเพื่อจากไปอย่างสงบ

คำสำคัญ: กระบวนการปรับตัว, มะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจาย, สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

Coping Process of Early-Adulthood Women in the Advanced Stage of Cervical Cancer

Jirapron Udomkitpipat*

Nujares Sopa*

Rojana Pisaphap**

ABSTRACT

The advanced stage of cervical cancer is recognized as a life threatening to early-adulthood women who start to secure their life prosperity and prepare for their maternal role adaptation. When a woman is diagnosed with advanced-stage cervical cancer, it can immensely affect the psychological well-being of the women. She may deny, have fear, be depressed, feel lost, and hopeless. Helping the patients to have a good coping process is important. The coping can be divided into 3 stages, based on the stimuli, as follows: The coping process divides into 3 stages as follows. 1) The pre-diagnostic stage: the patients seek the cervical cancer examination, when the signs and symptoms of cervical cancer are severe manifestations such as hypermenorrhea. Therefore, it leads to a delay diagnosis. In this stage, the patients have a hope that they can be cured and come back to normal life. 2) The diagnostic confirmation stage: in this stage the tissue biopsy was identified as well as computer tomography and hysteroscopy will be done to confirm the diagnosis. The chemotherapy or radiation will be given to the patients. In case patients have a good adaptation, they will have positive behaviors or “adaptive response” that can make the patients have a strength, have a hope, and cooperate in medical care and treatment. They have a hope that the cancer cells will respond to the treatment well and they can live longer. 3) Acceptance stage: the patients have poor responses to the treatment. A metastasis can be found in other organs and their health condition gets worse. They will adapt themselves to the condition, accept it, and be prepared for a good death.

Key words: Coping process, Advanced stage of cervical cancer, Early-adulthood women

* RN., Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani.

** RN., Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ปัจจัยสำคัญในการทำใจยอมรับการเจ็บป่วยคือความร้ายแรงของโรค หากเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงก็มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยชั่วระยะหนึ่งผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวต่อโรคได้ไม่ยากและกลับคืนสู่การดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่หากการเจ็บป่วยนั้นร้ายแรงและคุกคามชีวิตย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งมักจะมีอาการตกใจและมีความกังวลใจมาก (Sirilerttrakul, et al., 2012) โดยเฉพาะระยะเวลาการรอผลการวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับว่าตนเป็นโรคร้ายแรง หวาดกลัว ซึมเศร้า มีความรู้สึกสูญเสียหมดหวังและท้อแท้ ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางแยกตัว และซึมเศร้า ทั้งนี้ แต่ละคนจะมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลรักษาพยาบาลควรทำความเข้าใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่พบในสตรีไทยและทั่วโลก รองจากโรคมะเร็งเต้านม (Khuhaprema et al., 2010; Fitzmaurince, et al., 2015) การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยประมาณวันละ 27 คน และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 14 คน (Ferlay et al., 2010) มะเร็งปากมดลูกเกิดจากเชื้อไวรัสชื่อเอชพีวีซึ่งหากแบ่งตามศักยภาพของการก่อมะเร็งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (Cancer Report, 2009; Hacker et al., 2010) ได้แก่ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ คือ เอชพีวี 6, 11, 42-44, 53-55, 62 และ 70 เชื้อกลุ่มนี้จะทำให้เกิดรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งที่

ไม่รุนแรง (Low grade squamous intraepithelial lesion: LSIL) และกลุ่มความเสี่ยงสูง คือ เอชพีวี 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68-73 โดยเชื้อกลุ่มนี้ก่อเกิดรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งที่มีความรุนแรง (High grade squamous intraepithelial lesion: HSIL) รวมถึงมะเร็งได้ โดยเฉพาะเชื้อเอชพีวีชนิด 16 จะมีศักยภาพสูงในการเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัสเซลล์ (Squamous cell carcinoma) ส่วนเชื้อเอชพีวีชนิด 18 มีศักยภาพสูงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกชนิดอะดีโนคาสิโนมา (adenocarcinoma) สตรีที่ติดเชื้อเอชพีวีจะไม่แสดงอาการผิดปกติ เช่น ไม่มีไข้ ไม่พบเชื้อเอชพีวีในกระแสเลือด ไม่พบการแตกสลายของเซลล์ ไม่มีการอักเสบหรือไม่มีอาการตกขาวผิดปกติ มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีน HPV (Garland and Smith, 2010; Cuzick, et al., 2008) และประสิทธิภาพการรักษาสูงหากตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนมะเร็งปากมดลูก (Sriplung, et al., 2014; Maneerat, 2009) ซึ่งการรักษาได้ผลดี แต่เป็นที่น่าเสียดาย ที่สตรีไทยจำนวนมากอาจและกลัวจึงมาพบแพทย์ช้าทำให้เสียโอกาสในการรักษาอย่างทันต่วงที่การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ซึ่งมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี และมีอัตราความสำเร็จในการรักษาต่ำ เนื่องจากการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะที่เป็นมาก หรือจากการติดเชื้อเอชพีวีกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงชนิด 16, 18 (Srisomboon and Kiatprakul, 2011) ซึ่งปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนิยมนำงานผลระบบ Bethesda พบ High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) ระดับ severe dysplasia หรือ CIN III ความ

ผิดปกติดังกล่าวเป็นรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง และเกิดขึ้นเหนือชั้น basement membrane การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุแตกต่างกัน มีผลต่อการยอมรับและสภาพจิตใจที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ยังตรวจพบในสตรีที่มีอายุน้อยยังต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวที่ดี และเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยเร็ว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา มีโอกาสหายจากโรคเพิ่มขึ้น

การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของสตรีวัยผู้ใหญ่ ตอนต้นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจาย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถือเป็นความยากลำบากที่จะทำใจยอมรับเนื่องจากสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยของการบรรลุภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่มีความพร้อมที่จะเริ่มต้นชีวิต โดยไม่ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นเหมือนเมื่อยังอยู่ในวัยเด็กหรือวัยรุ่น วัยนี้เริ่มสร้างหลักฐานของชีวิตวัยทำงาน การประกอบอาชีพเพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิต และครอบครัว การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทมารดา จึงถูกคาดหวังจากสังคมว่าสามารถแก้ปัญหาและแสดงบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ยังไม่แต่งงานเป็นเรื่องยากต่อการยอมรับจากสังคมและญาติพี่น้อง หากแต่เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด มีตกขาวผิดปกติ หรือมีอาการมากขึ้น เช่น ประจำเดือนมามากผิดปกติมีลักษณะเป็นลิ่มเลือด จะเป็นอาการนำให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมาโรงพยาบาล และเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้า ระยะเวลาในการรับการรักษาโรคมะเร็งปาก

มดลูกที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่และอัตราการอยู่รอดโดยรวมลดลง (Chandel et al, 2013) สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีทุกคนตั้งแต่อายุ 21 ปีขึ้นไป หรือที่ 3 ปีหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หลังจากนั้นจนกระทั่งอายุ 29 ปี ให้ตรวจคัดกรองทุก 1-2 ปี อายุ 30 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองปกติทุกครั้งที่ 3 ครั้ง/3 ปีติดต่อกัน อาจลดการตรวจลงเหลือเพียงตรวจทุก 2-3 ปี ตรวจสม่ำเสมอไปจนถึงอายุ 70 ปี (World Health Organization, 2013)

การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจายสามารถแบ่งตามระยะของการได้รับสิ่งเร้า คือ

1.ระยะแรก คือ ระยะการวินิจฉัยเบื้องต้น เริ่มต้นจากการชักประวัติ กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพโสด อายุ 27 ปี อาชีพทำร้านอาหาร มีอาการเลือดออกกะปริดกะปรอย ประจำเดือนมามากนานประมาณ 6 เดือน ไปรับการรักษาที่คลินิกหลายครั้ง ได้รับยาบำรุงมารับประทาน และมีอาการมากขึ้น มีประจำเดือนมากผิดปกติลักษณะเป็นลิ่มเลือด รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีโรคประจำตัว เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 18 ปี ไม่เคยติดโรคทางเพศสัมพันธ์ การตรวจร่างกาย รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ เบื่ออกตาซีดเล็กน้อยน้ำหนัก 48 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร หัวใจและปอดปกติ คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอและขาหนีบทั้งสองข้าง ตรวจหน้าท้องไม่โป่งตึงและคลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ดับม้ามไม่โต เกาะโปร่ง เสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ ตรวจภายในพบก้อนขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร มีพังผืดยึดรอบๆและมีการดึงรั้งปากมดลูกจากผลการตรวจร่างกายสามารถ

พิจารณาว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ II A1 คือ มะเร็งยังไม่ลุกลามไปถึงเนื้อเยื่อข้างตัวมดลูก การลุกลามจะอยู่บริเวณ 2/3 ของช่องคลอดส่วนบน ขนาดก้อนมะเร็งน้อยกว่า 4 เซนติเมตรจากการ

เทียบเคียงกับการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก ตามข้อกำหนดสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (FIGO) พ.ศ. 2552 (Han and Kohn,2010; Pecorelli, Zigliani and Odicino, 2009) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก

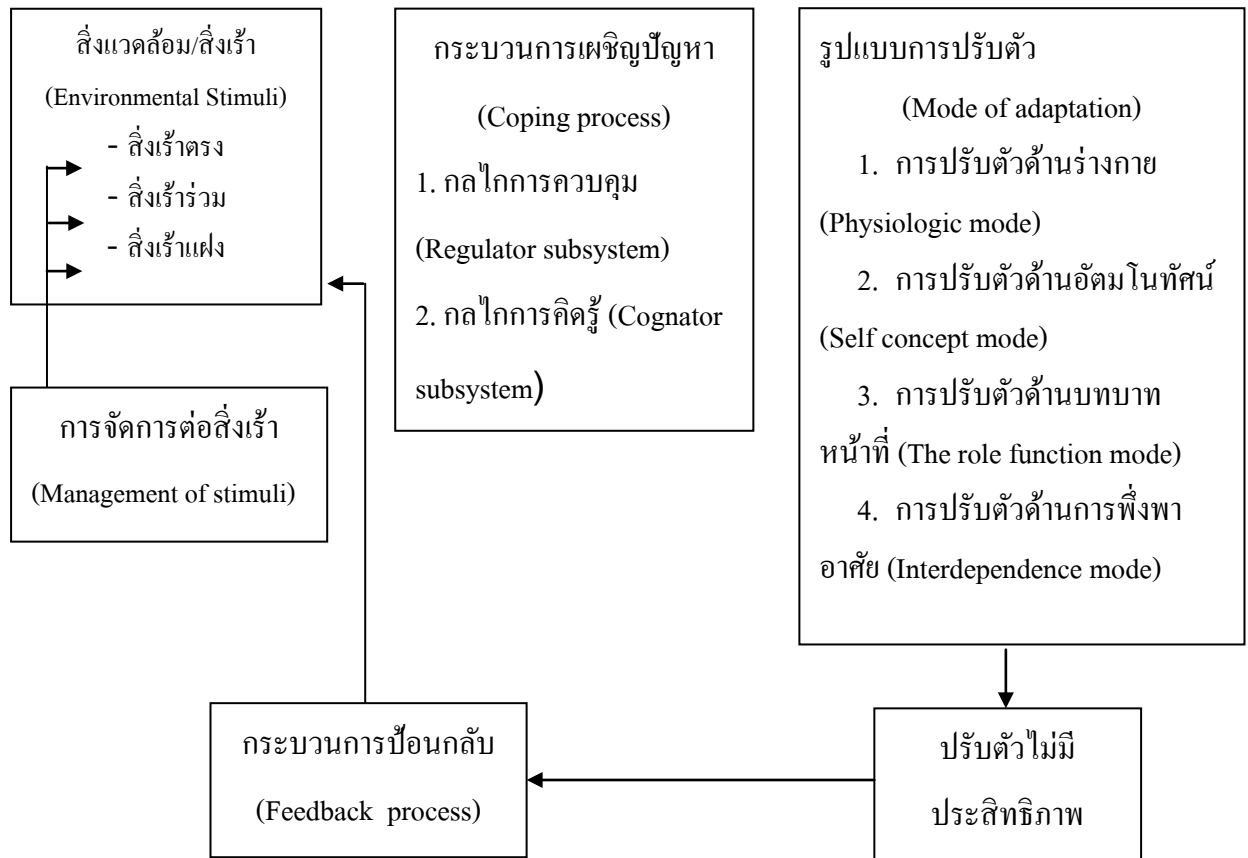
ระยะ	รายละเอียด
ระยะ 0	เซลล์ในชั้นเยื่อบุผิวปากมดลูก (carcinoma in situ)
ระยะ I	มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า การวินิจฉัยมะเร็งระยะ I A1 และ I A2 จะต้องตรวจทางพยาธิวิทยา
I A	มะเร็งลุกลามลงไปมดลูกโดยวัดจาก basement membrane ของ epithelial ส่วนการลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองหรือไม่นั้น จะไม่มีผลต่อการแบ่งระยะ
I A1	มะเร็งลุกลามลงไป stroma มีความลึกไม่เกิน 3 มม. และกว้างไม่เกิน 7 มม.
I A2	มะเร็งลุกลามลงไป stroma มีความลึกเกิน 3 มม. แต่ไม่เกิน 5 มม. กว้างไม่เกิน 7 มม.
I B	มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้นหรือรอยโรคขนาดใหญ่กว่า I A 2 อาจมองเห็นด้วยตาเปล่า
I B1	ขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 4 ซม.
I B2	ขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 4 ซม.
ระยะ II	มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน
	มะเร็งลุกลามลงไปช่องคลอด แต่ไม่ถึง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่าง
II A1	มะเร็งยังไม่ลุกลามไปถึงเนื้อเยื่อข้างตัวมดลูก การลุกลามจะอยู่บริเวณ 2/3 ของช่องคลอดส่วนบน ขนาดก้อนมะเร็งน้อยกว่า 4 ซม.
II A2	ขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 4 ซม.
IIB	มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างตัวมดลูกชัดเจน
ระยะ III	มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน หรือลุกลามถึง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่างหรือมีภาวะไตบวม (hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงาน
III A	มะเร็งลุกลามถึง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่าง แต่ยังไม่ลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน
III B	มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกรานแล้ว และหรือมีภาวะไตบวมหรือไตไม่ทำงาน
ระยะ IV	มะเร็งลุกลามออกนอกอุ้งเชิงกรานผ่านผนังช่องคลอดไปถึงเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ตรง
IV A	มะเร็งลุกลามไปถึงอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ตรง
IV B	มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกล เช่น ปอด ต่อมม้ามหรือในช่องท้อง

การรับทราบผลการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะนำพาตนเองสู่การตอบสนองต่อภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่ง Poomphun (2016) อธิบายปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียไว้ 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะปฏิเสธผู้ป่วยจะไม่ยอมรับความจริงที่เจ็บปวด การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ผู้ป่วยมักยอมรับไม่ได้ มีการปฏิเสธเพื่อป้องกันตัวเองจากความเจ็บปวด 2) ระยะโกรธระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเสียใจรู้สึกผิด ละอายใจ ไม่กล้าบอกความจริงเนื่องจากเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ และด้วยวัยที่ไม่เหมาะสมเกรงจะเป็นที่ติฉินจกสังคม ผู้ป่วยจึงเริ่มโทษตนเองมีความวิตกกังวลมากสับสนและคิดกังวลตลอดเวลา 3) ระยะต่อรอง ผู้ป่วยจะต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ขอโอกาสให้ผลการวินิจฉัยแตกต่างออกไป ขอเวลาใช้ชีวิตเพื่ออยู่กับครอบครัว และไม่พร้อมต่อการเข้ารับการรักษามะเร็งเรื้อรังปากมดลูก 4) ระยะซึมเศร้าเป็นระยะที่เจ็บปวดมากที่สุดผู้ป่วยจะเผชิญหน้ากับความสูญเสียเจ็บปวด อาจแสดงออกไม่เหมาะสม เช่น การแยกตัว ซึมเศร้า ไม่พูดจาหรือปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และ 5) ระยะยอมรับผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลลดลง มีการปฏิสัมพันธ์กับญาติใกล้ชิด เพื่อร่วมกันตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจผ่านระยะหนึ่งไปแล้วและวนกลับมาที่ระยะเดิมได้อีก หากการสนับสนุนทางสังคมหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดไม่ดี กรณีศึกษาสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นรายนี้สามารถปรับตัวได้ดีภายหลังการรับทราบผลการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกผู้ป่วยมีระยะปฏิเสธความจริงระยะสั้นๆ โดยมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อลดล้างผลการตรวจและแนวทางการตรวจวินิจฉัย

เพิ่มเติมมีความกังวลใจ สับสน ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดมีการถอนหายใจบ่อยครั้งไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและต่อต้านการรักษาระยะต่อรองผู้ป่วยหวังผลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่แตกต่างไปจากเดิมหรือลดระดับความรุนแรงลงเพื่อผลของการรักษาที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็เป็นช่วงเวลาสำคัญของการปรับตัว (Sangmanee, Apanuntikul, and Sirapornngang, 2012) ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดกังวลใจและอาลัย การปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีของรอยเชื่อว่า เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบบุคคลจะเข้าสู่กระบวนการปรับตัว (Coping process) หรือกระบวนการเผชิญปัญหาการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกทำให้มีการปรับตัวตลอดเวลา สามารถอธิบายตาม แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) (Roy and Andrews, 1999) ได้แบ่งกระบวนการปรับตัวเป็น 2 กลไก คือ กลไกการควบคุมการทำงานของร่างกาย และกลไกการคิดซึ่งทำให้บุคคลที่เข้าสู่กระบวนการปรับตัวจะมีการปรับตัวด้านร่างกายอารมณ์ การรับรู้ข้อมูล ซึ่งทั้ง 2 ระบบจะทำงานร่วมกันเสมอ (Sujitra Uratanamane e อ้างใน Faculty of Nursing, Chulalongkorn University (2012) ส่งผลให้กรณีศึกษาสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นรายนี้มีการปรับตัวด้านร่างกายการรับรู้ข้อมูลและตัดสินใจรับการรักษาด้วยความหวังว่าจะมีผลการรักษาที่ดี และมีชีวิตยืนยาว

2. ระยะยืนยันผลการวินิจฉัย เป็นระยะที่ได้รับการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัยการส่งชิ้นเนื้อพบ squamous cell carcinoma เป็นการยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน ในระยะนี้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธหรือยอมรับ หากกระบวนการปรับตัวมีผลลัพธ์ที่ดีพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นการ

กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model)



แหล่งที่มา: ดัดแปลงจาก The Roy's Adaptation Model (p. 114), By Roy and Andrews, 1999. Stamford: Appleton & Lange.

ตอบสนองในเชิงบวก หรือเรียกว่า พฤติกรรมการปรับตัวสำเร็จ (Adaptive response) จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความแข็งแกร่ง มีความมุ่งมั่นสู่การบรรลุเป้าหมายของการรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการอยู่รอด เช่น พฤติกรรมการกิน การระวังรักษาสุขภาพ และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย แต่หากผู้ป่วยปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective responses) ทำให้ระบบเสียสมดุลมีพฤติกรรมการแสดงออกทางลบ ไม่ยอมกิน ไม่ยอมนอน ซึมเศร้าต่อต้าน ปฏิเสธการรักษา จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวได้ ผู้ป่วยรายนี้ภายหลังการรับทราบผล

การวินิจฉัยขึ้นเนื้อ ยอมรับผลการตรวจ มีพฤติกรรมการแสดงออกในเชิงบวกและยอมรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้แก่ ตรวจค่าความเข้มข้นเลือด ร้อยละ 31.50 ซีโมโกลบิน 10.20 กรัม/ดล. เม็ดเลือดขาว 8,510/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล ร้อยละ 79.4 ลิมโฟไซต์ ร้อยละ 14.9 ลักษณะเม็ดเลือดแดงปกติ ค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือด 8 มล/ดล. ครีเอตินิน 0.6 มล/ดล. การทำงานของตับปกติ ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ผลการตรวจ CT- scan (Whole Abdomen) ตับมีขนาดปกติ ม้าม ตับอ่อน ปกติ ต่อมม้ามใหญ่ปกติ ไตมีขนาดปกติ ท่อไตด้านขวามีลักษณะบวมมีน้ำคั่ง

ระดับน้อย (Mild hydronephrosis of right kidney with hydroureter) ปอดปกติ (Lung base on clear) พิจารณาให้ระยะของมะเร็งปอดคลุกระดับ 3B คือ มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกรานหรือมีภาวะไตบวมน้ำหรือไตไม่ทำงานจากผลการตรวจพบการบวมน้ำระดับน้อยของท่อไตด้านขวา จึงมีการส่งกล้องระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเพื่อตรวจหามะเร็งหรือภาวะแทรกซ้อนจากการกดของเซลล์มะเร็งผลการตรวจพบว่ากระเพาะปัสสาวะปกติ ไม่พบก้อนไตปกติ พบท่อไตด้านขวามีสองทาง (double right ureter) ส่งผลให้การไหลของปัสสาวะไม่สะดวก มีการคั่งและลักษณะบวมน้ำระดับเล็กน้อย ซึ่งเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด ไม่ได้เกิดจากการกดทับจากเซลล์มะเร็งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดคลุกระดับที่ 3 และได้รับรังสีรักษาเพื่อประคับประคอง (Palliative Treatment) การฉายรังสีจากภายนอก (External beam radiotherapy) ร่วมกับการให้รังสีรักษาระยะใกล้หรือการใส่แร่ (Intracavitary brachytherapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสี 80-90 เกรย์ (Srisomboon, 2014) จำนวน 30 แสง ระหว่างรอคิวฉายแสงอีก 1 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโสด อายุ 27 ปี กำลังวางแผนแต่งงาน มีความหวังที่จะรักษารังไข่ไว้ จึงขอรับการผ่าตัดดัดกรังไข่ผ่านกล้อง (Laparoscopy) เพื่อดัดรังไข่หลบรังสีการฉายแสง เมื่อส่งกล้องพบมีพังผืดยึดรังไข่และท่อนำไข่ไม่สามารถดึงรังไข่ขึ้นได้และพบมีการบวมของลำไส้ ซึ่งหากได้รับรังสีรักษาในระบบ 3D อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่สบายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงขอย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งมีระบบการฉายแสงแบบ 4D ได้รับ

การวินิจฉัยให้ฉายแสง 30 แสง ระหว่างรอคิวการฉายแสง ผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน 4 สัปดาห์ต่อมา (1 สัปดาห์ก่อนฉายแสง) ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอดมาพบแพทย์ พิจารณาให้ CT-scan (whole Abdomen) พบว่ากระเพาะปัสสาวะปกติ ตับ ม้าม ปกติ (the pancreases, spleen and adrenal gland are unremarkable) ลำไส้ปกติ (the bowel loop are unremarkable) ไม่มีภาวะน้ำในช่องท้อง (no ascites) ต่อมาน้ำเหลืองไม่โตมีการบวมน้ำของท่อไตด้านขวา (Mild hydronephrosis of right kidney with hydroureter) และพบฝ้าขาวกระจายทั่วปอดส่วนล่างทั้งสองข้าง (multiple opacities at both basal lungs) ผู้ป่วยได้รับให้เคมีบำบัดระหว่างรับเคมีบำบัดมีภาวะแทรกซ้อนระดับน้อย อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น เข้ารับการฉายแสง 30 แสง มีภาวะแทรกซ้อน คือ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียนบ้างเล็กน้อย สามารถรับการฉายแสงจนครบ 30 แสงตลอดระยะของการรักษา พยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกระบวนการปรับตัวให้สำเร็จ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามขั้นตอนปรับตัวของรอย 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินพฤติกรรมปรับตัว (Assessment of behavior) เป็นการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับตัวโดยพบว่า ผู้ป่วยสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นรายนี้ สามารถปรับตัวได้สำเร็จและตอบสนองได้อย่างมีเหตุผล 2) การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of stimuli) เป็นขั้นตอนในการค้นหาสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม หรือสิ่งเร้าแฝงโดยการประเมินหลังการได้รับสิ่งเร้าเป็นระยะๆ เช่น ภายหลังการยืนยันการวินิจฉัย หรือ หลังการแจ้ง

ผลความก้าวหน้าของโรค 3) การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องตัดสินใจว่า ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือกระบวนการปรับตัวไม่สำเร็จ เพื่อวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย 4) การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล (Goal setting) พฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์หรือการตอบสนองที่คาดหวัง ซึ่งเป็นผลมาจากการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อสร้างแนวทางในการปรับตัวที่คาดหวัง 5) การกำหนดการบำบัดทางการพยาบาล (Intervention) การกำหนดแนวทางเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้สำเร็จ หรือการประคับประคองจิตใจ หากผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและ 6) การประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนสุดท้ายหลังจากที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล พบว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นรายนี้ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ และมีกระบวนการปรับตัวภายหลังได้รับสิ่งเร้าอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ระยะยอมรับ การยอมรับผลการรักษา 1 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ปวดหลังมาก จึงพิจารณาทำ bone scan พบเซลล์มะเร็งที่ C₁₁₋₁₂-S₃ S₄ และทำ CT-scan (upper Abdomen) พบมะเร็งแพร่กระจายที่ตับ segment 6 (0.6 cm) และ segment 7/8 (0.7 cm) แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองระบบปัสสาวะและปอดส่วนล่างทั้งสองข้าง การกระจายของมะเร็งปากมดลูกมี 3 วิธีคือ 1) กระจายผ่านเนื้อเยื่อ มะเร็งจะลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบๆ 2) กระจายผ่านระบบ

น้ำเหลือง มะเร็งจะลุกลามเข้าไปในระบบน้ำเหลืองและเคลื่อนที่ผ่านหลอดน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่นๆ ของร่างกายและ 3) กระจายผ่านระบบเลือด มะเร็งจะลุกลามเข้าไปในเส้นเลือดดำและเส้นเลือดฝอยผ่านเส้นเลือดไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เมื่อเซลล์มะเร็งกระจายจากก้อนมะเร็งต้นกำเนิดผ่านไปทางหลอดน้ำเหลืองหรือเส้นเลือดต่างๆ ไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย และเกิดการสร้างตัวเป็นก้อนมะเร็งใหม่การกระจายของก้อนมะเร็งนั้นเรียกว่า เมแทสเทซิส (metastasis) ซึ่งการกระจายของก้อนมะเร็งนั้นจะมีเซลล์ชนิดเดียวกันกับมะเร็งต้นกำเนิด ยกตัวอย่างเช่นถ้ามะเร็งเต้านมกระจายไปยังกระดูก เซลล์มะเร็งที่พบที่กระดูกจะเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม ไม่ใช่เซลล์มะเร็งของกระดูก หลังการรับทราบผลการตรวจวินิจฉัยมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกหมดหวัง รู้สึกอ้างว้าง และเศร้าโศก ในระยะนี้พยาบาลควรให้กำลังใจช่วยเหลือและให้คำแนะนำญาติในการทำกิจกรรมประจำวันระยะต่อมาผู้ป่วยยอมรับความจริงที่ตนหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาการเศร้าลดลง ปล่อยให้เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมรักษาพยาบาลและญาติเริ่มปรับตัวต่อการรักษา และรับรู้ถึงความก้าวหน้าของมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจาย ยอมรับฟังธรรมชาติต่างๆ ทั้งจากการอ่านให้ฟังและการฟังเทปธรรมชาติ ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการในโรงพยาบาลนาน 22 วัน และเสียชีวิตอย่างสงบ รวมระยะเวลาการรักษาทั้งสิ้น 166 วัน

สรุป

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และมีประสิทธิภาพการรักษาสูง หากตรวจพบในระยะเริ่มแรก แต่การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมักพบในระยะที่เป็นมาก และเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยกระทบจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกระบวนการปรับตัวที่ดีเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ หากมีการปรับตัวที่ดี พฤติกรรมที่แสดงออกจะตอบสนองในเชิงบวก ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่ลงก็จะสามารถขอรับการเจ็บป่วยและ และเตรียมใจเพื่อจากไปอย่างสงบ

ข้อเสนอแนะ

มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีน HPV โดยเริ่มฉีดวัคซีนในเด็กผู้หญิงก่อนการมีประจำเดือนครั้งแรก ตามนโยบายของการอนามัยโรงเรียน และประสิทธิภาพการรักษาสูง หากตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ซึ่งมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี จากกรณีศึกษาพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแพร่กระจาย ที่มีอายุเพียง 27 ปี ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรเริ่มที่อายุ 25 ปี

Reference

- Cancer Report. (2009). Ramathiboli Cancer registry. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Chandel, S.S., Singh, K.K, Nigam, A.K. & Baghel, R.S.(2013).Role of twice weekly HDR-brachytherapy in management of carcinoma of uterine cervix-experience of Rural centre in India. Global Journals Inc.
- Cuzick, J., Arbyn, M., Sankaranarayanan, R., Tsu, V., Ronco, G., Mayr and MH et al. (2008). Overview of human papillomavirus - based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. Vaccine 2008; 26 Suppl 10: K29-K 41.
- Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (2012). Theory and Practical Approaches: Client-oriented Theories. Chulalongkorn University.
- Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D.M., & GLOBOCAN. (2009). Cancer incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer;2010. Available at: <http://globocan.iarc.fc>.
- Fitzmaurice, C., Dicker, D., Pain, A., Hamavid, H., Moradi-Lakeh, M., et al.(2015) The Global Burden of Cancer 2013. JAMA Oncol; 1 (4): 505-27.
- Garland, S.M. & Smith, J.S.(2010) Human papilloma virus vaccines : current

- status and future prospects. *Drugs* 2010 ;70:1079-98.
- Han, J.J., &Kohn, E.c. (2010).The NewFIGO Staging for Carcinoma of the vulva, cervix, endometrium, and sacromas, Retrieved, from McGraw-Hill 2010 Website. Available at:<http://www.medscape.com/viewarticle/722721>.
- Hacker, N.F.,Friedlander, M.L., Cervical Cancer, in: Berek,J.S., Hacker berek, N.F., editors.Berek& Hacker's.(2010) gynecologic oncology. Williams & Willings; 201010000K341-341 -95.
- Khuhaprema,T., Srivatanakul,P. ,Attasara, P.,Attasara, P., Sriplung, H., Wiangnon, S.,Sumisawan, Y., editors. (2010). *Cancer in Thailand Volume.V,2001-2003*. Bangkok : Bangkok Medical Publisher;2010.
- Maneerat, J.(2009). IsPapsmear appropriate for confirmation in VIA positive women before having colposcopy *Srinagarind Med J* 2009;24:326-31
- Pecorelli, S., Zigliani, L., Odicino, F. (n.d.) Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix *Int J GynecolObstet* 2009; 105: 107-8.
- Poomphun, W. (2016). How to face grief and loss. Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Retrieved 15 March, 2017: from http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/01/sad_th.html
- Roy, C.,& Andrews, H. A., (1999). *The Roy adaptation model*. California: Appleton & Lange.
- Sangmanee, S., Apanuntikul, M., & Sirapornngang, Y. (2012). Case study: adaptation of relatives and caregivers of patients with strokes, who are working outside from home. *Rama Nursing Journal*, 18 (1), 119-133.
- Sirilerttrakul, S.et al. (2012). *Nursing Care for Patients with Cancer: 1st edition*. Sintaweekit Printing Limited.
- Srisomboon, J. (2014). *Cervical Cancer Diagnosis and Treatment*. P.B. Foreign Book Center: Bangkok
- Srisomboon, J. &Kiatprakul, C. (2011).*Cancer of the Gynecology*. Bangkok Printing Co., Ltd.
- Sriplung,H., Singkham, P., Lamsrithawom, S., Jiraphongsa, C. & Bilheem, S.(2014). Success of a cervical cancer screening program :trends in incidence in Songkhla, Southern Thailand. 1989-2010, and prediction of future incidences to 2030.*Asian Pac J Cancer prev* 2014;15(22):1003-8.
- World Health Organization.(2013).*Cancer*.(Online). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>, January 25, 2013.