

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี

มี ร.

นางสาวมีนา ชูใจ

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน

ส.ค.

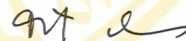
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์สุรินทร์ กลัมพากร

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์วิชชัย วรพงศธร

Ph.D. (Research Designs & Statistics in
Education)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



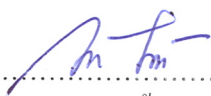
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไพฑูรย์ เกิดมงคล

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

11 กุมภาพันธ์ 2552

น. ร.

นางสาวมีนา ชูใจ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุลี ทองวิเชียร

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน

ส.ค. (บริหารสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์รัชชัย วรพงษ์ธร

Ph.D.(Research Designs & Statistics in Education)Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุรินทร์ กลัมพการ

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุรินทร์ กลัมพากร และรองศาสตราจารย์รัชชัย วรพงศธร กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุน และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์สุดี ทองวิเชียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์และให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ อาจารย์ปัทนัน พิชยภิทยโย คุณแมนมน จิระจรัส และนายแพทย์ปิ๋ว วุฒิจริยากุล ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลบ้านโป่งและโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย และขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ คุณวนิดา อินทรสันติ คุณจินตนา นฤมลสัณห์ และคุณวรรณ วรรณอนันต์ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ และคอยให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข ภาคพิเศษ รุ่นที่ 10 และภาคปกติรุ่นที่ 30 ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อนๆ และบุคคลที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

มินา ชูใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี

(THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE EFFICACY AND QUALITY OF LIFE AMONG BREAST CANCER PATIENTS WITH MASTECTOMY, RATCHABURI PROVINCE)

มีนา ชูใจ 4836048 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วันเพ็ญ แก้วปาน, ศ.ด., สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D., ธวัชชัย วรพงษ์ธร, Ph.D.

บทคัดย่อ

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดเต้านมเป็นวิธีการหนึ่งที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดมักมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จำนวน 160 คนในจังหวัดราชบุรี เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติไคว์-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.13 ($\bar{x} = 68.86$, $SD = 16.07$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่สูงสุดและด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนต่ำที่สุด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.13 ($\bar{x} = 83.86$, $SD = 16.07$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.553$, $p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในด้านการปรับแก้ ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจและด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเชิงบวกในระดับปานกลางทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.544$, 0.404 , 0.450 และ 0.422 ตามลำดับ) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และอาชีพรับราชการ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ ร้อยละ 32.4 ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการจัดระบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะส่วนตนในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย การให้สุศึกษา การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม / การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง / คุณภาพชีวิต

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE EFFICACY AND QUALITY OF LIFE
AMONG BREAST CANCER PATIENTS WITH MASTECTOMY, RATCHABURI
PROVINCE

MEENA CHOOJAI 4836048 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORS: WONPEN KAEWPAN, Dr.P.H., SURINTORN KALAMPAKORN, Ph.D.,
THAVATCHAI VORAPONGSATHORN, Ph.D.

ABSTRACT

The stage of breast cancer and complications in its treatment can affect the quality of a patient's life. Self care efficacy is important for rehabilitation outcomes after mastectomy. The purpose of this research was to study the relationship between self care efficacy and the quality of life of breast cancer patients who have had a mastectomy. The subjects were 160 post-mastectomy patients in Ratchaburi province. Data were collected using interview questionnaires and were analyzed using chi-square, Pearson's correlation coefficients and multiple regression.

The results showed that subjects mostly (98.13%) had on overall quality of life at a moderate level ($\bar{x} = 68.86$, $SD = 16.07$). After considering each aspect of quality of life, the quality of life related to cognitive and social function scales was high and the quality of life related to symptoms was low. Most of the subjects (63.13%) had a self care efficacy at a moderate level ($\bar{x} = 83.86$, $SD = 16.07$). Self care efficacy was positively related to quality of life at a moderate level ($r = 0.553$, $p < 0.05$). Self care efficacy in the coping dimension, stress reduction dimension, decision-making dimension and enjoying dimension was positively related to the quality of life at a moderate level $p < 0.05$ ($r = 0.544$, 0.404 , 0.450 and 0.422 , respectively). The two main factors that could predict the improvement in quality of life of breast cancer patients with mastectomy were self care efficacy and occupation.

The findings of this study suggested that, to promote quality of life of breast cancer patients with mastectomy, self care efficacy needs to be enhanced through nursing intervention such as discharge plans, health education, and self help group.

KEY WORDS: BREAST CANCER PATIENTS WITH MASTECTOMY/ SELF CARE
EFFICACY / QUALITY OF LIFE

129 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่	
1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามตัวแปร	7
2. ทบทวนวรรณกรรม	
โรคมะเร็งเต้านม	11
แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	21
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
คุณภาพของเครื่องมือ	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
4 ผลการวิจัย	
ผลการวิจัย	51
5 อภิปรายผล	
การทดสอบสมมติฐานการวิจัย	74
6 บทสรุป	
สรุปผลการวิจัย	81
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	98
บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	115
ประวัติผู้วิจัย	129

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จำแนกตามโรงพยาบาล	42
2. คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละส่วนจากแบบสอบถาม QLQ-C30 และ QLQ-BR23	46
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม คุณลักษณะประชากร	52
4. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา	54
5. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน	55
6. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการปรับแก้	57
7. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการตัดสินใจ	58
8. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการทำชีวิตให้ เพลิดเพลิน	59
9. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการลดความเครียด	60
10. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน	61
11. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่	62
12. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม ระดับคุณภาพชีวิตด้านอาการแทรกซ้อน	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการประเมิน ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง	69
14. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม	70
15. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษาต่อคุณภาพชีวิตด้าน บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม	71
16. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม	72
17. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	73

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	23
3. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	24



บทที่ 1

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดการตายในสตรีเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทั่วโลกและพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละประมาณร้อยละ 1-2 โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยสภาพแวดล้อมอื่นๆที่เป็นองค์ประกอบและเพิ่มมากขึ้นในสตรีที่มีอายุเพิ่มขึ้น (National Cancer Institute, 2007) จากการสำรวจสตรี 9 รัฐในสหรัฐอเมริกาของ Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) ในปี ค.ศ.1998-ค.ศ.2002 พบว่าสตรีที่มีอายุ 20-30 ปี มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 50 ต่อแสนประชากรและจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าในทุกๆช่วง 10 ปีของอายุโดยที่อุบัติการณ์การเกิดโรคสูงสุดจะพบในสตรีที่มีอายุ 80 ปีในอัตรา 500 ต่อแสนประชากรจากนั้นอุบัติการณ์การเกิดโรคจะค่อยๆลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

สำหรับประเทศไทยพบว่า มะเร็งเต้านมในสตรีพบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็ง, 2007) โดยมีอุบัติการณ์เกิดโรคทั่วประเทศ คือ 33.5 ต่อแสนประชากร นั่นคือประมาณ 1 ใน 10 ของสตรีไทยมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมในช่วงหนึ่งของชีวิต(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2545)ซึ่งเมื่อจำแนกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบในภูมิภาคต่างๆของประเทศ ได้แก่ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีประมาณ 30 ต่อแสนประชากร ในส่วนภูมิภาคเป็น 20 ต่อแสนประชากร หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 6,000 รายต่อปี (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544) และจากการสำรวจพบว่าผู้หญิงมากกว่าร้อยละ 89 เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งสูงถึงร้อยละ 46 สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าผู้หญิงทุกคนเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาพบสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านม ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 25 เกิดจากการได้รับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย การหมดประจำเดือนช้า การที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติครอบครัวมีเนื้อเยื่อเต้านมผิดปกติ การรับประทานอาหารไขมันสูง รวมทั้งการดื่มสุรา เป็นต้นและอีกร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจแล้วไม่พบว่าได้รับปัจจัยเสี่ยง (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และในปีพ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศประมาณ 18,000 รายโดยตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ 5,592 รายและมีผู้ป่วยเสียชีวิตปีละประมาณ 2,000 ราย (หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ, 2550)

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และมีการเจริญเติบโตทางภาคอุตสาหกรรมและพัฒนาไปสู่สังคมเมืองอย่างรวดเร็ว ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น จากสถิติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าโรคมะเร็งเต้านมจัดอยู่ในอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นเทียบกับจังหวัดในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็น 63.93 ต่อแสนประชากรและเพิ่มสูงขึ้นในปีพ.ศ. 2548 เป็น 84.90 ต่อแสนประชากรและในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 97.36 ต่อแสนประชากร (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2550) ซึ่งพบว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดราชบุรีสูงกว่าระดับประเทศที่มีอัตราป่วย 33.5 ต่อแสนประชากร การรักษาเพื่อลดการแพร่กระจายของมะเร็งก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงเรียนแพทย์เพื่อการรักษาร่วมด้วยวิธีอื่นต่อไปคือการผ่าตัดเต้านม (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2550) โดยพบว่าภายหลังจากการผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆซึ่งเป็นผลมาจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เกิดความไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายเปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลตนเอง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 45 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมบวม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 22 หลีกหนีการรักษาต่ออันเนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.89 มีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 กังวลเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคตจำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 22.22 ซึ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเต้านมนิยมการรักษาร่วมหลายวิธีเนื่องจากธรรมชาติของโรคมีลักษณะของการแพร่กระจาย (นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย, 2545) และต้องการความต่อเนื่องในการรักษา ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนการรักษาอย่างอื่นๆ ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาต่อผู้ป่วยมีทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ไหล่ข้างหนึ่งตกเนื่องจากความไม่สมดุลของร่างกาย ซึ่งทำให้ปวดหลังและต้นคอ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกขาดพลังอำนาจและสิ้นหวัง โดยที่ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัดเต้านมจะยังไม่แสดงอาการชัดเจนและจะชัดเจนขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคม (Maguire, 1981: 485) รวมทั้งรู้สึกไม่มีค่า พึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น (Mock et al., 2001: 119-127) ด้านสังคม ได้แก่ ต้องการพักผ่อนมากขึ้น ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและแยกตัวจากสังคม (National Comprehensive Cancer Network, 2004) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา (ศิริไท พฤกษ์ศรี, ประณีต ส่งวัฒนาและ

อังศุมา อภิชาโต, 2004: 16) และส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Curt. et al., 2000: : 353-360)

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติ ซึ่งเซลบี (Selby, 1987: 182) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการตัดสินใจหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ การรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คม พยัคฆ์, 2537: 14) สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ทั้งด้านวัตถุวิสัย (objective) ซึ่งเป็นการประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล และด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาจประเมินด้านใดด้านหนึ่งหรือประเมินทั้งสองด้าน จากการศึกษาคุณภาพชีวิตที่ผ่านมามักเป็นการประเมินทางด้านจิตวิสัย แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 27) จำเป็นต้องประเมินในส่วนที่เป็นผลกระทบมาจากโรคและการรักษา เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการข้างเคียงจากการรักษา และรวมทั้งการประเมินตามความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองร่วมด้วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม นับเป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ทศนคติของประชาชนโดยทั่วไปให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคมะเร็งในทางลบคือ ความตาย ความสิ้นหวัง ความเจ็บปวดที่รุนแรงเรื้อรัง การสูญเสียความรัก แม้กระทั่งการมีอนาคตที่ไม่แน่นอนทำให้สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง (Weisman, 1979) สิ่งเหล่านี้ทำให้ความหวังในชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้นที่สำคัญและรักษาสमดุลระบบของชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยภายในและเป็นศักยภาพส่วนบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งกล่าวได้ว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายหลังการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ถูกต้อง หากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997: 58-59) มาเป็นกรอบในการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และยังพบว่าระยะเวลาภายหลังการได้รับทราบการวินิจฉัย ความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น อายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ล้วนเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อการใช้กลไกการรับรู้และกลไกการควบคุมของผู้ป่วยเพื่อที่จะรับรู้สมรรถนะแห่ง

คนในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการปรับแก้ปัญหา (coping) การลดความเครียด (stress reduction) การตัดสินใจ (making decision) และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (enjoying life) ซึ่งทั้ง 4 ด้านนี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

พยาบาลสาธารณสุขนับเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในชุมชนและมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอันเนื่องมาจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ บทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน คือ การช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการลดขนาดและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษา โดยการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยได้เพิ่มความสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพโดยใช้ปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่มีเพื่อฟื้นฟูสภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพตามความเหมาะสม วิธีการหนึ่งที่พยาบาลสาธารณสุขจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองที่ดี ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสภาวะความเจ็บป่วย ความทุกข์ยากและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีความเป็นอยู่ที่ดีและมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสาธารณสุข คือการร่วมกันหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับ มะเร็งเต้านมอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งเชิงพรรณนาและกึ่งทดลอง โดยงานวิจัยเชิงพรรณนาพบว่ามีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างและทำนายความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ เช่น “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสกับการปรับตัว (วิลไลลักษณ์ จันทรพวง, 2534)” และมีการศึกษาปัจจัยอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การปรับตัวเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เป็นต้น แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self care-Self efficacy) และคุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นกรอบเชิงทฤษฎีในการดำเนินการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยสามารถนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสนอแนวทาง วางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดบริการแก่ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมเพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างดีและถูกต้อง เหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

งานวิจัยนี้ มีคำถาม 5 ข้อ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรง ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมหรือไม่ อย่างไร
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมหรือไม่ อย่างไร
5. ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้) ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 6 ข้อ คือ

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

6. ความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยด้านภาวะของโรค และการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ได้ตั้งสมมติฐานสำหรับทดสอบ 4 ข้อ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
4. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมไม่น้อยกว่า 1 เดือนจนถึง 1 ปี และกำลังได้รับการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วย ได้แก่ รังสีรักษา เคมีบำบัด การรักษาทางอิมมูโนวิทยา และ/หรือ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก โดยเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยมีช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2551 ถึงเดือน สิงหาคม 2551

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 20–60 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิน 1 ปี รวมทั้งกำลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด, รังสีรักษา, อิมมูโนวิทยา และการแพทย์ทางเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งร่วมด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งตามการสมรสเป็นสถานภาพ โสด สถานภาพคู่ สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกทางกัน

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับวุฒิสูงสุดของบุคคลที่ได้รับจากการศึกษาอย่างเป็นทางการทั้งในระบบและนอกระบบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา

อาชีพ หมายถึง งานที่ผู้ป่วยทำและก่อให้เกิดรายได้ โดยแบ่งเป็นเกษตรกรรม แม่บ้าน รับจ้าง รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และอื่นๆ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทโดยเฉลี่ยต่อเดือนที่ผู้ป่วยได้รับจากสมาชิกครอบครัวหรือจากตัวผู้ป่วยเองที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆภายในครอบครัว

ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาร่วมที่ได้รับในปัจจุบัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะความรุนแรงของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 หมายถึง มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณที่กำเนิด

ระยะที่ 2 หมายถึง มะเร็งเป็นมากขึ้น อยู่ในส่วนเฉพาะที่

ระยะที่ 3 หมายถึง มีการกระจายมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้น

ระยะที่ 4 หมายถึง มะเร็งกระจายออกไป หรือไปยังอวัยวะอื่น

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของช่วงเวลา que ผู้ป่วยได้รับทราบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

การรักษาที่ได้รับ หมายถึง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับการผ่าตัดเต้านมโดยแบ่งตามประเภทของการรักษา ได้แก่ รังสีรักษา เคมีบำบัด การรักษาทางอิมมูโนวิทยา หรือวิธีการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยก็ได้

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคล 4 ด้าน คือ ด้านการปรับแก้ปัญหา (coping) การลดความเครียด (stress reduction) การตัดสินใจ (making decision) และการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน (enjoying life) โดยการประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านจากการใช้แบบสอบถามซึ่งประยุกต์จากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) ของเลฟและโอเวน (Lev, E.L. & Owen, 1996) ที่แปลและเรียบเรียงโดย นิสารัตน์ เซตวรณ (2543) โดยใช้ระดับการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยปัจจัยย่อยแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

การปรับแก้ปัญหา (Coping) หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเพื่อให้มีชีวิตที่เป็นสุข

การลดความเครียด (Stress Reduction) หมายถึง การแสดงออกทางกายที่แสดงถึงการรับรู้การผ่อนคลาย โดยความสัมพันธ์กับความคาดหวังและความรู้สึกเชื่อมั่นในความสำเร็จของการกระทำกิจกรรมนั้น

การตัดสินใจ (Making Decision) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจดูแลตนเองที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วย

การใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying life) หมายถึง ความสามารถในการทำสิ่งดีๆ ให้กับตนเองในขณะที่เจ็บป่วย หรือมีช่วงเวลาแห่งความสุขในขณะที่เจ็บป่วยได้ และเกิดเป็นกำลังใจในการรักษาโรค

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หมายถึง ความสามารถในการกระทำหรือปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายตามกิจวัตรประจำวัน 3 ด้าน ได้แก่

ด้านการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การออกกำลังกาย การเดินทาง การรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การแสดงบทบาทในครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์ สังคม รวมทั้งการประกอบอาชีพ การรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการลักษณะตนเอง ความรู้สึกเป็นหนี้ ข้อยกจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกต่ออาการลักษณะ ความซึมเศร้า ความตึงเครียด ความหงุดหงิด และความกังวลใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม การร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ด้านกลุ่มอาการที่เป็นผลกระทบจากการรักษา หมายถึง อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมร่างของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ด้านการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เฝ้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

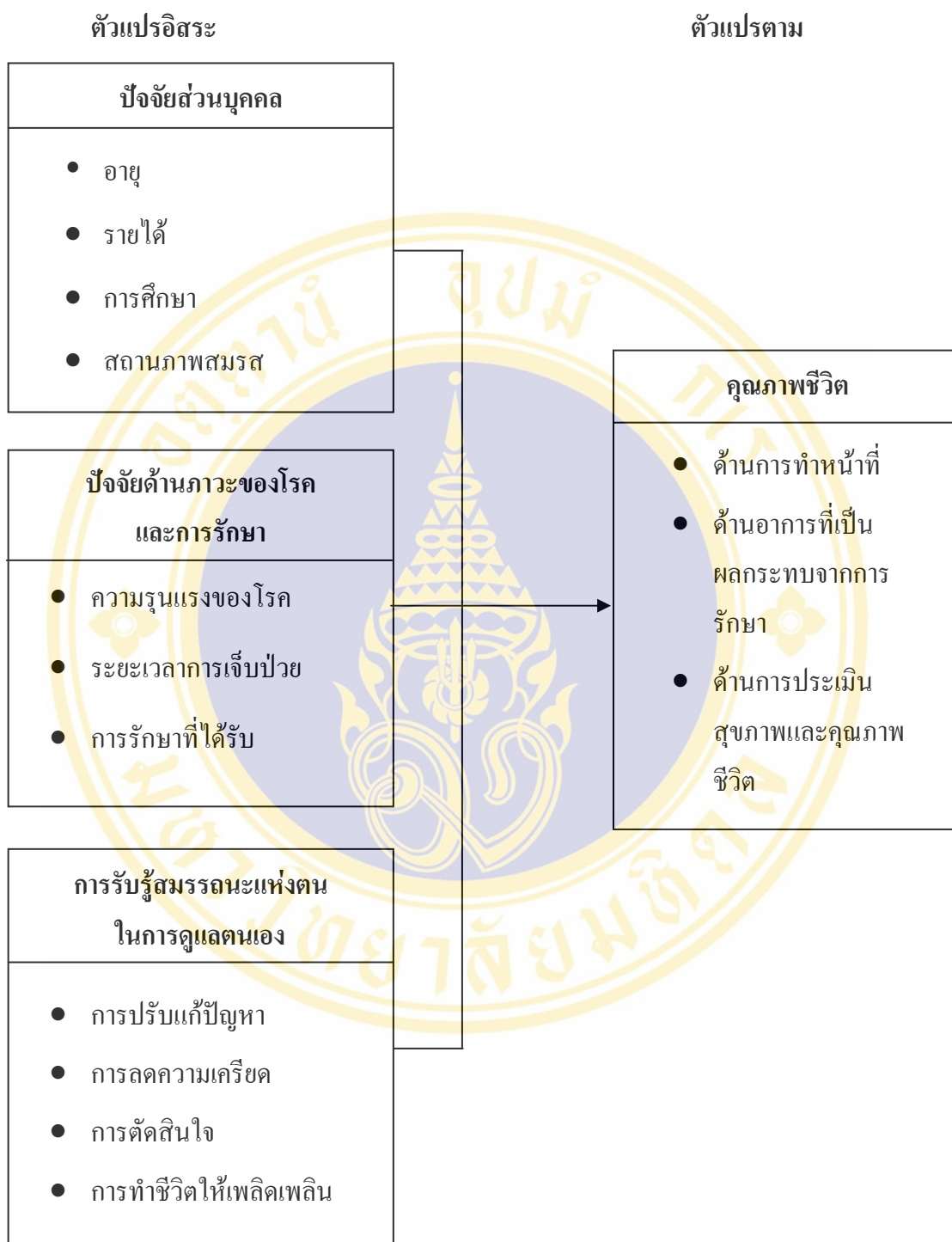
สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและกำหนดตัวแปรในการวิจัย ดังนี้
ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ได้แก่ การปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจ การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน

ตัวแปรตาม ได้แก่

คุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน และด้านการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิต

โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี”

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

วิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเนื้อหาสาระตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1. โรคมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคมะเร็งเต้านม

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงในประเทศทางตะวันตกไม่ว่าจะเป็นในยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบมากที่สุดเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งปากมดลูกแต่ขณะนี้แนวโน้มว่าผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น โดยที่มะเร็งปากมดลูกลดลงซึ่งเชื่อว่าการเกิดจากพฤติกรรมบางอย่างของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมืองที่มีพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมคล้ายชาวตะวันตกมากขึ้น กอปรกับการตรวจควบคุมและรักษามะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น

1.2 สาเหตุของโรค

มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เนื้อเยื่อเต้านม และร่างกายไม่สามารถจะควบคุมการเจริญเติบโตที่ผิดปกติทำให้เซลล์ที่ผิดปกติเหล่านั้นโตออกไปเรื่อยๆอย่างรวดเร็ว และกระจายออกไปยังอวัยวะอื่นๆ ในที่สุด มะเร็งเต้านมสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ได้ 3 ทาง คือ

1. การกระจายโดยตรงสู่อวัยวะข้างเคียง เช่น มะเร็งเต้านมที่โตลุกลามถึงชั้นผิวหนังหรือลึกถึงกล้ามเนื้อหน้าอก
2. การกระจายทางต่อมน้ำเหลือง โดยเซลล์มะเร็งเข้าไปในระบบท่อน้ำเหลืองก่อนที่จะมีการกระจายออกไป ส่วนใหญ่ของมะเร็งเต้านมจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ซึ่งบริเวณดังกล่าวมีความสำคัญในการให้การรักษาต่อโดยการให้เคมีบำบัดหรือการฉายแสง
3. การกระจายทางกระแสเลือด โดยมากจะนำไปสู่การแพร่กระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ เช่น ที่ตับ ปอดและกระดูก เป็นต้น

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

อาการที่อาจพบได้ และสงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งเต้านม มีดังนี้

1. พบก้อนหรือเนื้อที่เป็นไตแข็งผิดปกติ
2. มีน้ำเหลืองและเลือดไหลจากหัวนม
3. มีแผลเรื้อรังที่หัวนม
4. มีก้อนที่รักแร้
5. ผิวหนังบริเวณเต้านมมีรอยบุ๋ม หรือบวมหนาคล้ายเปลือกส้ม
6. หัวนมถูกดึงรั้งจนผิดปกติ
7. เต้านมทั้งสองข้าง ไม่อยู่ในระดับเดียวกัน
8. ขนาดและรูปร่างต่างกันอย่างผิดปกติ

และโรคมะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. และยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

ระยะที่ 2: ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2 - 5 ซม. และ/หรือ มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ของข้างเดียวกัน

ระยะที่ 3: ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. ลุกลามลงไปติดกับกล้ามเนื้อหน้าอก มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้อย่างมากจนทำให้ต่อมน้ำเหลืองเหล่านั้นมารวมติดกันเป็นก้อนใหญ่หรือติดแน่นกับอวัยวะข้างเคียง

ระยะที่ 4: ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเท่าใดก็ได้แต่แตกทะลุผิวหนังออกมาลุกลามลงไปติดกับกระดูกซี่โครงและมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณเหนือไปปลายราของข้างเดียวกันหรือแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่อยู่ไกลออกไป เช่น กระดูก, ปอด, ตับ, สมอง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้หญิงไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 85 มาพบแพทย์ด้วยปัญหาก้อนที่เต้านม อย่างไรก็ตามก้อนที่เต้านมในผู้หญิงไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเป็นมะเร็งเสมอไป อายุของผู้ป่วยจะมีส่วนสำคัญในการที่แพทย์จะสงสัยว่าก้อนที่เต้านมนั้นจะเป็นมะเร็งหรือไม่ จากข้อมูลพบว่าผู้หญิงไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ยประมาณ 49.2 ปี (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2537-2539) และพบว่าก้อนที่เต้านมในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 30 ปีจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเพียงร้อยละ 1.4 แต่ก้อนในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 50 ปีจะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงถึงร้อยละ 58.62 (Tumor registry, 1995)

1.4 การรักษา

1.4.1 การรักษาโดยการผ่าตัด

เป็นวิธีที่นิยมทำกันมากที่สุดทั่วโลกและเชื่อว่าเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดที่สุด เพราะอย่างน้อยที่สุดได้ผ่าตัดเอาก้อนในเต้านมนั้นออกไปให้พยาธิแพทย์ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยให้แน่นอนว่าก้อนนั้นใช่มะเร็งหรือไม่ ทั้งนี้เพราะก้อนที่เต้านมส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายและมีเพียง ร้อยละ 15 เท่านั้นที่เป็นมะเร็ง โดยที่ก้อนในเต้านมบางชนิดที่ไม่ใช่มะเร็งอาจจะยุบเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนก้อนมะเร็งนั้นถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โอกาสที่จะยุบลงไปนั้นน้อยมาก

วิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม มีหลายวิธี ดังนี้

1. การตัดเต้านมแบบฮาลสเตด (Halsted Radical Mastectomy) คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งรวมทั้งห้วนมและฐานห้วนม, กล้ามเนื้อหน้าอกทั้ง 2 มัด, ต่อมน้ำนมและทางเดินน้ำเหลืองที่รักแร้ วิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมทำกันมากที่สุดตั้งแต่ ค.ศ. 1894 แต่ต่อมาพบว่ามีข้อเสีย คือ หน้าอกจะแฟบและยุบลงไปมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า นอกจากนั้นก็จะพบว่าทำให้เกิดแขนบวมและข้อไหล่ติดหลังผ่าตัดได้มาก ในปัจจุบันจึงไม่ค่อยเป็นที่นิยมมากนัก

2. การตัดเต้านมแบบฮาลสเตดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใต้กระดูกซี่โครง (Extended Radical Mastectomy) ทำคล้ายกับวิธีแรกแต่ตัดกระดูกซี่โครงอ่อนซี่ที่ 2-4 บริเวณที่อยู่ติดกับกระดูกสันนอกออกเพื่อเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใต้นั้นออกมาด้วยมักจะทำเฉพาะในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่ด้านครึ่งหนึ่งของเต้านม คือ ระหว่างห้วนมกับกระดูกสันอก วิธีนี้อาจทำให้เกิดผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากกว่าวิธีแรก ผลของการรักษาไม่ดีกว่าและสามารถที่จะทำลายมะเร็งที่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้ได้ด้วยการฉายแสง ดังนั้นในปัจจุบันใช้วิธีนี้น้อยมาก

3. การตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดปรับปรุง (Modified Radical Mastectomy) คือ การผ่าตัดคล้ายๆ กับวิธีที่หนึ่งแต่เหลือกล้ามเนื้อหน้าอกไว้ วิธีนี้ทำยากและใช้เวลามากกว่าการทำผ่าตัดแบบถอนราก วิธีนี้จะทำให้รูปร่างของหน้าอกคงรูปร่างดีกว่าวิธีแรกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าจะไม่แฟบลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถสวมเสื้อคอต่ำได้มากกว่าในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบถอนราก โอกาสเกิดแขนบวมและข้อไหล่ติดน้อยกว่าวิธีแรกด้วย ส่วนผลของการรักษานี้ก็ได้ผลดีเท่าๆ กับการทำผ่าตัดแบบถอนราก ดังนั้นในปัจจุบันวิธีนี้จึงเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์นิยมทำกันมากที่สุด

4. การตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total or Simple Mastectomy) เป็นการตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งผิวหนังที่อยู่เหนือก้อนและหัวนมแต่ไม่ได้เลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ออกมาด้วย ส่วนมากมักทำในรายที่คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้ การผ่าตัดวิธีนี้เกือบจะไม่ทำให้เกิดแขนบวมเลยเพราะว่าไม่ได้ไปเกี่ยวข้องกับทางเดินน้ำเหลืองเลย แต่ก็มีข้อเสีย คือ ทำให้ไม่ทราบว่ามีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วหรือไม่ เพราะจากสถิติพบว่าในผู้ป่วยที่คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้นั้นประมาณ ร้อยละ 30 จะมีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

5. การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial or Segmental Mastectomy) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมที่อยู่รอบๆ ก้อน โดยตัดห่างจากขอบของก้อนประมาณ 2-3 ซม. โดยจะยังคงเหลือหัวนม, ฐานหัวนมและส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านม ส่วนมากมักจะทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กและเต้านมต้องมีขนาดใหญ่พอสมควรมิฉะนั้นหลังผ่าตัดรูปร่างของเต้านมอาจจะไม่น่าดู วิธีนี้ถ้าเลือกผู้ป่วยได้เหมาะสมก็จะได้ผลการรักษาค่อนข้างดีและรูปร่างของเต้านมไม่เสียไปมาก แต่ก็มีศัลยแพทย์เป็นจำนวนมากที่ยังไม่เห็นด้วยกับวิธีนี้ โดยที่เชื่อว่ามะเร็งเต้านมอาจจะเกิดได้ในหลายๆ ตำแหน่งในขณะเดียวกัน ดังนั้นถ้าตัดเอาเนื้อของเต้านมออกไม่หมดก็จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มะเร็งเกิดเป็นซ้ำขึ้นมาได้อีกซึ่งถ้าจะให้ปลอดภัยแน่นอนก็ควรจะต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงร่วมด้วย

6. การตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (Lumpectomy) คือ การตัดเอาเฉพาะก้อนที่เป็นมะเร็งออก เป็นวิธีที่ทำกันน้อยมากเพราะศัลยแพทย์ส่วนใหญ่เชื่อกันว่าจะต้องมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมให้ตัดเต้านมก็ควรจะต้องรักษาด้วยการฉายแสงไม่ใช่ตัดแต่เฉพาะก้อนออกอย่างเดียวซึ่งถ้าคิดในแง่ของการรักษามะเร็งแล้วศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นการรักษาที่ไม่เพียงพอ

7. การเลาะเอาเฉพาะเนื้อของเต้านมออก (Subcutaneous Mastectomy) คือ การผ่าตัดเลาะเอาเฉพาะเนื้อของเต้านมออกโดยไม่ตัดผิวหนังหรือหัวนมออกด้วย

วิธีนี้ไม่สามารถที่จะตัดเอาเนื้อของเต้านมออกมาได้ทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่อยู่ใต้ห้วงม ดังนั้นจึงไม่เป็นที่นิยม

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดทั้ง 7 วิธีนี้ก็มีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป การพิจารณาว่าจะใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง สภาพของผู้ป่วย และความชำนาญของศัลยแพทย์ผู้นั้น แต่ส่วนมากแล้วหลักการรักษายึดถือตาม ลำดับความสำคัญ คือ พยายามรักษาชีวิตผู้ป่วย, พยายามลดโอกาสการเกิดเป็นซ้ำและให้มีความพิการน้อยที่สุด ซึ่งในปัจจุบันวิธีที่นิยมทำกันมากที่สุดและเชื่อว่าเป็นวิธีที่ให้ผลการรักษาที่ใกล้เคียงกับหลักการทั้ง 3 ประการมากที่สุดก็คือ วิธีการตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดปรับปรุงเนื่องจากการที่เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกมาจะมีประโยชน์มากทั้งการพยากรณ์โรคที่ค่อนข้างจะถูกต้องแน่นอนที่สุด แต่ปัญหาที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตัดเต้านมแบบถอนรากและแบบปรับปรุงคืออาจจะทำให้เกิดข้อไหล่ติดและแขนบวมได้ ซึ่งทั้ง 2 ประการนี้อาจจะเป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน โดยการรักษาอาจจะทำให้อาการที่เป็นอยู่แล้วเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องรักษาด้วยการฉายแสงที่บริเวณรักแร้ด้วย และพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ถูกตัดเต้านมออกไปจะประสบกับปัญหาแขนบวมไม่มากนักน้อย โดยหลังผ่าตัดใหม่ๆมักจะมีแขนบวมเสมอแต่ก็จะยุบไปได้ ส่วนในรายที่เกิดแขนบวมหลังจากที่ได้ผ่าตัดแล้วหลายๆสัปดาห์มักจะ ไม่ค่อยยุบและบวมมากขึ้นเรื่อยๆ ได้

1.4.2 การรักษาโดยการฉายแสง

การรักษาโดยการฉายแสง คือ การใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถปล่อยรังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อไปหยุดยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง รังสีนี้จะไปทำลายยับยั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมาก ดังนั้นจึงจะถูกทำลายไปได้มากกว่าและนอกจากนั้นเซลล์ปกติยังมีคุณสมบัติที่จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายไปแล้วได้จึงทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ยังคงรูปร่างและทำงานได้ตามปกติ ผิดกับเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถจะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้แต่เซลล์ที่ก้อนมะเร็งอาจโตต่อไปได้ก็เนื่องจากเซลล์มะเร็งบางส่วนที่ไม่ถูกทำลาย สามารถแบ่งตัวได้อย่างรวดเร็ว

สำหรับในการรักษามะเร็งเต้านมมักจะฉายแสงร่วมกับการผ่าตัด เช่น ฉายแสงรักษาภายหลังที่ได้ผ่าตัดเต้านมออกในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วหรือในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่ทางส่วนครึ่งในของเต้านมหรือบริเวณใต้ห้วงม ในบางครั้งอาจจะใช้รักษาด้วยการฉายแสงก่อนการผ่าตัดในรายที่ก้อนมะเร็งใหญ่มากเพื่อให้ก้อนยุบลงก่อนจึงค่อยผ่าตัด ก้อนออกภายหลังหรือในรายที่ก้อนมะเร็งแตกออกเป็นแผลมีการติดเชื้อหรือมีเลือดออกซึ่งไม่เหมาะสมที่จะรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสงก็จะทำให้ก้อนยุบลงและลดอาการดังกล่าวได้มาก

และการฉายแสงจะมีประโยชน์มากในรายที่มะเร็งได้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายซึ่งบางครั้งไม่สามารถผ่าตัดออกได้ เช่น ที่สมอง กระดูก ปอดและ ตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดได้อย่างมาก การฉายแสงจะลดอาการปวดได้อย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานจากอาการปวดและสามารถที่จะปฏิบัติภารกิจประจำวันด้วยตนเองได้ โดยทั่วไปการรักษาจะใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วันเพื่อให้ร่างกายและผิวหนังได้มีเวลาพักผ่อนและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายไปเมื่อเริ่มรักษาแล้วก็ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด มิฉะนั้นจะได้จำนวนรังสีน้อยจนทำลายเซลล์มะเร็งไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรและเนื่องจากรังสีจะไปมีผลต่อเนื้อเยื่อปกติที่เป็นทางผ่านของรังสีจึงอาจจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนข้างเคียงได้ซึ่งในผู้ป่วยบางรายก็อาจจะเกิดน้อยมากจนแทบไม่มีอาการผิดปกติเลยในบางรายอาจจะมีอาการอย่างรุนแรงได้ขึ้นอยู่กับความต้านทานของแต่ละบุคคล โดยส่วนมากอาการแทรกซ้อนมักจะเป็นเพียงชั่วคราวแต่บางครั้งอาจจะมีผลต่อเนื่องหลังจากที่การรักษาสิ้นสุดลงไปแล้ว บางครั้งผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีสีแดง คล้ำ คัน หรือมีความรู้สึกปวดแสบปวดร้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในขณะกำลังฉายแสงแต่ส่วนมากมักจะกลับคืนเป็นปกติหลังจากการฉายแสงเสร็จสิ้นลงแล้ว

1.4.3 การรักษาโดยวิธีการใช้สารเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์ไปทำลายเซลล์มะเร็ง เพื่อไปทำลายหรือควบคุมการเจริญของเซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นในร่างกายของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีที่เพ็งค้นพบและใช้กันอย่างแพร่หลายประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ในปัจจุบันการใช้สารเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งที่ได้ผลดีมากวิธีหนึ่งโดยอาจจะรักษาด้วยการใช้สารเคมีบำบัดอย่างเดียวหรืออาจจะใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัดหรือการฉายแสง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับสารเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำงาน, อยู่กับครอบครัว และเข้าสังคมได้ตามปกติ ซึ่งการใช้สารเคมีบำบัดจะใช้วิธีใดและยาตัวไหนนั้นก็ขึ้นอยู่กับชนิดมะเร็งและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อสารเคมีบำบัดเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะมีการกระจายไปทุกส่วนของร่างกาย ยาจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเซลล์มะเร็ง ซึ่งเมื่อยาเข้าไปในเซลล์ก็จะไปออกฤทธิ์ขัดขวางการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของมะเร็งจนในที่สุดเซลล์มะเร็งเหล่านั้นถูกทำลายไป ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งและขนาดของยาที่ใช้เพราะมะเร็งแต่ละชนิดจะมีผลตอบสนองต่อยาไม่เหมือนกัน ส่วนเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวก็จะไม่ถูกทำลายโดยสารเคมีบำบัดเหล่านี้ ยกเว้นเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ไขกระดูก (ซึ่งจะเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดขาว) เยื่อบุทางเดินอาหาร (ปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้) ต่อมขมและนม และระบบสืบพันธุ์ (รังไข่และลูกอัณฑะ) ก็จะถูกทำลายไปด้วยเกิดเป็นอาการแทรกซ้อนข้างเคียงแต่

เนื่องจากเซลล์ปกติเหล่านี้มีคุณสมบัติพิเศษที่แตกต่างจากเซลล์มะเร็ง คือ สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้ ดังนั้นอาการแทรกซ้อนข้างเคียงที่เกิดขึ้นก็มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาก็จะเหมือนปกติ

การบริหารสารเคมีบำบัด ดำเนินการได้ 3 ทาง คือ

1. การรับประทาน
2. การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
3. การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ในปัจจุบันนิยมที่จะให้ยาหลายๆ ชนิดร่วมกัน ทั้งนี้เพราะจะได้ผลดีกว่าการให้ยาชนิดเดียว ดังนั้นผู้ป่วยอาจจะได้รับยาทั้งชนิดรับประทานและยาฉีดร่วมกัน และมักจะให้เป็นระยะๆ โดยจะมีระยะพักอยู่ด้วยเพื่อให้ร่างกายสามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไป โดยระยะเวลาที่บริหารยาขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง, ชนิดของยาและสภาวะของผู้ป่วยเอง โดยปกติแล้วมักจะให้ทุก 4 สัปดาห์จนกว่าผู้ป่วยจะมีผลตอบสนองต่อยานั้น ถ้าไม่ได้ผลก็อาจจะต้องเปลี่ยนเป็นยาอื่นหรือการรักษาวิธีอื่นแต่ถ้าไม่ได้ผลก็ต้องให้ยาต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะหาย หรือถ้าผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนข้างเคียงที่รุนแรงจนต้องหยุดการรักษา

อาการแทรกซ้อนข้างเคียงที่อาจพบได้ค่อนข้างบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารเคมีบำบัดซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายอาการอาจจะไม่เหมือนกันและความรุนแรงก็จะไม่เท่ากัน อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร

เนื่องจากเยื่อบุทางเดินอาหารนั้นเป็นเซลล์ที่มีการเจริญอย่างรวดเร็ว มันก็จะไวต่อสารเคมีบำบัดมาก ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจมีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นช่วงระยะ 2-3 ชม. หลังจากที่ได้รับสารเคมีบำบัด

2. ผลกระทบต่อช่องปาก

สารเคมีบางชนิดอาจทำให้เกิดปากและคอแห้งหรือเจ็บได้ ซึ่งก็มักจะเป็นเพียง 2-3 วัน บางครั้งลิ้นอาจจะสูญเสียความรู้สึกในด้านการรับรสไป

3. ผลกระทบต่อไขกระดูก

ไขกระดูกเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค เม็ดเลือดแดงเพื่อเป็นตัวนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ทั่วร่างกายและเกล็ดเลือดเพื่อช่วยให้เลือดแข็งตัว ซึ่งเซลล์ทั้ง 3 ชนิดจะเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตเร็วมาก (เพื่อทดแทนส่วนที่ตายไป) ดังนั้นอาจจะถูกทำลายจากสารเคมีบำบัด ถ้าจำนวนลดต่ำลงมากเกินไปก็จะทำให้เกิดอันตรายสำหรับผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงใช้จำนวนของเม็ดเลือดขาว, เกล็ดเลือด และเม็ดเลือดแดงซึ่งเป็นเซลล์กลุ่มเดียวที่สามารถนับจำนวน

ได้มาเป็นตัวบ่งชี้กำหนดการให้ยา ลดขนาดของยา หรือปรับเปลี่ยนยาหรือวิธีการรักษา ดังนั้นก่อนให้ยาทุกครั้งจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเจาะเลือดมานับเซลล์เหล่านี้ว่ามีจำนวนเท่าใด น้อยเกินไปหรือไม่ บางครั้งนอกจากจะหาค่าของยาจะต้องให้เลือดเข้าไปแทนถ้าจำนวนเม็ดเลือดลดลงมากจนถึงขั้นที่อาจจะมีอันตรายได้ ถ้ามีจำนวนเกล็ดเลือดไม่เพียงพอก็อาจจะมีเลือดออกง่ายกว่าปกติ เกิดจ้ำเลือด มีบาดแผลแล้วเลือดไหลไม่หยุด อาจมีจุดเลือดออกเล็กๆ ใต้ผิวหนัง มีเลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน หรือถ่ายปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลอ่อนหรืออาจจะเป็นเลือดสดๆปน ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดแดงน้อยลงเซลล์ก็จะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอสำหรับการทำงานจะรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ วิงเวียนคล้ายจะเป็นลม รู้สึกหนาว อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย และหายใจเหนื่อยโดยทั่วไปแล้วอาการจะดีขึ้นเอง

4. ผลกระทบต่อผมและขน

ต่อผมและขนทั่วไปทั้งร่างกาย เช่น หนวด คิ้ว ขนตา ขนรักแร้ ขนที่หัวหน้า ขนตามตัว แขน และขา จะเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นอาจจะถูกทำลายได้โดยสารเคมีบำบัด ซึ่งจะทำให้ผมและขนร่วง ซึ่งในบางรายอาจจะร่วงเพียงเล็กน้อยจนแทบไม่รู้สึกละเลย บางรายก็อาจจะร่วงมากและในบางรายอาจจะร่วงหมดศีรษะ แต่อาการดังกล่าวจะเป็นเพียงชั่วคราว เมื่อการรักษาสิ้นสุดลง ผมและขนก็จะงอกขึ้นมาเหมือนเดิม ในบางรายผมอาจจะขึ้นในระหว่างที่กำลังให้การรักษาอยู่ก็ได้ ซึ่งผมที่ขึ้นนั้นจัดเป็นสิ่งที่ระคายเคืองสำหรับบุคคลทั่วไป เมื่อมีอาการผมร่วงอาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ มีกังวล ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีสารเคมีบำบัด

5. ผลกระทบต่อกล้ามเนื้อและประสาท

ยาบางชนิดอาจจะมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาทได้ บางครั้งอาจจะรู้สึกชา หรือเสียวสั่นได้ อาการแทรกซ้อนข้างเคียงนี้ส่วนใหญ่จะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น

6. ผลกระทบต่อผิวหนัง

ผิวหนังอาจจะมีผื่นสีแดงและคันได้ในระหว่างที่ให้ยาซึ่งอาจจะเป็นเฉพาะ บางส่วนหรืออาจจะเป็นทั่วร่างกายก็ได้ สารเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำบางชนิดอาจทำให้เกิดการระคายเคืองของผนังหลอดเลือดซึ่งอาจจะทำให้เห็นเป็นสีแดงดำเป็นเส้นตามหลอดเลือดดำนั้นๆ ได้

7. ผลกระทบต่อรังไข่

ในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือน ถ้าได้รับสารเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดอาการประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือในบางรายประจำเดือนอาจจะหยุด นอกจากนั้นยังอาจมี

อาการคล้ายๆ คนใกล้หมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบตามตัว แต่มีโอกาสดังครรภ์ได้แต่โอกาสน้อยมากและสารเคมีบำบัดอาจจะมีผลต่อเด็กในครรภ์ ดังนั้นในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดควรมีการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมไม่ควรจะคุมกำเนิดโดยการกินยาคุมหรือนิยาคุม เนื่องจากยาเหล่านั้นมีฮอร์โมนเพศเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยอาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยปกติแล้วยาคุมกำเนิดไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่ถึงวัยใกล้จะหมดประจำเดือนแล้ว เมื่อหยุดให้ยาประจำเดือนก็อาจจะไม่มาอีก ส่วนในผู้ป่วยที่อายุค่อนข้างน้อยประจำเดือนอาจจะกลับมาเป็นปกติภายหลังการรักษาสิ้นสุดลง และมีโอกาสดังครรภ์ได้ บุตรที่เกิดมาก็มักจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่การตั้งครรภ์อาจจะทำให้อาการของมะเร็งเต้านมรุนแรงขึ้น โดยสารเคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์ของรังไข่ทำให้มีโอกาสดังครรภ์ได้น้อยมากแต่จะไม่มีผลโดยตรงต่อสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วย แต่อาจมีผลทางอ้อมในรายที่มีอาการอ่อนเพลียหรือมีผลแทรกซ้อนข้างเคียงอื่นๆ จากยา

8. ผลกระทบต่อปัสสาวะ

สารเคมีบำบัดส่วนมากจะถูกขับออกจากร่างกายโดยทางปัสสาวะ ดังนั้นยาบางชนิดก็อาจจะทำให้สีของปัสสาวะเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อาจจะมีสีเหลืองสดหรือสีแดง แต่ยาบางชนิดอาจจะทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด

9. ผลกระทบต่ออารมณ์

จิตใจของผู้ป่วยทุกคนจะเปลี่ยนไปตั้งแต่ได้ทราบว่าตัวเองเป็นมะเร็ง และอาจจะทรุดลงเมื่อทราบว่าต้องได้รับสารเคมีบำบัด หากมีอาการแทรกซ้อนข้างเคียงในระหว่างที่ได้รับสารเคมีบำบัดจะยิ่งทำให้จิตใจของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และกลัวมากขึ้น อารมณ์อ่อนไหวง่าย ต้องการคนที่เข้าใจ และพร้อมที่จะเป็นเพื่อนประคับประคอง และให้กำลังใจ

1.4.4 การรักษาด้วยวิธีฮอร์โมน

การเจริญเติบโตของเต้านมรวมทั้งการทำงานของเต้านมจะขึ้นอยู่กับฮอร์โมนและฮอร์โมนที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของมะเร็งเต้านม คือ

1. ฮอร์โมนเพศหญิง (Estrogen) ซึ่งผลิตจากรังไข่ (Ovary) ในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนอยู่และจากต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) ในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วหรือในผู้หญิงที่ถูกตัดรังไข่

2. ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ซึ่งผลิตจากรังไข่

3. ฮอร์โมนเพศชาย (Androgen) ผลิตจากต่อมหมวกไต

4. คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ผลิตจากต่อมหมวกไต

5. สอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) ซึ่งกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และ สอร์โมนอีกหลายชนิดที่เป็นตัวควบคุมการหลั่งสอร์โมน ชนิดที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด (Tropic hormone) ผลิตจากต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland)

โดยทั่วไปการรักษาด้วยวิธีสอร์โมนจะได้ผลดีประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันอย่างมากเพราะมีผลแทรกซ้อนข้างเคียงน้อยกว่าการให้สารเคมีบำบัดมาก และวิธีการบริหารยาที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่าการให้สารเคมีบำบัด ปัจจุบันวิวัฒนาการในด้านการรักษาด้วยสอร์โมนก้าวหน้าไปมาก โดยมีการใช้เอสโตรเจน รีเซปเตอร์เป็นตัวช่วยชี้แนวทางการรักษาว่าผู้ป่วยรายใดสมควรที่จะรักษาด้วยสอร์โมน พบว่าในผู้ป่วยที่มีเอสโตรเจนรีเซปเตอร์จะมีผลตอบสนองในทางที่ดีต่อการรักษาด้วยสอร์โมนวิธีต่างๆ ถึงร้อยละ 70 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีเอสโตรเจนรีเซปเตอร์จะมีผลตอบสนองในทางที่ดีต่อการรักษาด้วยสอร์โมนเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 สำหรับวิธีการรักษาด้วยสอร์โมนในผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนอยู่ คือ การผ่าตัดต่อมที่ผลิตสอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเต้านม โดยเริ่มต้นด้วยการทำลายรังไข่ ถ้าไม่ได้ผลก็ต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด แต่ถ้าได้ผลก็รอดต่อไป เมื่อเกิดเป็นซ้ำขึ้นมา ก็รักษาโดยการทำลายต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง ถ้าไม่ได้ผลก็รักษาโดยใช้สารเคมีบำบัด แต่ถ้าได้ผลก็รอดต่อไปอีกเช่นเดิม และเมื่อเกิดเป็นซ้ำขึ้นมาอีกก็รักษาด้วยการให้สอร์โมนขนาดสูงเหมือนกับที่ใช้รักษาในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้ว ส่วนในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้ว (postmenopausal) คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีประจำเดือนมานานกว่า 1 ปี การรักษาจะตรงกันข้ามในผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนอยู่ โดยเริ่มต้นจากการให้สอร์โมนเพศหญิงหรือแอนติเอสโตรเจน ลำดับต่อไปคือการทำลายต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง จากนั้นก็ให้โปรเจสเตอโรนหรือสอร์โมนเพศชาย และขั้นสุดท้ายคือการให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ หลังจากนั้นแล้วจะเปลี่ยนเป็นการรักษาด้วยสารเคมีบำบัด สาเหตุที่การรักษาด้วยวิธีสอร์โมนมีหลายลำดับขั้นตอนนั้น เนื่องมาจากการรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่จะทำลายเซลล์มะเร็งไม่หมด แต่จะทำให้จำนวนเซลล์มะเร็งลดลงมาก อาการและอาการแสดงของมะเร็งก็จะหยุดไปชั่วคราวซึ่งส่วนมากก็จะอยู่ในระหว่าง 2-12 เดือนแล้ว ก็มักจะกลับเป็นซ้ำขึ้นมาอีก

จากการศึกษามะเร็งเต้านมจะพบว่าถ้าปล่อยไว้จนถึงระยะหนึ่งก็มีโอกาสที่จะแพร่กระจาย และมีโอกาสที่จะไปเจริญเติบโตอยู่ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้แพทย์ตรวจตามนัดเป็นระยะไปจนตลอดชีวิต โดยทุก 1-2 เดือนในระยะ 2 ปีแรก, ทุก 3 เดือนในปีที่ 3, ทุก 4 เดือนในปีที่ 4 และ 5 หลังจากนั้นปีละ 1-2 ครั้งตลอดไป (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2549) ทั้งนี้เพราะมะเร็งเต้านมนั้นมีโอกาสจะเกิดเป็นซ้ำหรือแพร่กระจายเมื่อไหร่ก็ได้แต่จะพบมากที่สุดในระยะ 3 ปีแรก การรักษาส่วนใหญ่มักจะเป็นเพียงการประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยทรมาณจากอาการ

ที่เกิดขึ้นน้อยลง มะเร็งยุบลงไปบ้าง ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น แต่การที่ต้องเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานมีผลกระทบต่อทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตของผู้ป่วย ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและเริ่มเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยก็อาจจะพบกับปัญหาหลายอย่างที่ไม่เคยคาดคิดมาก่อน อารมณ์ที่แปรเปลี่ยนง่าย สภาพร่างกาย และความแข็งแรงที่เปลี่ยนไป การดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เริ่มเปลี่ยนไปทีละน้อย ดังนั้นเป็นความจริงที่ว่าโรคนี้อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งทางตรง และทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นสถานะทางสังคมภาระค่าใช้จ่าย บทบาทในครอบครัว ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสัมพันธ์อันสามัคคีกันของผู้ป่วยอาจจะต้องปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงตารางเวลาที่ต้องปฏิบัติทุกๆ วัน เพื่อให้เข้ากันได้กับการรักษา และอาการแทรกซ้อนข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

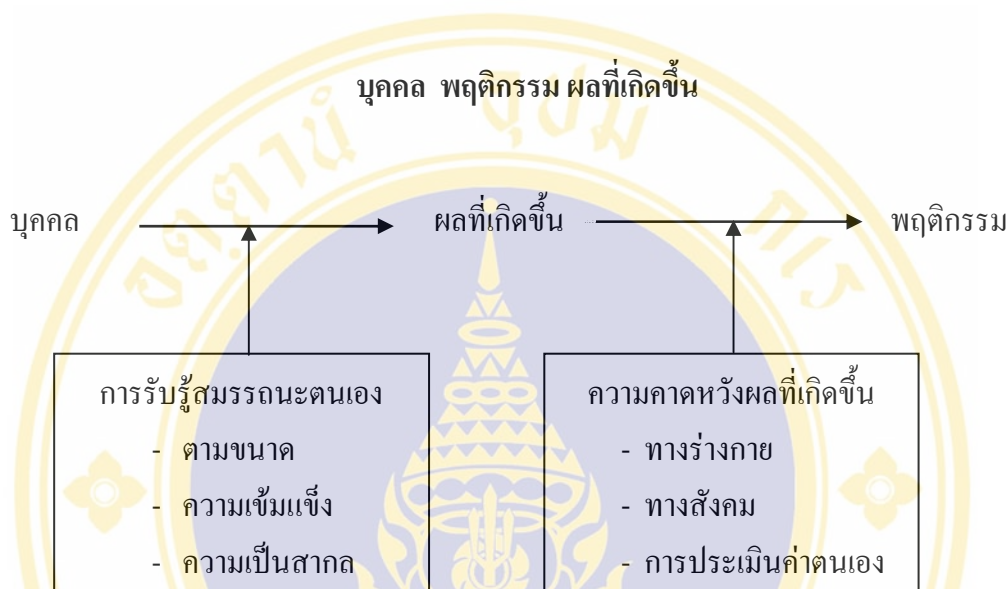
ส่วนที่ 2 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

2.1 ความเป็นมาและสาระของแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self Efficacy) มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulatory) และแนวคิดของความสามารถหรือสมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy)

แบนดูราให้ความหมายของสมรรถนะแห่งตนว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินใจความสามารถส่วนบุคคลในการกระทำพฤติกรรมและดำเนินพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ โดยที่การเรียนรู้ทักษะ และความสามารถในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมนั้นขึ้นถือเป็นการช่วยสร้างพลังให้กับตนเองและมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ (Ross, 1992) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทสำคัญในการที่จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าจะทำได้ (Bandura, 1986) และความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ และมีความชำนาญจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมได้มากกว่าความรู้สึกขาดทักษะความชำนาญ คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถมักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย กระจือรื้อร้อน มีความอดทน (Evans, 1989: 553-559) โดย แบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคลซึ่งแต่ละคนจะรับรู้ความสามารถแตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันการรับรู้สมรรถนะในแต่ละด้านของบุคคลก็ไม่เท่ากัน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดการกระทำของบุคคล (Bandura, 1977: 191-215) กล่าวคือ บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันถ้า 2 คนนี้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกัน แบน

ดูรายยังเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดมาจากแนวคิด 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Percieve self efficacy) และการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิด (Outcome expectation) ดังแผนภูมิที่ 2

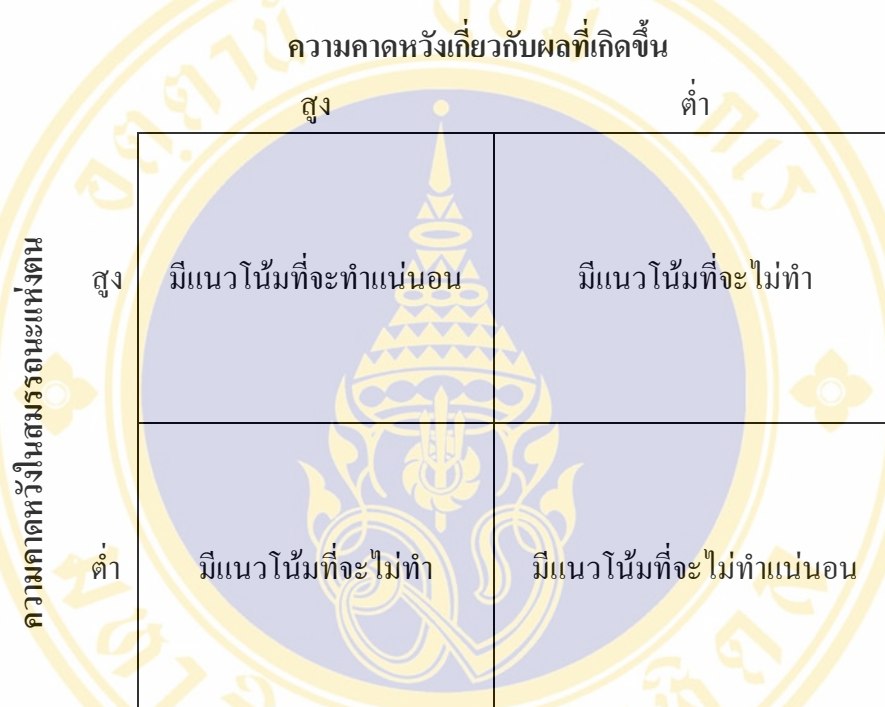


แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. New York: W.H.: Freeman and company. p. 22.

จากแผนภูมิข้างต้นจะเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว จากแนวคิดของทฤษฎีนี้ ความคาดหวัง 2 อย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น คือ ความคาดหวังต่อผลที่ได้ซึ่งเป็นการมั่นใจที่ว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy expectancy) ซึ่งเป็นความมั่นใจที่ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้สำเร็จ ในขณะที่ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้นจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความต้องการที่จะกระทำกับการกระทำจริงๆ (Lawrence & McLeroy, 1990: 19-24) นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้แสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรม โดยปัจจัยทั้ง 3 ส่วนนี้ยังทำหน้าที่ในการกำหนด

ซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมจะกำหนดการแสดงพฤติกรรมโดยกระบวนการของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง เจือใจเชิงพฤติกรรมและเจือใจเชิงสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมากและมีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งแสดงดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
 ที่มา สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่2).
 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 59.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำสิ่งใด และจะพยายามมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จได้ (Bandura , 1982) ดังนั้นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่หรืออาจกล่าวได้ว่าการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลจากความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม หากความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกทางบวก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 2001) ที่ได้เสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม คือ หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะพบว่า

การรับรู้อุปสรรคต่ำ บุคคลนั้นก็จะมีความพยายามทำในสิ่งที่ยาก และท้าทายเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำก็จะพบว่าการรับรู้อุปสรรคสูง ดังนั้นบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ (Bandura, 1986) นอกจากนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีความสัมพันธ์ทั้งโดย ตรงและโดยอ้อมกับพฤติกรรม และการที่บุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงหรือต่ำจะขึ้นกับปัจจัย 4 อย่าง ได้แก่

1. ความสำเร็จในการกระทำโดยการได้ลงมือทำพฤติกรรมนั้นจริง และการประเมินผลการกระทำด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น
2. ประสบการณ์จากการสังเกตการกระทำของบุคคลอื่น(vicarious experience) ที่สามารถกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ ทำให้เกิดความคิดว่าตนเองสามารถทำได้เช่นกัน
3. การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้
4. ภาวะทางสรีรวิทยาที่เกิดจากการทำพฤติกรรม ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ซึ่งบุคคลจะใช้ตัดสินความสามารถของเขา

ดังนั้นความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถแค่ไหนจึงเป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายามทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จได้จะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977: 78-80) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อมั่นเฉพาะบุคคลหรือเป็นการตัดสินใจในความสามารถของคนที่ จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองให้เป็นผลสำเร็จและมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง (Utz, 1990; Stretcher, 1986: 73-96) โดยขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) และผลของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่มีกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Moore, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลอเรนซ์และคณะ (Lawrence et al., 1990) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นเป็นสื่อกลางที่สำคัญระหว่างความรู้กับพฤติกรรม กล่าวคือถ้าวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้ก็จะทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะช่วยให้ไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงานและทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรค ยังมีการรับรู้สมรรถนะของตนมากก็ยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองระดับสูงจะสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่ำ (Lev&Owen, 1996: 421-429) การรับรู้สมรรถนะจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องตลอดไป

จากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการรับรู้ทางด้านลบที่คอยคุกคามความมั่นคงทางจิตใจ ก่อให้เกิดความทุกข์และ ขัดขวางการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม กล่าวได้ว่าผู้ป่วย มะเร็งเต้านมเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลตนเองเป็นอย่างมากเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ การที่ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมจะสามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงใดนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อว่าตนเองมี ความสามารถจะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองได้ หรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ตนเองที่ดี ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงจะสามารถดูแลตนเองและแสวงหา ความรู้ ในการป้องกัน ควบคุมและหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สามารถดำรงชีวิต อย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วย มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ดังนั้นการวัดการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้ก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น จำเป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพยาบาลต้องมียก ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จึงจะสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมให้เพิ่ม ขึ้นได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.2 แนวทางการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ตนเอง จากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวน (Lev & Owen, 1996: 421-429) มาใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งแบบวัดนี้เป็นการประเมินระดับความเชื่อมั่นใน ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองในมิติด้านความแข็งแกร่งหรือความมั่นใจในการที่ จะปฏิบัติจากแนวคิดที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เลฟ และโอเวนจึงได้สร้างแบบวัดนี้ขึ้นและนำไปใช้ครั้งแรกกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 114 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และต่อมาได้ปรับปรุง แก้ไข โดยตัดข้อคำถามออกจากเดิม 36 ข้อให้เหลือเพียงจำนวน 29 ข้อ และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 64 คนได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 จากนั้นได้นำแบบวัดที่ได้ปรับปรุง แก้ไขจนเหลือจำนวน 29 ข้อนี้ไปใช้ อีกครั้งกับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการทำฮีโมไดอะไลซิส (hemodialysis) จำนวน 97 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และเมื่อผู้วิจัยทำการศึกษาในรายละเอียดของแบบสอบถามกลวิธีที่

ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวน (Lev & Owen, 1996: 421-429) พบว่าแบบวัดนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การปรับแก้ปัญหา (Coping) แบบคูรากล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะในการปรับแก้ปัญหของตนเอง (Self-percepts of coping efficacy) สามารถลดระดับของความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชีวิตได้เนื่องมาจากการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นจะต้องประสบกับปัญหาดังกล่าวที่เข้ามากระทบทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นบุคคลจึงพยายามที่จะหาทางปรับแก้ปัญหานั้นๆ เพื่อให้สภาพจิตใจคืนสู่สมดุล และการพัฒนาความสามารถในการปรับแก้ปัญหานั้นๆ ยังจัดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์และหาทางแก้ปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) จึงกล่าวได้ว่าการปรับแก้ปัญหานั้นเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถที่จะตัดสินได้ว่าวิธีใดดีที่สุด ขึ้นอยู่กับบริบทของสถานการณ์ และผู้ป่วยที่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหานั้นกับความกดดันที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหานั้นกับความกดดันที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองลดน้อยลง (Lev, 1992: 321-395) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงจะต้องคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจโดยการแสวงหาการใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้ปัญหานั้นที่เหมาะสมกับตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2. การลดความเครียด (Stress Reduction) การแสดงออกทางกายที่แสดงถึงการรับรู้การผ่อนคลายอาจมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและความรู้สึกเชื่อมั่นในความสำเร็จ (Bandura, 1986) เนื่องจากการผ่อนคลายเป็นกลวิธีเฉพาะของบุคคลในการที่จะลดความเครียดด้วยวิธีต่างๆ กันตามความเหมาะสม และความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการลดความเครียดด้วยวิธีนี้จะให้ผลจริงจึงซึ่งเลฟ (Lev, 1992: 321-395) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้มีการใช้กลวิธีในการดูแลตนเองเฉพาะอย่าง เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การสวดมนต์ภาวนา (Prayer) การทำสมาธิ (Meditation) และการจินตนาการ (Imaging) จะมีความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้

3. การตัดสินใจ (Making Decision) แบบคูรา พบว่าการที่บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองได้จะเป็นการลดการกระตุ้นทางร่างกายและจิตใจได้จากการที่บุคคลต้องตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเป็นการเพิ่มความกดดันให้กับสภาพจิตใจและการตัดสินใจที่ดีและไม่ดี จะเป็นตัวสะท้อนถึงความสมบูรณ์ของสภาพจิตใจได้ สำหรับผู้ป่วย

โรคมะเร็งนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษา การยอมรับการรักษา การเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การรับฟังข้อมูล รวมทั้งการตัดสินใจเลือกที่กระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสม นั้นจัดเป็นการสะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจดูแลตนเองที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วย

4. การทำให้ชีวิตให้เพลิดเพลิน (Enjoying Life) แบนดูรา (1986) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลมีผลต่อปริมาณความพึงพอใจที่บุคคลได้รับจากสิ่งที่ทำแตกต่างกันไป ซึ่งมนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข แต่ความสุขในชีวิตของแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถมีประสบการณ์หรือทำสิ่งดีๆให้กับตนเองในขณะที่เจ็บป่วยนั้นได้ บุคคลนั้นก็สมารถที่จะมีช่วงเวลาแห่งความสุขในขณะที่เจ็บป่วยได้และเกิดเป็นกำลังใจในการรักษา ช่วยให้สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นได้

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม การให้ความหมายจึงมีหลากหลาย จากการศึกษาและรวบรวมเอกสาร งานวิจัย มีนักวิชาการให้ความหมายคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับ ความผาสุก (well-being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของตนเอง แสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดีและการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติของตนเองและดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล

แคนดริล (Cantril, 1963) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสุข รู้สึกสบาย ความพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล

แฮส (Hass, 1999) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การทำให้การดำรงชีวิตอยู่มีคุณค่าและมีความหมายไม่เพียงแต่เพื่อการรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการลดความพิการด้วย

พาลิลดา และคณะ (Padilla et al., 1983) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพหรือความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต โดยจะวัดคุณภาพชีวิตได้จากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทักษะคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตัวเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

ซ่าน (Zhan, 1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าคือ ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล

องค์การสำหรับการวิจัยและการรักษามะเร็ง (The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), 1986) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสามารถในการกระทำบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน คือ หน้าที่ทางกาย บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคม และกลุ่มอาการจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็งซึ่งจัดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สามารถรับรู้ได้คือ อาการอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด และคลื่นไส้ อาเจียน

เฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al., 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ภาวะความสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือความผาสุกด้านร่างกาย และอาการทางกาย (physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความผาสุกทางสังคม (social well-being) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอยู่บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต

จากความหมายดังกล่าวแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสามารถกระทำหรือปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของร่างกายจากการมีกิจวัตรประจำวันตามการแสดงออก และการรับรู้ของผู้ป่วยเองต่อสภาวะสุขภาพ จากประสบการณ์ชีวิตที่ปรากฏอยู่จริง 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ด้านอารมณ์และด้านสังคม รวมทั้งการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญในระบบการบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก คุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะทุกคนต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณภาพดีที่สุดในแนวที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสินเฉพาะที่การรอดชีวิตหรือการที่สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตที่อยู่รอดนั้นด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการพิจารณาและกำหนดเอาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล โดยที่โฮล์มส์ (Holmes, 1985) กล่าวว่า การให้ความสนใจคุณภาพชีวิตและการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาล

และพยาบาลสาธารณสุขควรมีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับชีวิตประจำวันที่ทำนายและช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา นักวิชาการหลายๆท่านได้สรุป และเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ดังนี้

เฟอเนาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวถึง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกายและองค์ประกอบด้านวัตถุที่สำคัญในการดำเนินชีวิต (physical and material well-being) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม การพัฒนาตนเองและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการและการสันตนาการ

เฟอแรนและเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) ระบุว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพและหน้าที่ เศรษฐกิจสังคม จิตใจ จิตวิญญาณและครอบครัว

พาลิดาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว

ซัน (Zhan, 1992) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วยความพึงพอใจในเรื่องต่างๆไป ความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษาและรายได้ หรือเศรษฐกิจสังคม ความต้องการในด้านต่างๆของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดีก็จะทำให้นักบุคคลมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เฟอเรลและคณะ (Ferrel et al., 1995) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptom) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า การพักผ่อนนอนหลับ การเจริญพันธุ์ อาการเจ็บหรือปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพของร่างกายโดยทั่วไป

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความสามารถในการควบคุม ความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ความกลัว เช่น กลัวผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาตลอดจนความรู้สึกเป็นสุข และการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวม

3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความรู้สึกทุกข์ทรมานใจที่มีผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ความสามารถในการดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ไม่มีพฤติกรรมก่อกวนออกจากสังคม ความสามารถในการกระทำการบนหน้าของตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมที่เป็นไปตามปกติ การได้รับการยอมรับจากสังคม และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงินของครอบครัว

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึกถึงการมีความหวัง เช่น การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกและความเชื่อในทางที่ดี รวมทั้งการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การทำสมาธิ เป็นต้น

องค์การสำหรับการวิจัยและการรักษาโรคมะเร็ง(The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), 1996) ได้อธิบายว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย การแสดงออกตามหน้าที่ คือ หน้าที่ทางกาย บทบาท การรับรู้ อารมณ์และสังคม และกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สามารถรับรู้ได้คือ อาการอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เฉพาะเกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการของโรคที่เกิดมาจากผลข้างเคียงของการรักษา เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยภายใน 1 และ 4 สัปดาห์ สามารถรับรู้ได้โดยตัวผู้ป่วย มะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมเองรวมทั้งการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้แก่ การออกกำลังกาย การเดิน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การแสดงบทบาทในครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์ สังคม รวมทั้งการประกอบอาชีพ การรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการ

ตนเอง ความรู้สึกเป็นหญิง ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ ความซึมเศร้า ความตึงเครียด ความหงุดหงิดและความกังวลใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม การร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

กลุ่มอาการที่เป็นผลกระทบจากการรักษา หมายถึง อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมร่างของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ด้านการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

จากความหมายและองค์ประกอบดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปว่า คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพทางกายซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและเมื่อสุขภาพกายสามารถทำงานได้เป็นอย่างดีย่อมส่งผลถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วย เนื่องจากสามารถวัดผลลัพธ์โดยรวมของคนในลักษณะที่เป็นองค์รวม โดยมีการประเมินทั้งทางด้านกาย จิตและสังคมซึ่งปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การวัดคุณภาพชีวิตนั้นอย่างน้อยต้องครอบคลุมหลักการ 4 ประการ ดังนี้ คือ สุขภาพกาย (physical activity and occupational functioning) สุขภาพจิต (psychological functioning) ความเกี่ยวพันทางสังคม (Social interaction) และความรู้สึกเกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการของโรค (somatic sensation) (อังคณา ประภากรและอัญญา เหลี่ยมทองคำ, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น อาการแขนบวมจากการอุดกั้นของท่อน้ำเหลืองที่ถูกตัดขาด อาการปวดและชาจากการตัดโดนเส้นประสาท ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นที่หลังการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดไปสักระยะหนึ่งส่งผลให้ไหล่และข้อศอกของผู้ป่วยติดขยับไม่ได้ กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (ชนิต วัชรพุกก์, 2542: 286-287; Harkness & Dincher, 1999: 1375; Cimprich & Ronis, 2001: 87) ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้แก่ การรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมาก โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกซึ่งจัดว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการเศร้าโศก ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต มีปัญหาในการเข้าสังคมและครอบครัว (Schover et al., 1994: 55; ชนินัญญา น้อยเปียง, 2545: 33; Shell et al., 2001: 950-960) สอดคล้องกับการศึกษาของคิมพริทและโรนีส (Cimprich & Ronis, 2001: 92-93) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง

เด็มนที่ได้รับการผ่าตัดเด็มน 2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน และอาการทุกข์ทรมานจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ใน 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด โดยความทุกข์ทรมานนี้จะมีตั้งแต่ความทุกข์จากการสูญเสียความตั้งใจ (concentratation) กระทั่งต่อการตัดสินใจ ในการรักษาและดูแลตนเอง การที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะแสดงบทบาทเดิมได้อย่างสมบูรณ์ซึ่งส่งผลให้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประกอบกับการกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวความเจ็บปวดทรมานและกลัวการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (บังอร ฤทธิ์อุดม, 2536: 27-29)

ดังนั้นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเด็มนภายหลังการผ่าตัดเด็มน นอกจากจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี การส่งเสริมความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองแล้วยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการที่จะช่วยให้พยาบาลสาธารณสุขสามารถนำมาวางแผนการดูแลเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเด็มนภายหลังการผ่าตัดเด็มนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเด็มนภายหลังการผ่าตัดเด็มน

คุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่

อายุ เนื่องจากมะเร็งเด็มนเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับสตรีทุกวัย ดังนั้นอายุของผู้ป่วยมะเร็งเด็มนจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตส่งผลต่อการเผชิญและการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย พาดิลลาและแกรนด์ (Padilla & Grant, 1985: 56) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการโคลอสโตมี้ (colostomy) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและผู้ที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกวิธีเผชิญและแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน สุรชาติพิทย์ อุปลาบดี (2536: 56) ศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวกลับพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจากมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่า และมีผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (มาลีวรลัคนากุล, 2535: 17; สุริดา กาญจนรังสี, 2538: 59; Osberg et. al., 1988: 94-103)

สถานภาพสมรส เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเด็มนที่มีคู่สมรสส่วนใหญ่จะมีผู้ให้กำลังใจส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยลดความเครียด เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น รวมทั้งยังส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร ฤทธิ์อุดม (2536: ก) ในผู้ป่วยมะเร็งเด็มนภายหลังการผ่าตัดเด็มน พบว่าการ

สนับสนุนจากกลุ่มสมรรถนะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นสถานภาพสมรรถนะจึงน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ต้องการกำลังใจในการเผชิญและแก้ไขปัญหา

อาชีพ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา จำเป็นต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดงานบ่อยและบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการรักษามากจนไม่สามารถที่จะทำงานได้ ซึ่งนักสังคมวิทยาเชื่อว่า การทำงานเป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของคนวัยทำงาน ดังนั้นการทำงานจึงทำให้ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า ส่วนการไม่มีงานทำจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนบทบาทและสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของพาร์ลมอร์และลุยการ์ด (Palmore & Luikart, 1972) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของเพศชายวัยกลางคน อีแวนส์ และคณะ (Evans et al., 1985) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมหรือปลูกถ่ายไต และพบว่าผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงานได้จะมีคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ สุริดา กาญจนรังสี (2538) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียขาพบว่า ผู้สูญเสียขาที่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูญเสียขาที่ไม่มีอาชีพ เช่นเดียวกับ สุรชาติพย์ อุบลาคดี (2536) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

รายได้ จากโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานานส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่มีรายได้ดีก็จะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานและดำเนินชีวิตอยู่ท่ามกลางความเจ็บป่วยได้แต่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา ดังนั้นรายได้จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Zhan, 1992: 799) สอดคล้องกับการศึกษาของเมเยอร์โรวิทซ์และคณะ (Meyerowitz, et. al., 1983: 232-235) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดพบว่า ภาวะทางการเงินทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้

ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งในรูปแบบอาการแสดงในทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลและคณะ (Mishel, et al., 1984: 163-171) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการของโรคเกิดขึ้น อาการและระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน ทำให้บุคคลไม่สามารถให้ความหมายหรือทำนาย คาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ประกอบกับการรักษาที่ซับซ้อนทำให้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการได้รับการผ่าตัดเต้านมและภาวะคุกคามต่อชีวิตจากผลการรักษาส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในระยะยาวอาจมีอาการซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นเรี่ยวแรง กล่าวคือ มีเพียงร้อยละ 37 ที่มีการกลับคืนพลังในช่วงชีวิต 12-16 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคมาวริกซ์ และเรเนเนอร์ (Camevalik&Reiner, 1990: 301-302) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 56 ที่ไม่สามารถมีพลังชีวิตได้ดังเดิม ดังนั้นในช่วงระยะเวลานี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เข้าถึงองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนอกจากจะได้รับผลกระทบจากการดำเนินของโรคแล้วยังได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการรักษาอีกด้วย ซึ่งพบว่า การรักษาโรคมะเร็งทำให้มีผลข้างเคียง เกิดความไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป โครงสร้างและหน้าที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

สรุปได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้นแต่ผู้ป่วยยังพบว่ามีบางการศึกษาที่ปัจจัยต่างๆดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ว่ามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมหรือไม่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมาแล้ว 1 เดือน ไม่เกิน 1 ปี

3.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินหรือการวัดคุณภาพชีวิตนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีผู้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน ดังนี้

พาลิดาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มีความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตในหลายมิติจะดีกว่าการประเมินมิติเดียว เพราะจะทำให้เห็นเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาในชีวิตของผู้ป่วย และยังสามารถที่จะศึกษาถึงแต่ละองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ คือ ประเมินวัตถุวิสัยเป็นปริมาณ การประเมินจิตวิสัยเป็นปริมาณและเป็นคุณภาพซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำการประเมินเองโดยการประเมินในรูปปริมาณค่าที่ได้จะเป็นตัวเลขและที่เป็นคุณภาพจะเป็นการบรรยายข้อมูลโดยผู้ป่วยเอง เช่น การบรรยายสภาพที่อยู่อาศัย

องค์การสำหรับการวิจัยและการรักษาโรคมะเร็ง (EORTC, 1986) ได้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life

Questionnaire-C30 (EORTC QLQ-C30) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะกลุ่ม เช่น The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-BR23 (EORTC QLQ-BR23) ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม EORTC QLQ-HN35 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการแปลและแพร่หลายในหลายๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ที่แปลและแพร่หลายโดย นายแพทย์ชัชวาล ศิลปะกิตและคณะ สำหรับการประเมินขององค์การสำหรับการวิจัยและการรักษาโรคมะเร็งจะประเมินคุณภาพชีวิตใน 3 มิติที่เป็นผลมาจากการรักษา ได้แก่

1. การประเมินบทบาทหน้าที่ คือ ความสามารถในการทำงาน บทบาท การรับรู้ อารมณ์และสังคม
2. การประเมินกลุ่มอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย คือ อาการอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน
3. การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

โดยแต่ละด้านมีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน เพื่อการเปรียบเทียบกับคะแนนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วโลก ซึ่งมีวิธีการแปลงคะแนน ดังนี้

$$\text{Row Score (RS)} = (\text{ข้อที่}_1 + \text{ข้อที่}_2 + \text{ข้อที่}_3 + \dots + \text{ข้อที่}_n) / n$$

$$\text{คะแนนด้านบทบาทหน้าที่} = \{1 - (\text{RS} - 1) / \text{น้ำหนักคะแนนรายข้อ}\} \times 100$$

$$\text{คะแนนด้านกลุ่มอาการและด้านการประเมินตนเอง} = \{(\text{RS} - 1) / \text{น้ำหนักคะแนนรายข้อ}\} \times 100$$

ยูเนสโก (UNESCO, 1980) ประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (Objective) โดยการวัดในสิ่งที่มองเห็นนับได้ เช่น ข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินโดยการถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข คุณค่าตนเอง และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

ซาน (Zhan, 1992) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยครอบคลุมโครงสร้าง 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์เป็นการวัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองทั้งคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) และภาพลักษณ์ (Self Image) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย คือ การประเมินด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ซึ่งซานเห็นว่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด และด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นการประเมิน การศึกษา อาชีพและรายได้

จากแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตมีทั้งทางด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย โดยเฉพาะในด้านสุขภาพและการทำ

หน้าที่ของร่างกายซึ่งเป็นหนึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านวัตถุนิสัย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด (Zhan, 1992; Padilla & Grant, 1985; EORTC, 1986) จากการสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต โดยเชื่อว่าความรู้สึกนึกคิดของบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในระยะแรกๆ การประเมินคุณภาพชีวิตได้ศึกษาเฉพาะด้านวัตถุพิสัยเพียงด้านเดียวแต่ระยะต่อมาไม่สามารถครอบคลุมความรู้สึกอยู่ดีมีสุขของประชาชนได้อย่างแท้จริง สำหรับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต (health related quality of life) ทางกายและทางจิตเวชศาสตร์จะมองไปในด้านของการไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม ความไม่สบาย ผลของความเจ็บปวดตลอดจนผลของการรับบริการทางสุขภาพ (Kleimpell, 1991) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมในด้านของสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งสืบเนื่องมาจากผลการรักษามีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ้น

ในอดีตนั้นได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะ Advance หลังทำ MRM (Modified Redical Mastectomy) โดยในแต่ละการศึกษานั้นจะมีการพิจารณาถึงคุณภาพด้านร่างกาย (physical well-being) ด้านอารมณ์ (Mood) ด้านความเจ็บปวด (Pain) เป็นต้น แต่พบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาในด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยประเมินจากบทบาทหน้าที่ คือ ความสามารถในการทำงาน บทบาท การรับรู้ อารมณ์และสังคมและกลุ่มอาการของผู้ป่วย คือ อาการอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน รวมทั้งประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเหตุผลที่ว่าแนวคิดและองค์ประกอบดังกล่าวมีความครอบคลุมที่จะใช้วัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สามารถรับรู้ได้

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศไทย

บังอร ฤทธิ์อุดม (2537) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม จำนวน 120 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของบุรุษารท์ (Bruchardt, 1982) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับโฮมและดิกเคอร์สัน (Holmes&Dickerson,

1987: 15-24) ที่เชื่อว่าภาวะสุขภาพ ภาวะอารมณ์ ความพึงพอใจส่วนบุคคล ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถในการทำงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์และความรู้เดิมในอดีต การคิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, วรชัย รัตนธรรธร (2540) ได้ทำการศึกษาทัศนคติและปฏิบัติกริยาการตอบสนองต่อโรค รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปฏิกริยาการตอบ สนองต่อโรคกับการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 40 ราย โดยติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3-4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคในด้านลบ สำหรับปฏิกริยาตอบ สนองต่อโรคและการปรับตัวนั้นพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อโรค โดยการเผชิญหน้าต่อผู้มากขึ้นและมีการปรับตัวดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อโรคในด้านบวกมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อผู้มากกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อโรคในด้านลบ

4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เลฟและโอเวน (Lev&Owen, 1999) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งทรวงอก จำนวน 307 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคือ The Strategies Used by Patients to Promote Health (SUPPH) วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง The Functional Assess Cancer Treatment (FAC-T) วัดคุณภาพชีวิตใช้ The Profile of Mood Status (POMS) ประเมินความเครียดและใช้ Symptom Distress Scale (SDS) ในการประเมินความกังวลของผู้ป่วย จากนั้นทำการแบ่งการวัดออกเป็นระยะ คือ 4 เดือนแรกวัดผู้ป่วยจำนวน 181 ราย และอีก 8 เดือนต่อมาวัดผู้ป่วย จำนวน 124 ราย ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตลอดเวลาและการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัว

เฟอเรน และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1990) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 61 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ป่วยในขณะนั้นว่าจะมองในด้านบวกหรือด้านลบ ผู้ป่วยบางรายมีความทุกข์ทรมานกับการมีชีวิตอยู่ บางรายโรคมะเร็งไม่เป็นปัญหาหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและบางรายสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้โดยเข้าใจชีวิตมากขึ้นและมีเจตคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น

จอร์จ และคณะ (Georg et al., 1999) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 2 ชุด คือ The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (EORTC QLQ-C30) และThe Functional Assessment of Cancer Therapy-General (Fact-G) บนข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือผู้ป่วย Hodgkin's disease จำนวน 244 คน แล้วหาความสัมพันธ์ตามส่วนของทั้ง 2 เครื่องมือ พบว่า ด้าน

สังคมมีความคิดเห็นของทั้ง 2 เครื่องมือค่อนข้างต่ำ ($r = 0.14$) ด้านกายมีความคิดเห็นค่อนข้างสูง ($r = 0.66$) และเมื่อมองในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นของทั้ง 2 เครื่องมืออยู่ปานกลาง โดย 1 ใน 5 ของ FACT-G คือ คุณภาพชีวิตทางกายจะนำเสนอได้ดีโดยการใช้ EORTC QLQ-C30 และ 3 ใน 8 ของ EORTC QLQ-C30 ได้แก่ ทบทางกาย, Global QL, และกลุ่มอาการ จะถูกแสดงอย่างสมบูรณ์ใน FACT-G ส่วนคุณภาพชีวิตทางสังคมของ FACT-G, ด้านความสัมพันธ์กับแพทย์และด้านการรับรู้บทบาทของ EORTC QLQ-C30 มีค่าความสัมพันธ์ต่ำสุด

แกรแฮมและลองแมน (Graham & Longman, 1987) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยถ่ายดำ (melanoma) จำนวน 60 คน พบว่าภาวะทุกข์ทรมานจากอาการและการพึ่งพาทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ขณะที่ขวัญและกำลังใจจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การพึ่งพาทางสังคมและภาวะทุกข์ทรมานจากอาการย้อนสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขณะนั้นลดลง แต่การมีขวัญและกำลังใจที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตย่อมดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดอร์ksen (Dirksen, 1989) ในผู้ป่วยถ่ายดำพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่การเจ็บป่วยที่เรื้อรังหรือจำนวนครั้งที่ต้องรักษาจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องรับรู้และเผชิญกับโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงและรักษาไม่หาย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ซึ่งเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจัดเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของตนเอง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจัดเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่าง การตัดสินใจเลือกที่จะทำอะไรและพยายามมุ่งมั่นที่จะกระทำให้สำเร็จได้เกิดเป็นพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพเนื่องจากสามารถวัดผลลัพธ์โดยรวมของคนในลักษณะที่เป็นองค์รวมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่ามีผู้ทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมน้อย โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ การศึกษา ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับนั้นยังไม่สามารถที่จะสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆดังกล่าวได้ชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น แต่ผู้วิจัยยังพบว่ามีการศึกษาที่ปัจจัยต่างๆดังกล่าวไม่มี

ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล
ดังกล่าวข้างต้น

สำหรับการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาและกำหนดรายละเอียด ดังจะกล่าวในบทที่ 3
ต่อไป



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี โดยมีรายละเอียดการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงอายุตั้งแต่ 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมอย่างน้อย 1 เดือนและระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมไม่มากกว่า 1 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี โดยใช้จำนวนผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมาเท่ากับ 202 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2550)

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis for multiple regression ที่ค่า Power 0.8 Effect Size 0.2 และค่า Alpha (α) 0.05 โดยประมาณค่าสำหรับ Multiple Regression ขนาดกลางที่ 11 ตัวแปร (Polit & Beck, 2004) ได้กลุ่มตัวอย่าง 123 คนและเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 160 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
2. เป็นผู้รับการผ่าตัดเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิน 1 ปี
3. เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ไม่น้อยกว่า 1 เดือน
4. มีสติสัมปชัญญะโดย รู้สึกตัวดี และรับรู้สภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ดี

5. ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็นและสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้เข้าใจ

6. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมตนให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีความผิดปกติทางจิตจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น กำลังแสดงอาการคลุ้มคลั่ง อาการซึมเศร้า

2. ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีลำดับขั้นของการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยจำแนกโรงพยาบาลทั่วไปที่มีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ในจังหวัดราชบุรี โดยแบ่งตามที่ตั้งของโรงพยาบาลได้ 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม รวมทั้งหมด 202 คน คิดตามสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล} \times \text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมด}}$$

เช่น โรงพยาบาลราชบุรี มีผู้ป่วย 95 คน จะเลือกตัวอย่างผู้ป่วยมาคิดเป็นจำนวน

$$= \frac{95 \times 160}{202} = 75 \text{ คน}$$

สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นๆ ก็ใช้วิธีการเช่นเดียวกันนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลต่างๆ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนก
รายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลราชบุรี	95	75
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	32	25
โรงพยาบาลโพธาราม	20	16
โรงพยาบาลบ้านโป่ง	55	44
รวม	202	160

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยสุ่มรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเลขรหัสผู้ป่วย (hospital number) ตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล จนครบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อลดการเกิดความลำเอียงและเพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมในจังหวัดราชบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด เกี่ยวกับอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วยของโรคและการรักษา ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดหรือปลายเปิดเกี่ยวกับ ระยะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) ของเลฟและโอเวน (Lev & Owen, 1996) ภายใต้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน โดยการตอบแต่ละด้านเหมือนกัน

คือให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 5 ลำดับคะแนน เริ่มจากคะแนน 1 ถึง 5 ซึ่งถ้าผู้ป่วยเลือก 1 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในเรื่องนั้นต่ำสุดจนถึงคะแนน 5 คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในข้อนั้นสูงสุด ตามลำดับแบบสอบถามนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย และยังมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิสารัตน์ เขตวรรณ (2541) ซึ่งได้ทดสอบแบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.95 แบบวัดที่ผู้วิจัยประยุกต์นี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีจำนวน 4 ด้าน คือ

การปรับแก้ปัญหา	จำนวน	9 ข้อ
การลดความเครียด	จำนวน	5 ข้อ
การตัดสินใจ	จำนวน	6 ข้อ
การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน	จำนวน	5 ข้อ

แบบสอบถามมีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำสุด
คะแนน 2	หมายถึง	มีความมั่นใจต่ำ
คะแนน 3	หมายถึง	มีความมั่นใจปานกลาง
คะแนน 4	หมายถึง	มีความมั่นใจสูง
คะแนน 5	หมายถึง	มีความมั่นใจสูงสุด

เกณฑ์แปลผล ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{125 - 25}{3} = 33.33 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนแต่ละระดับ เป็นดังนี้

คะแนนระหว่าง 25.00 – 58.34	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 58.34 – 91.67	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 91.68 – 125.00	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยผู้วิจัยใช้แบบวัดของ European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C30 (Version 3) และ EORTC QLQ BR 23) ประกอบด้วยข้อคำถามทั่วไปที่ใช้ในการถามผู้ป่วยมะเร็งโดยรวม และข้อคำถามเพิ่มเติมที่เฉพาะเกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการของโรคที่มาจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งเครื่องมือที่เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในทางคลินิกมะเร็งนั้นมียู่ 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ FACT ซึ่งสร้างโดย Cella และคณะในปี ค.ศ.1989 และกลุ่มของ EORTC QLQ ที่สร้างขึ้นโดย Aranson และคณะในปี ค.ศ.1986 โดยแบบประเมินนี้มีการแปลเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยมีการแปลและนำมาพัฒนาโดย ชัชวาล ศิลปะกิต และคณะได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.7 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ multitrait method ซึ่งพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน โดยทุกคะแนนและทุกข้อคำถามสามารถจำแนกระหว่างกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของอาการทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 53 ข้อ แบ่งเป็น

4.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 (Version 3) มีจำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและผู้ตอบแบบสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-7, 20-27, และ 39-46

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการแทรกซ้อน มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-19, 28, 31-34, และ 36-38

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนเป็นการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง ไม่เลย
คะแนน 2	หมายถึง เล็กน้อย
คะแนน 3	หมายถึง ค่อนข้างมาก
คะแนน 4	หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 29 และ 30 โดยมีคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 1-7 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตำแหน่ง 1 หรือจุด 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มาก

ตำแหน่ง 7 หรือจุด 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

4.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-BR 23 มีจำนวน 23 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการและปัญหาต่างๆที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในช่วงสัปดาห์ 1 และ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งครอบคลุม

- อาการเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม
- ผลข้างเคียงจากการรักษา
- ภาพลักษณ์
- เพศสัมพันธ์
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
- ความสามารถในการใช้งานของแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง ไม่เลย
คะแนน 2	หมายถึง เล็กน้อย
คะแนน 3	หมายถึง ก่อนข้างมาก
คะแนน 4	หมายถึง มากที่สุด

โดยคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมดและเมื่อได้คะแนนจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำคะแนนมาคำนวณทางคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีทางสถิติเพื่อจัดระดับของคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของ European Organization for Research and Treatment of Cancer ซึ่งได้มีการแบ่งออกเป็นหมวด โดยกำหนดให้แต่ละหมวดมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ซึ่งมีการให้ช่วงคะแนนในรายข้อคำถามตามที่ EORTC ได้กำหนดไว้ ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละส่วนจากแบบสอบถาม QLQ-C30 และ BR 23

คุณภาพชีวิต	น้ำหนักรายข้อ	ข้อที่
การประเมินภาวะสุขภาพ / คุณภาพชีวิต		
การประเมินภาวะสุขภาพ / คุณภาพชีวิต (Global health status/QoL)	6	29, 30
ด้านบทบาทหน้าที่		
ทางกาย (Physical functioning)	3	1 - 5
บทบาทครอบครัว (Role functioning)	3	6, 7
อารมณ์ (Emotional functioning)	3	21 - 24
การรับรู้ (Cognitive functioning)	3	20, 25
หน้าที่ทางสังคม (Social functioning)	3	26, 27
ภาพลักษณ์ (Body image)	3	39-42
เพศสัมพันธ์ (Sexual functioning)	3	44, 45, 46
การคาดหวังในอนาคต (Future perspective)	3	43
ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน		
อ่อนแรง (Fatigue)	3	10, 12, 18
คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)	3	14, 15
ความปวด (Pain)	3	9, 19
อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)	3	8
อาการหลับสนิท (Insomnia)	3	11
น้ำหนักลด (Appetite loss)	3	13
ท้องผูก (Constipation)	3	16
ท้องเสีย (Diarrhea)	3	17
เศรษฐกิจ (Financial difficulties)	3	28
ผลข้างเคียงจากการรักษา (Systemic Therapy side effect)	3	31-34, 36, 37, 38
อาการผิดปกติที่เกิดกับเต้านม (Breast symptom)	3	50-53
อาการผิดปกติที่เกิดกับแขน (Arm symptom)	3	47, 48, 49
ผมร่วง (Upset by hair loss)	3	35

ที่มา European Organization for Research and Treatment of Cancer. (1986). The EORTC QLQ-C30 development. Available at: http://www.groups.eortc.be/gol/golg_activities.htm. Accessed September 9, 2007.

ผู้วิจัยนำคะแนนมาแทนค่าตามตารางและวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนักคะแนนรายข้อของ EORTC กำหนดแล้วนำผลคะแนนเทียบกับค่าของคะแนนมาตรฐานตามแนวทางของ EORTC ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{คะแนนรวมรายด้าน (RS)} &= (\text{ข้อที่1} + \text{ข้อที่2} + \text{ข้อที่3} + \dots + \text{ข้อที่n}) / n \\ \text{คะแนนด้านบทบาทหน้าที่} &= \{1 - (RS - 1) / \text{น้ำหนักรายข้อ}\} \times 100 \\ \text{คะแนนด้านกลุ่มอาการและด้านการประเมินตนเอง} &= \{(RS - 1) / \text{น้ำหนักรายข้อ}\} \times 100\end{aligned}$$

โดยถ้าคะแนนที่ได้มีคะแนนด้านบทบาทหน้าที่สูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่าคะแนนด้านการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแต่ถ้ามีคะแนนด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือตกอยู่ในปัญหา

เมื่อได้คะแนนจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยนำเอาคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้วจัดระดับออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{218 - 53}{3} = 55\end{aligned}$$

เกณฑ์แปลผล เป็นดังนี้

คะแนนระหว่าง 53 - 108	หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ
คะแนนระหว่าง 109 - 164	หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนนระหว่าง 165 - 218	หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาล

จำนวน 3 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัด

จำนวน 1 ท่าน

(รายละเอียดในภาคผนวก ก)

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.73 (ภาคผนวก ข) จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษา ความชัดเจน ครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหาของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นด้านปรับแก้ปัญหา มีค่าเท่ากับ 0.94 ค่าความเชื่อมั่นด้านลดความเครียด มีค่าเท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นด้านการตัดสินใจมีค่าเท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน มีค่าเท่ากับ 0.80

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นด้านบทบาทหน้าที่ มีค่าเท่ากับ 0.82 ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน มีค่าเท่ากับ 0.74 และด้านการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เข้ารับการตรวจพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมและบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัย

จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อโรงพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนดำเนินการ สัปดาห์ที่ 1 และ 2

1. ผู้วิจัยเสนอเรื่องแก่บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อพิจารณาการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนในการเก็บข้อมูลการวิจัยในมนุษย์
2. ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้บริหารของโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยนำหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลแจ้งแก่ผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยและดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทั้งขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยในรายละเอียดด้านต่างๆตลอดจนขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประสานงานกับหัวหน้าแผนกศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (PCU) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด

ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยยินดียอมรับเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายโครงการวิจัยด้วยเอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย (จธ.3) และเชิญชวนตอบแบบสอบถามในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ผลของคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นให้ผู้ยินยอมตนลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย (จธ.4)
2. ผู้วิจัยอ่านคำถามตามแบบสอบถามรวมทั้งคำตอบที่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟังและเลือกตอบโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ระหว่างการตอบแบบสอบถามนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยยินยอมยุติตามความต้องการของผู้ป่วยรายนั้นและยกเลิกการเก็บข้อมูล
3. เมื่อการสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล
4. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาลงรหัสและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2551 รวม 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 และมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยสถิติพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน) ปัจจัยด้านสภาวะโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

โดย ตัวแปรอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง โดยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ตัวแปรสถานภาพการสมรส อาชีพ รุนแรงของโรค และการรักษาที่ได้รับ โดยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)

เกณฑ์แปลผลระดับความสัมพันธ์ (Polit & Hugler, 1995) กำหนดดังนี้

ค่าความสัมพันธ์สูงกว่า	0.7	หมายถึง	ความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าความสัมพันธ์	0.4 - 0.69	หมายถึง	ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าความสัมพันธ์	0.2 - 0.39	หมายถึง	ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์กันน้อย
ค่าความสัมพันธ์ต่ำกว่า	0.2	หมายถึง	ตัวแปรทั้ง 2 ตัวไม่มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก
ค่าความสัมพันธ์	0	หมายถึง	ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

หมายเหตุ ค่าความสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน

ค่าความสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน

5. วิเคราะห์ข้อมูลการทำนายคุณภาพชีวิต โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิตรวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มีอายุระหว่าง 20–60 ปีพักอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอโพธาราม อำเภอดำเนินสะดวกและอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 160 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ส่วนที่ 2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ส่วนที่ 3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ส่วนที่ 4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนและการสร้างสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี โดยพบว่ามีร้อยละ 41.88 อายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ($\bar{X} = 46.40$; S.D. = 9.74) สถานภาพสมรส ร้อยละ 58.13 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.13 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 และมีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 8,000-12,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 40.63

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม
คุณลักษณะทางประชากร

ข้อมูลด้านคุณลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 – 29 ปี	10	6.25
30 - 39 ปี	34	21.25
40 - 49 ปี	49	30.63
50 – 60 ปี	67	41.88
รวม	160	100.00
$\bar{X} = 46.40$ $SD = 9.74$ $Min = 20$ $Max = 60$		
สถานภาพสมรส		
โสด	51	31.88
คู่	93	58.13
หม้าย	13	8.13
หย่า/แยก	3	1.88
รวม	160	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	3.75
ประถมศึกษา	77	48.13
มัธยมศึกษา	43	26.88
ปวช/ปวส	16	10.00
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	2	1.25
ปริญญาตรี	16	10.00
รวม	160	100.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตาม
คุณลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ข้อมูลด้านคุณลักษณะของประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ			
เกษตรกรรวม		27	16.88
แม่บ้าน		39	24.38
รับจ้าง		72	45.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ		5	3.13
ค้าขาย		17	10.63
รวม		160	100.00
รายได้ (บาท/เดือน)			
< 4,000 บาท		7	4.38
4,001-8,000 บาท		57	35.63
8,001-12,000 บาท		65	40.63
> 12,001 บาท		31	19.38
รวม		160	100.00
$\bar{X} = 9107.60$ $SD = 3083.60$ $Min = 2000$ $Max = 15700$			

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานาน 1-3 เดือน ร้อยละ 41.25 และส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 ร้อยละ 43.75 มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ร้อยละ 41.88 ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มหลังจากตัดเต้านม ร้อยละ 71.25 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตามปัจจัยด้าน
ภาวะของโรคและการรักษา

ข้อมูลด้านภาวะของโรคและการรักษา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบ			
1-3 เดือน		66	41.25
4-6 เดือน		45	28.13
7-9 เดือน		34	21.25
10-12 เดือน		15	9.38
รวม		160	100.00
$\bar{X} = 4.93$ $SD = 3.08$ $Min = 1$ $Max = 12$			
ความรุนแรง			
ระยะที่ 1		70	43.75
ระยะที่ 2		67	41.88
ระยะที่ 3		14	8.75
ระยะที่ 4		9	5.63
รวม		160	100.00
การรักษา			
ไม่ได้รับการรักษา		4	2.50
การฉายแสง		17	10.63
เคมีบำบัด		114	71.25
ฉายแสงและเคมีบำบัด		25	15.63
รวม		160	100.00

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการ ผ่าตัดเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.13 ($\bar{X} = 83.86$, $SD = 16.07$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในด้านการปรับแก้ปัญา และด้านการตัดสินใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.13 เท่ากัน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการลดความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 56.88 และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลินระดับปานกลาง ร้อยละ 52.50 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตามระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน

การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน ในการดูแลตนเอง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ตนเอง						$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ระดับต่ำ		ระดับ ปานกลาง		ระดับสูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	(คน)		(คน)		(คน)				
โดยรวม	9	5.63	101	63.13	50	31.25	83.86	16.07	ปาน กลาง
- ด้านการปรับแก้	9	5.63	93	58.13	58	36.25	31.08	6.10	ปาน กลาง
- ด้านการลด ความเครียด	12	7.50	91	56.88	57	35.63	17.08	3.79	ปาน กลาง
- ด้านการตัดสินใจ	30	18.75	93	58.13	37	23.13	19.03	4.57	ปาน กลาง
- ด้านการทำชีวิตให้ เพลิดเพลิน	19	11.88	84	52.50	57	35.63	16.67	4.14	ปาน กลาง

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีการรับรู้สมรรถนะ
 แง่ตนในการดูแลตนเองด้านการปรับแก้ปัญหามากที่สุด ($\bar{X} = 31.08$, $SD = 6.10$) โดยผู้ป่วยมี
 ความมั่นใจสูงสุดว่าสามารถแต่งตัวได้เหมือนกับการมีรูปร่างตามปกติ ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก
 รองลงมาคือมั่นใจว่าจะสามารถจะรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผลของการรักษาจะทำให้มีอาการ
 อ่อนเพลียหรือคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น ร้อยละ 49.4 และยังมีมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับอาการปวด
 เต้านมที่เกิดขึ้นได้ ร้อยละ 33.8 สำหรับการรับรู้สมรรถนะแง่ตนในการดูแลตนเองรองลงมาคือ
 ด้านการตัดสินใจ ($\bar{X} = 19.03$, $SD = 4.57$) โดยรับรู้สมรรถนะแง่ตนว่าสามารถพูดคุยปรึกษากับ
 แพทย์ พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้เมื่อมีอาการแผลแตก แผลติดเชื้อได้ ร้อยละ 36. สามารถมี
 เพศสัมพันธ์ได้ภายหลังจากการผ่าตัดเต้านม ร้อยละ 33.8 และสามารถมาพบแพทย์ทันที เมื่อพบ
 ความผิดปกติของเต้านม ร้อยละ 21.9 ตามลำดับ ส่วนความมั่นใจที่น้อยที่สุดคือความมั่นใจว่าจะ
 สามารถจัดการแก้ไขเพื่อลดอาการแทรกซ้อนหลังการรักษาได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย
 ร้อยละ 16.9 และการรับรู้สมรรถนะแง่ตนในการดูแลตนเองที่น้อยที่สุด คือ ด้านการลด
 ความเครียด ($\bar{X} = 16.67$, $SD = 4.14$) โดยผู้ป่วยมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนเวลาการทำงาน
 ประจำวันให้สามารถไปรับการรักษาได้ตามกำหนด ร้อยละ 44.4 รู้วิธีบำบัดอาการปวดแขน เช่น
 การรับประทานยาแก้ปวด การหยุดพักการใช้แขนข้างที่ปวด ร้อยละ 36.3 ทราบถึงแนวทางการดูแล
 ตนเองที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา จะทำให้
 ชีวิตมีความสุขได้ ร้อยละ 31.3 และความมั่นใจที่น้อยที่สุด คือ ความมั่นใจว่าจะสามารถพูดคุยกับ
 บุคคลรอบข้าง ด้วยเรื่องที่สนุกสนานได้ ถึงแม้ว่าจะรู้สึกเศร้าใจจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ร้อยละ 16.9
 (ตารางที่ 6-9)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการปรับแก้ปัญหา

ข้อความ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					$\bar{X}$	SD
	ในการดูแลตนเอง						
	มั่นใจต่ำสุด	มั่นใจต่ำ	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจสูง	มั่นใจสูงสุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
1. จะสามารถจัดการกับอาการปวดเต้านมที่เกิดขึ้นได้	23 (14.4)	25 (15.6)	32 (20.0)	26 (16.3)	54 (33.8)	3.3	1.4
4. การดื่มน้ำอุ่นแทนน้ำเย็น จะลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและส่งผลดีต่อสุขภาพ	12 (7.5)	33 (20.6)	29 (18.1)	61 (38.1)	25 (15.6)	3.3	1.1
5. ท่านสามารถออกกำลังกายบริเวณแขนและไหล่เพื่อป้องกันอาการไหล่ติดได้	31 (19.4)	32 (20.0)	45 (28.1)	25 (15.6)	27 (16.9)	2.9	1.3
6. ท่านสามารถดูรูปร่างตัวเองในกระจกได้โดยไม่รู้สึกอึดอัดใจ	7 (4.4)	36 (22.5)	38 (23.8)	39 (24.4)	40 (25.0)	3.4	1.2
8. ท่านสามารถแต่งตัวได้เหมือนกับการมีรูปร่างตามปกติ ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก	7 (4.4)	15 (9.4)	24 (15.0)	35 (21.9)	79 (49.4)	4.0	1.1
9. ท่านสามารถจะรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผลของการรักษาจะทำให้มีอาการอ่อนเพลียหรือคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น	8 (5.0)	28 (17.5)	23 (14.4)	22 (13.8)	79 (49.4)	3.8	1.3
16. ท่านสามารถใช้แขนข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านมได้ตามปกติ	14 (8.8)	26 (16.3)	26 (16.3)	47 (29.4)	47 (29.4)	3.5	1.3
21. การสวมใส่เสื้อผ้าที่ทำจากผ้าฝ้ายแทนเสื้อที่กระชับหรือรัดแน่น จะลดการเสียดสีกับผิวหนังที่ทำผ่าตัด	7 (4.4)	22 (13.8)	48 (30.0)	43 (26.9)	40 (25.0)	3.5	1.1
22. ท่านสามารถตรวจเต้านมอีกข้างด้วยตนเองได้	30 (18.8)	31 (19.4)	34 (21.3)	31 (19.4)	34 (21.3)	3.0	1.4

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการตัดสินใจ

ข้อความ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					$\bar{X}$	SD
	ในการดูแลตนเอง						
	มั่นใจต่ำสุด	มั่นใจต่ำ	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจสูง	มั่นใจสูงสุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
2. ท่านสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวได้ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	30 (18.8)	31 (19.4)	34 (21.3)	31 (19.4)	34 (21.3)	3.0	1.4
13. ท่านสามารถพูดคุยปรึกษากับแพทย์ พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้เมื่อมีอาการแพ้แยก แผลติดเชื้อได้	7 (4.4)	28 (17.5)	32 (20.0)	35 (21.9)	58 (36.3)	3.6	1.2
19. ท่านสามารถมาพบแพทย์ทันที เมื่อพบความผิดปกติของเต้านม	40 (25.0)	25 (15.6)	30 (18.8)	30 (18.8)	35 (21.9)	2.9	1.4
20. ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายหลังจากการผ่าตัดเต้านม	23 (14.4)	25 (15.6)	32 (20.0)	26 (16.3)	54 (33.8)	3.3	1.4
23. การใช้น้ำแข็งประคบศีรษะบริเวณต่ำกว่าไรผมครึ่งชั่วโมงก่อนให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงจะทำให้ผมร่วงน้อยลง	31 (19.4)	30 (18.8)	41 (25.6)	35 (21.9)	23 (14.4)	2.9	1.3
25. ท่านสามารถจัดการแก้ไขเพื่อลดอาการแทรกซ้อนภายหลังการรักษาได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย	29 (18.1)	27 (16.9)	46 (28.8)	31 (19.4)	27 (16.9)	3.0	1.3

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน

ข้อความ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					$\bar{X}$	SD
	ในการดูแลตนเอง						
	มั่นใจต่ำสุด	มั่นใจต่ำ	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจสูง	มั่นใจสูงสุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
3. ท่านสามารถทำสมาธิได้เพื่อช่วยให้มีความสงบ เกิดความสบายใจ และยอมรับสภาพของตนเองได้มากขึ้น	7 (4.4)	22 (13.8)	48 (30.0)	43 (26.9)	40 (25.0)	3.5 4	1.1 4
7. ท่านควรหยุดการใช้แขนทันที เมื่อมีอาการบวมหรือปวดเกิดขึ้น	30 (18.8)	31 (19.4)	34 (21.3)	31 (19.4)	34 (21.3)	3.0 5	1.4 1
10. การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน/คนคุ้นเคย จะช่วยให้ท่านลดความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ได้	18 (11.3)	20 (12.5)	30 (18.8)	42 (26.3)	50 (31.3)	3.5 4	1.3 5
11. การหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง เพื่อช่วยให้รู้สึกสบายใจและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่	18 (11.3)	20 (12.5)	30 (18.8)	42 (26.3)	50 (31.3)	3.5 4	1.3 5
12. ท่านจะใส่ผมปลอม เมื่อมีอาการผมร่วงมาก	29 (18.1)	27 (16.9)	46 (28.8)	31 (19.4)	27 (16.9)	3.0 0	1.3 3

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองรายข้อด้านการลดความเครียด

ข้อความ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					$\bar{X}$	SD
	ในการดูแลตนเอง						
	มั่นใจต่ำสุด	มั่นใจต่ำ	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจสูง	มั่นใจสูงสุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
14. ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง ด้วยเรื่องที่สนุกรสสนานได้ ถึงแม้ว่าท่านจะรู้สึกเศร้าใจจากการเจ็บป่วยครั้งนี้	29 (18.1)	27 (16.9)	46 (28.8)	31 (19.4)	27 (16.9)	3.0	1.3
15. ท่านรู้วิธีบำบัดอาการปวด เช่น การรับประทานยาแก้ปวด การหยุดพักการใช้แขนข้างที่ปวด	7 (4.4)	28 (17.5)	32 (20.0)	35 (21.9)	58 (36.3)	3.6	1.2
17. ท่านสามารถทำงานได้เหมือนปกติ ถึงแม้ว่าท่านจะป่วยเป็นมะเร็งเต้านม	32 (20.0)	27 (16.9)	30 (18.8)	35 (21.9)	36 (22.5)	3.1	1.4
18. ท่านสามารถปรับเปลี่ยนเวลาการทำกิจวัตรประจำวันให้สามารถไปรับการรักษาได้ตามกำหนด	13 (8.1)	17 (10.6)	36 (22.5)	23 (14.4)	71 (44.4)	3.7	1.3
24. แนวทางการดูแลตนเองที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา จะทำให้ชีวิตมีความสุขได้	18 (11.3)	20 (12.5)	30 (18.8)	42 (26.3)	50 (31.3)	3.5	1.3

2.2 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.13 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่จัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.25 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.00 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยตนเองนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.25 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต						$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โดยรวม	0	0	157	98.13	3	1.88	159.63	20.95	ปานกลาง
- ด้านบทบาทหน้าที่	3	1.88	59	36.88	98	61.25	68.86	16.07	ปานกลาง
- ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน	88	55.00	70	43.75	2	1.25	30.77	14.43	ปานกลาง
- ด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต	6	3.75	82	51.25	72	45.00	60.00	18.71	ปานกลาง

เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มบทบาทหน้าที่ในระดับสูง ($\bar{X} = 68.86$, $SD = 16.07$) โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์ร้อยละ 17.5 รู้สึกหงุดหงิดและกังวล ร้อยละ 20.6 และ 20 ตามลำดับ มีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ ร้อยละ 18.8 มีความลำบากใจหรือไม่เมื่омองดูตัวเองเวลาไม่ได้สวมใส่เสื้อผ้าไม่พึงพอใจตนเอง รวมทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในอนาคต ร้อยละ 18.1 และไม่มีกิจกรรมทางเพศ

ร้อยละ 58.1 สำหรับคุณภาพชีวิตรองลงมาคือด้านการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ($\bar{X} = 60.00$, $SD = 18.71$) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด เต้านมประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 5.9 และ 8.1 ในระดับดี ร้อยละ 17.50 และ 18.1 ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมประเมินทั้งด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับแย่ ร้อยละ 1.5 และ 2.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการแทรกซ้อนอยู่ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน ($\bar{X} = 30.77$, $SD = 14.43$) กล่าวคือผู้ป่วยมีแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย โดยอาการแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้แก่ อาการปวดรบกวนการทำงานประจำวัน ร้อยละ 26.3 มีปัญหาในการยกแขนขึ้น หรือกางแขนไปด้านข้าง ร้อยละ 25 มีอาการปวดที่แขนหรือไหล่ ร้อยละ 20 มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังบริเวณเต้านมข้างที่เคยเป็นโรค (เช่น คัน แห้ง ลอกเป็นขุย) ร้อยละ 19.4 และอาการที่เกิดขึ้นน้อย ได้แก่ อาการปวดตา ระคายเคืองตาหรือมีน้ำตาไหล อาการปวดหัวและเบื่ออาหาร ร้อยละ 7.7 (ตารางที่ 11-13)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				$\bar{X}$	SD.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1. ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆหรือไม่	73 (45.6)	50 (31.3)	26 (16.3)	11 (6.9)	1.84	0.935
2. ท่านมีความลำบากในการเดินไกลๆหรือไม่	79 (49.4)	30 (18.8)	37 (23.1)	14 (8.8)	1.91	1.04
3. ท่านมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ๆนอกบ้านหรือไม่	77 (48.1)	47 (29.4)	26 (16.3)	10 (6.3)	1.81	0.93

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				$\bar{X}$	SD.
	ประจำวัน					
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
4. ท่านจำเป็นต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่	79 (49.4)	28 (17.5)	38 (23.8)	15 (9.4)	1.93	1.05
5. ท่านมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำหรือไม่	77 (48.1)	47 (29.4)	26 (16.3)	10 (6.3)	1.81	0.93
6. ท่านมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่	72 (45.0)	37 (23.1)	39 (24.4)	12 (7.5)	1.94	1.00
20. ท่านมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่	73 (45.6)	30 (18.8)	29 (18.1)	28 (17.5)	2.08	1.16
21. ท่านรู้สึกตึงเครียดหรือไม่	77 (48.1)	45 (28.1)	28 (17.5)	10 (6.3)	1.82	0.94
22. ท่านรู้สึกกังวลหรือไม่	60 (37.5)	32 (20.0)	36 (22.5)	32 (20.0)	2.25	1.16
23. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่	52 (32.5)	41 (25.6)	34 (21.3)	33 (20.6)	2.30	1.13
24. ท่านรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่	85 (53.1)	29 (18.1)	25 (15.6)	21 (13.1)	1.89	1.10

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				$\bar{X}$	SD.
	ประจำวัน					
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
25. ท่านมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆหรือไม่	52 (32.5)	45 (28.1)	33 (20.6)	30 (18.8)	2.26	1.11
26. สภาพทางร่างกายของท่านหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของท่านหรือไม่	78 (48.8)	74 (46.3)	8 (5.0)	0 (0)	1.56	0.59
27. สภาพทางร่างกายของท่านหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของท่านหรือไม่	90 (56.3)	59 (36.9)	10 (6.3)	1 (0.6)	1.51	0.64
39. โรคหรือการรักษามีผลทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีน้อยลงหรือไม่	92 (57.5)	30 (18.8)	20 (12.5)	18 (11.3)	1.78	1.05
40. โรคหรือการรักษามีผลทำให้ความรู้สึกเป็นผู้หญิงของท่านลดน้อยลงไปหรือไม่	92 (57.5)	30 (18.8)	20 (12.5)	18 (11.3)	1.78	1.05
41. ท่านมีความลำบากใจหรือไม่เมื่อมองดูตัวเองเวลาไม่ได้สวมใส่เสื้อผ้า	58 (36.3)	46 (28.8)	27 (16.9)	29 (18.1)	2.17	1.11
42. ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจกับร่างกายของท่านหรือไม่	58 (36.3)	46 (28.8)	27 (16.9)	29 (18.1)	2.17	1.11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิต
ด้านบทบาทหน้าที่ (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				$\bar{X}$	SD.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ		
43. ท่านกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของ ท่านในอนาคตหรือไม่	58 (36.3)	46 (28.8)	27 (16.9)	29 (18.1)	2.1	1.11
44. ท่านมีความสนใจในเรื่อง เพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด	79 (49.4)	38 (23.8)	36 (22.5)	7 (4.4)	1.8	0.93
45. ท่านมีกิจกรรมทางเพศมาก น้อยแค่ไหน (อาจจะหรือไม่มีการร่วมเพศ ก็ได้)	93 (58.1)	32 (20.0)	28 (17.5)	7 (4.4)	1.6	0.91
46. กรุณาตอบคำถามข้อนี้หาก ท่านยังมีกิจกรรมทางเพศอยู่: ท่านมีความสุขกับกิจกรรมทาง เพศมากน้อยแค่ไหน	94 (58.8)	36 (22.5)	17 (10.6)	13 (8.1)	1.6	0.96

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิตด้านอาการแทรกซ้อน

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				$\bar{X}$	SD.
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ		
8. ท่านมีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหรือไม่	114 (71.3)	25 (15.6)	13 (8.1)	8 (5.0)	1.47	0.85
9. ท่านมีอาการปวดหรือไม่	103 (64.4)	24 (15.0)	26 (16.3)	7 (4.4)	1.61	0.91
10. ท่านจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่	88 (55.0)	34 (21.3)	21 (13.1)	17 (10.6)	1.79	1.03
11. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่	85 (53.1)	31 (19.4)	25 (15.6)	19 (11.9)	1.86	1.07
12. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่	53 (33.1)	46 (28.8)	31 (19.4)	30 (18.8)	2.24	1.11
13. ท่านรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่	72 (45.0)	46 (28.8)	35 (21.9)	7 (4.4)	1.86	0.91
14. ท่านมีอาการคลื่นไส้หรือไม่	53 (33.1)	50 (31.3)	29 (18.1)	28 (17.5)	2.20	1.09
15. ท่านอาเจียนหรือไม่	89 (55.6)	33 (20.6)	29 (18.1)	9 (5.6)	1.74	0.95
16. ท่านมีอาการท้องผูกหรือไม่	89 (55.6)	42 (26.3)	17 (10.6)	12 (7.5)	1.70	0.94
17. ท่านมีอาการท้องเสียหรือไม่	65 (40.6)	36 (22.5)	28 (17.5)	31 (19.4)	2.16	1.16
18. ท่านรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	89 (55.6)	42 (26.3)	17 (10.6)	12 (7.5)	1.70	0.94

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิต
ด้านอาการแทรกซ้อน (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตร				$\bar{X}$	SD.
	ประจำวัน					
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
19. อาการปวดรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของท่านหรือไม่	61 (38.1)	34 (21.3)	23 (14.4)	42 (26.3)	2.29	1.23
28. สภาพทางร่างกายของท่านหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่	49 (30.6)	53 (33.1)	41 (25.6)	17 (10.6)	2.16	0.98
31. ท่านมีอาการปากแห้งหรือไม่	80 (50.0)	32 (20.0)	25 (15.6)	23 (14.4)	1.94	1.11
32. การรับรู้รสชาติของอาหารและเครื่องดื่มต่างไปจากปกติหรือไม่	86 (53.8)	29 (18.1)	33 (20.6)	12 (7.5)	1.82	1.01
33. ท่านมีอาการปวดตา ระคายเคืองตาหรือมีน้ำตาไหลหรือไม่	83 (51.9)	48 (30.0)	22 (13.8)	7 (4.4)	1.71	0.87
34. ผมของท่านร่วงหรือไม่	86 (53.8)	29 (18.1)	33 (20.6)	12 (7.5)	1.82	1.01
35. ถ้าท่านมีผมร่วง กรุณาตอบคำถามข้อนี้): ท่านรู้สึกเสียใจที่ผมร่วงหรือไม่	52 (32.5)	45 (28.1)	32 (20.0)	31 (19.4)	2.26	1.11
36. ท่านรู้สึกป่วยหรือไม่สบายหรือไม่	79 (49.4)	38 (23.8)	36 (22.5)	7 (4.4)	1.82	0.93
37. ท่านมีอาการร้อนวูบวาบตามตัวหรือไม่	65 (40.6)	34 (21.3)	31 (19.4)	30 (18.8)	2.16	1.15

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามคุณภาพชีวิตด้านอาการแทรกซ้อน (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				$\bar{X}$	SD.
	ประจำวัน					
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด		
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ		
38. ท่านมีอาการปวดหัวหรือไม่	114 (71.3)	24 (15.0)	15 (9.4)	7 (4.4)	1.47	0.84
47. ท่านมีอาการปวดที่แขนหรือไหล่หรือไม่	71 (44.4)	30 (18.8)	27 (16.9)	32 (20.0)	2.13	1.19
48. ท่านมีอาการบวมที่แขนหรือมือหรือไม่	94 (58.8)	36 (22.5)	17 (10.6)	13 (8.1)	1.68	0.96
49. ท่านมีปัญหาในการยกแขนขึ้น หรือกางแขนไปด้านข้างหรือไม่	65 (40.6)	30 (18.8)	25 (15.6)	40 (25.0)	2.25	1.23
50. ท่านมีอาการเจ็บปวดบริเวณเต้านมข้างที่เป็นโรคหรือไม่	80 (50.0)	32 (20.0)	25 (15.6)	23 (14.4)	1.94	1.11
51. ท่านมีอาการบวมบริเวณเต้านมข้างที่เป็นโรคหรือไม่	83 (51.9)	48 (30.0)	22 (13.8)	7 (4.4)	1.71	0.87
52. บริเวณเต้านมข้างที่เคยเป็นโรคมักความรู้สึกไวมากเกินไปหรือไม่ (เช่น มีอาการเจ็บแปลบๆ อาการชา เป็นต้น)	65 (40.6)	34 (21.3)	31 (19.4)	30 (18.8)	2.16	1.15
53. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังบริเวณเต้านมข้างที่เคยเป็นโรค (เช่น คัน แห้ง ลอกเป็นขุย) หรือไม่	58 (36.3)	41 (25.6)	30 (18.8)	31 (19.4)	2.21	1.13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการประเมิน
ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

ข้อความ	คะแนน							$\bar{X}$	SD
	1	2	3	4	5	6	7		
	แย่ มาก						ดี เยี่ยม		
29. ท่านประเมิน <u>ภาวะ</u>									
<u>สุขภาพ</u> โดยรวมของท่าน	0	2	27	50	44	28	9	4.60	1.16
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	(0)	(1.3)	(16.9)	(31.1)	(27.5)	(17.5)	(5.6)		
อย่างไร									
30. ท่านประเมิน <u>คุณภาพ</u>									
<u>ชีวิต</u> ของท่านโดยรวม	0	4	35	37	42	29	13	4.60	1.30
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	(0)	(2.5)	(21.9)	(23.1)	(26.3)	(18.1)	(8.1)		
อย่างไร									

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตามและเนื่องจากตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลรวมทั้งปัจจัยด้านภาวะของโรค และการรักษาเป็นตัวแปรมาตรวัดอันดับ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมและวิธีการรักษา ผู้วิจัยจึงปรับข้อมูลคุณภาพชีวิตให้อยู่ในรูปของตัวแปรมาตรวัดอันดับ และคำนวณหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคว์-สแควร์ หากค่าผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่มีค่าน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของการใช้สถิติไคว์-สแควร์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวมคุณภาพชีวิตระดับต่ำและระดับปานกลางไว้ด้วยกัน

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.000 และ 0.002 ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับราชการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ปัจจัยส่วนบุคคล		คุณภาพชีวิต			
		ระดับต่ำและปานกลาง		ระดับสูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	โสด	32	62.75	19	37.25
	คู่	56	60.22	37	39.78
	หม้าย/หย่า/แยก	8	50.00	8	50.00
		$\chi^2 = .829$ df = 2 p-value = .661			
อาชีพ	เกษตรกร	23	85.19	4	14.81
	แม่บ้าน	25	64.10	14	35.90
	รับจ้าง	33	45.83	39	54.17
	รับราชการ	1	20.00	4	80.00
	ค้าขาย	14	82.35	3	17.65
		$\chi^2 = 20.303$ df = 4 p-value = .000			
การศึกษา	ประถมศึกษา	58	69.88	25	30.12
	มัธยมศึกษา	26	60.47	17	39.53
	อุดมศึกษา	12	35.29	22	64.71
		$\chi^2 = 12.026$ df = 2 p-value = .002			

จากการศึกษา พบว่าการรักษาที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.050$) ส่วนระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.055$) (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ปัจจัยภาวะโรคและการรักษา		คุณภาพชีวิต			
		ระดับต่ำและปานกลาง		ระดับสูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ	ฉายแสง	14	82.35	3	17.65
	เคมีบำบัด	62	54.39	52	45.61
	อื่นๆ	20	68.97	9	31.03
	$\chi^2 = 6.008$ df = 2 p-value = .050				
ระดับความรุนแรง	stage 1	35	50.00	35	50.00
	stage 2	47	70.15	20	29.85
	stage 3 & 4	14	60.87	9	39.13
	$\chi^2 = 5.800$ df = 2 p-value = .055				

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง โดยรวมต่อคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = 0.553$) ด้านการปรับแก้ ($r = 0.544$) ด้านการตัดสินใจ ($r = 0.450$) ด้านการลดความเครียด ($r = 0.404$) และด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน ($r = 0.422$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณารายด้านของคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง ($r = 0.784$) รองลงมา คือ ด้านการปรับแก้ ($r = 0.749$) ด้านการตัดสินใจ ($r = 0.643$) ด้านการลดความเครียด ($r = 0.617$) และด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน ($r = 0.586$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ตามลำดับ สำหรับคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้แห่งตนในการดูแลตนเอง ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง ($r = 0.951$) ด้านการปรับแก้ ($r = 0.879$) ด้านการลด

ความเครียด ($r = 0.832$) ด้านการตัดสินใจ ($r = 0.791$) และด้านการทำชีวิตให้เฟลิดเฟลิน ($r = 0.670$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ตามลำดับ แต่อายุและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = 0.109$, $p = 0.169$ และ $r = 0.014$, $p = 0.862$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($n = 160$)

ปัจจัย		คุณภาพชีวิต			ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต
		โดยรวม	ด้านบทบาทหน้าที่	กลุ่มอาการแทรกซ้อน	
อายุ	(r)	-.109	-.001	.031	-.153
	(p-value)	.169	.993	.696	.053
รายได้	(r)	.014	.053	-.025	-.026
	(p-value)	.862	.505	.752	.744
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับแก้	(r)	.544**	.749**	-.879**	.122
	(p-value)	.000	.000	.000	.125
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการลดความเครียด	(r)	.404**	.617**	-.832**	.038
	(p-value)	.000	.000	.000	.633
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการตัดสินใจ	(r)	.450**	.643**	-.791**	.079
	(p-value)	.000	.000	.000	.319
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการทำชีวิตให้เฟลิดเฟลิน	(r)	.422**	.586**	-.670**	.089
	(p-value)	.000	.000	.000	.263
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	(r)	.553**	.784**	-.951**	.104
	(p-value)	.000	.000	.000	.191

** p – value < 0.01 (2-tailed)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนและการสร้างสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่ามีเพียง 2 ตัวแปรคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และอาชีพรับราชการที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ ร้อยละ 32.4

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในขั้นที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมร้อยละ 30.6

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มอาชีพรับราชการเข้าไปเป็นตัวทำนาย พบว่า ค่าอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.4 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

Model	B	Std. Error	Beta	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (TSE)	.883	.109	.535	8.084	.000
อาชีพรับราชการ (OC4)	20.777	9.969	.138	2.084	.039
Constant	53.936	9.313		5.791	.000
ค่าคงที่ = 53.936 $R^2 = 0.324$ Adjusted $R^2 = 0.316$ $F = 4.344$ $p\text{-value} < 0.05$					

ดังนั้นสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง คือ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม = $53.936 + 0.883(\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง}) + 20.777(\text{ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพรับราชการ})$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะโรค และการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 159.63$, $SD = 20.95$) อาจเนื่องมาจาก ร้อยละ 41.25 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมอย่างน้อย 1 เดือน และไม่เกิน 3 เดือนซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ จึงส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานทางใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของคาร์ลสัน (Carlson, 2001) และ คอร์ทเทน และคณะ (Courtens et al., 2001) ที่พบว่า ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาว่าเป็นมะเร็งและการได้รับการรักษายังสั้นยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตสูง โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น อาการแขนบวมจากการอุดตันของท่อน้ำเหลืองที่ถูกตัดขาด อาการปวดและชาจากการตัดโดนเส้นประสาทซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นที่หลังการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดไปสักระยะหนึ่ง ส่งผลให้ไหล่และข้อศอกของผู้ป่วยติดขัดขยับไม่ได้ กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (ชนิต วัชรพุกก์ , 2542; Harkness & Dincher, 1999; Cimprich & Ronis, 2001)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มบทบาทหน้าที่สูงสุด ($\bar{x} = 68.86$, $SD = 16.07$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมนั้นจะได้รับข้อมูลในเรื่องของโรค ความก้าวหน้าของโรค วิธีการรักษาตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังการผ่าตัดล่วงหน้าก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น การบริหารข้อไหล่อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ การแก้ไขเบื้องต้นเมื่อมีอาการแขนบวม รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังได้เข้าร่วมทำกลุ่มบำบัด เป็นผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับโฮมและดิกเคอร์สัน (Holmes & Dickerson, 1987) ที่เชื่อว่าภาวะสุขภาพ สภาวะอารมณ์ ความพึงพอใจส่วนบุคคล ความเชื่อมั่นใน

เอง ความสามารถในการทำงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ และความรู้เดิมในอดีต การคิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

รองลงมา คือคุณภาพชีวิตด้านการประเมินภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตตนเอง ($\bar{x} = 60.00$, $SD = 18.71$) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 5.9 และ 8.1 ตามลำดับ ในระดับดี ร้อยละ 17.50 และ 18.1 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมประเมินทั้งด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับแย่ ร้อยละ 1.5 และ 2.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการแทรกซ้อนอยู่ โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายมีความทุกข์ทรมานกับการมีชีวิตอยู่ บางรายเข้าใจชีวิตมากขึ้นทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้และมีเจตคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอแรนและเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1990) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ป่วยในขณะนั้นว่าจะมองในด้านบวกหรือด้านลบ

คุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 30.77$, $SD = 14.43$) กล่าวคือผู้ป่วยมีแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษากำลังอยู่ในช่วงของการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสาธารณสุขทำให้สามารถควบคุมอาการแทรกซ้อนของโรคได้ดีโดยอาการแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้แก่ อาการปวด การยกแขนขึ้นหรือกางแขนไปด้านข้าง และผิวหนังบริเวณเต้านมข้างที่เคยเป็นโรคแห้ง ลอกเป็นขุย สอดคล้องกับการศึกษาของแกรแฮมและลองแมน (Graham & Longman, 1987) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะทุกข์ทรมานจากอาการมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า อาการปวดมากที่สุด ร้อยละ 26.3 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมา 1 เดือน ลักษณะการปวดจะเป็นการปวดแสบปวดร้อนบริเวณหน้าอก รักแร้และร้าวมายังด้านหลังของแขน ซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัดที่ intercostobrachial nerve เกิดเป็น traumatic neuroma ที่บริเวณปลายประสาท ซึ่งอาการนี้อาจเกิดขึ้นต่อเนื่องได้หลายเดือน สอดคล้องกับสุมิตร ทองประเสริฐ (2537) ที่กล่าวไว้ว่า อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมอาจเกิดขึ้นได้ทันทีหรือเกิดต่อเนื่องได้ในช่วงเวลาหลังผ่าตัดหลายเดือน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องให้ความรู้และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด พร้อมทั้งสอนให้ผู้ป่วยสามารถใช้แขนและไหล่ได้อย่างถูกต้อง เพื่อผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและลดปวดเมื่อยเมื่อกลับบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

รองลงมา คือปัญหาในการยกแขนขึ้นหรือกางแขนไปด้านข้าง พบร้อยละ 25.00 เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมแขนยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อจำกัดของการใช้แขน เช่น การห้ามยกของหนัก ตลอดจนห้ามใช้แขนข้างเดียวกับที่ทำผ่าตัดมากเกินไป ซึ่งจากข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไหล่ติด และไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ สมบูรณ์ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว (ธนัญญา น้อยเปียง, 2545) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการสอนออกกำลังกายแขนและไหล่ รวมทั้งร่วมวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยและญาติในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่ออำนวยความสะดวกกับผู้ป่วย เป็นต้น

ลำดับต่อมา คือ ความรู้สึกหงุดหงิด กังวลและปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ ร้อยละ 20.6, 20.0 และ 18.8 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยคงมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นในภายหลังหน้า มีความทุกข์จากการสูญเสียเต้านม ซึ่งเป็นภาพลักษณ์ของผู้หญิง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) ที่พบว่าหลังการผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยกลัวการรักษาต่อเนื่องตามมา ตลอดจนกลัวการกลับเป็นซ้ำ และธนัญญา น้อยเปียง (2545) พบว่าผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วจะมีความวิตกกังวล กลัวว่าสามีจะเบื่อหน่ายและถูกทอดทิ้ง และเชล และคณะ (Shell et al., 2001) ที่พบว่าภายหลังการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงตามอารมณ์ ได้แก่ โกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล หมดหวัง และควบคุมตนเองไม่ได้

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมยังคงมีความสุขกับกิจกรรมทางเพศ ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมากที่สุด ร้อยละ 41.9 เนื่องจากร้อยละ 41.88 มีอายุอยู่ในช่วง 50–60 ปี ร้อยละ 58.13 มีสถานภาพสมรสอยู่ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับเรื่องเพศสัมพันธ์น้อย โดยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง ผู้ป่วยเหล่านี้จะเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต มีปัญหาในการเข้าสังคมและครอบครัว (Schover et al., 1994; ธนัญญา น้อยเปียง, 2545; Shell et al., 2001) และจากการสังเกตขณะสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีความเงินอายที่จะตอบในเรื่องนี้ และหลายคนพยายามหลีกเลี่ยงที่ไม่ตอบคำถามข้อนี้

2. ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 83.86$, $SD = 16.07$) คิดเป็นร้อยละ 63.13 อาจเนื่องจากร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับทราบการวินิจฉัยโรคมานแล้ว 1-6 เดือนและได้รับการผ่าตัดเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองพอสมควรและมีความมั่นใจในความสามารถของ

ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามที่เบนดูรา (1986) ได้อธิบายไว้ว่า ประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างกำลังอยู่ในช่วงของการรักษาทำให้ได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การได้เข้าร่วมทำกลุ่มบำบัดทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น (Bandura, 1986) ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40–60 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง ซึ่งจากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่สามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดีพอควร สามารถรับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นจึงเป็นเหตุให้ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านภายหลังการผ่าตัดด้านมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการปรับแก้ปัญหามากที่สุด ($\bar{X} = 31.08$, $SD = 6.10$) โดยผู้ป่วยมีความมั่นใจสูงสุดว่าสามารถแต่งตัวได้เหมือนกับการมีรูปร่างตามปกติ สามารถรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผลของการรักษาจะทำให้มีอาการอ่อนเพลียหรือคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้นและสามารถจัดการกับอาการปวดด้านที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นวัยกลางคนที่เคยมีประสบการณ์การดูแลตนเองมาพอสมควร ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าจะทำได้ (Bandura, 1986; Evans, 1989) รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการตัดสินใจ ($\bar{X} = 19.03$, $SD = 4.57$) โดยรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถพูดคุยปรึกษากับแพทย์ พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้เมื่อมีอาการแพ้แยก แผลติดเชื้อ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายหลังจากการผ่าตัดด้านและสามารถพบแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติของเต้านม และน้อยที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการลดความเครียด ($\bar{X} = 16.67$, $SD=4.14$) โดยผู้ป่วยมั่นใจที่น้อยที่สุดว่าจะสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง ด้วยเรื่องที่สนุกสนานได้ สอดคล้องกับแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1977) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อมั่นเฉพาะบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองให้เป็นผลสำเร็จ (Utz, 1990; Stetcher, 1986) (ตารางภาคผนวกที่ 1)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี เนื่องจากร้อยละ 30.63 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ($\bar{X} = 46.40$) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากทำให้สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง(Homogenetic group) คือร้อยละ 72.50 มีอายุระหว่าง 40–60 ปี ทำให้อาจไม่พบความแตกต่างในด้านของบทบาทหน้าที่ กลุ่มอาการแทรกซ้อนและการประเมินตนเองในด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของมาลี วรลัคนากุล(2535), สุริดา กาญจนรังสี(2538), ออสเบิร์กและคณะ (Osberg et.al., 1988) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สถานภาพสมรส เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคู่สมรสจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากสามีและบุตรทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี จากผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร ฤทธิ์อุดม (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเนื่องมาจากลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวขยายอันอบอุ่นที่มีญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้านร่วมกันดูแล ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพสมรสเป็นอย่างไรก็ตามก็จะไม่แตกต่างกันในการที่จะได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าผู้ที่มีอาชีพรับราชการมีคุณภาพชีวิตระดับสูงมากที่สุด อาจเนื่องมาจากอาชีพรับราชการเป็นอาชีพที่มีความรู้ความสามารถ มีความมั่นคงทางสังคม ได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ส่งผลให้รู้สึกวิตกกังวลลดลง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพิศ อุปลาบดี (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่มีการศึกษาระดับสูงมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ระดับสูง เนื่องมาจากบุคคลจะมีการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถเข้าใจภาวะของโรค สามารถเลือกพฤติกรรมในการปฏิบัติได้เหมาะสมและดูแลตนเองได้ดี ต่างจากผู้มีการศึกษาดำต่ำที่มีข้อจำกัดในเรื่องของการทำความเข้าใจกับเรื่องต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัย

หลายท่าน ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประภา รัตนเมฆวนนท์, 2532; จันทรทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539 และ Cambell, 1976)

รายได้ของครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p\text{-value} > 0.05$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ต้องเสียเงินค่ารักษามาก จากการที่รัฐบาลมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้ความเจ็บป่วยไม่เป็นภาระต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย แตกต่างจากแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) และเมเยอร์โรวิทซ์และคณะ (Meyerowitz, et.al., 1983) ที่พบว่าภาวะทางการเงิน เช่น การสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ความรุนแรงของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) เนื่องจากอาการและระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน ทำให้บุคคลให้ความหมาย ทำนายหรือคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตแตกต่างกัน (Mishel, et al., 1984)

วิธีการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) อาจเนื่องมาจาก ร้อยละ 71.25 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง ผลข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.25 ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานาน 1–3 เดือนและร้อยละ 28.13 ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานานไม่เกิน 6 เดือน ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเคมวาริกซ์และเรนเนอร์ (Camevalik&Reiner, 1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการรักษานานจะมีอาการซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นเรี่ยวแรง ไม่สามารถมีพลังชีวิตได้ดังเดิม ทั้งนี้เพราะภาวะร่างกายทำให้เกิดความเครียด

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง($r = 0.553$) กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางภาคผนวกที่ 9) กล่าวคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความสนใจสุขภาพตนเอง ขวนขวายแสวงหาความรู้มาดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเลฟและโอเวน(Lev & Owen, 1996) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

6. ความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

การศึกษานี้ทำการศึกษาความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรค และการรักษาตลอดจนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษานี้ พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและอาชีพรับราชการซึ่งมีอิทธิพลในการทำนายร้อยละ 32.4 ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อมีการผันแปรของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและอาชีพรับราชการก็จะทำให้สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 30.6 และอาชีพรับราชการสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.4 เนื่องจากผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับราชการเป็นผู้มีความรู้ ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถปรับเปลี่ยนเวลาการทำงานกิจวัตรประจำวันให้สามารถไปรับการรักษาได้ตามกำหนด รู้วิธีบำบัดอาการปวดแขนและแนวทางการดูแลตนเองที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

บทที่ 6

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะโรคและการรักษา ตลอดจนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ได้รับผ่าตัดเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิน 1 ปี ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.967 และ 0.880 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีระยะเวลาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม–เดือนสิงหาคม 2551 รวมใช้เวลา 4 เดือน หลังจากเก็บข้อมูลจนครบถ้วนแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะของโรค และการรักษากับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติไคว์-สแควร์ (Chi-Square) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีอายุระหว่าง 20 ปี ถึงอายุ 60 ปี โดยพบว่า ร้อยละ 30.63 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ($\bar{X} = 46.40$; S.D. = 9.74) ร้อยละ 58.13 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 48.13 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 ประกอบอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 40.63 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 8,000-12,000 บาท

2. ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานาน 1-3 เดือน ร้อยละ 41.25 และส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 ร้อยละ 43.75 มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ร้อยละ 41.88 ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มหลังจากตัดเต้านม ร้อยละ 71.25

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ร้อยละ 63.13 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=83.86$, $SD=16.07$) โดยพบว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในด้านการปรับแก้ปัญหาและด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 58.13 ด้านการลดความเครียด ร้อยละ 56.88 และด้านการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน ร้อยละ 52.50 และร้อยละ 31.25 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง

4. คุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ร้อยละ 98.13 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=159.63$, $SD=20.95$) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่จัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.25 ($\bar{X}=68.86$, $SD=16.07$) รองลงมาคือร้อยละ 51.25 มีคุณภาพชีวิตด้านการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X}=60.00$, $SD=18.71$) และร้อยละ 55.00 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนในระดับต่ำ ($\bar{X}=30.77$, $SD=14.43$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า

5.1 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.169$)

5.2 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.661$)

5.3 การศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.002$)

5.4 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.000$)

5.4 รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.862$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่าอายุ สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} > .05$) ส่วนระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า

6.1 ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.055$)

6.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.224$)

6.3 วิธีการรักษาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.050$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรค และการรักษาต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนระยะเวลาเจ็บป่วย และวิธีการรักษาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} > 0.05$)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมในระดับปานกลาง ($r = 0.553$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

8. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย วิธีการรักษาที่ได้รับและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจาก

ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรส) ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย วิธีการรักษาที่ได้รับ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 6 โดยพบว่ามีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ ร้อยละ 32.4 ซึ่งตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อาชีพรับราชการ ส่วนปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา จากผลการศึกษาพบว่า ไม่มีตัวแปรที่จะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ และตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสามารถในการทำนายสูงสุด ($\beta=0.535$) และอาชีพรับราชการมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมรองลงมา ($\beta=0.138$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านบริหาร

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ สามารถควบคุม และจัดการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป โดยจัดให้มีการพยาบาลเฉพาะทางในคลินิกเฉพาะโรค เพื่อให้การพยาบาลระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

2. ด้านบริการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษากระบวนการหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จัดการกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น
 - การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับสู่ชุมชน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ยังคงอยู่ได้
 - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการสอนและการจัดทำแผ่นพับการออกกำลังกายและการใช้แขนในข้างที่ทำผ่าตัด
 - การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) ในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระบายความทุกข์ ปกป้องหาหรือกันเกิดมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการลดความเครียด
2. พยาบาลควรประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมพร้อมทั้งจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
3. ควรจัดให้มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปสู่ชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยผู้ป่วยกำลังอยู่ในช่วงของการรักษาทำให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษากับผู้ป่วยเป็นระยะและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา สามารถปรับตัวกับโรคได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. ด้านวิชาการ

1. เพื่อเกิดความรู้ความเข้าใจ และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลด้านการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้การพยาบาล
 - ควรจัดจัดอบรมให้พยาบาลทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาวเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง
 - ควรจัดทำคู่มือการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง สำหรับพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การศึกษาทางด้านจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมที่เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม จัดการแก้ไขอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และภาวะของโรค อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
3. ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลโดยการเพิ่มระยะเวลาของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์และเป็นคำถามปลายปิดเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดการเหนี่ยวนำทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ตอบ จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและครอบคลุมเท่าที่ควร

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี
(THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE EFFICACY AND QUALITY
OF LIFE AMONG BREAST CANCER PATIENTS WITH MASTECTOMY,
RATCHABURI PROVINCE)

มีนา ชูใจ 4836048 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ด., สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D.,
ธวัชชัย วรพงษ์, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพอาจเป็นสาเหตุการตายในประชาชนเป็นอันดับ 2 ใน
ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทั่วโลก อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 1-2
ทุกปี (National Cancer Institute, 2007) สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์เกิดโรค 33.5 ต่อแสน
ประชากร นั่นคือ ประมาณ 1 ใน 10 ของสตรีไทยจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม สำหรับจังหวัด
ราชบุรี พบว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของจังหวัด โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่สูง
ทะเบียนกับจังหวัด คิดเป็น 63.93 ต่อแสนประชากรในปี 2547 และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2549 เป็น 97.36
ต่อแสนประชากร (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2550) ซึ่งสูง
กว่าระดับประเทศ โดยส่วนใหญ่มะเร็งเต้านมจะรักษาด้วยการผ่าตัดและภายหลังจากการผ่าตัดเต้านม
ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆซึ่งเป็นผลมาจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งจัดเป็นปัญหาที่สำคัญ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยภายในและเป็นศักยภาพส่วนบุคคลที่มีความสำคัญ
อย่างยิ่งในการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะ
นำไปสู่ความพยายามที่จะดูแลตนเอง (Dodd, 1984; Levitan, 1992; Nail, Jones, Greene, Schipper,

& Jensen, 1991; Richardson, 1992) และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อันจะเป็นผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติ เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ การรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ทั้งด้านวัตถุวิสัย (objective) ซึ่งเป็นการประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล และด้านจิตวิสัย (subjective) ซึ่งเป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยอาจประเมินด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) จำเป็นต้องประเมินในส่วนที่เป็นผลกระทบมาจากโรคและการรักษา เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการข้างเคียงจากการรักษา และรวมทั้งการประเมินตามความรู้สึกรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าม้งงานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่เป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มีพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self care-efficacy) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นกรอบเชิงทฤษฎีในการดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพการสมรส ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

6. ความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ) ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา (ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมอย่างน้อย 1 เดือนและระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมไม่มากกว่า 1 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยหญิงอายุระหว่าง 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมอย่างน้อย 1 เดือนและระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมไม่มากกว่า 1 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน 160 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก Power analysis for multiple regression ที่ค่า Power 0.8 และค่า Alpha (α) .05 โดยประมาณค่า effect size 0.2 ของวิธี Multiple Regression ขนาดกลางที่ 11 ตัวแปร (Polit & Beck, 2004) ได้กลุ่มตัวอย่าง 160 คน และได้กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนเท่ากัน (1:1) ของแต่ละโรงพยาบาล ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลราชบุรี	75	คน
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	25	คน
โรงพยาบาลโพธาราม	16	คน
โรงพยาบาลบ้านโป่ง	44	คน
รวมทั้งสิ้น	160	คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วยของโรคและการรักษา มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ระยะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา รวมทั้งได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) ของเลฟ และโอเวน (Lev & Owen, 1996) ภายใต้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่ถามถึงความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการปรับแก้ปัญหา ด้านการลดความเครียด ด้านการตัดสินใจ และด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลิน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบด้านการปรับแก้ปัญหามีค่าเท่ากับ 0.94 ด้านการลดความเครียดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ด้านการตัดสินใจเท่ากับ 0.82 และด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และการรับรู้สมรรถนะโดยรวมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C30 (Version 3) และ EORTC QLQ BR 23) ประกอบด้วยข้อคำถามทั่วไปที่ใช้ในการถามผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมซึ่งถามด้านบทบาทหน้าที่และกลุ่มอาการแทรกซ้อน มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ข้อคำถามที่เฉพาะเกี่ยวกับโรคหรือกลุ่มอาการของโรคที่เกิดมาจากผลข้างเคียงของการรักษา จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง 7 ระดับ โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นด้านบทบาทหน้าที่ มีค่าเท่ากับ 0.82 ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน มีค่าเท่ากับ 0.74 และด้านการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1. ประสานงานกับฝ่ายเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ และประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเลือกไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพและอธิบายโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้ยินยอมตนลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอ่านคำถามตามแบบสอบถามรวมทั้งคำตอบที่ละข้อให้ผู้ป่วยมะเร็งฟังและได้เลือกตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบที่ผู้ป่วยเลือกลงในแบบสอบถามในระหว่างการตอบแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยยินยอมยุติตามความต้องการของผู้ป่วยและยกเลิกการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสอบถามว่าครบถ้วนหรือไม่ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2551

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจให้คะแนนลงรหัส นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะของโรคและการรักษากับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติไคว์-สแควร์ (Chi-square) ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของประชากร

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ร้อยละ 30.63 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ($\bar{X} = 46.40$, S.D. = 9.74) ร้อยละ 58.13 สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 8,000 - 12,000 บาท ($\bar{X} = 9107.60$, S.D. = 3083.60) ร้อยละ 41.25 ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานาน 1-3 เดือน ($\bar{X} = 4.93$, S.D. = 3.08) และร้อยละ 43.75 เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และร้อยละ 71.25 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.13 ($\bar{X} = 83.86$, S.D. = 16.07) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในด้านการปรับแก้ ($\bar{X} = 31.08$, S.D. = 6.10) และด้านการตัดสินใจสูงสุด ($\bar{X} = 19.03$, S.D. = 4.51) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการใช้ชีวิตให้เพลิดเพลินต่ำสุด ($\bar{X} = 16.67$, S.D. = 4.14) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตามระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน (n = 160)

การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน ในการดูแลตนเอง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ตนเอง						$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ระดับต่ำ		ระดับ ปานกลาง		ระดับสูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โดยรวม	9	5.63	101	63.13	50	31.25	83.86	16.07	ปาน กลาง
- ด้านการปรับแก้	9	5.63	93	58.13	58	36.25	31.08	6.10	ปาน กลาง
- ด้านการลด ความเครียด	12	7.50	91	56.88	57	35.63	17.08	3.79	ปาน กลาง
- ด้านการตัดสินใจ	30	18.75	93	58.13	37	23.13	19.03	4.57	ปาน กลาง
- ด้านการทำชีวิตให้ เพลิดเพลิน	19	11.88	84	52.50	57	35.63	16.67	4.14	ปาน กลาง

3. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านกายหลังการผ่าตัดเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.13 ($\bar{X} = 159.63$, $SD = 20.95$) สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านนั้น พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่สูงสุด ($\bar{X} = 68.86$, $SD = 16.07$) ต่ำสุดคือคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อนต่ำ ($\bar{X} = 30.77$, $SD = 14.43$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านกายหลังการผ่าตัดเต้านมจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (n = 160)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต						$\bar{X}$	SD.	ระดับ
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โดยรวม	0	0	157	98.13	3	1.88	159.63	20.95	ปานกลาง
- ด้านบทบาทหน้าที่	3	1.88	59	36.88	98	61.25	68.86	16.07	ปานกลาง
- ด้านกลุ่มอาการแทรกซ้อน	88	55.00	70	43.75	2	1.25	30.77	14.43	ปานกลาง
- ด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต	6	3.75	82	51.25	72	45.00	60.00	18.71	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านกายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ พบว่า

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านกายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.169$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง คือส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.50 ทำให้ไม่พบความแตกต่างในด้านของบทบาทหน้าที่ กลุ่มอาการแทรกซ้อนและการประเมินตนเองในด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย

ของมาลี วรลัคนากุล, สุธิดา กาญจนรังสี, ออสเบอร์ก และคณะ (มาลี วรลัคนากุล, 2535; สุธิดา กาญจนรังสี, 2538; Osberg et.al., 1988) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = .250$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 51.85 มีสถานภาพสมรสคู่ และลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวขยายอันอบอุ่นที่มีญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้านร่วมกันดูแล ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพสมรสเป็นอย่างไรก็จะไม่แตกต่างกันในการที่จะได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด เต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเมธวณิช, 2532; จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539 และ Cambell, 1976) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำ เนื่องจากการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถเข้าใจภาวะของโรค สามารถเลือกพฤติกรรมในการปฏิบัติได้เหมาะสมและดูแลตนเองได้ดี

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด เต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.018$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแม่บ้าน หรือเกษตรกร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพิศ อุปลาบดี (2536) ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจากการมีอาชีพจะช่วยให้บุคคลได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีคุณค่า เกิดกำลังใจการดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วย

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด เต้านม ($p\text{-value} = 0.862$) เนื่องจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐ ทำให้ความเจ็บป่วยไม่เป็นการต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย การใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนและหลังการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

สรุปปัจจัยส่วนบุคคล มีเพียงตัวแปร ระดับการศึกษาและอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ส่วนตัวแปรอายุ สถานภาพสมรสและรายได้ไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ดังนั้นความแตกต่างระหว่างบุคคลไม่ส่งผลต่อการแสดงบทบาทหน้าที่ การเกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษาและการประเมินตนเองด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษาที่ได้รับกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาที่ได้รับ พบว่า

ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.055$) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของมิเชลและคณะ (Mishel, et al., 1984) ที่กล่าวว่า อาการและระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันทำให้บุคคลไม่สามารถให้ความหมายหรือทำนาย คาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ($p\text{-value} = 0.269$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.25 ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานาน 1–3 เดือนและร้อยละ 28.13 ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมานานไม่เกิน 6 เดือนซึ่งนับว่าเป็นระยะเวลาที่ไม่แตกต่างกันมาก ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเคมวาริกซ์และเรเนอร์ (Camevalik & Reiner, 1990) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมในระยะยาวอาจมีอาการซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นเรี่ยวแรง

วิธีการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.050$) เนื่องจากผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในขั้นตอนของการรักษาจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงคำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ

สรุปปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา พบว่าตัวแปรวิธีการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ส่วนความรุนแรงของโรค และระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับทราบข้อมูลพร้อมทั้งได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสาธารณสุข

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการ

ผ่าตัดเต้านมมีความสนใจสุขภาพตนเอง ขวนขวายแสวงหาความรู้มาดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเลฟและโอเวน (Lev&Owen, 1996) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

7. ความสามารถในการร่วมทำนายนของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

Model	B	Std. Error	Beta	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	.883	.109	.535	8.084	.000
อาชีพรับราชการ	20.777	9.969	.138	2.084	.039
Constant	53.936	9.313		5.791	.000
ค่าคงที่ = 53.936 $R^2 = 0.324$ Adjusted $R^2 = 0.316$ $F = 4.344$ $p\text{-value} < 0.05$					

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะของโรคและการรักษาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยตัวแปร อาชีพรับราชการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสามารถในการทำนายและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ ร้อยละ 32.4 เนื่องจากอาชีพรับราชการจัดเป็นอาชีพที่มีความรู้ความสามารถ ได้รับการยอมรับในสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องรับรู้และเผชิญกับโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงและรักษาไม่หาย ซึ่งจัดเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจัดเป็นสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างการค้าตัดสินใจเลือกที่จะกระทำสิ่งใดเกิดเป็นพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษากระบวนการหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จัดการกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ยังคงอยู่ได้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการสอนและการจัดทำแผ่นพับการออกกำลังกายและการใช้แขนในข้างที่ทำผ่าตัด การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) ในชุมชน
2. พยาบาลควรประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมพร้อมทั้งจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
3. ควรจัดให้มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปสู่ชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยผู้ป่วยกำลังอยู่ในช่วงของการรักษาทำให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. เพื่อเกิดความรู้ความเข้าใจ และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลด้านการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้การพยาบาล ควรจัดอบรมให้พยาบาลทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาวเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง
5. พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษากับผู้ป่วยเป็นระยะและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา สามารถปรับตัวกับโรคได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การศึกษาทางด้านจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมที่เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม จัดการแก้ไขอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และภาวะของโรค อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
3. ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลโดยการเพิ่มระยะเวลาของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้จริง

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE EFFICACY AND
QUALITY OF LIFE AMONG BREAST CANCER PATIENTS WITH
MASTECTOMY, RATCHABURI PROVINCE

MEENA CHOOJAI 4836048 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WONPEN KAEWPAN, Dr.P.H.,
SURINTORN KALAMPAKORN, Ph.D., TAWATCHAI WORAPONGSATHORN,
Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Breast cancer is one of the important public health problems and the leading caused of death among women. Prevalence of breast cancer has increased around 1-2 percent every year especially in older women (National Cancer Institute, 2007). In Thailand, prevalence of breast cancer was 33.5 persons per one hundred thousand populations. Prevalance of breast cancer in upcountry was 20 persons per hundred thousand populations or around 6,000 cases were reported every year (Public Health Policy and Planning Organization of Thailand, 2001). In 2004, around 18,000 of breast cancer patients were reported. Among these, 5,592 patients were new cases and around 2,000 breast cancer patients died within a year (Manager Newspaper, 2007).

Ratchaburi is one of the provinces that has been changing economically, socially, and politically due to rapid growing in the industrial sectors. The breast cancer in this province was ranked second only to the cervical cancer and intestinal cancer. New patients registered in the year 2004 was around 63.93 per one hundred thousand persons and was increased to be 84.90 and 97.36 in the year 2005 and the year 2006, respectively (Non-communicable devision Ratchaburi, 2007). This mean

that the prevalence of breast cancer in Ratchaburi province was higher than that of the prevalence of breast cancer in Thailand. Breast cancer can be treated by surgery. However, after the surgery, patients will face with complications physically and psychologically that affect their livings. Therefore, it is necessary to explore the impact after the operation such as ability in routine works, complication in health and quality of living. This health crisis could have impact on quality of life of patients.

Self-efficacy is the internal factor, and individual competency, that has influenced functional ability positively. Perceived self efficacy is concerned with the belief in one's capabilities to perform actions to deal with specific condition (Dodd, 1984,; Levitan, 1992; Nail , Jones, Greene, Schipper & Jensen, 1991; Richardson, 1992). Self care efficacy is therefore positively affect patient behavior, daily living, and quality of life.

Although there are many research studies on breast cancer, none of them addresses self care efficacy and how it affects patient's quality of life after mastectomy. The researcher is, therefore, interested to examine the relationship between self care efficacy and quality of life among breast cancer patients.

Research Objectives

1. To describe the level of quality of life among breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province.
2. To describe the level of self care efficacy among breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province.
3. To examine the relationship between demographic characteristics including age, marital status, educational level, occupation and incomes and the quality of life.
4. To examine the relationship between treatment factors and disease conditions including severity of disease, period of treatment, and type of treatment among breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province.
5. To examine the relationship between self care efficacy and quality of life among breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province.
6. To study predictors of quality of life among breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province.

Materials and Method

Research design

This study is a cross sectional research

Population and Sample

The population of this study was breast cancer patients aged between 20 – 60 years old post mastectomy living in Ratchaburi province for at least one year. Samples were randomly selected form out patient department of Rachaburi hospital, Banpong hospital, Photharam hospital, and Damnern-saduak hospital.

The sample size was calculated by using power analysis for multiple regression, with an alpha of 0.05, and a power of 0.8, and effect size of 0.2 (Polit & Hungler, 1999: 495)

Research Instrument

The instruments used in this study was the interview questionnaire. Instrument was examined by 5 experts to assure content validity. It was pre-tested with 30 breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province.

The questionnaire consisted of 4 parts:

Part 1: Personal factors

This part contained 5 closed ended questions on personal factors including age, marital status, educational, occupation, and income.

Part 2: The severity of disease and treatment factors.

This part contained 3 items about treatment and severity of disease factors including severity of disease, period of treatment, and type of treatment.

Part 3: Lev & Oven's self care efficacy questionnaire.

A 25 items rating scale was used to measure self-care efficacy of patients with cancer (Lev&Oven,1996). Four factors were initially described: coping, stress reduction, making decisions, and enjoying life (Lev,1992). Evidence revealed that the Strategies used by patients to promote health (SUPPH) was positively correlated with quality of life and negatively correlated with symptom distress (Bandura, 1992 cited in Lev & Oven, 1996). The subject is asked to rate the degree of confidence in carrying out specific self-care behaviors. Each item of these questionnaire is rated on 5-point scale of confidence form 1 = “very little” to 5 =

“quiet a lot”. Mean responses were calculated across items for each of three factors: positive attitudes, stress, and making decisions (Lev,1992). Validity evidence was reported as self care efficacy was positively associated with quality of life and negatively related to psychological distress, mood distress, and symptom distress. Higher score indicates greater self-efficacy. Reliability using Cronbach’s alpha coefficients was 0.967

Part 4: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30, version 3) and Breast cancer specific module (QLQ-BR 23).

The EORTC QLQ-C30 questionnaire was initially developed to measure quality of life in cancer patients enrolled into clinical trials (Aronson, 1993). It is composed of both multi-item scales and single-item measures. These include functional scales, symptom scales, a global health status scale. The QLQ BR-23 was constructed in order to be valuable among patients varying in disease stage and treatment modality (Sprangers, 1996). The module consists of 23 questions assessing disease symptoms, side effects of treatment, body image, sexual functioning, and future perspective. Reliability value using Cronbach’s Alpha Coefficient was 0.88

Data Collection

1. After the study was approved by the ethical committee on research in human subjects of Faculty of Public Health, Mahidol University (No. MUPH2008-039). Letters for collaboration to collect the data obtained from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University were sent to selected hospital.

2. The researcher randomly selected the subjects who met the inclusion criteria and asked for their willingness to participate in the study. Then subjects were interviewed with the structured questionnaire.

3. In case, questionnaire was not complete, researcher was randomly selected new sample questionnaire were them interviewed to subjects who were newly selected

Data Analysis

Data was analyzed by the statistical software package, and divided into 2 parts as follow:

1. Descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation: Demographic characteristics, treatment factors and the severity of disease, self care efficacy and quality of life were described.

2. Analytical statistics:

Pearson's product moment correlation coefficient was employed to examine relationships between the demographic characteristics, treatment factors and the severity of disease, self care efficacy and quality of life. Stepwise multiple regression analysis was performed to examine predictors of the quality of life among breast cancer patients with mastectomy.

Results

1. Demographic characteristics

Breast cancer patients with mastectomy mostly age between 50 – 60 years olds (30.63%) with average age of 46 years old ($\bar{X} = 46.40$, $SD. = 9.74$). Most of them were married (58.13%) and had primary education (48.13%). They were mostly employed (45%) with income around 8,000 bahts – 12,000 bahts per month. (40.63%) Almost 41.25% of subjects reported having disease for 1 month to 3 months. It was found that the patient in the first stage of cancer was around 43.75% and second stage was 41.88%. Most of them (71.25%) were treated with chemotherapy.

Table 1 Number and percentage of patients by the level of coping, stress reduction, making decision, enjoy life and overall self care efficacy (n = 160)

Self care efficacy	Level of self care efficacy						$\bar{X}$	SD.
	Low		Moderate		High			
	n	%	n	%	n	%		
Overall	9	5.63	101	63.13	50	31.25	83.86	16.07
- Coping	9	5.63	93	58.13	58	36.25	31.08	6.10
- Stress reduction	12	7.50	91	56.88	57	35.63	17.08	3.79
- Making decision	30	18.75	93	58.13	37	23.13	19.03	4.57
- Enjoy life	19	11.88	84	52.50	57	35.63	16.67	4.14

2. Self care efficacy

Regarding the most of self care efficacy, it was found that self care efficacy of subjects were at the moderate level (63.13 %). Self care efficacy related to coping ($\bar{X}$ = 31.08, SD = 6.10) and making decision scales ($\bar{X}$ = 19.03, SD = 4.51) was at the high level, while the self care efficacy related to enjoy life were at the low level ($\bar{X}$ = 16.67, SD = 4.14) (table 1).

Table 2 Number and percentage of Mastectomy patients by the level of Function, Symptom, Global assess and Total of Quality of life (n = 160)

Quality of life	Level of quality of life						$\bar{X}$	SD.
	Low		Moderate		High			
	n	%	n	%	n	%		
Overall	0	0	157	98.13	3	1.88	159.63	20.95
- Functional	3	1.88	59	36.88	98	61.25	68.86	16.07
- Symptom	88	55.00	70	43.75	2	1.25	30.77	14.43
- Global assess	6	3.75	82	51.25	72	45.00	60.00	18.71

3. Quality of life

Regarding the quality of life, it was found that most of subjects had quality of life at the moderate level (98.13%). Quality of life related to function scales was at the high level (61.25%), while more than half of the subjects had quality of life related to symptoms at the low level (55.00%) (Table 2).

4. The relationship between demographic characteristics, self care efficacy and quality of life.

Regarding the relationship between personal factors, it was found that occupation, education, severity of disease, treatment, and self care efficacy were significantly related to quality of life. (p- value = .018, 0.000, 0.000, 0.023 and 0.000 respectively). While a age, marital status, and period of treatment were non-significantly related to the quality of life of breast cancer patients with mastectomy.

Table 3 Stepwise multiple regression analysis of quality of life of breast cancer patients

	B	Std. Error	Beta	t	Sig
Self care efficacy.	.883	.109	.535	8.084	.000
Self care efficacy. Working as Governmental officer	20.777	9.969	.138	2.084	.039
R ² Change= 0.316 R ² = 0.324 F Change = 4.344** P – value < 0.05					

4. The predictors of quality of life among breast cancer patients

Regarding factors predicting quality of life of breast cancer patients with mastectomy, it was found that self care efficacy and working as governmental officer could altogether predict 32.4% of variance in the quality of life (p-value < 0.05). The best predictor of quality of life was self care efficacy (Table 3).

Discussion

The overall quality of life of breast cancer patients was at the moderate level (98.13%). According to the item analysis of the quality of life, the aspect with the highest mean score was quality of life related to functioning ($\bar{x} = 68.86$, SD = 16.07). The lowest average score was found in quality of life related to symptom ($\bar{x} = 30.77$, SD = 14.43).

The analysis of the demographic and illness characteristics of subjects showed similarities with the findings of other studies. Firstly, education has already been identified to be positively related to quality of life (Cambell, 1976). It was found that high education had relationship with high quality of life. Secondly, employment status had a significant impact on general outlook and coping capacity. Similarity, previous research has linked employment status to more positive outlook in patients with leukemia (Suthatip Uplabut, 1993). Thirdly, severity of disease had already been identified as positively related to quality of life. Those with lower stage of severity had better quality of life than that with the higher stage of disease. Fourth, patients with

self care efficacy had a better quality of life. This is consistent with Lev and Oven (1996) which stated that positive health outcomes such as resumption of normal physical and social activity led to high quality of life.

Findings from bivariate analysis suggested that there are positive relationships between self care efficacy, education, and occupation and quality of life. Age, marital status, period of treatment, and severity of disease were negatively related to quality of life of breast cancer patients with mastectomy in Ratchaburi province. Predictors of quality of life were self care efficacy and working as governmental officer.

Recommendations for practices

1. To promote patient's quality of life related to symptoms, nursing intervention should include discharge plan on patient's health problem, health education on how to deal with pain and swelling, and encouraging patients to participate in community self help group.
2. Nurse should assess the self care efficacy of breast cancer patients with mastectomy and enhance self care efficacy in nursing intervention.
3. Clinical nursing practice guideline should include developing self care efficacy of breast cancer patients with mastectomy.
4. Nursing education institute should develop curriculum or short course training on enhancing self care efficacy of chronic disease patients.
5. More information about treatment and disease should be provided to patients as it can assist mastectomy patient to have better life adjustment.

Recommendations for future research

1. Other factors which possibly affected to the quality of life of breast cancer patient such as social support, self control, and psychosocial factors, should be explored in future research.
2. Nursing intervention program enhancing self care efficacy for cancer patients with chemotherapy to deal with complications should be developed and tested for its effectiveness.

3. For a better understanding in quality of life of breast cancer patient, a follow-up study after one year of treatment should be conducted.



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสภา จำกัด.
- จริยาวัตร คมพัคฆ์. (2537). *การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ*. ในการประชุมวิชาการศึกษาศึกษาพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความผูกพันในชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2538). *ปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2542). *มะเร็งเต้านม*. ในชนิด วัชรพุกก์และชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์ (บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์*, (พิมพ์ครั้งที่ 5), หน้า 273-293, กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ชนิดัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตารัตน์ เขตวรรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. (2545). *Radiation and systemic treatment for breast cancer*.

ในวิไลพร โพธิ์สุวรรณ (บรรณาธิการ), มะเร็งมหันตภัยเกิดขึ้นได้ทุกวัย (หน้า 261-275). กรุงเทพฯ: สถาบันวิทยามะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลร่วมกับสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย.

บังอร ฤทธิ์อุดม. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลี วรลัคนากุล. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2549). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2537-2539*. ม.ป.ป.

วิไลลักษณ์ จันท์พวง. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริไท พุกกะศรี, ประณีต ส่งวัฒนา, อังศุมา อภิชาติ. (2004). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด*. วารสารสภาการพยาบาล, 19(2):14-25

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). “การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง” ใน พรศรี คัดชอบ และคณะ (บรรณาธิการ) *มะเร็งวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: สาขามิตรเมดิเพอร์.

สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, วรัชย์ รัตนธราธร. (2540). *ทัศนคติต่อโรคมะเร็ง ปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. รามาธิบดีพยาบาลสาร 3(1):34-45.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2542). *ความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตในการรักษาโรคมะเร็ง*.

สุชาติพิศ อุปลาบดี. (2536). *การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุริดา กาญจนรังสี. (2538). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9*. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2544). *สถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ*. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2550). *ทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี.
- หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ. (2550). *มะเร็งเต้านม*. ฉบับวันที่ 8 มิถุนายน

ภาษาอังกฤษ

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal National Cancer Institution.*, 85(5): 365 - 376.
- _____. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Breast Cancer: specific quality – of – life questionnaire module: First results from a three - country field study. *Journal National Cancer Institution*, 14(10): 2756 - 2768.
- American Cancer Society. (2007). Breast Cancer Facts & Figures 2005-2006. Available at: [www. cancer. org/ downloads/ STT/ CAFF2005BrF. pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrF.pdf). Accessed January 12, 2007.
- _____. (2007). *Breast Cancer Facts & Figures 2007*. Available at: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>. Accessed March 12, 2007.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- _____. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9): 1175 - 1184.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Bruckhardt, C.S. (1985). The Impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*, 31(1): 11-16.
- Camevalik, D. L. & Rainer, A. C. (1990). The cancer experience: *Nursing diagnosis and Management*. Philadelphia: J. B. Lippincott company.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Geoge, G., et al. (1993). The functional assess of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3): 570 - 579.
- Chatchawan Silpakit, et al. (1995). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: Validation study of the Thai version. Available at: http://www.groups.eortc.be/gol/golg_activities.pdf. Accessed September 11, 2007.
- Cimprich, B., & Ronis, D.L. (2001). Attention and symptom distress in women with and without breast cancer. *Nursing Research*, 50(2): 86-94.
- Curt, G.A., et al., (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New finding from the fatigue coalition (Electronic version). *The Oncologist*, 5: 353-360. Retrieve September 11, 2007, from [http:// www. Theoncologist.com](http://www.Theoncologist.com).
- Elise, L. Lev, Paul, D. & Steven, V.O. (1999). Age self efficacy and change in patients' adjustment to cancer. *Cancer Practice*, 7(4): 170-176.
- Evans, R.W., et al. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *The New England Journal Medicine*, 132(February): 553 - 559.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. (1986). The EORTC QLQ-C30 development. Available at: [http:// www. groups. Eortc .be/ gol/ golg _ activities .htm](http://www.groups.Eortc.be/gol/golg_activities.htm). Accessed September 9, 2007.
- Ferrans, C.E. (1994). *Quality of life through the eyes of survivors of breast cancer*. ONF. 21(10): 1645-1651.
- Ferrans, C.E., & Power, M. JR., (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advance in Nursing Science*., 8(1): 15-24.

- Ferrell BR, Grant, M. Funk, B. Garcia, N. Otis-Green, S. & Schaffner, M.L.J. (1996). "Quality of life in breast cancer." *Cancer Practice*, 4(6): 331-340.
- Flanagan, J.C. (1982). *Measurement of quality of life* : Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63: 56-59.
- Georg, K. et al. (1999). Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: The Functional Assessment of cancer therapy-general and the european organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire-C30. *Journal Clinical Oncology*. 17:2932-2940.
- Graham, K.Y. & Longman, A.J. Quality of life and person with melanoma. *Cancer Nursing*, 10 (1987): 330-346.
- Harkness, G.A., & Dincher, J.R. (1999). *Medical-surgical nursing*. 10th ed. London: Mosby.
- Hass, B.K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6): 728-742.
- Holmes, S. & Dickerson, J. The quality of life: Design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *International of Journal Nursing Study*, 24 (March 1987): 15 -24
- Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M., et al. (1999). Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients. *Journal Clinical Oncology*, 17: 2932-2940.
- Kleinpell, R. Concept analysis of quality of life. *Dimension of Critical Care Nursing*. 10 (July-August 1991): 223 - 229.
- Lawrence., et al. (1990). Self-efficacy and AIDS prevention for pregnant teens. *Journal of School Health*. 60: 19-24.
- Lev, E.L. (1992). Patient's strategies for adapting to cancer treatment. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 321-595.
- Lev, E.L., & Owen, S. (1996). A measure of self-care self-efficacy. *Research in Nursing & Health*, 19(5), 421-429.
- _____. (1998). A prospective study of adjustment to hemodialysis. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 25(5), 495-506.
- Levin, I.R., & Rubin, S.D. (1991). *Statistic for management*. (5th ed). New York: Prentice Hall.

- Maguire, G.P. (1981). The repercussions of mastectomy on The family. *International Journal of Family Practice*.: 485
- Meyerowitz, B.E., Watkins, I.K. & Spark, F.C. (1983). Quality of life for breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *American Journal of Nursing*, 83, 232 - 235.
- Mock, V., et al. (2001). Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. *Cancer Practice*, 9(3), 119-127.
- Moore, E.J. (1990). Using self-efficacy in teaching self-care to the elderly. *Holistic Nursing Practices*, 4, 22-28.
- National Cancer Institute. (2007a). *Cancer statistics 2000*. Bangkok: The Agricultural Co-Operation Federation of Thailand, Ltd.
- _____. (2007b). SEER Cancer statistics review 1975-2004. Table IV-14. Available at http://seer.cancer.gov/cgi-bin/csr/1975_2004/search.pl#results. Accessed June 28, 2007.
- _____. (2007c). Fact sheet. probability of breast cancer in American women. Available at: http://www.cancer.gov/cancer_topics/factsheet/Detection/probability-breast-cancer. Accessed June 12, 2007.
- National Comprehensive Cancer Network. (2004). Clinical practice guidelines in Oncology for cancer-related fatigue version1.2004. Retrieve September 11, 2007, from <http://www.nccn.org/>
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concept of practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Osberg, J.S., et al. (1988). *Predicting long term outcome among post rehabilitation stroke patients*. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 67(June): 94-103.
- Padilla, et al. (1983). Quality of life index for patient with cancer. *Research in Nursing and Health*, 6(3): 117-126.
- Padilla, G.V., & Grant, M.M. (1985). Quality of life a nursing outcome variable. *Advance in Nursing Science*, 8(1): 45-60.
- Palmore, E & Luikart, C. Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of Health and Social behavior*. 13 (March 1972) : 68-79
- Pender, N.J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton Country-Croft.

- Polit, Denise F. & Hungler, Bernadett P. (1997). Nursing research: Principle and methods. 5thed. Philadelphia: Lippincott.
- _____. (1999). Nursing research: *Principle and methods*. 6thed. Philadelphia: Lippincott.
- Ross, A.O. (1992). The sense of self: *Research and Theory*. New York: Sprinker.
- Schover, L.R., et al. (1994). Partial mastectomy and breast reconstruction. *Cancer*, 75(1) : 54-63.
- Selby, P. (1987). *Measuring the quality of life of patient with cancer*. Assessment and Application. p.181-201 edited by Walker, S.R. and Rosser, R.M. (ads) Quality of Life: Lancaster: MTP Press Limited.
- Shell, J.A. & Kirsch, S. (2001). *Psychosocial issues, outcomes and quality of life*. In Otto, Shirey, E. Oncology Nursing. p. 948-972. St Louis: A Hartcourt Health Sciences.
- Strecher, V.J., Devellis, B.M., Becker, M.H., & Rosenstock, I.M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1): 73-91.
- Stromberg, M.F. (September-October 1984). Selection and instrument to measure quality of life. *Oncology Nursing Forum* , 17: 795-800.
- Tumor registry. (1995). *National Cancer Institute*, Ministry of Health, Thailand.
- UNESCO. Evaluating the quality of life in belgium. *Social Indicators Research*. 8 (September 1980): 312.
- Utz, S.W. (1990). Motivating self –care: A nursing approach. *Holistic Nursing Practice*. 4:13- 21.
- Weisman, A.D. (1979). *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill.
- WHO. (1993). *World health statistics annual*. Geneva: World Health Organization.
- Winchester, D.P., Bernstein, J.R., Paige, M.L., et al. (1988). *The early detection and diagnosis of breast cancer*, pp 1-20. Atlanta, American Cancer Society.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1) : 795-800.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

1. รองศาสตราจารย์สุลาลี ทองวิเชียร
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์น เอเซีย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ป้าหนัน พิชัยภิญโญ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. คุณแม่นมมา จิระจรัส
พยาบาลวิชาชีพ 7 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณป๊าว วุฒิจริยากุล
นายแพทย์ 8 กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$\text{การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI])} = \frac{\text{จำนวนข้อคิดเห็นที่ตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 และ 2 =	20/25 = 0.80
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 และ 3 =	19/25 = 0.76
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 และ 4 =	17/25 = 0.68
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 และ 5 =	21/25 = 0.84
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 และ 3 =	15/25 = 0.60
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 และ 4 =	17/25 = 0.68
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 และ 5 =	19/25 = 0.76
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 และ 4 =	20/25 = 0.80
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 และ 5 =	16/25 = 0.64
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 และ 5 =	18/25 = 0.72
รวม =	7.28

$$\begin{aligned} \text{จำนวนคู่ของผู้ทรงคุณวุฒิ} &= 10 \text{ คู่} \\ \text{ดังนั้น ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} &= 0.728 \end{aligned}$$

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH2008-039
ชื่อโครงการ	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี
รหัสโครงการ	10/2551
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวมีนา ชูใจ
ที่ทำงาน	หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประมุข โอศิริ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 10 เมษายน 2551

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 9 เมษายน 2552

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างแบบสอบถาม

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชื่อโรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ
หรือเติมคำในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ..... ปี (เต็ม)

2. สถานภาพการสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย

() หย่า/แยก

3. อาชีพ

() เกษตรกรรม

() ทำงานบ้าน(แม่บ้าน)

() รับจ้าง

() รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() ธุรกิจส่วนตัว

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() ปวช./ปวส.

() ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา

()ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)

() ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท

() 2,001-4,000 บาท

() 4,001-6,000 บาท

() 6,001-8,000 บาท

() 8,001-10,000 บาท

() มากกว่า10,000 บาท

6. ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านม

☐ 1-3 เดือน

☐ 4-6 เดือน

☐ 7-9 เดือน

☐ 10-12 เดือน

☐ มากกว่า 12 เดือน

7. ความรุนแรง/ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

☐ ระยะที่ 1

☐ ระยะที่ 2

☐ ระยะที่ 3

☐ ระยะที่ 4

8. การรักษาที่ได้รับเพิ่มเติม

☐ ไม่ได้รับการรักษา

☐ การฉายแสง

☐ เคมีบำบัด

☐ ฮอร์โมน

☐ การแพทย์ทางเลือก

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลัง

การผ่าตัดเต้านม

แบบสอบถามนี้สอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถของท่านในพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การจินตนาการภาพ การสวดมนต์ เป็นต้น คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิดและจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านมีความมั่นใจในวิธีการที่ท่านใช้นาน้อยเพียงใด แล้วเขียนเครื่องหมาย / ให้ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าตัวเลข	1	2	3	4	5
ค่าความหมาย	มั่นใจต่ำสุด	มั่นใจต่ำ	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจสูง	มั่นใจสูงสุด
ตัวเลข					

ท่านมีความมั่นใจในความสามารถทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

วิธีการ	ความมั่นใจ				
	1	2	3	4	5
ท่านมั่นใจว่า.....					
1. จะสามารถจัดการกับอาการปวดด้านมที่เกิดขึ้นได้					
2. ท่านสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวได้เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ					
3. ท่านสามารถทำสมาธิ ได้เพื่อช่วยให้มีความสงบ เกิดความสบายใจ และยอมรับสภาพของตนเองได้มากขึ้น					
.					
.					
.					
25. ท่านสามารถจัดการแก้ไขเพื่อลดอาการแทรกซ้อนภายหลังการรักษาได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

แบบสอบถามนี้สอบถามเกี่ยวกับความถี่ในความสามารถของท่านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การผ่อนคลาย การเดิน การยกแขน เป็นต้น รวมทั้งเป็นการสอบถามอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วงระยะเวลา 1 และ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิดและจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาอย่างรอบคอบว่าท่านมีความมั่นใจในวิธีการที่ท่านใช้มากน้อยเพียงใด แล้วเขียนเครื่องหมาย / ให้ตรงกับระดับความถี่ของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าตัวเลข	1	2	3	4
ค่าความหมายตัวเลข	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด

ปัจจุบันท่านมีความถี่ในความสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ความรู้สึก	ความถี่			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
1. ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆหรือไม่				
2. ท่านมีความลำบากในการเดินไกลๆหรือไม่				
3. ท่านมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ๆนอกบ้านหรือไม่				
• • •				
6. ท่านมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่				

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

ความรู้สึก	ความถี่			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
31. ท่านมีอาการปากแห้งหรือไม่				
32. การรับรู้รสชาติของอาหารและเครื่องดื่มต่างไปจากปกติหรือไม่				
33. ท่านมีอาการปวดตา ระคายเคืองตาหรือมีน้ำตาไหลหรือไม่				
.				
.				
.				
43. ท่านกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในอนาคตหรือไม่				

ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

44. ท่านมีความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์มากขึ้นเพียงใด				
45. ท่านมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้นแค่ไหน (อาจจะหรือไม่มีการร่วมเพศก็ได้)				
46. กรุณาตอบคำถามข้อนี้หากท่านยังมีกิจกรรมทางเพศอยู่: ท่านมีความสุขกับกิจกรรมทางเพศมากขึ้นแค่ไหน				
.				
.				
.				
53. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังบริเวณด้านข้างที่เคยเป็นโรค (เช่น คัน แห้ง ลอกเป็นขุย) หรือไม่				

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
(Multiple Regression Analysis)

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ สมการที่ได้จากการวิเคราะห์ และข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อให้ผลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

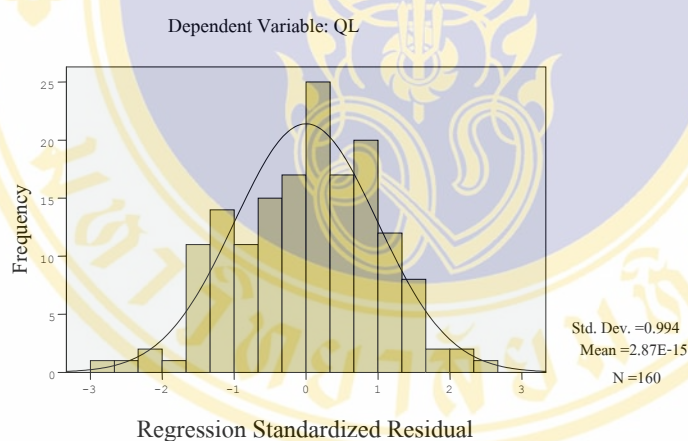
ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551) มีดังนี้

1. ตัวแปรอิสระที่ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่มีค่าสูง จะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity (มากกว่า 0.85) (Munro, 2001) ซึ่งอาจมีผลทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากตัวแปรหนึ่งไม่ชัดเจน ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชื่อถือไม่ได้ ซึ่งจากการตรวจสอบในงานวิจัยนี้พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.85 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังแสดงในตารางภาคผนวกที่ 8
2. การแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อน (Residual) เป็นแบบปกติ (Normal) โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 0 ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบแล้ว พบว่า ค่า Normal Probability Plot ของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีเป็นเส้นตรง ดังภาพที่ 2
3. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (y) สำหรับทุกๆ ค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีค่าเท่ากัน (Homoscedasticity) ถ้าค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ ค่า 0 และไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอน แสดงว่า ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือมีความเป็นเอกภาพ ซึ่งจากการพิจารณาภาพระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตาม กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน พบว่า ความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ ค่า 0 ดังภาพที่ 3
4. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในแต่ละค่าสังเกตเป็นอิสระต่อกัน (Non-autocorrelation) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson (D-W) ควรมีค่าใกล้ 2 (มีค่าในช่วง 1.5-2.5) แสดง

ว่าไม่มีปัญหา autocorrelation ซึ่งจากการตรวจสอบในการวิจัยนี้ พบว่า ค่า $D-W = 1.496$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่มีเป็นปัญหา Autocorrelation

ตารางภาคผนวกที่ 1 แสดงค่า multicollinearity ของตัวแปร

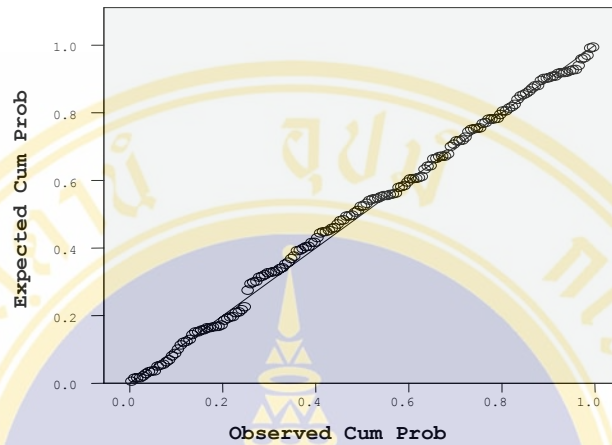
ตัวแปร	Collinearity Statistics		Eigen value	Condition index
	Tolerance	VIF		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	1.000	1.000	0.933	1.482
อาชีพรับราชการ	0.983	1.017	0.017	10.937



ภาพที่ 1 Normal Probability (Histogram) ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Residual)

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

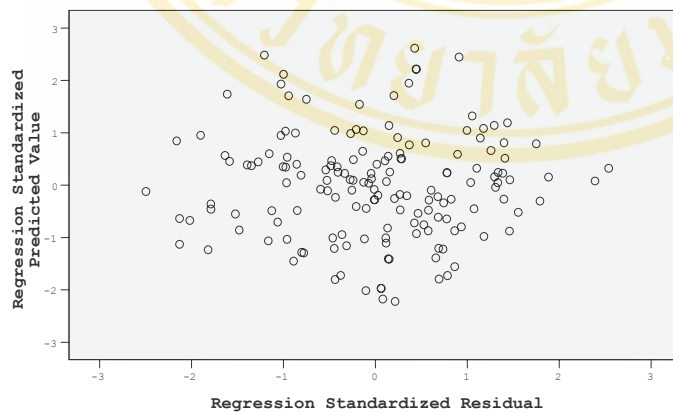
Dependent Variable: QL



ภาพที่ 2 Normal Probability (P-P Plot) ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Residual)

Scatterplot

Dependent Variable: QL



ภาพที่ 3 Scattergram Plot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตาม (QL) กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Residual)

ตารางภาคผนวกที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ศึกษาในการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบ
ขั้นตอน (n = 160)

		age	incom	TSE	QL
age	r	1			
	p-value				
incom	r	.010	1		
	p-value	.897			
TSE	r	-.031	.012	1	
	p-value	.698	.884		
QL	r	-.109	.014	.553(**)	1
	p-value	.169	.862	.000	

** p < 0.01 (2-tailed)

ความหมายของตัวแปรที่ใช้ศึกษาในการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

age	หมายถึง	อายุ
status	หมายถึง	สถานภาพสมรส
income	หมายถึง	รายได้ต่อเดือนของครอบครัว
education	หมายถึง	วุฒิการศึกษา
time	หมายถึง	ระยะเวลาที่ทราบว่าเจ็บป่วย
treatment	หมายถึง	การรักษา
severity	หมายถึง	ความรุนแรงของโรค
TSE	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม
QL	หมายถึง	คุณภาพชีวิตโดยรวม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวมินา ชูใจ
วัน เดือน ปีเกิด	31 มีนาคม 2515
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, พ.ศ. 2533 – 2537 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, พ.ศ. 2541 – 2542 ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, พ.ศ. 2546 – 2546 ประกาศนียบัตรการสอนการพยาบาลในคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548 – 2551 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง