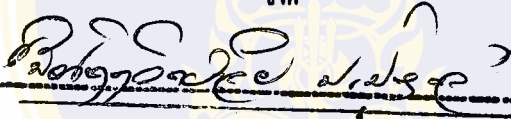




๒๐ พ.ค. ๒๕๓๗

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPOUSE SUPPORT, SELF-CARE BEHAVIOR
AND QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS RECEIVING
CHEMOTHERAPY AFTER MASTECTOMY

อภินันทนาการ
จาก

บึงอร อุทัยธม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๓๖

ISBN 974-587-794-8

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

32114

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

.....
บึงอร ฤทธิอุดม

ผู้วิจัย

.....
ไพฑูริย์ วัฒนวิทย์

แพทย์ศรี ระเบียง, ค.บ., M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
สุวิมล ภูมิ

สุวิมล ภูมิ, วท.บ., ค.น.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
อรพรรณ โตสิงห์

อรพรรณ โตสิงห์, ป.บ.ส., M.S.N.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
กัศนา บุญทอง

กัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

.....
มนต์รี จุลสมัย

มนต์รี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิต

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2537

.....
บึงอร ฤทธิอุดม

ผู้วิจัย

.....
เพ็ญศรี ระเบียง, ค.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ไพรัช เทพมงคล, พ.บ. อนุมัติบัตรรังสีรักษา,

D.M.R.T., R.C.S. (Eng), D.T.M.&H.

(L'pool), F.I.C.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
มนตรี จุลสมัย, พ.บ. Ph.D.

คณบดี

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อรพรรณ โตสิงห์, ป.พ.ส., M.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S.Ed.D

คณบดี

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ เรืออากาศเอกหญิง บังอร ฤทธิอุดม
วัน เดือน ปีเกิด 1 มิถุนายน 2508
สถานที่เกิด จังหวัดพิจิตร
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ, พ.ศ. 2527-2531
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2534-2536
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
ทุนการศึกษา กองทัพอากาศไทย
ทุนวิจัย CHAINA MEDICAL BOARD OF NEW YORK, INC.
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
ตำแหน่ง นายทหารวิชาการ แผนกวิชาการ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเป็บบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถพร โตสิงห์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุมิต กิมปี อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล รอง-ศาสตราจารย์บังกช เก่งเขตกิจ และศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพรัช เทพมงคล ที่ได้กรุณาให้ความ คิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และ สนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบ-พระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบหาความ-เที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอขอบคุณ นาวาอากาศตรีหญิง สุภาภรณ์ ธนะเกียรติวารี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบและเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุก ๆ ท่าน ของสถาบันมะเร็ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็น อย่างดียิ่ง และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้บัญชาการทหารอากาศ ท่านเจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ ท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ท่านหัวหน้าแผนกวิชาการ ที่ได้ให้การสนับสนุนทาง ด้านการศึกษาแก่ผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความ-ใฝ่รู้ในการศึกษา และให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดจนกำลังใจแก่ลูกเป็นอย่างดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุก ๆ ท่านที่ได้อบรมสั่งสอน และถ่ายทอดความรู้แก่ผู้วิจัยประสบ-ความสำเร็จในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือและ เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

เรื่ออากาศเอกหญิง บังอร ฤทธิอุดม

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับ
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ผู้วิจัย บังอร ฤทธิอุดม
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เพ็ญศรี ระเบียบ, ค.บ., M.S.

สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

อรพรรณ โตสิงห์, ป.พ.ส., M.S.N.

วันที่สำเร็จการศึกษา 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537

บทคัดย่อ

การรักษาด้วยเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งและควบคุมโรค อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจจะเผชิญกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลงได้

ผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอย่างดี ตลอดระยะเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด จะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีประโยชน์ต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยอาศัยกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นพื้นฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มาติดตามรับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 120 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.4922$)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.3188$)

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดี โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น อคติในทัศนคติ การใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นต้น

Thesis Title The Relationship between Spouse Support, Self - Care
Behavior and Quality of Life in Cancer Patients Receiving
Chemotherapy after Mastectomy

Name Bang-orn Ritudom

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Pensri Rabieb, B.Ed.,M.S.

Suvimol Kimpee, B.Sc.,M.Ed.

Orapan Thosingha,M.S.N.

Date of Graduation 22 February B.E. 2537 (1994)

Abstract

The purposes of using chemotherapy in mastectomy patients are to destroy cancer cell and bring the disease under control. However, the patients may experience the side effect of chemotherapy which deteriorate the quality of life.

The researcher believes that the proper self care behaviors as well as the spouse support during treatment can be the major factors in the effectiveness of treatment leading to quality of life. Therefore the researcher was interested in studying the relationship between spouse support, self care behavior and quality of life in cancer patients who receive chemotherapy after mastectomy. The Orem's theory of self-care was utilized in this study. Data collecting was done by using the questionnaires regarding spouse support, self care behavior and quality of life. The samples comprised of 120 patients

receiving chemotherapy after mastectomy who came to the follow-up clinic at the National Cancer Institute. Data were analyzed by using percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The results were as follows:

1. There was a positive significant correlation between spouse support and quality of life ($r=0.4922$) at the .001 level.
2. There was a positive significant correlation between self-care behavior and quality of life ($r=0.3188$) at the .001 level.
3. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 26.90 percent of the variances of quality of life was accounted for by two significant predictors, i.e., spouse support and duration of illness. ($p<.001$)

The further study of factors relation to quality of life i.e., self concept, group support should be done.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค

สารบัญ

จ

สารบัญตาราง

ช

สารบัญแผนภูมิ

ณ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบแนวคิด

6

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

7

สมมติฐานของการวิจัย

7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

8

นิยามตัวแปร

8

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

10

ความหมายของคุณภาพชีวิต

11

การประเมินคุณภาพชีวิต

15

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

22

แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรส

25

ความหมายของการสนับสนุนจากคู่สมรส

25

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

27

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับคุณภาพชีวิต

28

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

30

ความหมายของการดูแลตนเอง

30

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

พฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	33
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม	
พฤติกรรม การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	76
ข้อเสนอแนะ	77
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	91
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	94

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ	60
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาและรายได้ ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	61
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย	62
4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุน จากคู่สมรส แยกตามรายด้านและโดยรวม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต	63
5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากคู่สมรสกับคุณภาพชีวิต	64
6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา- รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุน จากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในรูปเมตริก สหสัมพันธ์ (Correlation matrix) และผลการทดสอบความมีนัยสำคัญ	65
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต	66

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเชิงซ้อน ที่เกิดขึ้นกับเซลล์หลายชนิด หลายอวัยวะและหลายระบบของร่างกาย ซึ่งในปัจจุบันโรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและถึงแก่ความตายเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในเพศหญิงพบว่าอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมค่อนข้างสูง และพบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปอดมดลูก หรือพบประมาณร้อยละ 7.10 ของมะเร็งทั้งหมด (Brunner & Sudarth 1988:1128 ; คณะกรรมการเครือข่ายมะเร็ง มหาวิทยาลัยมหิดล 2533:9) และอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นทุกปี

มะเร็งเต้านมสามารถรักษาได้ ถ้าหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งการตรวจพบมะเร็งก่อนที่มะเร็งจะแพร่กระจาย จะทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น สำหรับหลักการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดี และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันนี้มี 4 วิธี คือ การผ่าตัด การฉายแสง การใช้ฮอร์โมนบำบัด และการใช้สารเคมีบำบัด (กรีซ โพธิ์สุวรรณ 2531:294) โดยสองวิธีแรก เป็นการรักษาเฉพาะที่ (Local-Regional Treatment) ถือว่าเป็นวิธีรักษามะเร็งเต้านมให้หายขาดได้ ส่วนสองวิธีหลังเป็นการรักษาทั้งระบบ (Systemic treatment) ดังนั้นการรักษามะเร็งเต้านมจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรค มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 รักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (Modified Radical Mastectomy หรือ MRM) ซึ่งถือว่าการรักษาขั้นต้น สำหรับมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 ขึ้นไปนั้น รักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกชนิดถอนรากแบบดัดแปลงก่อน แล้วจึงพิจารณาว่าจะให้การรักษาเพิ่มเติมภายหลังการผ่าตัดเต้านม แล้วแต่กรณี (คณะกรรมการเครือข่ายมะเร็ง มหาวิทยาลัยมหิดล 2533:24-40) การรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นวิธีการรักษามะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกชนิดถอนรากแบบดัดแปลง โดยการใช้ยาต้านโรคมะเร็งในการทำลายหรือควบคุมเซลล์มะเร็งโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ในเลือด ทางเดินน้ำเหลือง ซึ่งการรักษาส่วนชนิดนี้เรียกว่า "การรักษาเพื่อป้องกันการคืนกลับของโรคมะเร็ง หรือการรักษาแบบเสริมต่อจากการทำศัลยกรรม (Adjuvant Cancer Chemotherapy)

ยาเคมีบำบัดหรือการรักษาโรคมะเร็งจะรบกวนหรือยับยั้งการเจริญเติบโต และการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ซึ่งเป็นเซลล์ที่ผิดปกติมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เซลล์ปกติบางชนิดที่มีการเจริญเติบโตเร็วก็อาจได้รับผลจากยาต้านมะเร็งด้วย เช่น เซลล์บุทางเดินอาหารและรากผม เซลล์ไขกระดูกอันเป็นเหตุของการข้างเคียงที่สำคัญของการรักษาทางเคมีบำบัด ที่พบเสมอในผู้ป่วยแทบทุกรายในขณะที่กำลังได้รับการรักษาอยู่ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก (stomatitis) ผื่นร่วน เลือดออกง่ายและมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก (อาคม เขียรศิลป์และคณะ 2531:91) การใช้ยาเคมีบำบัด เป็นสิ่งที่มีคุณประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้าม อาจทำให้เกิดโทษอย่างมหันต์ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่ร่วมมือในการรักษา

พยาบาลจึงเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญมากในขณะดูแลรักษาผู้ป่วย และมีส่วนช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้าใจ ยอมรับสภาพหรือภาวะต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไป หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัย รวมทั้งทำการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดอาการที่เกิดจากโรคและจากผลข้างเคียงของการรักษาทั้งเคมีบำบัดและศัลยกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่ต่อไป (อาคม เขียรศิลป์และคณะ 2531:91) ดังนั้นปัจจุบันนี้ความสนใจส่วนใหญ่และวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล จึงเปลี่ยนมาให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเดิมนมากขึ้น เพราะเป้าหมายสำคัญนอกเหนือไปจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยลงแล้วก็คือการพัฒนาคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเหมาะสมตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2537 ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเดิมนที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเดิมน จึงเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่ต้องการ "การพัฒนาคุณภาพชีวิต" เช่นกัน ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ไม่เฉพาะแต่ในบุคคลทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วย ซึ่งต่างตระหนักว่าชีวิตที่อยู่อย่างมีคุณค่านี้สำคัญกว่าการมีชีวิตที่ยืนยาว และคุณภาพของชีวิตนั้นอยู่ที่คุณภาพ หรือการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่า (Taylor 1987:234) และโฮล์มส์ (Holmes 1985:43) กล่าวว่าทำให้ความสนใจในคุณภาพชีวิตและการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือบุคคล เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เพื่อให้ชีวิตที่เหลืออยู่ของเขาสามารถก่อประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว สังคมได้

การที่บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือมีโรคเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะของโรค เพื่อการมีชีวิตรอดมีสุขภาพดี บุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:151) เพราะการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง และยังทำให้บุคคลได้รับข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนความช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์ สิ่งของ หรือการแบ่งเบาภาระงาน (Orem 1985: 59,90) จากการศึกษาของแมคคานิค (Mechanic 1977 cited in Hillbert 1985:217) พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคู่สมรส ซึ่งลินและคณะ (Lin, et al. 1985:249) กล่าวว่า แหล่งของความช่วยเหลือที่ได้รับจากสามีจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสภาพการมีโรคได้มากกว่าบุคคลอื่น และยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญ และกำลังใจของผู้ป่วย ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ความกดดันภายในจิตใจหมดไปได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้ที่ค้ำส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต (Haug & Folmar 1986:332) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรค มะเร็ง เต้านม หรือแตกกันอยู่มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส (สมจิต หนูเจริญกุล 1988:16) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียมส์ จันท์พวง (2533:87) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งการปรับตัวจะนำไปสู่ซึ่งความรู้สึกปกติสุข (Well Being) ในการดำเนินชีวิต (Koenig 1967:927)

ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพสามารถเผชิญกับความทุกข์และความสิ้นหวัง หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอันได้แก่ความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คือ "การช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง" เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534:17) เพราะการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องตามความสามารถของผู้ป่วย จะช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจากการรักษา อันจะส่งผลให้เกิดความผาสุกแม้จะเจ็บป่วย นอกเหนือจากการมีชีวิตยืนยาว (Smart & Yates 1987:620) พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985:45-60) ได้ยืนยันถึงความสำคัญของการพึ่งพาตนเองหรือการดูแลตนเองว่ามีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง อันจะส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสุขใจจากการรับรู้ตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองได้ดี (Stride 1988:557) เมื่อบุคคลมีสุขภาพ

เปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยหรือการรักษา บุคคลจะเกิดความต้องการการดูแลตนเอง และดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534:16) โอเรม ได้แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างได้ 3 ด้าน คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่เบี่ยงเบนทางสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534:14-17) พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ที่ดี (Orem 1991:117) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม จึงจำเป็นที่จะต้องสอดแทรกกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายและการบริหารร่างกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตนเพื่อบำบัดอาการที่เกิดจากโรคและจากผลข้างเคียงของการรักษาทั้งเคมีบำบัดและการผ่าตัด เป็นต้น

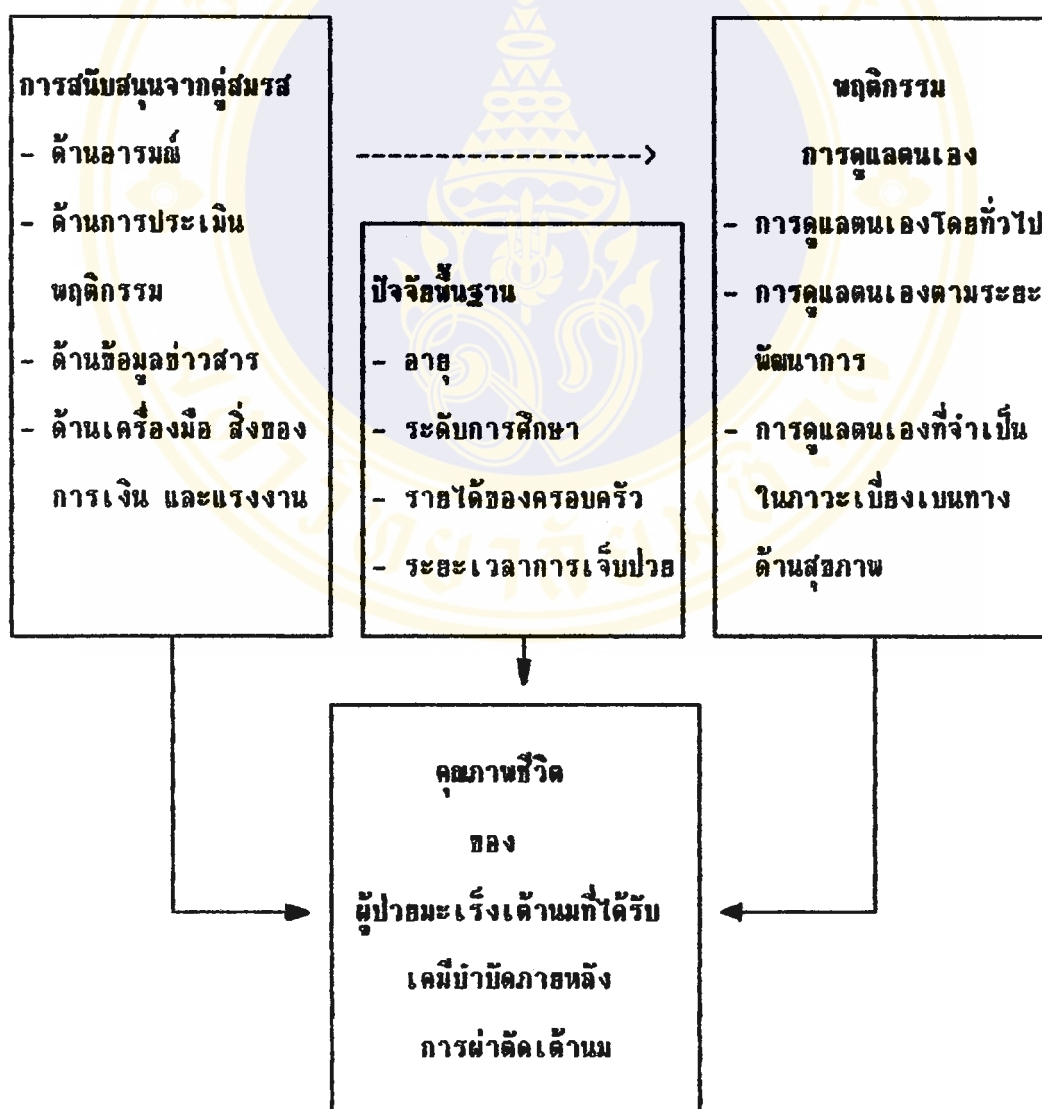
จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องยังมีการยืนยันว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากคู่สมรสมีอิทธิพลต่อกัน คือ การสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ถือเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในขณะที่มีภาวะเจ็บป่วย เพื่อการมีชีวิตรอดมีสุขภาพดี (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 151) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังทำให้บุคคลได้รับข่าวสาร คำแนะนำตลอดจนความช่วยเหลือ ด้านการเงิน อุปกรณ์ สิ่งของหรือการแบ่งเบาภาระงาน ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 59,90) การสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล (Orem 1985 cited in Hanucharurnkul 1988:14)

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning factor) ตามที่ โอเรม (Orem 1991: 136) กล่าวไว้ นอกจากการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ปัจจัยพื้นฐานอื่นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ อายุ จากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนด์ (Padillar & Grant 1985:56) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมี (Colostomy) ทั้งนี้เนื่องจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่จะส่งผลถึงการเลือกวิถีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสอดคล้องกับทศนี้อย่างจิรากร (2530 : 84) ได้ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษา พบว่าการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคลเพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเองมาแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทศน์ และ ผศ. นิภา มนูญิจ 2525 : 110) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532 : 88) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากการศึกษาของ ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532 : 91-92) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นระยะเวลาของการเจ็บป่วยก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมาริโนและคูเซอร์ (Marino & Kooser 1981 : 56) ให้ความเห็นว่าปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับตัวคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าการสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเองว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมหรือไม่

สรุปกรอบแนวคิดของการวิจัย การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้ยึดทฤษฎีการดูแลตนเองมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมเชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลได้เริ่มต้นและปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกในชีวิต ซึ่งความผาสุกเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ในภาวะที่เจ็บป่วยแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยคือการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในขณะที่มีภาวะเจ็บป่วยจะส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิต ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ปวยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังผ่าตัด ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการที่จะช่วยผู้ป่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตอันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิต โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละคน ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพ ในปัจจุบันกรอบแนวคิดในการศึกษามีดังนี้ (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง

กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

สมมติฐานของการวิจัย

1. การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม
3. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มาติดตามการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม และเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

นิยามตัวแปร

1. การสนับสนุนจากคู่สมรส หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากสามี ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสของ วิลคินส์ จันท์พวง (2533) โดยยึดหลักแนวคิดของ โรเบิร์ต เฮาส์ (Robert House 1985) ซึ่งจัดการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส 4 ด้าน ดังนี้คือ

1.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่า การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและจริงใจ

1.2 การสนับสนุนทางด้านการประเมินพฤติกรรม (Appraisal Support) ที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้อง การรับรอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกันหรือสังคมเดียวกัน

1.3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

1.4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา หรือการจัดสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้ตามความเหมาะสม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังผ่าตัดเต้านม ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและการรักษา ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem 1991:134) ประกอบด้วย

2.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

2.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

3. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล ประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ บุรคฮาร์ดท์ (Burckhardt 1982) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain satisfaction rating scale)

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of Life rating)

4. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปให้นับเป็น 1 ปี ในวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

5. ระดับการศึกษา หมายถึง ระยะเวลาสูงสุดที่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยคิดจำนวนเป็นปี

6. รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเต็มเป็นบาทของรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมและคู่สมรส

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือน ตั้งแต่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดเต้านม จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบ-
เขตของการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรส

ความหมายของการสนับสนุนจากคู่สมรส

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับคุณภาพชีวิต

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

พฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

พฤติกรรมในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คำว่าคุณภาพชีวิต นิยามครั้งแรกโดยรัฐบาลอเมริกาในปี ค.ศ. 1960 (Burchhardt 1982:2) เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่มีมนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตดีได้ต้องรู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่าคุณภาพชีวิตจึงเกิดพร้อมคำว่า ประชากรศึกษา โดยถูกกำหนดขึ้นจากปัญหาความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ (สุภชัย สุกรวรรพ 2529:85)

และกำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากทั้งภาครัฐ เอกชน สังคม ตลอดจนถึงการบริการทางสุขภาพ นักวิชาการในหลาย ๆ ประเทศได้พยายามวางแผนความคิดและทัศนะต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ตลอดจนพยายามหาระดับความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ และพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเป็นที่ประจักษ์ว่าคุณภาพชีวิตมิได้มุ่งหรือให้ความสนใจเพียงการบรรลุความต้องการในปริมาณ หรือความสมบูรณ์ของวัตถุสิ่งของ หรือเศรษฐกิจการเงินเท่านั้น แต่เป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปคือมุ่งให้ความสนใจและยึดถือความต้องการด้านจิตสังคมของบุคคลมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวความคิดใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรม ได้อย่างชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตามได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคล ดังนี้

ดัลเคย์และโรคีย์ (Dallkey & Rourke 1973) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจกับชีวิต หรือการมีความสุข ไม่มีความสุขกับชีวิต ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้น เปรียบเสมือนบารอมิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแจ๊คเคิล (Jackle 1974:362) ที่ว่าองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นความยินดีต่อชีวิตของแต่ละคน เป็นความพอใจที่บุคคลได้รับจากการมีกิจวัตรประจำวัน อันเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมายและสามารถดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ยังแสดงถึงความรู้สึกของบุคคลถึงการมีความสุขสนุกสนานในการดำเนินชีวิต และเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย (Balkey 1972 cited in Labode & Power 1986:19)

แพทเทอร์สัน (Patterson 1975 cited in Holmes & Dickerson 1987:16) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม และมีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ลิ่ว (Liu 1975:1) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัย หมายถึง สุขภาวะ (Well - being) คือ การอยู่ดีมีสุขของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในส่วนของบุคคล คุณภาพชีวิต จะแสดงออกมาในรูปของความต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขหรือมีความพึงพอใจ

ดอบอส (Dobos 1976:8-9) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือความอิ่มเอมใจในชีวิต ซึ่งแสดงถึงความสุข การกำหนดหรือตัดสินความสุขของกลุ่มสังคมหนึ่ง จะแตกต่างกับอีกกลุ่มสังคมหนึ่ง และแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย

แคมป์เบล (Campbell 1976 cited in Graham & Longman 1987:339) ได้กล่าวสรุปว่า แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เป็นมิติที่หลายรูปแบบเน้นเป็นพิเศษที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

ดีน (Dean 1985:98) ได้รายงานว่ คำที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิตมีหลายคำ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมายและภาระหน้าที่ของบุคคล

ดอนด์และแบงก์สัน (Dowd & Bengtson 1987 cited in Hang & Folmar 1986:332) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความผาสุกทั่วไป ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ดีคือสุขภาพ รายได้เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน

สำหรับ มาสโลว์ (Maslow 1970:24-25) ได้อธิบายถึงแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการแสดงความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุดสักวันในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้นเมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมี ความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่เป็นเช่นนั้นเรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือเมื่อใดเกิดความปรารถนาขึ้น ก็จะมีแรงขับและการกระทำที่จะถูกปลุกเร้าแล้วก็จะเกิดความพอใจ

ขึ้นจากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนาขึ้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับดังนี้คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการความสำเร็จและรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

ซึ่งความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ และอากาศ เป็นต้น ส่วนความต้องการความปลอดภัยนั้นเป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นจากอันตรายทั้งปวงและเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวลและความยุ่งยากสับสน ความต้องการสองขั้นนี้เป็นความต้องการในระดับพื้นฐานของการดำเนินชีวิต ส่วนความต้องการในระดับสูงขึ้นมาเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ บุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของความต้องการสร้างสัมพันธภาพ และเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก ซึ่งมาสโลว์ เห็นว่า ความต้องการความรักนั้นต้องมีทั้งลักษณะของการให้ความรักแก่ผู้อื่น และการรู้จักรับความรักจากผู้อื่นด้วย การได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น มีความเชื่อมั่นตนเอง ต้องการเป็นผู้มีความสามารถมีความแข็งแกร่ง ไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชย และในลำดับสุดท้าย มนุษย์ทุกคนต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต

ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้นในการประเมินความพึงพอใจของบุคคลจึงสามารถประเมินได้จากสภาวะการพึงพอใจหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่าง ๆ อย่างไร หากความต้องการได้รับการตอบสนองมากบุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมากหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีหากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อยบุคคลย่อมมีความพึงพอใจในชีวิตอันหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนั่นเอง

ยูลา อุดมศักดิ์ (2516:82) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงคุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง ศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียง ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน ทุกคนหรือทุกประเทศจะกำหนดมาตรฐานในเรื่องดังกล่าวแตกต่างกันตามความต้องการ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาวะต่าง ๆ ด้วย

นิโคลัส เบเนเทก (2519 : อ้างใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์ 2533:43) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตของคนจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การที่คนมีฐานะดี มีรายได้แน่นอน มีบ้านอยู่เป็นของตนเอง ไม่อาจจะตัดสินได้ว่ามีคุณภาพชีวิตดี คนที่มีรายได้สูงไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตดีกว่าคนที่มีรายได้ต่ำ คุณภาพชีวิตจึงสัมพันธ์อยู่กับปัจจัยความต้องการ 2 ระดับคือ

1. ปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคลาการทุกคน ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าสำหรับสวมใส่ สุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย และการมีเศรษฐกิจดีสังคมดี

2. ปัจจัยความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล อันได้แก่

- ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคม วัฒนธรรม
- ความสมดุลระหว่างความต้องการและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการ
- ชีวิตที่กลมกลืนกับครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

ฮัธวินน์ ปัญพงษ์ (2521 : 138) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงชีวิตที่มีคุณภาพและชีวิตที่มีคุณภาพหมายถึงชีวิตที่ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีความสามารถเพียงพอที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยมของสังคมกับสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือปัญหาที่สลับซับซ้อนได้ สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ภายหน้าได้อย่างถูกต้องและสามารถดำเนินวิถีการที่ชอบธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งที่ตนประสงค์ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

สรัญญา เขียรโสภาส (2526 : 57) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพนั้นโดยทั่วไปหมายถึง การกินคืออยู่ดี มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรือการมีสติปัญญาเฉลียวฉลาดสามารถทำงานประกอบอาชีพที่ประสบความสำเร็จหรือการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

ดิเรก ฤกษ์สำราญ (2527 : 100) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความคิดรวบยอดที่เกี่ยวเนื่องกับปริมาณ และคุณภาพของความต้องการพื้นฐานทั้งทางร่างกาย และสังคม วัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวเนื่องทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม จิตวิทยา และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ทั้งที่เป็นนามธรรมและที่มนุษย์สร้างขึ้นมา คุณภาพชีวิตของประชากรในส่วนรวมอาจจะไม่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มย่อยในสังคมก็ได้

อุทุมพร จามรมาน (2530 : 1) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าบางคน หมายถึงสภาพทางจิตใจที่รู้สึกมีความสุข บางคนมองถึงการบริการของรัฐที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบายบางคนมองครอบคลุมถึงสภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่กลมกลืนกัน และบางคนมองเฉพาะสังคมที่มีระเบียบและความปลอดภัย

ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532 : 13) กล่าวสรุปว่า คุณภาพชีวิตคือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sens of well being) ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในบุคคล

โดยสรุปแล้ว คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างมากสามารถ ครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ทั่วไปทางรูปธรรม นามธรรม คุณภาพชีวิตที่ค่านั้น อาจเกิดขึ้นและ/หรือเป็นของใครก็ได้ ไม่เลือกฐานะ เพศ วัย ศาสนา แต่นักวิชาการส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sens of well-being) ซึ่งจะครอบคลุมเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์การศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบ ว่าเรื่องใดของชีวิตควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามมีแนวความคิดหนึ่งที่สอดคล้องกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นมิติที่สำคัญที่สุดและถือว่าเป็นบารอมิเตอร์ของการประเมินคุณภาพชีวิต (Laborbe & Powers 1986: 19) แคมป์เบลและคณะ (Campbell et al. 1976) รายงานว่า ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไปแต่ละบุคคลจะตอบโดยใช้คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต เมื่อถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเขา จึงได้มีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างกว้างขวางทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะของการเจ็บป่วย โดยมีแนวความคิดว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตที่สำคัญ โชน (Chow 1977 cited in Burckhardt 1982:25) ได้เพิ่มเติมว่า

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนประกอบทางอารมณ์ของทัศนคติของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตน และอาจแสดงถึงผลสะท้อนของความรู้สึกของเขาเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยสะท้อนถึงระดับของความสัมพันธ์ระหว่างความหวังแรกเริ่ม เป้าหมายและความสำเร็จของเขา สอดคล้องกับที่ กฤษดา ตงศิริ (2531:44-45) กล่าวว่า การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งสะท้อนให้เห็นทางด้านอารมณ์ด้วยความรู้สึกทางด้านจิตใจ ถึงความรู้สึกพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่เป็นการรับรู้ และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น ซึ่งในทัศนะของการประเมินคุณภาพชีวิตมีผู้กล่าวถึงในหลายลักษณะด้วยกัน ดังนี้

แคนทริล (Cantril 1965 cited in Mckeehan, Cowling & Wykle 1986 : 286) ได้กล่าวว่า ในการประเมินคุณภาพชีวิต ถ้านักวิจัยกำหนดหัวข้อปัญหา สัญลักษณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วให้บุคคลเลือก จะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริงได้เพราะชีวิตจริงของบุคคลเป็นองค์รวมไม่ได้แยกขอบเขตที่ชัดเจนตามหัวข้อกำหนด การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของคน โดยแสดงออกตามการรับรู้เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984 : 88-91) ได้ให้ทัศนะของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ฮาอิสและนิบแบนเบิร์ก (Haes & knippenberg 1986:813) ได้กล่าวสนับสนุนว่า ควรสำนึกว่าคุณภาพชีวิตเป็นส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความอดทนของบุคคล การเห็นว่าเป็นสิ่งไหนเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของตน ความคาดหวัง และความรู้สึกพึงพอใจกับสิ่งที่ผ่านไปไม่เหมือนกัน ฉะนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีสภาพเป็นแนวความคิดที่เคลื่อนไหว ไม่อยู่นิ่งกับที่ เปลี่ยนแปลงไปตามการให้คุณค่าและกาลเวลา ดังนั้น การเลือกเครื่องมือที่มีความเฉพาะอาจไม่เหมาะสมในทุก ๆ สถานการณ์ และสิ่งที่ช่วยในการประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตก็คือ การมองมิติของคุณภาพชีวิตให้กว้างขึ้น

แคมป์เบลและคณะ (1976) ได้ให้ความเห็นว่า การวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เรื่องต่าง ๆ (Domains) สามารถกำหนดหรือเตรียมข้อมูลสำหรับคุณภาพชีวิตได้มากกว่าไม่เพียงพอแต่ช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต แต่ยังสามารถช่วยให้นักสังคมศาสตร์ และนักวางแผนคัดแปลงส่วนประกอบเหล่านั้นไปเป็นรูปนโยบายทางสังคม ซึ่งยังไม่มีการตกลงที่แน่นอนเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่แท้จริงของชีวิตว่า ควรจะรวมอะไรบ้างให้อยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต แต่ก็ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตได้บ้างพอสมควร ดังนี้

เคนเนดีและคณะ (Kennedy 1978:457-473) ศึกษาพบว่า มี 6 มิติที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะ (Well-being) ได้แก่ มิติด้าน เศรษฐกิจ มาตรฐานการปกครองขึ้น รวมทั้งสภาพทางการเงิน ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัยรวมทั้งความปลอดภัย ชีวิตครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจและการประเมินการศึกษาของบุตร

แอนดรูส์ และ อินเกลฮาร์ท (Andrews & Inglehart 1979 อ้างถึงใน เสาวณีย์ ตระกูลย์ 2533 : 10) ศึกษาการประเมินมิติของสุขภาวะ หรือที่เรียกว่าโครงสร้างสุขภาวะเชิงจิตวิสัย (The structure of subjective well-being) ใน 9 ประเทศ ประกอบด้วย อเมริกา ฝรั่งเศส อิตาลี เยอรมัน เดนมาร์ก ไอร์แลนด์ อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษาจาก 9 ประเทศ พบว่าโครงสร้างของสุขภาวะมี 8 มิติ ดังนี้ มิติด้าน รายได้ (Income) บ้านและครอบครัว (Housing & family) เพื่อนบ้าน (Neighborhood) สุขภาพ (Health) เวลาว่าง (Leisure) การขนส่ง (Transportation) และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

สก็อตต์ ทวีศักดิ์ (2529) ศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ โดยรวบรวมมิติต่าง ๆ ในการศึกษาคุณภาพชีวิต 9 มิติ มาเป็นกรอบใน

การศึกษา ได้แก่ มิติด้าน สุขภาพอนามัย การมีงานทำ รายได้ ที่อยู่อาศัย การใช้เวลาว่าง การศึกษา ความสัมพันธ์กับเพื่อน ชีวิตครอบครัวและความปลอดภัย จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในเขตนี้จัดลำดับความสำคัญ 5 มิติแรก ได้แก่ รายได้ ชีวิตครอบครัว ที่อยู่อาศัย การมีงานทำ และสุขภาพอนามัย

ศรีพ้อง จิตภรณ์กิจศิลป์ (2526) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในอาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ ห้วยขวาง โดยแบ่ง มิติสุขภาวะเป็น 14 มิติ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค สุขภาพ ที่อยู่อาศัย รายได้ สวัสดิการสังคม การมีงานทำ ชื่อเสียงเกียรติยศ สิทธิเสรีภาพ การศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม ศาสนาและขนบธรรมเนียม

ส่วน แคมป์เบลและคณะ (Campbel, et al. 1976) พบว่าคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกา อธิบายได้จากโครงสร้าง 5 มิติ คือ ความปกติสุขทางด้านร่างกายและวัตถุการสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ กิจกรรมทางสังคมและชุมชน การพัฒนาตนเองและการบรรลุความปรารถนาและการค้นหาการซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า คะแนนที่ได้จากการวัดความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ สามารถอธิบายความปกติสุขได้ร้อยละ 54

จากแนวคิดของการประเมินคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาแล้ว พอจะสรุปโดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตได้ ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว ซึ่งนิยมกันมากในการศึกษาเดิม บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Andrew & McKennell 1980:Cantril 1985) และวิทธี (Withey 1985 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 35) กล่าวว่า บุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมด โดยยึดการมองความปกติของเขา ซึ่งเป็นการสะท้อนทางจิตวิสัยของความจริงที่เขาเป็นหรือประสบอยู่

2. การประเมินโดยมีทฤษฎีว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ การศึกษาวิจัยตามแนวการประเมินนี้เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดยได้มีการศึกษาเพื่ออธิบายถึงการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจ และความปกติสุขทางด้านจิตใจ คือมุ่งเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนชาวอเมริกัน พบว่าการจัดอันดับความสุข (Happiness rating) ของตนเองเป็นการวัดทางจิตวิสัยของการปรับตัวที่เชื่อถือได้ และในปี ค.ศ. 1965 นักวิจัยได้มุ่งให้ความสนใจในการ

ตอบสนอง การรับรู้เกี่ยวกับความสุขของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการจัดอันดับ หรือการให้คะแนนโดยผู้ที่มีความชำนาญ (Burckhardt 1982 : Holme 1985)

พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ และแสดงให้เห็นว่าทำไมผู้ป่วยจึงพอใจและไม่พึงพอใจกับบางสิ่งบางอย่าง เช่น พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของความเจ็บปวดและการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ทักษะคติทางลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Burckhardt 1985 : 14) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงสามารถประเมินได้จากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138-147) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน โดยทำการสุ่มสำรวจจากชาวอเมริกันเกือบ 3,000 คน พบว่า มิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต คือความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ อันเป็นความต้องการของบุคคล (Domain Life satisfaction) ซึ่งเป็นทักษะที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow 1970 : 24-25) เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ของฟลานาแกน (Flanagan) มีประกอบด้วย

1. ความสุขสบายด้านร่างกายขององค์ประกอบในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น

1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิตประกอบด้วย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน

1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยการมีความสุขปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ

2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือสนับสนุน มีสัมพันธภาพในความรักที่ดี มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์

2.2 การเลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การช่วยเหลือ สืบสอน และดูแลบุตรหลาน

2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้าใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท มีการช่วยเหลือสนับสนุน สนใจ มีความรักและให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งกันและกัน

3. ด้านกิจกรรมในสังคม

3.1 มีกิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ การร่วมเป็นสมาชิกขององค์การ กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 มีกิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ

4. ด้านการพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกรักภูมิใจ

4.1 การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาและความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การมีเป้าหมายในชีวิต มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ และวางแผนในกิจกรรมและบทบาทของตนเอง

4.3 การประกอบอาชีพการงาน มีความสนใจในงาน ได้รับการยอมรับประสบความสำเร็จในการงาน ได้รับการตอบแทนที่ดี

4.4 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีความมั่นใจตัวเองอยู่เสมอ โดยแสดงออกถึงความคิดริเริ่มใหม่ ๆ

5. การพักผ่อนหย่อนใจ

5.1 การพบปะสังสรรค์กับบุคคลใหม่ ทั้งในและนอกบ้าน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ

5.3 การหาสิ่งหย่อนใจโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการท่องเที่ยว

บุรุษาร์ท ได้ดัดแปลงดัชนีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Life Satisfaction Index) ของ วูดและคณะ (Wood, et al. 1969) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางมานานกว่า 20 ปี ประกอบด้วยการวัด 5 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกสนุกสนานในการดำเนินชีวิต (Zest of Life) คือ การมีความสุข ความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นกิจกรรมของชีวิตประจำวัน

2. ความตั้งใจและความอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) คือ การคิดว่า ชีวิตมีความหมาย และยอมรับอย่างเด็ดเดี่ยวในสิ่งที่ชีวิตเป็นอยู่

3. ความสอดคล้องระหว่างความปรารถนา และการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Congruence between desired and achieved goals) คือ ความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายสำคัญที่ตั้งใจว่าจะทำ

4. อัตมโนทัศน์ (Self-concept) คือ การยึดถือความนึกคิดทางด้านบวกของ ตนเอง

5. อารมณ์ที่เป็นสุข (Mood tone) คือ การมีความสุข อารมณ์ อิ่มใจ เบิกบานหรือ มองโลกในแง่ดี

ในปี ค.ศ. 1982 บรูคฮาร์ต ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ได้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต (Life satisfaction Index) โดยใช้แนวคิดของวูดและคณะ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง (Domain Life satisfaction) โดยใช้แนวคิดของฟลานานกน

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Life satisfaction) เป็นส่วนที่บรูคฮาร์ตเพิ่มเติมขึ้นมา

สไปเซอร์และคณะ (Spitzer, et al. 1981:34) ได้กล่าวสรุปว่า เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 9 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน

อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง

5. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
6. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
7. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
8. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับ คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

9. มีเหตุผลดี

ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยนักศึกษาจึงได้ดัดแปลงเครื่องมือของบุรุษารัต โดยตัดส่วนที่ 1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต (Life satisfaction Index) ออกเนื่องจากเป็นข้อคำถามที่กว้างและข้อคำถามไม่เป็นปัจจุบัน ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง (Domian Life satisfaction) และใช้ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Life satisfaction) ของบุรุษารัต มาเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการศึกษา ครั้งนี้แบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 2 ส่วน ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละคนอาจมีน้อยต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานที่ได้รับการคัดเลือกในการหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มาทำการรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้มีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนี้

อายุ

ทัศนีย์ จินางกูร (2530:84) ได้ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30-50 ปี

และอายุมากกว่า 50 ปี โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมมากมายและเป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิตเป็นอย่างมาก ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคนส่วนใหญ่ทำงานเป็นหลักฐานโดยรับราชการ ซึ่งมักได้รับความช่วยเหลือให้ทำงานโดยอาจเปลี่ยนแปลงหน้าที่และในกลุ่มที่ลาออกจากงานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ที่เกษียณอายุ ถึงแม้จะมีสุขภาพแข็งแรง และต้องการพักผ่อน แต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและมีหลักฐานชีวิตที่ดีกว่า และจากการศึกษาของ พาดีลลาและแกรนด์ (Padillar & Grant 1985:56) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคโลสโตมีย์ (Colostomy) ทั้งนี้เนื่องจาก อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ส่วนออสเบิร์กและคณะ (Osberg, et al. 1988:94-403) ได้รายงานการทำนายคุณภาพชีวิตระยะยาวหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองว่า อายุไม่ได้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่าน ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (กฤษฎา คงศิริ 2531:๗; ประภา รัตนเมธานนท์ 2532:86-87; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู 2552:93-94)

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญา และสุขภาพของบุคคล เพราะการศึกษาให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจู 2525:110) จอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1982:29-34) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของประชากรชาวอเมริกันผิวดำที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 45 คน พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2533:88) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาค่ำ แต่จากการศึกษาของ กฤษฎา คงศิริ (2531:๗; ทศนีย์ จินางกูร 2528:86-87) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ของครอบครัว

มีการศึกษาวิจัยที่แสดงถึงว่ารายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อาทิการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่ารายได้เป็นตัวแปร 1 ใน 3 ที่เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย (Levy & Wynbrandt 1975:1328-1330) การศึกษาของ เพลมอร์ และลูการ์ท (Palmore & Luiker 1972:68-79) เกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพชีวิตในบุคคลอายุระหว่าง 46-59 ปี ส่วนบุคคลที่อายุต่ำกว่าพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรลดลงเล็กน้อย คาเมอร์และคณะ (Cameran, et al. 1973, 1974 cited in Burckhardt 1982:18) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดของคนพิการและรายงานว่ รายได้เป็นผลสำคัญที่สุดที่จะกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532:91-92) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชราโดย เขมิกา ยะมะรัต (2527:29) พบว่า รายได้มีความสำคัญโดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม การมีงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่างของคนชรา บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้คนชรามีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ส่วน แคมป์เบล (Cambell 1976:119) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิต โดยประเมินจากความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในชาวอเมริกันระหว่างปี ค.ศ. 1975-1972 พบว่า ประชากรที่มีรายได้สูงและการศึกษาสูง ได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเพียงพอ มีความเป็นอยู่ที่ดี มีน้ำสะอาดใช้และมีอากาศบริสุทธิ์ แต่ทางด้านจิตใจ พบว่าประชากรไม่มีความพึงพอใจในชีวิต

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มาริโนและคูเซอร์ (Marino & Kooser 1981:56) ให้ความเห็นว่า ปฏิกริยาการตอบสนองความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย แต่จากการศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู

(2532:94-95) กลับพบว่า ไม่ว่าระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครั้งนี้จะสั้นหรือนานเท่าใด การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ไม่แตกต่างกัน ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับประภา รัตนเมฆานนท์ (2532:92-94) ที่ศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรส

เป็นที่ยอมรับกันมาเป็นเวลานานแล้วว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง (Cohen & Wills 1985:310-353) การดำรงอยู่ของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้านสรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายมากขึ้น (จริยาวัตร คมพัตต์ 2531:96)

ความหมายของการสนับสนุนจากคู่สมรส

คอบบ์ (Cobb 1976:300-301) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่าบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ไวส์ (Weiss 1977 cited in Dimond 1979:101) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพัน ใกล้เคียงสนิทสนม (attachment) การเข้าร่วมในสังคม (Social integration) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อ่อนแอกว่า (Opportunity for nurturance) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) การพึ่งพากันและกัน (Sense of reliable alliance) และการให้คำแนะนำหรือชี้แนะอย่างจริงจัง (Guidance from a trustaorthy)

คาห์น (Kahn 1979:85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

ทอยส์ (Thoits 1982:147-148) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูลซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และเห็นว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ซึ่งจะพิจารณามิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ ต้องพิจารณารวมกันทุกด้าน

บุญเอื้อม ตระกูลวงศ์ (2530:69) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่ามีความหมายทั้งในเชิงแคบและเชิงกว้าง

ความหมายในทางกว้าง แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องกันของเครือข่ายปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กัน และรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้น ๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความห่วงใย ความรัก การให้วัตถุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

ความหมายในทางแคบ หมายถึง สิ่งที่ "ผู้ได้รับแรงสนับสนุน" ได้รับจาก "ผู้ให้การสนับสนุน" ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของและ/หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

จากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่นักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้ให้ไว้อาจสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรืออื่น ๆ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

บราวน์ และแมคเอลวิน (Brown 1986:4, Mc Elveen 1978:320) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากคู่สมรส รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะ

สุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่นในระยะเจ็บป่วยขึ้นวิกฤตต้องการแพทย์ และพยาบาล แต่การสูญเสียภาพลักษณ์ของบุคคลนั้น คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

พรรณราย ทรัพย์ประภา (2530:190) ได้ให้ความหมายของคู่สมรสไว้ว่าหมายถึงบุคคล 2 คน ที่ต่างเพศกันตกลงใจที่อยู่ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือค่าจุนซึ่งกันและกัน และตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และเพศของกันและกันด้วย คู่สมรสจึงเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย เพราะคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมีความห่วงใย ความเอื้ออาทร และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ถือว่าเป็นการได้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี โดยผู้วิจัยใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House 1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ และไม่ปลอดภัยในการมีชีวิตอยู่ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างมาก รู้สึกซึมเศร้า เสร้าโศกเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคร้าย กลัวความเจ็บปวดทรมาน กลัวผลของการรักษาต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิดที่สุดก็คือ สามี เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น และสบายใจ อันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

2. การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม (Appraisal support) การเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยและไร้ความสามารถ เป็นภาระกับครอบครัวต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่แม่บ้านได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมาก นอกจากนั้นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปก็มีผลกระทบต่อ

ความรู้สึกมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นปมด้อยกลัวสามีรังเกียจ ไม่แน่ใจ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวสามีไม่ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของตน ผู้ป่วยจะยิ่งเศร้าซึม และอาจแยกตัวเองออกไป ถอดหนีความเป็นจริง แต่ถ้าสามีให้การยอมรับ เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ต่าง ๆ ให้การยอมรับและเห็นด้วยในความคิดหรือการกระทำที่ถูกต้องยกย่องชมเชย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ มีคุณค่า เป็นที่ต้องการของสามี เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น มีความหวังที่จะมีชีวิตที่ดีเพื่ออยู่กับครอบครัวต่อไป

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งเต้านมนี้ นอกจากการผ่าตัดแล้ว ยังต้องมีการรักษาเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งออกไป ซึ่งอาจเป็นการฉายรังสีการให้เคมีบำบัด การให้ฮอร์โมนรักษา ซึ่งการรักษาเพิ่มเติมนี้มักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องร่วมด้วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่าง ๆ บางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ อาจเนื่องมาจากความไม่เชื่อถือในการรักษา ความไม่สนใจเอาใจใส่ ความไม่รู้ หรือความท้อแท้ต่อภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลให้โรคทรุดลงหรือเลวร้าย ถ้าได้รับการสนับสนุนจากสามี ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ และการตักเตือนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการให้การแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) ผลกระทบจากโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัว และอาชีพการงาน ผู้ป่วยจะต้องการการช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระหน้าที่ ทั้งที่มีต่อครอบครัวและอาชีพการงานในบางโอกาส ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำได้นอกจากนี้โรคของผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มาพบแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ประกอบกับรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยอาจลดลงหรือไม่เลย เนื่องจากสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนไปทำให้ทำงานได้น้อยลง หรือไม่ได้ทำ ดังนั้นถ้าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสามีในด้านการเงิน การแบ่งเบาภาระหน้าที่ภายในบ้านและการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและความวิตกกังวลลงได้

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับคุณภาพชีวิต

ภาวะการเจ็บป่วยจากมะเร็งเต้านม และการที่ผู้ป่วยต้องพบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีปมด้อย ไม่กล้าเข้าสังคม กลัวคนอื่นรังเกียจหรือเยาะเย้ย ไม่ได้ได้รับการยกย่องจากสังคมหมดโอกาสที่จะก้าวหน้าในชีวิต นอกจากนั้นผู้หญิงที่ถูกตัดเต้านมจะมีความรู้สึกว่าคุณไม่เป็นหญิงอีกต่อไป มีความวิตกกังวลว่าสามีจะรังเกียจกลัวว่าสามีจะเบื่อหน่าย ทำให้จิตใจของผู้ป่วยสับสน เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ อารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียว โมโหง่าย เศร้าซึม แยกตัว กดเก็บ ซาดความพึงพอใจในชีวิตหรือขาดคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เมื่อใดก็ตามถ้าผู้ป่วยได้รับความสนใจเอาใจใส่จากคนรอบข้าง มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยบรรเทาภาวะความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยลงได้ และผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจในชีวิต จากการที่ได้กล่าวมาแล้วว่า "คู่สมรส" เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันรักใคร่ เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิมเซย์, ดีด และเชน (Lindsey, Dodd & Chen 1985:150) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นการสนับสนุนที่ได้จากคู่สมรส

เพลมอร์และลูการ์ท (Palmore & Luiker 1972:68-79) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การมีคู่คิดที่สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความคิดเห็นอกเห็นใจกันและช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์กับการมีขวัญกำลังใจ และเป็นตัวป้องกันผลของความหดหู่จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง นอกจากนี้ บอร์ทเนอร์ และฮัตทซ์ (Bortner & Huttch 1976:45) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าตัวแปรทางด้านจิตสังคม เช่นการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ดีกว่าตัวแปรที่เป็นข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพา ให้บรรลุนความต้องการความคาดหวัง อันจะช่วยดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต ในภาวะที่เจ็บป่วยการช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และ

เพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมรักษา จะส่งผลให้มีความพึงพอใจในครอบครัวได้ (Orem 1985: 175) แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของบุคคล

ดังนั้นการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ ได้รับความรักความเอาใจใส่ ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

บุคคลทั่วไปดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และการถ่ายทอดความคิดของตนเอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ที่ทำให้มนุษย์มีเอกลักษณ์เฉพาะและแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตกลุ่มอื่น ในด้านการบริการทางการแพทย์และการพยาบาลนั้น การดูแลตนเองช่วยให้บุคคลมีชีวิตอยู่รอดโดยมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ต่าง ๆ กัน

ความหมายของการดูแลตนเอง

เพนเดอร์ (Pender 1982:150) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

โอเรม (Orem 1991:117) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย และจงใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Dorothy E. Orem's Theory of Self-Care) ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎี 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of

Self-Care) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเรมนี่ได้ถูกนำมาใช้และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมและแพร่หลายมาก และถือว่า สอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง (สมจิตร หนู-เจริญกุล 2533:128) การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Orem 1985:90)

1. ประคับประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ

2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค

4. ป้องกัน ความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

โอเรมได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท ตามความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองของทุกคนในทุก ๆ วัยของชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ อายุ ระยะพัฒนาการสิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านนี้ได้แก่

1.1 คงไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสีย และการระบายให้เป็นไปอย่างปกติ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีต่อการดำเนินชีวิต

1.6 ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ปกติ ในเรื่องของการพัฒนาการด้านร่างกายและความคิดโดยสอดคล้องกับระบบสังคม ข้อจำกัดทางพันธุกรรม คุณลักษณะ และสติปัญญาของแต่ละบุคคล

2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น ความตายของบิดามารดา คู่สมรส เป็นต้น ความต้องการด้านนี้ได้แก่

2.1 ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

2.2 ส่งเสริมการดูแลป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการรวมทั้งการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีเงื่อนไขต่อพัฒนาการของมนุษย์ ได้แก่ การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม ความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ การขาดญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน

3. ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะเกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรครุมให้รุนแรง และป้องกันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข กิจกรรมด้านนี้ได้แก่

3.1 แสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 ตระหนักและสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อชีวิต

3.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแผนการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผลในการป้องกันและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ผลข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล เพื่อคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากสิ่งเหล่านี้

3.5 ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกถึงเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล



3.6 เร็วขึ้นที่จะดำรงชีวิตอยู่กับสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพ อนามัยของตนเอง โดยจัดแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีขึ้น

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ประเภทได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะบรรลุเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง คือ ได้รับในสิ่งต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:16)

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษาการควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ

พฤติกรรมและการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

มะเร็งเต้านมจัดเป็นโรคเรื้อรัง (Chronic malignancy) เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโรคค่อนข้างจะยาวนาน และการรักษาต้องกระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี มะเร็งเต้านมมีการแพร่กระจายไปได้โดยเพิ่มขนาดการเจริญของก้อนเนื้ออกลุกลามผิวหนัง กล้ามเนื้อและผนังทรวงอกที่อยู่ใกล้เคียง (Local infiltrating the surrounding structure) กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง (Lymphatic metastasis) และกระจายไปตามกระแสเลือด (Blood stream) ซึ่งจะไปสู่วัยวะหรือระบบอื่น ๆ เช่น ระบบกระดูก ปอด ตับและสมอง ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า มะเร็งเต้านมมักจะกระจายไปแล้วมากกว่าที่จะอยู่เฉพาะที่เมื่อวินิจฉัยโรคได้ แม้ว่าการกระจายของเซลล์มะเร็งดังกล่าวข้างต้นจะตรวจไม่พบก็ตาม ทำให้เกิดการรักษาทางเคมีบำบัดร่วมด้วย (Adjuvant chemotherapy) (อาคม เขียรศิลป์ 2533:40) ซึ่งผลจากการรักษาดังกล่าวก่อให้เกิดผลข้างเคียงมากมาย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัด รวมทั้งผลจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมิน และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ยาเคมีบำบัด

การรักษาโรคมะเร็งด้วยยา โดยมีวิธีการรับประทานและโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายแล้วจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะกระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์มะเร็ง ก็จะดูดหรือเก็บเอายานี้ไว้ ซึ่งจะมีผลทำให้หยุดการแบ่งตัวของเซลล์ ในที่สุดเซลล์มะเร็งก็จะถูกทำลาย ยารักษามะเร็งจะทำลายหรือมีผลต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย เซลล์พวกนี้ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก อวัยวะระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ และรากผมขน แต่แพทย์จะพยายามระมัดระวัง ไม่ใช้ยามากจนไปทำลายเซลล์อื่น ๆ ของร่างกาย ฉะนั้นเซลล์ของอวัยวะดังกล่าวจึงสามารถฟื้นคืนตัวจนเป็นปกติได้ (อาคม เขียรศิลป์ 2526:94-95) ในการให้ยาเคมีบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เราหวังผลให้มีการทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็ง โดยที่เซลล์ปกติของร่างกายผู้ป่วยถูกรบกวนทำลายน้อยที่สุด การให้ยาควรให้ซ้ำ ๆ เป็นชุดหรือระยะเวลาที่ได้รับยา (courses) ถ้าต้องการให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายควรทิ้งช่วงระหว่างระยะเวลาที่ได้รับยาให้ห่างพอที่จะให้เซลล์ปกติได้มีการฟื้นตัวจากฤทธิ์ของยา ปกติอย่างน้อยประมาณ 2 สัปดาห์ การใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกันหลายตัว (Combined chemotherapy) ในการรักษาผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดการต้านทานของเซลล์มะเร็งต่อยา ให้ผลดีกว่าใช้ยาเพียงตัวเดียว การเลือกให้ยาควรถือหลักว่า ยาที่ใช้แต่ละตัวมีผลในการรักษามะเร็งชนิดนั้น ๆ ได้ผลดีพอควร มีกลไกการออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็งที่ต่างกันออกไป หรือมีผลข้างเคียงออกฤทธิ์ในระยะของวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง ที่ต่างกันและควรมีอาการข้างเคียงน้อยที่สุด จุดประสงค์ของการให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด คือเป็นการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการแพร่กระจายของโรค ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วต้องมีระยะการปลอดโรคมะเร็งนานที่สุด (remission) ซึ่งหมายถึงการที่มะเร็งต่าง ๆ หายไปหมด ไม่สามารถตรวจพบได้จากวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การตอบสนองต่อการให้เคมีบำบัดนั้น เราจะประเมินได้ภายหลังจากการให้ยาไปแล้วอย่างน้อย 2-3 ชุด (วสันต์ ลิณะสมิตและ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ 2531:305-308)

สูตรเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเต้านม (อาคม เขียรศิลป์ เอกสารความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัด) ใช้ยาเคมีบำบัด 3 ชนิดร่วมกันคือ ไซโคลฟอสฟาไมด์, เมทโทเทรกซ์, 5-FU โดยทั่วไปนิยมเรียกว่า ซี เอ็ม เอฟ (Cyclophosphamide, methotrexate, 5-FU

Traditional CMF) ระยะเวลาการให้สดังนี้

ซี = เอนด็อกแซน (Endoxan) = 2-4 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน รับประทานวันที่ 1

ถึงวันที่ 14

เอ็ม = เมทโทเทร็กซ์ (Methotrexate) = 40 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกาย/วัน ฉีดเข้า
หลอดเลือดดำ วันที่ 1 และวันที่ 8

เอฟ = 5-ฟลูออโร (5-FU) = 600 มิลลิกรัม/พื้นที่ผิวของร่างกาย/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วันที่
1 และวันที่ 8

เนื่องจากยาที่ใช้ในเคมีบำบัดนั้นมีผลระงับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง เซลล์
ปกติบางชนิดที่เจริญเติบโตเร็วจะได้รับผลไปด้วยจะมากหรือน้อยนั้นก็ขึ้นอยู่กับยาแต่ละชนิด อาการ
ข้างเคียงของยาที่ใช้ในเคมีบำบัดที่พบบ่อยคือ (อาคม เขียวศิลป์ 2531:91-97, วสันต์ ฉิมสมิต
และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ 2531:305-308, Petton 1984:58-60)

1. ภาวะแทรกซ้อนบริเวณที่ให้เคมี ถ้ายาเคมีบำบัดรั่วออกจากหลอดเลือด จะทำ
ให้เกิดการระคายเคือง จะมีอาการบวมไหม้ ปวดแสบปวดร้อน เกิดการตายของเนื้อเยื่อ

2. ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal) เกิดการอักเสบของเยื่อทาง
เดินอาหาร ตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก เป็นระบบที่ถูกรบกวนมากที่สุด เกิดแผลในปาก คลื่นไส้
อาเจียน อุจจาระร่วง ท้องผูก ปากอักเสบ

2.1 คลื่นไส้-อาเจียน เกิดจากศูนย์ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่บริเวณก้าน-
สมอง (medulla) ถูกกระตุ้นจากสารพิษโรคมะเร็ง ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจะเกิดขึ้น
ใน 2-3 ชั่วโมง หลังจากได้เคมีบำบัดทางเส้นเลือด และ 8-12 ชั่วโมง หลังให้ยาทางปาก
อาการจะลดลงหลัง 24 ชั่วโมง

2.2 แผลในช่องปาก (Mouth Lesions) อาการมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากการให้
ยาประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้มักเป็นอยู่ประมาณ
3-4 วัน และมักพบบ่อยในผู้ที่ให้ยาเมทโทเทร็กซ์

2.3 เบื่ออาหาร บางครั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับ
รับประทานอาหาร เช่น อิ่มง่าย เคี้ยวอาหารลำบาก กลืนอาหารลำบาก รสอาหารเปลี่ยนไป
เป็นต้น

2.4 เชื้อบนทางเดินอาหารเป็นแผล เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าแผลในช่องปาก โดยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง และท้องเสีย ถ้าเป็นมากอาจจะมีอาการติดเชื้อจากเชื้อภายในลำไส้

2.5 ท้องผูก (Constipation) เนื่องจากเคมีบำบัดส่งผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว เกิดอาการท้องผูกได้

2.6 การถ่ายอุจจาระเหลว หรือท้องเสีย อาจเกิดจากเคมีบำบัดทำให้เชื้อลำไส้ระคายเคือง การเคลื่อนไหวและการทำงานของลำไส้ผิดปกติ เกิดอาการปวดท้อง และถ่ายเหลวได้

3. ระบบไขกระดูก สารพิษบางชนิดมีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้มีการลดจำนวนลงของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการชืด มีการติดเชื้อได้ง่าย อาจพบว่ามีไข้เลือดตามตัว เลือดกำเดาไหล หรืออุจจาระเป็นเลือด

3.1 เม็ดเลือดแดงต่ำหรือโลหิตจาง (Anemia) จะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง หน้ามืด เหนื่อยง่าย สีของเล็บจางลง การให้เคมีบำบัด ฮีมาโตคริต (Hematocrit) จะมีค่าไม่ต่ำกว่า 30 มม.ปรอท ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ตั้งแต่ 10 กรัมต่อ 100 ซีซี ถ้าต่ำกว่านี้ จะให้เลือดก่อน โดยเลือด 1 ยูนิต จะเพิ่ม ฮีโมโกลบิน 1 กรัม/100 ซีซี

3.2 เกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ถ้าเกร็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยมีโอกาสเลือดออกง่าย เลือดออกไม่หยุดมีไข้เลือดตามตัว เลือดกำเดาออก ปัสสาวะและอุจจาระมีเลือดปน ถ้าเกร็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ควรรับไว้ในโรงพยาบาลและงดให้เคมีบำบัด

3.3 เม็ดเลือดขาว (Leukopenia) อาการที่เกิดเม็ดเลือดขาวลดลงมักจะเกิดขึ้นวันที่ 7-14 หลังให้ยา ระยะเวลาฟื้นตัวอยู่ระหว่าง 4-6 สัปดาห์ การให้เคมีบำบัดต้องให้เม็ดเลือดขาวกลับสู่ภาวะปกติก่อน โดยทั่วไปไม่ควรต่ำกว่า 2,500-3,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ อาจทำให้มีไข้จนถึงอาการช็อคอันเกิดจากการติดเชื้อในเลือดได้ (Septic shock) ภายในเวลา 2-3 ชั่วโมง

4. การเปลี่ยนแปลงของเส้นผม คือผมร่วง เคมีบำบัดจะทำลายเส้นผมในระหว่างกำลังเติบโต ซึ่งมีประมาณร้อยละ 90 ของเส้นผมทั้งหมด เคมีบำบัดแต่ละชนิด จะทำให้เส้นผมร่วงต่างกัน ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงร่วงหมด อาการจะเกิดหลังได้เคมีบำบัด 2-3 สัปดาห์ และจะงอกขึ้น

ใหม่ภายใน 8 สัปดาห์ หรือหลังหยุดยา 2-3 เดือน เส้นผมที่งอกใหม่จะมีสีดำและหยิกขึ้น ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผมร่วงได้มากที่สุด ได้แก่ ไซโคลฟอสฟาไมด์ (บรรจก ค่าหมอกูล 2532:193)

5. ผิวหนัง อาจเกิดการผิวหนังแห้งและคันตามผิวหนัง ผื่นชนิดต่าง ๆ มักเกิดขึ้นตามผิวหนัง ขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ได้ทุกชนิด ยาเคมีบำบัดบางชนิดที่ให้เกิดผลลดเลือดต่ำ บางครั้งอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจทำให้ผิวหนังสีคล้ำตลอดทางเดินของหลอดเลือดดำที่ได้รับ

6. พิษต่อไต ยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งบางตัวมีผลต่อกระเพาะปัสสาวะและไต ทำให้เกิดอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ยาเคมีบำบัดบางชนิดจะถูกขับออกทางปัสสาวะ อาจทำให้สีของปัสสาวะเปลี่ยนไป เช่น ถ้าได้รับ เอ็ดเดรียมายซิน (Adriamycin) อาจทำให้ปัสสาวะเป็นสีเทา หรือเม็ทโทเทร็กซ์ (Methotrexate) อาจทำให้ปัสสาวะเป็นสีเหลืองอ่อน แต่ถ้าปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม หรือเป็นเลือดแสดงว่ามีการทำลายไตและเยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะ

7. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ยาเคมีบำบัดจะทำลายประสาทส่วนปลายของร่างกาย ทำให้ชาปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการเคลื่อนไหวแบบงุ่มง่ามหรือสูญเสียการทรงตัว รู้สึกปวดแสบปวดร้อนตามมือและเท้าได้ แต่อาการดังกล่าวนี้จะเป็นชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

8. ระบบทางเดินหายใจ ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดพิษต่อปอด ทำให้ทางเดินหายใจอักเสบ ถุงลมปอดอักเสบ

9. ระบบหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเฉพาะแห่ง

10. ตับ เคมีบำบัดถูกเผาผลาญที่ตับ ผู้ป่วยจะมีระดับเอนไซม์ เอสจีโอที เอสจีพีที แอลดีเอส และแอลคาลายฟอสฟาเทส (SGOT SGPT LDH และ Alkaline phosphatase) สูงขึ้น กดการสร้าง Fibrinogen และปัจจัยการแข็งตัวของเลือด

11. รังไข่และอัณฑะ ผู้หญิงที่มีประจำเดือน อาจมีสิ่งเหล่านี้เกิดแก่ผู้ป่วยได้ ในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

11.1 ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

11.2 ประจำเดือนหยุดไปเลย

11.3 อาจมีอาการคล้ายกับคนใกล้หมดประจำเดือน เช่น หน้าแดง ฯลฯ

เนื่องจากฮาเคมีบำบัด มีผลต่อเด็กในครรภ์ด้วย ผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ให้ป้องกันมิให้มีบุตร โดยใช้วิธีคุมกำเนิดตามความเหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยชาย ฮาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดอาการดังนี้ มีการลดการผลิตเชื้อสเปิร์ม และอาจเป็นหมันได้ แต่ยังอาจมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ บางรายสามารถมีบุตรได้เช่นคนปกติ

12. ผลทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความกดดันทางจิตใจ เมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็ง และกำลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่ ความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ซึมเศร้า กลัว โกรธ หรือหมดอาลัย เป็นต้น

การตัดเต้านมออกอย่างถอนรากแบบดัดแปลง (Modified radical mastectomy or MRM) หมายถึงการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด รวมทั้งกล้ามเนื้อ เพ็คโตราลิส ไมเนอร์ (pectoralis minor) และต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จะเก็บกล้ามเนื้อ เพ็คโตราลิส เมเจอร์ (pectoralis major) ไว้ ทำให้มีความพิการของผนังทรวงอกและการกลับเป็นซ้ำน้อย (กรีซ โพธิ์สุวรรณ 2531:294)

ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังการผ่าตัดเต้านม

1. แขนบวม (Edema of arm) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ แขนบวมที่เกิดขึ้นทันที (acute) และแขนบวมชนิดเรื้อรัง สาเหตุที่เป็นองค์ประกอบของการเกิดแขนบวมคือการผ่าตัดและเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ตลอดจนระบบทางเดินน้ำเหลืองบางส่วนถูกตัดออกด้วย เมื่อทางเดินน้ำเหลืองถูกรบกวน สารพวกโปรตีนจะยังอยู่ในช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อ ทำให้แรงดันคอลลอยด์ออสโมติก (Colloid osmotic pressure) สูงขึ้น และแขนบวมมากขึ้น (Nancy, อ้างใน สมพร ชินโนรส, บรรณาธิการ 2532:159) นอกจากนั้นการติดเชื้อหลังการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาก็จะเป็นสาเหตุเสริมให้เกิดแขนบวมได้เช่นกัน

2. ข้อไหล่ข้างเดียวกับแผลผ่าตัดเต้านมมีความจำกัดในการเคลื่อนไหว (Limitation of movement at the shoulder joint) ข้อไหล่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมมีผลทำให้แขนที่อยู่ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็งได้รับความกระทบกระเทือนไปด้วย ซึ่งผู้ป่วยจะเจ็บและตึงแผลมากและจะรู้สึกทรมานเมื่อเคลื่อนไหวแขน และข้อไหล่ ดังนั้น

ผู้ป่วยจึงไม่พยายาามที่จะใช้แขนและข้อไหล่ สิ่งที่มาคือ มีความจำกัดในการเคลื่อนไหวของแขน และข้อไหล่

3. มีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัว จะปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลัง นั่นคือ ผู้ป่วยเมื่ออยู่ริยาบด นั่ง ยืน เดิน จะสังเกตได้ว่า มีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลังโก่ง ซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดีคือจะเมื่อยล้าได้เร็ว และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี วิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะการทรงตัวไม่ดี คือ ต้องกระตุ้นผู้ป่วยให้พยายาามฝึกการทรงตัวให้ดี ในขณะที่ผู้ป่วยอื่น นั่ง เดิน พยายาามตั้งศีรษะให้ตรง ยึดอกยึดหลัง และปรับระดับไหล่ทั้งสองข้างให้เท่ากัน และการใช้เต้านมเทียม จะช่วยส่งเสริมการทรงตัวและส่งเสริมความงามให้กับทรงอกของผู้ป่วยด้วย

4. เส้นประสาทถูกกดเบียด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน พบได้บริเวณคอและข้อมือ เส้นประสาทถูกกดเบียดบริเวณข้อมือ โดยมีอาการมือหนัก ดิ่ง ปวดและชา แขน และมีการบวมของแขนร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก การแก้ไขโดยการผ่าตัดเพื่อผ่อนคลายการกดเบียด (Decompression)

5. ปัญหาทางด้านจิตใจ เจมิสัน และคณะ (Jamison, et al 1978, อ้างใน วิไลลักษณ์ จันทรพวง 2534:33) กล่าวว่าช่วงเวลาที่ย่ำแย่ที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ภายหลังจากทราบการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะมีความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ระยะที่ 2 ภายหลังจากการผ่าตัดเต้านมออก ผู้ป่วยจะต้องพบกับความไม่สุขสบายจากการผ่าตัด รู้สึกสูญเสีย สัญลักษณ์ของความเป็นหญิง กลัวว่าจะมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะนี้มักจะซึมเศร้า ระยะที่ 3 หลังจากผ่าตัดหลายอาทิตย์ ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่บ้าน และติดตามการรักษาต่อไป ในช่วงนี้หากต้องได้รับการรักษา ร่วมกับการผ่าตัด เช่น การให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา เพื่อป้องกันการเป็นใหม่ของโรค ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านจิตใจมากขึ้นและถ้าผู้ป่วยได้รับการทอดทิ้งจากครอบครัว หรือคู่สมรสไม่ให้ความรักใคร่เอื้ออาทร ความช่วยเหลือ ปลอบโยนให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะเครียดตามลำพังแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ท้อแท้ หมดหวัง และซึมเศร้า ในที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพราะผู้ป่วยอาจตัดสินใจปัญหาด้วยการทำอัตวินิบาตกรรมได้

จะเห็นได้ว่าการรักษาโดยการให้เคมีบำบัดนั้น มีบทบาทและได้ผลค่อนข้างดีในการรักษา แต่เคมีบำบัดก็ทำให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด

ดังที่กล่าวข้างต้น ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคด้วยยาเคมี ผู้ป่วยจะต้องรู้จักดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค รวมทั้งผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเต้านม ดังนั้นจึงขอสรุปพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

1.1 ความต้องการเพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศที่บริสุทธิ์อย่างเพียงพอ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อไขกระดูก ทำให้ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ควรเข้าใกล้ผู้ที่เป็โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ผู้ที่เป็นไข้หวัด ไข มีน้ำมูก และไม่ควรเข้าไปในชุมชนแออัดโดยไม่จำเป็น จึงควรอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

1.2 การได้รับน้ำและอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่า วิตามิน และแคลอรีสูง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับประทานอาหารให้ถูกส่วน และให้ได้ประโยชน์มากที่สุดเพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีความทนทานต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ ช่วยให้ร่างกายซ่อมแซมและเสริมสร้างเซลล์ที่สึกหรนมาทดแทน (อาคม เขียรศิลป์ 2526:96) ซึ่งอาหารหลักที่จำเป็นสำหรับร่างกาย คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน

เคมีบำบัดมีผลต่อไต เพื่อจะทำให้ไตทำหน้าที่ที่ดีอยู่ จึงจำเป็นต้องพยายามขับถ่ายยาเหล่านี้ออกจากร่างกาย พยายามดื่มน้ำ น้ำผลไม้ น้ำชา อย่างน้อย 8-12 แก้วออนซ์ ต่อวัน หรือวันละ 2,500-3,000 ซีซี อาจใช้ไอศกรีม ชูบ โซดา น้ำแข็งกด หรือวันแทนก็ได้ (อาคม เขียรศิลป์ 2526:96) นอกจากนั้นเคมีบำบัดจะทำให้เกิดการทำลาย นิวคลีอิก แอซิด (Nucleic acid) ของเซลล์ต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงมีปริมาณของกรดยูริกในปัสสาวะสูงขึ้น (Scherer J.C. 1991:382) การดื่มน้ำมาก ๆ จึงเป็นการป้องกันการรวมตัวหรือการตกผลึกของกรดยูริก ที่เป็นสาเหตุของการเกิดนิ่วในท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดภาวะไตวายจากการอุดตันของนิ่วกรดยูริกได้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

1.3 การขับถ่ายของเสียและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ ได้แก่ ผักหรือผลไม้ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพื่อให้การขับถ่ายเป็นไปตามปกติ

1.4 มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง กระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกือบทุกกระษะ ส่วนการพักผ่อนนั้นจะรวมทั้งร่างกายและจิตใจ ร่างกายต้องการการพักผ่อนหลังจากมีกิจกรรมหรือออกกำลังกาย เพื่อให้เซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อได้พัก

1.5 มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังและการปฏิสัมพันธ์ในสังคม เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บุคคลมีอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่มีความผูกพันกับบุคคลอื่นในสังคมด้วย ผู้ป่วยจึงควรมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ที่ดีต่อการเจ็บป่วย มีผลต่อการปรับตัวและช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดูแลตนเอง

1.6 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด จะต้องตรวจเต้านมข้างที่เหลืออยู่ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการการกลับเป็นซ้ำ และเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงจากบุคคลอื่นที่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการดูแลความสะอาดร่างกายของตนเอง และพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพราะหาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียที่มีต่อพัฒนาการของบุคคล หรือกระทำเพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหา อันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ในชีวิต การตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบในครอบครัว/สังคม การขาดสมรรถภาพต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำงาน และดำรงชีวิต เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพเพื่อบรรเทาและจัดการอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสุขภาพ ให้กลับสู่การมีสุขภาพดีโดยเร็ว ซึ่งต้องการการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การเฝ้าหาบริการด้านการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับยาเคมีบำบัด

ให้ครบ Course เพราะการมาพบแพทย์ตามนัดมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรคและผลของการรักษา การมาพบแพทย์ตามนัดผู้ป่วยมีโอกาสได้ซักถามปัญหาต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมักพบอาการข้างเคียงได้ค่อนข้างมาก ผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าตนเองมีอาการเลวลงจากการรักษาจึงพยายามหลีกเลี่ยงการรักษาด้วยลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น ต่อรองในการรักษาให้น้อยลง พยายามเสาะแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เปลี่ยนสถานที่รักษา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง จึงพยายามแสวงหาสถานที่รักษาแห่งใหม่ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคเป็นอย่างมาก

3.2 ตระหนักและสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันเคมีบำบัดมีบทบาทต่อการรักษาโรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างมาก โดยจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดจากโรคมากขึ้นและนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราความอยู่รอดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องสนใจหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถ้าคลำพบก้อนหรือมีส่วนผิดปกติบริเวณเต้านม แม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม ควรจะรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว (ไพรัช เทพมงคล 2527:77-78) ผู้ป่วยจะต้องให้ความสำคัญในการสังเกตอาการ สนใจความรุนแรงของโรค และรายงานอาการต่าง ๆ ที่เกิดกับคนให้แพทย์ผู้รักษา รับทราบ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อไป

3.3 การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะต้องเข้าใจว่าโรคนี้นั้นเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาต้องกระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี การให้เคมีบำบัดภายหลังผ่าตัดเต้านม สามารถลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ ซึ่งการให้เคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาการเกิดผิวหนังและหลอดเลือดดำอักเสบจากเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด

- ถ้ามีอาการคัน หรือเป็นผื่นตามตัว ให้ใช้แป้งฝุ่นบรรเทาอาการคัน และโลชั่นหรือครีมทาผิว เพื่อทำให้ชุ่มชื้นเสมอ

- หลีกเลี่ยงการเกาหรือถูแรง ๆ

- บอกรแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่เคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด ใช้

ความเย็น หรือผ้าชุบน้ำเย็นประคบบริเวณนั้น

- ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรรับประทานอาหารประเภทเหลวใส เช่น น้ำต้ม น้ำขิง รุนหรือเฮลลี่ น้ำมะนาว โคล่า น้ำชา โดยการจิบทีละน้อยแต่บ่อย ๆ ควรรับประทานทีละน้อยช้า ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการรับประทานมากเกินไป เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารบวมมากเกินไป ซึ่งจะมีผลกระทบต่อน้ำหนักมากขึ้น

- ดูแลความสะอาดของปาก ฟัน เพื่อกำจัดความอสุกอาหาร

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเป็นกรดมาก ได้แก่ น้ำผลไม้ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เผ็ดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน

- หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่
- ใช้แปรงสีฟันนุ่ม ๆ ทำความสะอาดปากและฟัน
- อมบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำอุ่นทุก 2-3 ชั่วโมง
- ใช้ครีมหรือสีย้อมทาบริเวณฝีปาก เพื่อป้องกันปากแห้ง

- ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไม่สะอาด สก ๗ ดิบ ๗

- งดอาหารบางประเภทชั่วคราว เช่น นม
- รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่มีกาก เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก

5. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการท้องผูก

- รับประทานอาหารกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำผลไม้/น้ำมาก ๆ

อย่างนี้อะวันละ 8-10 แก้ว

- ออกกำลังกายเป็นประจำ
- ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา

6. การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเม็ดเลือดต่ำ (อาคม เข็รศิลป์ 2526:99)

ก. ป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำ กระทำดังนี้

- หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า

หอประชุม ฯลฯ

- หลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ เช่น วัณโรค หวัด ไข้หวัดใหญ่ ฯลฯ
- ระมัดระวังมิให้เกิดบาดแผลต่าง ๆ ตามร่างกาย เพื่อป้องกันมิให้

เชื้อโรคเข้าทางบาดแผล

- ถ้ามีอาการไข้สูงกว่า 37 องศาเซลเซียส หนาวสั่น ปัสสาวะแสบ

ขัด ไอ ควรไปพบแพทย์ทันที

ข. ป้องกันการเลือดออกง่าย เมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำ กระทำดังนี้

- ใช้แปรงขนอ่อนนุ่มหรือไม้ฟันสาลี ทำความสะอาดปากหรือฟัน
- หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม
- งดเว้นการเล่นกีฬาประเภทที่มีโอกาสมีบาดแผลง่าย เช่น ฟุตบอล
- ถ้าถูกของมีคม ให้งัดที่ปากแผลด้วยผ้าที่สะอาด กระจกชำระที่

สะอาดหรือมือที่สะอาดทันที ถ้าเลือดไม่หยุดควรพบแพทย์

- สวมถุงมือชนิดหนาพอสมควร เมื่อปลูกต้นไม้ที่มีหนาม
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพริน เมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำ เพราะทำให้

เลือดออกง่ายขึ้น

- ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันทีที่เป็นไปตามตัวง่าย เลือดออกง่าย และ

มากกว่าปกติ ปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือด

ค. ป้องกันอาการอ่อนเพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ กระทำดังนี้

- รับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่
- พักผ่อนมาก ๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ควรนอนหลับวันละ 8-10

ชั่วโมง

- ทำงานให้น้อยลง หรือหยุดทำงาน

7. การดูแลตนเอง เมื่อมีอาการผม่ว่ง

- ใส่หมวกคลุม ใส่หมวก หรือใช้ผ้าคลุมผม
- สวมรับว่าผมจะขึ้นใหม่เหมือนเดิมเมื่อหยุดให้เคมีบำบัด

8. ดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะ

- ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
- สังเกตสี และลักษณะของปัสสาวะ ถ้าผิดปกติให้รีบปรึกษาแพทย์

9. การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซ้ำ

ปลายมือและปลายเท้า

- ออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อให้แข็งแรง
- พักผ่อนเต็มที่หลังออกกำลังกาย
- ถ้าอาการรุนแรง เช่น รู้สึกเหมือนกับว่าเป็นอัมพาต

10. วิธีปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดเต้านมเพื่อป้องกันหรือแก้ไขภาวะแขนบวม

ยึดหลักการป้องกันการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่บริเวณแขนข้างเดียวกับแผลผ่าตัดและช่วยส่งเสริมการไหลเวียนกลับของเลือดและน้ำเหลืองที่แขนไปสู่หัวใจ มีดังนี้คือ

1) ให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย มือ ข้อศอก ข้อมือ ที่อยู่ข้างเดียวกับแผลผ่าตัดในระยะแรกหลังผ่าตัด เพื่อลดอาการตึงและบวม หรือป้องกันภาวะแขนบวม

2) ให้ผู้ป่วยนอนยกแขนข้างที่ทำผ่าตัดไว้สูง โดยให้ส่วนของต้นแขนกับข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวใจห้องบนขวา ส่วนมืออยู่สูงกว่าข้อศอก

3) ให้ผู้ป่วยใช้ผ้าคล้องแขนข้างที่ทำผ่าตัดไว้กับคอ ทั้งนี้เพื่อลดการถ่วงและการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง

4) ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม รับประทานอาหารด้วยมือที่อยู่ข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม

นอกจากนี้วิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแขนบวมถาวร โดยยึดหลักไม่ขัดขวางการไหลเวียนกลับของเลือดและน้ำเหลืองที่บริเวณมือและแขนข้างเดียวกับแผลผ่าตัดเต้านม ป้องกันเลือดคั่ง ช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือด หลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้มือและแขนข้างนั้นเกิดการติดเชื้อ ข้อห้ามและสิ่งที่ควรปฏิบัติ มีดังนี้

1) หลีกเลี่ยงการฉีดยา ให้น้ำเกลือ วัดความดันโลหิต หรือการเจาะเลือดแขนข้างเดียวกับที่ทำผ่าตัด

2) หลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลตามผิวหนัง อาจป้องกันได้โดยใส่ปลอกนิ้วมือเมื่อต้องหยิบผ้า สวมถุงมือในขณะทำสวน และควรใช้เครื่องมือบริเวณงูมเกล็ดแทนการใช้กรรไกรตัดเล็บ

3) เมื่อเกิดบาดแผลฉีกขาด ชีตช่วน ถูกน้ำร้อนลวก ควรรีบทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันที ถ้าบาดแผลใหญ่ควรปรึกษาแพทย์

4) ในขณะประกอบอาหาร เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการถูกภาชนะที่มีความร้อน น้ำร้อนลวก ควรใส่ถุงมือทำครัว และไม่ควรรประกอบอาหารหน้าเตาไฟนาน ๆ

5) ไม่ควรใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม คีบบุหรือสูบ

6) หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เช่น ถังน้ำ กระเป๋าสื่อผ้า

7) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีแสงแดดร้อนจัด และควรใช้ครีมทากันแดดไว้ด้วย

8) ไม่ควรสวมแหวน ใส่นาฬิกา เครื่องประดับอื่น ตลอดจนเสื้อผ้าที่มีแขนรัดแน่น เพราะจะทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดและน้ำเหลืองที่บริเวณมือ และแขนข้างเดียวกับแผลผ่าตัดไหลผ่านไม่สะดวก

9) ควรสวมถุงมือยาง เมื่อต้องใช้น้ำยา หรือสารเคมีต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพ้เคมีหรือน้ำยานั้น ๆ

10) สังเกตความผิดปกติว่ามีการบวมของแขนเกิดขึ้นหรือไม่ และถ้าพบควรปรึกษาแพทย์ และถ้าหากเกิดบาดแผลขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยก็ต้องเอาใจใส่รักษาให้หายโดยเร็ว

นอกจากภาวะแขนบวมแล้ว ยังอาจเกิดภาวะข้อไหล่ข้างเดียวกับแผลผ่าตัดเต้านมมีความจำกัดในการเคลื่อนไหว (Limitation of movement at the shoulder joint)

สาเหตุของข้อไหล่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว เนื่องจากในการผ่าตัดเด้านมมีผลทำให้แขนที่อยู่ข้างเดียวกับเด้านที่เป็นมะเร็งได้รับกระทบกระเทือนไปด้วย ซึ่งผู้ป่วยจะเจ็บและดึงแผลมากและจะรู้สึกทรมานเมื่อเคลื่อนไหวแขน และข้อไหล่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่พยายาามที่จะใช้แขนและข้อไหล่สิ่งที่ตามมาคือ มีความจำกัดในการเคลื่อนไหวของแขนและข้อไหล่

11. วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันความจำกัดในการเคลื่อนไหวแขนและข้อไหล่ มีหลักดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องฝึกออกกำลังกายหรือการฝึกฝนการเคลื่อนไหวแขนและข้อไหล่อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยทำจากท่าง่ายไปหายาก ตามคู่มือการออกกำลังกายของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของแขนและข้อไหล่ และป้องกันการหดรั้งของแผลเป็น นอกจากนี้แล้ว การออกกำลังกายแขนและข้อไหล่ในท่าใด ๆ ก็ตามควรจะต้องกระทำทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันกระดูกสันหลังคดการฝึกออกกำลังกายนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความสนใจเกี่ยวกับความพิการของทรวงอกอีกด้วย สำหรับท่าที่ใช้ออกกำลังกายมีหลายวิธี ดังนี้คือ

- 1) ให้ผู้ป่วยยืนหันหน้าเข้าหาฝาผนัง งอข้อศอกทั้ง 2 ข้างวางมือลงบนฝาผนัง แล้วค่อย ๆ เคลื่อนนิ้วไต่ขึ้นไปตามฝาผนังจนแขนเหยียดตรงหรือสูงเท่าที่แขนสามารถจะเหยียดได้
- 2) ให้ผู้ป่วยยืนหันด้านข้างเข้าหาฝาผนัง มือวางทาบกับผนังแล้วค่อย ๆ ไต่ขึ้นไปตามผนังขึ้นไปเรื่อย ๆ จนเหยียดแขนได้สุด
- 3) ให้ผู้ป่วยยืนเกาะขอบเตียง และโน้มตัวไปข้างหน้า ให้แขนข้างที่ทำผ่าตัดห้อยลง แล้วหมุนแขนเป็นวงกลม โดยให้ข้อศอกเหยียดตรง จากนั้นหมุนแขนตามเข็มนาฬิกา 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนเป็นหมุนทวนเข็มนาฬิกา 5 ครั้ง
- 4) ให้ผู้ป่วยประสานมือทั้ง 2 ข้างที่หลังต้นคอแล้วเปลี่ยนมือทั้ง 2 ลงมาประสานกันที่หลังบั้นเอว

ผู้ป่วยควรบริหารข้อไหล่ในแต่ละท่าครั้งละ 5 เท้า และควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากข้อไหล่ติดและแขนบวม จากการผ่าตัดเอาเด้านมออก ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัว จะปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลังนั้นคือ ผู้ป่วยเมื่ออยู่ริยาบถ นั่ง ยืน เดิน จะสังเกตเห็นได้ว่า มีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลังโก่ง ซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดีคือ จะเมื่อยล้าได้เร็ว และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี วิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะการทรงตัวไม่ดี คือ ต้องกระตุ้นผู้ป่วยให้พยายามฝึกการทรงตัวให้ดี ในขณะที่ผู้ป่วยนั่ง เดิน

พยายามตั้งศีรษะให้ตรง ยึดอกยึดหลัง และปรับระดับไหล่ทั้งสองข้างให้เท่ากัน และการใช้เต้านมเทียม จะช่วยส่งเสริมการทรงตัวและส่งเสริมความงามให้กับทรวงอกของผู้ป่วยด้วย

12. การพักผ่อนด้านจิตใจ พยายามเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่น ๆ เพื่อลดความเครียด การผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการฟังเพลง ดูรายการโทรทัศน์ที่สนุกสนานน่าสนใจ พบปะสนทนากับบุคคลที่ฟังพอใจ อ่านหนังสือที่ชอบและน่าสนใจ พุดถึงแต่สิ่งที่ชอบ และพุดคุยถึงวันที่มีความสุขในอดีต

3.4 การรับรู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด จะต้องสังเกตอาการผิดปกติบริเวณเต้านม ถ้าคลำพบก้อนแม้แต่เพียงจะเล็กน้อยก็ตาม ควรจะรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว เพื่อจะได้แก้ไขอย่างทันทั่วทั้งที่ การได้รับเคมีบำบัดจะทำให้เกิดผลข้างเคียงมากมาย ดังนั้นหลังจากได้รับการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยจะต้องสนใจในสุขภาพของตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของตนและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไป

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ การที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ บาร์บารา (Barbara 1976:193-195) ได้กล่าวถึงความเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด จะเกิดความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และภาพลักษณ์แห่งตนเป็นเหตุให้เกิดอาการเศร้าซึม ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพยายามปกปิดความพิการที่เกิดขึ้นเพราะเกรงว่าตนเองจะไม่ใช่ที่ต้องตามก้มผู้พบเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความรู้สึกของคนทั่วไปที่ยังยึดถือคุณค่าของความสวยงามภาพลักษณ์แห่งตนจะมีอิทธิพลมากที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ ซึมเศร้า เพค (Peck 1972:591) กล่าวว่าผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมจะมีระดับความเครียดที่รุนแรง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอาการของความวิตกกังวล ร่วมกับมีอาการเสียใจ เศร้าโศก และการผ่าตัดเต้านมยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส โกลด์สมิธ และอัลเดย์ (Goldsmith & Alday 1971:1674) กล่าวว่าความรู้สึกเสียใจเต้านมของผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ในคู่สมรส นอกจากนี้ บรุนเดลและบรอดเวลล์ (Brundage & Broadwell 1987 อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ จันทรพวง 2533:20) ได้กล่าวว่าภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียภาพลักษณ์มากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้

ให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวของผู้ป่วยลดน้อยลงไปในทำนองนั้น นอกจากนี้การได้รับเคมีบำบัด มีผลทำให้จิตใจ ร่างกาย และสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของ บรรจง คำหอมกุล (2532:209-218) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้เคมีบำบัด พบว่ามีปัญหาทางด้านร่างกายที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมากที่สุด คือ ผมร่วง และอาการคลื่นไส้-อาเจียน ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเต้านม จึงต้องปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง อันจะนำไปสู่การยอมรับ การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ดีและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ดี (สาธิติน เกษมกิจวัฒนา 2525: 27) ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงภายหลังการได้รับการรักษาดังกล่าว ผลของการรักษาเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป

3.6 เรือนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะต้องดูแลสุขภาพอนามัยอย่างสม่ำเสมอ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย การบริหารแขนและสุขภาพอนามัยอย่างสม่ำเสมอ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายบริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติดแข็ง และแขนบวม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย หมั่นดูแลเต้านมด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น และที่สำคัญคือการได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องด้วยการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังผ่าตัดจึงเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองให้มากที่สุด โดยการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรมที่ว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง (Self reliant) และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ความผาสุกของชีวิต (Well-being) (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:1) ซึ่งปัจจัยที่จะผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ การตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความสนใจและแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยลดน้อยลงอันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

โอเรม (Orem 1980:35) ได้ให้ทัศนะถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิต

ฮอสกินส์ (Hoskinh 1985 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988:42) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในทางอ้อมที่พบเป็นส่วน-ใหญ่ เช่น การศึกษาของ กฤษดา ดงศิริ (2531:102) ที่พบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ประเมินว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความพึงพอใจที่ยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนว่า ยังคงแข็งแรงพอที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้

การศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533:86) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งเท่ากับ .31 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

จากการศึกษาดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผ่านความรู้สึกในการควบคุมตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตในที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม เคมีบำบัดที่ใช้ประกอบด้วย ไซโคลฟอสฟาไมด์, เมทโทเทริกเซต และ 5-ฟลูออโรยูราซิล (Cyclophosphamide, methotrexate และ 5-FU Traditional CMF) ที่มาติดตามรับการรักษาที่ฝ่ายเคมีบำบัด ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 120 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติคือ สถานภาพสมรสคู่และยังอยู่กับสามีผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดอย่างน้อย 3 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาค้นคว้านี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสร้างโดย วิไลลักษณ์ จันทรวง (2533) ตามแนวความคิดของ โรเบิร์ต เฮาส์ (Robert House 1981) จัดการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของการเงินและแรงงาน วิไลลักษณ์ จันทรวง ได้นำเครื่องมือซึ่งผ่านการหาความเที่ยงตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 100 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา โดยวิธีของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถาม
จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรส 4 ด้าน คือ

- การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ คือข้อ 1-8
- การสนับสนุนด้านการประเมิณพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ คือข้อ 9-13
- การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 14-16
- การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน จำนวน 4 ข้อ คือ
ข้อ 17-21

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับ ท่านเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับ ท่านเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้น กับท่านปานกลาง หรือเพียงครึ่งหนึ่ง
มาก	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้น กับท่านเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้น กับท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น โดยใส่
เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็น
แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะในด้านบวกทั้งหมด การให้คะแนนเป็นดังนี้

ไม่เลย	ได้	1	คะแนน
เล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
มาก	ได้	4	คะแนน
มากที่สุด	ได้	5	คะแนน

ดังนั้น คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งชุดคะแนน
จะกระจายอยู่ระหว่าง 21 - 105 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ภายหลังการผ่าตัดผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม
(Orem 1991:126) ที่จำเป็นในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลัง
การผ่าตัด มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความ 36 ข้อ ประกอบ
ด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็น
ในภาวะเป็้องเบนทางด้านสุขภาพ

ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 34
ข้อ คือ ข้อ 1-22 ข้อ 24-35 ความหมายทางลบจำนวน 2 ข้อคือ ข้อ 23 และ 36 ในแต่ละ
ข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้งและ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
หรือความรู้สึกนั้นได้เกิดขึ้นทุกครั้งและ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือความรู้สึกนั้นได้เกิดขึ้น
เป็นบางครั้ง

ไม่เคยทำเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย หรือความรู้สึกนั้นไม่เคยเกิด
ขึ้นเลย

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตอบ ทำเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน

ตอบ ทำเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

ตอบ ไม่เคยทำเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตอบ ทำเป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบ ทำเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

ตอบ ไม่เคยทำเลย ให้คะแนน 3 คะแนน

ดังนั้น คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งชุด คะแนนจะกระจายอยู่ระหว่าง 36 - 108 คะแนน โดยที่คะแนนต่ำแสดงถึงทิศทางของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี คะแนนสูงแสดงถึงทิศทางของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ บุรชาร์ท Burchardt 1982) ประกอบด้วย แบบวัด 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain satisfaction rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ

พึงพอใจอย่างยิ่ง หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างมากที่สุด

พึงพอใจ หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ

ไม่พึงพอใจ หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้น

ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างมากที่สุด

ถ้าเลือก พึงพอใจอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน

ถ้าเลือก พึงพอใจ ให้คะแนน 4 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่พึงพอใจ ให้คะแนน 2 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of Life rating) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ปวยประเมินภาวะจิตวิสัย โดยสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมดของตนเอง ซึ่งมีเพียงคำถามเดียว โดยให้ผู้ตอบคิดว่าขณะนั้นคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับใด ผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริง ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ

อย่างมาก	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับไม่ดีที่สุด
ไม่ดี	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับไม่ดีปานกลาง
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลาง
ดีพอใช้	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับดีพอใช้
ดีมาก	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับดีมาก
เกณฑ์การให้คะแนน		

ถ้าเลือก ดีมาก	ให้คะแนน	5	คะแนน
----------------	----------	---	-------

ถ้าเลือก ดีพอใช้	ให้คะแนน	4	คะแนน
------------------	----------	---	-------

ถ้าเลือก ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
------------------	----------	---	-------

ถ้าเลือก ไม่ดี	ให้คะแนน	2	คะแนน
----------------	----------	---	-------

ถ้าเลือก อย่างมาก	ให้คะแนน	1	คะแนน
-------------------	----------	---	-------

ดังนั้น คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต คือ ผลรวมของคะแนนที่ได้จาก แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม

คะแนนทั้งหมดของแบบวัดคุณภาพชีวิตมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 25 - 125 คะแนน โดยที่คะแนนต่ำแสดงถึงทิศทางของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนสูงแสดงถึงทิศทางของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ไปรับการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 4 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 4 ท่าน

พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ท่าน

2. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปรับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินคุณภาพชีวิต 3 ท่าน

พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ท่าน

(รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ดูที่ภาคผนวก ก.)

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังผ่าตัด ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (ฮูคีย์ ภาษาและคณะ 2532:127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum si^2}{\sum st^2} \right]$$

โดย α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

st^2 = ความแปรปรวนของคะแนนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.82

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนตุลาคม 2536 โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตามวันและเวลา ดังนี้

วันจันทร์, วันอังคาร, วันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อแนะนำตัวเอง และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอรายชื่อและศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับการตรวจรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษา จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามลักษณะที่กำหนด และบันทึกรายชื่อไว้

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามโดยละเอียด และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา เมื่อตอบแบบสอบถามทั้งหมดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบข้อใดไม่มีคำตอบผู้วิจัยจะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

3.2 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่สามารถอ่านและเขียนได้จำนวน 105 ราย และผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้จำนวน 15 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละฉบับ และนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอส-เอสพีชีบวก (SPSSPC⁺=Statistical package for the Social science Personal Computer plus) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ $\alpha = .05$ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
2. หาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยแต่ละประการคือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ซึ่งมีสูตรดังนี้ (มัลลิกา บุญนาค 2532:12-33)

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับการคุณภาพชีวิต

x = คะแนนของปัจจัยแต่ละตัว

y = คะแนนของคุณภาพชีวิต

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยทดสอบค่าที่ (t -test) ซึ่งมีสูตร ดังนี้ (มัลลิกา บุญนาค 2532:12-33)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$df = N - 2$

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับคุณภาพชีวิต

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเรื้อรังเต้านม และได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม เคมีบำบัดที่ใช้คือ ไซโคลฟอสฟาไมด์, เมทโทเทริกเซท, 5-ฟลูอู ได้รับมาแล้วอย่างน้อย 3 ชุด มาติดตามรับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งหมดจำนวน 120 ราย ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วย ตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
25 - 34 ปี	11	9.2
35 - 44 ปี	51	42.5
45 - 55 ปี	37	30.8
55 - 64	17	14.2
มากกว่า 64 ปี	4	3.3

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
0 ปี	6	5.0
1 - 4 ปี	70	58.3
5 - 7 ปี	2	1.7
8 - 12 ปี	19	15.8
13 - 16 ปี	20	16.7
มากกว่า 16 ปี	3	2.5
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	57	47.5
5,000 - 10,000 บาท	27	22.5
10,001 - 15,000 บาท	9	7.5
15,001 - 20,000 บาท	15	12.5
20,001 - 25,000 บาท	3	2.5
25,001 - 30,000 บาท	5	4.2
มากกว่า 30,000 บาท	4	3.3

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาอยู่ในช่วงระยะเวลาการศึกษา 1-4 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
3-6 เดือน	61	50.8
7-10 เดือน	26	21.7
11-14 เดือน	30	25.0
มากกว่า 14 เดือน	3	2.5

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 3-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.8

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส
แยกตามรายด้านและโดยรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

แบบสอบถาม	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
ของแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่าง				
การสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้าน				
- ด้านอารมณ์	1-40	8-40	30.35	6.32
- ด้านการประเมินพฤติกรรม	1-25	5-25	16.26	3.82
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	1-15	3-15	11.85	2.90
- ด้านเครื่องมือสิ่งของ การเงิน และแรงงาน	1-25	5-25	19.20	4.63
การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม				
	21-105	22-105	80.66	16.47
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	36-108	68-106	93.44	8.79
คุณภาพชีวิต	25-125	73-125	99.50	10.21

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์อยู่ในช่วง 8-40 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.35 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.32 คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านการประเมินพฤติกรรมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.26 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในช่วง 3-15 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.85 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.90 คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านเครื่องมือสิ่งของ การเงินและแรงงานอยู่ในช่วง 5-25 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.63 และคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในช่วง 22-105 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 80.66 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.47 คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในช่วง 68-106 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.44 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.79 คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 73-125 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 99.50 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.21

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากคู่สมรสกับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยแต่ละตัวกับคุณภาพชีวิต	
- อายุ	0.0848
- ระดับการศึกษา	0.0418
- รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.1645
- ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0.0856
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.3188***
การสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้านกับคุณภาพชีวิต	
- ด้านอารมณ์	0.5174***
- ด้านการประเมินพฤติกรรม	0.4429***
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.3878***
- ด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน	0.4369***
การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมกับคุณภาพชีวิต	0.4922***

*** $P < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) และผลการทดสอบความมีนัยสำคัญ

ตัวแปร	อายุ	ระดับการศึกษา	รายได้	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	การสนับสนุนจากคู่สมรส	พฤติกรรมดูแลตนเอง
ระดับการศึกษา	-.1895*					
รายได้	-.1278	0.6277***				
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0.0074	-.1056	-.0106			
การสนับสนุนจากคู่สมรส	-.0151	0.1083	0.2667***	-.1544		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.0724	0.0132	0.0541	0.0777	0.3663***	
คุณภาพชีวิต	0.0848	0.0418	0.1645	0.0856	0.4922***	0.3188***

* $P < .05$, *** $P < .001$

จากตารางที่ 6 พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายที่สามารถใช้ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หาคู่ระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	F change	b	Beta	t
1.	การสนับสนุน จากคู่สมรส	0.4922	0.2422	0.2422	37.7261***	0.3211	0.5178	6.472***
2.	ระยะเวลา การเจ็บป่วย	0.5187	0.2690	0.0268	4.28*	0.4359	0.1655	2.069*
	Constant (a)					70.3178		
R ² adjusted = 0.25651		Overall F = 21.5284***						

*P<.05, ***P<.001

จากตารางที่ 7 พบว่าเมื่อเริ่มวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกคือ การสนับสนุนจากคู่สมรส เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดได้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.2422 แสดงว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24.22 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นตอนที่ 2 คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.2690 ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.90 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตจึงยุติลงในขั้นที่ 2

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ การสนับสนุนจากคู่สมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยตัวทำนายสองตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มาติดตามรับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.4922$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้างต้น กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาวะการเจ็บป่วยจากมะเร็งเต้านมและการที่ผู้ป่วยต้องพบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง จากการผ่าตัดเต้านมออก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าสามีจะรังเกียจ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ นอกจากนี้ภายหลังการผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งรวมทั้งป้องกันการคืนกลับของโรคมะเร็ง ซึ่งการรักษาดังกล่าวก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดในจิตใจมากมาย และต้องการการประคับประคองช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดตนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรส เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ และเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ดูแลตน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถแก้ไขปัญหา และมีกำลังใจที่จะต่อสู้สัปรดมากขึ้น (Brown 1986:4; McElveen 1978:320) นอกจากนี้จากการศึกษาของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert 1981:277) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นเสมือนกันชนที่จะปะทะความกดดัน ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียภาวะสุขภาพ หรือเป็นเครื่องกันภาวะเครียด เพื่อมิให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจได้โดยตรงสอดคล้องกับการศึกษาของ ลิมเซย์, ดีอด และเชน (Lindsey, Dodd & Chen 1985:150) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหา ในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการสนับสนุนที่ได้จากคู่สมรส ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการ

เคมีบำบัด ที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากการสนับสนุนจากคู่สมรส ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง และยังทำให้บุคคลได้รับข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนความช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์ สิ่งของ หรือการแบ่งเบาภาระงาน (Orem 1985:59,90)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านกับคุณภาพชีวิตพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.5174$) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์ ต้องการความรัก ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิดที่สุดก็คือสามี ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกอบอุ่น และสบายใจ อันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป จากการศึกษาของ ไลเบอร์แมน (Leiberman 1972:71) พบว่าคู่สมรสเป็นบุคคลแรกที่ทำให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการสนับสนุนทางอารมณ์การยอมรับจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และมีความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับด้านการประเมินพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านการประเมินพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.4429$) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดอาการข้างเคียงหลายประการต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองมีอาการเลวลงจากการรักษา ไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมาก นอกจากนั้นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น เต้านมถูกตัดออก ผมหงอก ก็มีผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นทุกข์ต่าง ๆ หากคู่สมรสคอยสังเกตและบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปจากปกติ ให้การยอมรับและเห็นด้วยในความคิดหรือการกระทำที่ถูกต้องยกย่องชมเชย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ มีคุณค่า เป็นที่ต้องการของคู่สมรส เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น มีความหวังที่จะมีชีวิตที่ดี เพื่ออยู่กับครอบครัวต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟรีเซอร์และ

เวนส์ต็อค (Feather & Wesinstock 1989:308) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีที่เพียงพอ จะมีความมั่นใจในตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรับการรักษาต่อไป เกิดความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจที่จะมีชีวิตรอดต่อไป

ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.3878$) เนื่องจาก การได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ หรือการให้การแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard, et al. 1984: 266-269) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส จะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจกัน รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา อดทนและให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือกัน คุณสมบัติดังกล่าวจะเป็นปัจจัยสำคัญ ในการแลกเปลี่ยนข่าวสาร เปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนั้นการสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($r=0.4369$) เนื่องจากผลกระทบจากโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการให้เคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทที่มีต่อครอบครัวและอาชีพการงานได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้โรคมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาค่อนข้างนาน ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลประกอบกับรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยอาจลดลงหรือไม่มีเลย ดังนั้นถ้าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากคู่สมรสในด้านการเงิน การแบ่งเบาภาระในบ้าน และการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและความวิตก-

กังวลลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอยน์และเดอร์โรกีส (Coyne & Delogis 1986:455) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสที่เพียงพอ จะเป็นการบ่งถึงการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่ ความห่วงใยความเอื้ออาทร กำลังใจ และการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ตลอดจนการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในร่างกายของผู้ป่วยจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแลจากคู่สมรส ซึ่งทำให้ความเครียดจากความเจ็บป่วยลดลง ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น และการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (Robert 1988:10-11)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ การเงินและแรงงาน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($r=0.3188$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย อธิบายได้ว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งบุคคลแต่ละคนเริ่มต้นและยึดเป็นแบบแผน ในการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความพอใจในชีวิต อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Orem & Taylor 1985:52, Orem 1985:84) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขให้ได้มากที่สุดนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการจากโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะเสี่ยงต่อข้อไหล่ติด แขนบวม รวมทั้งอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ผอมแห้ง การรู้จักดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534:117) และช่วยบรรเทาปัญหาอันเกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านม และยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วย

ได้รับภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Stride 1988:557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุชนา ตันติศักดิ์ (2535:86) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี จากผลการศึกษา กล่าวได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

สมมติฐานที่ 3 อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้

ผลการศึกษาพบว่า ชุดตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอธิบายได้ว่าการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรักษาและประคับประคองชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้ที่ีเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาได้จากรายละเอียดในตารางที่ 6 ซึ่งพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.4922$) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 จึงถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการตัวแรก

เมื่อพิจารณาตัวแปรต่อมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.3188$) เป็นอันดับ 2 แต่ไม่ถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการ เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ภายในกับการสนับสนุนจากคู่สมรส คือพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.3663$) ดังนั้นเมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายคุณภาพชีวิต เมื่อการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงที่สุดกับคุณภาพชีวิต ($r=0.4992$) และถูกเลือกเข้าไปในสมการทำนายเป็นอันดับแรก ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ถึงแม้จะมีค่าสหสัมพันธ์สูงรองจากการสนับสนุนจากคู่สมรส แต่เนื่อง

จากมีความสัมพันธ์ภายในกับการสนับสนุนจากคู่สมรสดังกล่าว ($r=0.3663$) จึงทำให้สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) มีค่าต่ำลงมากจนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงไม่ถูกเลือกเข้าไปในสมการ

ตัวแปรต่อมาคือ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งพบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เป็นอันดับ 3 แต่ไม่ถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการ เนื่องจากรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.2667$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรตัวต่อมาเป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อันดับที่ 4 จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการขั้นที่ 2 เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยเข้าไปในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้เป็นตัวทำนายร่วมกับการสนับสนุนจากคู่สมรสได้ อธิบายได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง กล่าวคือระยะเวลายาวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเวลาผ่านพ้นไปนานขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแผนการรักษาและเมื่อได้รับการรักษาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งอาการของโรคดีขึ้นจะเกิดกำลังใจ เกิดความหวัง ผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้วย และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไปค่าสัมประสิทธิ์ตัวทำนายที่เปลี่ยนไปไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตจึงยุติลงในขั้นที่ 2

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสและระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม กล่าวคือการสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเพิ่มปัจจัยไปที่ละตัวตามขั้นตอนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยที่ 2 ที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถอธิบายความผันแปรได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 73.10 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาในครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ลักษณะอาชีพ เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ก็อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้

เมื่อพิจารณาตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้พอสรุปได้ว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล อันจะช่วยดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต ดังที่โอเรม (Orem 1985:175) ได้กล่าวว่า ในภาวะที่เจ็บป่วยการช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อน และเพื่อนบ้านตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมรักษา จะส่งผลให้มีความผาสุกในครอบครัวได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.4922$) สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสำคัญยิ่งเมื่อบุคคลมีสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยหรือการรักษา บุคคลจะเกิดความต้องการดูแลตนเอง และคิดแปลงกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.3188$) และผลการศึกษายังพบว่า ชุดตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ คือการสนับสนุนจากคู่สมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะเรื่อง พบว่าค่อนข้างจะเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน จึงเป็นข้อจำกัดในการประเมินคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณาแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในส่วนของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พบว่าบางหัวข้อมีความซ้ำซ้อนกับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในส่วนที่ 1 และเมื่อพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ ควรจัดลำดับของข้อความเสียใหม่ กล่าวคือนำการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมาไว้ส่วนต้นพร้อมกับเพิ่มข้อความให้ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองในส่วนนี้ และนำการดูแลตนเองที่จำเป็นภายหลังการผ่าตัดเต้านม มาไว้ส่วนท้ายของแบบสอบถาม ซึ่งจะทำให้ผลการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความชัดเจนขึ้น และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นคือพฤติกรรมการดูแลตนเองกับตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนขึ้นเช่นกัน

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มาติดตามรับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2536 จำนวน 120 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยคำนวณความถี่และอัตราร้อยละ
2. คำนวณช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนคุณภาพชีวิต
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สันและทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test)
4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับตัวเกณฑ์คือคุณภาพชีวิต โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.4922$)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.3188$)
3. อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = 0.0848$)
4. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.0418$)
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = 0.1645$)
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.0856$)
7. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ดังนั้นพยาบาลจึงควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการให้กำลังใจ ในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งควรเริ่มให้สิ่งเหล่านี้ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วย เพราะเมื่อเวลาผ่านไปจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาการดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยมีคู่สมรสช่วยเหลือคำจุนผู้ป่วยอยู่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่อย่างผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องตามผลการศึกษานี้ ที่พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการสนับสนุนจากคู่สมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นกลุ่มตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตกระทำได้ ดังนี้

1.1 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการสนับสนุนจากคู่สมรส

1.1.1 ส่งเสริมให้คู่สมรสมีส่วนในการดูแลเอาใจใส่ แสดงความรักใคร่ห่วงใย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งตั้งเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่เหมาะสม แสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ตั้งแต่เริ่มเข้าโรงพยาบาลครั้งแรก เพื่อปลูกฝังความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสให้แน่นแฟ้น ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เป็นการป้องกันมิให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งจะเป็สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านอื่น ๆ ตามมา เน้นให้คู่สมรสเห็นความสำคัญของการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ที่จะรักษาและประคับประคองทางด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

1.1.2 การจัดให้มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับผู้ป่วย และคู่สมรส เกี่ยวกับปัญหาชีวิตครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ผู้ป่วยและคู่สมรสควรได้รับการช่วยเหลือ โดยใช้ทีมให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้เพราะการเจ็บป่วยของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวให้เสียสมดุลได้ การให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้ระบายความรู้สึก และเล่าถึงปัญหาต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรส คลายความกดดันทางด้านอารมณ์ลง และพยาบาลจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและคู่สมรสได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าบางส่วนจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับสามี หรือมีเพศสัมพันธ์กับสามีลดลง อันเนื่องมาจากความอาย เพราะฉะนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จะต้องเน้นหรือทำความเข้าใจให้กับผู้ป่วยและคู่สมรส ให้เข้าใจให้ถูกต้องในเรื่องการสูญเสียเต้านม อาจให้คำแนะนำในเรื่องของการใช้เต้านมเทียม หรือทำความเข้าใจให้ถูกต้องว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

1.1.3 จัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ให้เรียนรู้ที่จะให้และรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถคิดหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

1.1.4 พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย และคู่สมรส เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ในการดำเนินชีวิตขณะเจ็บป่วย การยอมรับในความสามารถของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การช่วยเหลือตนเองที่เหมาะสม ไม่ปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป รวมทั้งในการประคับประคองด้าน จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.1.5 จัดหน่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส ขณะที่กำลังรอพบแพทย์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรค แผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแผนการ รักษา เพื่อให้คู่สมรสกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องและเหมาะสม อย่างสม่ำเสมอ และตักเตือนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำแนวทางในการ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น

1.2 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

1.2.1 จัดหาเอกสาร คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างได้รับ เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม แก่ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

1.2.2 จัดให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยน- ความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม เพื่อรวม กันแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นคล้าย ๆ กัน และผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมี ประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ในการดำเนิน ชีวิตต่อไป

1.2.3 กระตุ้นให้กำลังใจและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามรับการรักษา

2. ด้านการศึกษานพยาบาล

ในการจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยเฉพาะการสนับสนุน จากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการ เจ็บป่วย รวมทั้งการประสานที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำ ดูแลช่วยเหลือเมื่อมี ปัญหา สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลาต่าง ๆ กัน เช่น 6 เดือน, 1 ปี, 3 ปี, 5 ปี

3.2 การศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการการดูแลตนเองไม่เท่ากัน ดังนั้นการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม บ่งชี้ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลโดยตรง ซึ่งจะนำไปสู่การศึกษาแนวทางในการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการจัดระบบการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

3.3 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 73.10 ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ จึงควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม เพิ่มเติม เช่น ความรุนแรงของโรค อึดทนโนทัศน์ ลักษณะอาชีพ เป็นต้น

3.4 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบทดลอง เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ตงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการ
ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ ปรินญา-
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- กริช โพธิ์สุวรรณ. "การรักษา มะเร็งเต้านม". ในการใช้ยาในโรคติดเชื้อไวรัสและโรคมะเร็ง.
หน้า 294. สุภาภรณ์ พงศกรและคณะ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอักษร
บัณฑิต, 2531.
- เขมิกา ษะมะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตร
และสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- คณะกรรมการเครือข่ายมะเร็ง มหาวิทยาลัยมหิดล. Treatment protocol "มะเร็งเต้านม".
กรุงเทพฯ: กองแผนงานมหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- จรีวิภา คมพาศน์. "แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์และการนำไปใช้." วารสารพยาบาลศาสตร์.
6 (เมษายน-มิถุนายน) : 96-105.
- ฉัตรวิไล ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. ชีวิตวิถี กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2522.
- ดิเรก ฤกษ์สำราญ. "คุณภาพชีวิต." วารสารเกษตรศาสตร์. 28 (ธ.ค. 2526-ม.ค. 2527)
: 98-101.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2530.
- นิตยา ภาสรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์หลักสูตร วิทยา-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

บรรจง คำหอมกุล. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2532.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. "แนวคิดรูปแบบการสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต". ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3. หน้า 69. ภาควิชาสุศึกษาสมาคมวิชาชีพสุศึกษา, 2530.

บุษบา ตันติศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

พรพรรณ ทวีทรัพย์ประภา. จิตวิทยาแนว TA : เพื่อความสุขในชีวิตและการทำงาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

ไพรัช เทพมงคล. เรามาป้องกันโรคมะเร็งกันเถอะ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2527.

มัลลิกา บุญนาค และคณะ. สถิติ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล, 2532.

วสันต์ สิ้นะสมิต และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. การใช้สารเคมีบำบัดใน มะเร็งวิทยานรีเวชวิทยา - ฉบับที่ 1. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ อาร์ ดี พี, 2531.

วิไลลักษณ์ จันทรพวง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ยุพา อุดมศักดิ์. "แนวความคิดหลักการและวิธีการทางประชากรศึกษา." เอกสารประกอบการประชุมเรื่องบทบาทของสุศึกษา - ประชากรศึกษาในการแก้ปัญหาประชากรและสาธารณสุข. โครงการประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2516.

ยวดี ภาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วัฒนา
เพาเวอร์พอยท์, 2532.

สรีญา เขียรโอสถ. "คุณภาพชีวิต." โดมทัศน์. 4(ก.ค.-ธ.ค. 2526) : 57-59.

สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ :
บริษัทวิจิตรศิลป์, 2534.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนุญปิฎ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. ภาควิชาสุขศึกษาและสาธารณสุข-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2525.

สมพร บุขราทิจ. "จิตวิทยาในผู้ป่วยมะเร็ง." ในรวมเรื่องการบรรยายในการอบรมพยาบาลเพื่อ
ผู้ป่วยมะเร็งสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ : หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีรักษา, 2521.

สมพร รัตนเรืองวัฒนา และสมพร ชินโนรส. การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมใน การพยาบาล
ทางศัลยศาสตร์ เล่ม 1. สมพร ชินโนรส, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ร่วมไทย,
2532.

สาธิต เกษมกิจวัฒนา. "ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกับการนำไปใช้" วารสารพยาบาล 31
(มกราคม-มีนาคม 2525) : 25-46.

เสาวณีย์ ตะคุณย์. คุณภาพชีวิตของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคม
วิทยา มหาวิทยาลัย สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์, 2533.

ศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์. การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: ศึกษาเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบ-
คีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ศรีผ่อง จิตภรณ์ศิลป์. การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในอาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ
หัวขวาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

สุกชัช สุวรรณ. "มุมมองของสิทธิมนุษยชนกับคุณภาพชีวิต." วารสารประชากรศึกษา. 12(เมษายน
2529):85-97.

อากม เขียรศิลป์. "ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัด." วารสารโรคมะเร็ง. (กรกฎาคม-กันยายน 2526): 94-101.

_____. "พบบทการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง." วารสารโรคมะเร็ง. (เมษายน-มิถุนายน 2531): 91-97.

_____. "มะเร็งเต้านม." ในโรคมะเร็งที่พบในประเทศไทย. หน้า 39-40. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ เอ็กซ์ จำกัด, 2533.

อุทุมพร จามรมาน. "คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร." วารสารจิตวิทยาคลินิก. 18 (มกราคม-มิถุนายน 2530) : 1-23.

Andrew, F. & McKennell, A. "Measures of Self-Reported Well-Being their Affective, Cognitive and other Components." Social Indicators. 8(February 1980) : 127-155.

Babara, J.G. "Problems of Physical Self : Loss". Introduction to Nursing : Adaptation Model. pp 192-201. Edited by Roy. C. New Jersey : Printice - Hall Inc, Englewood Cliffs, 1976.

Bortner, R.W. & Hultsch, D.F. "A Multivariate Analysis of Correlates of Life Satisfaction in Adulthood." Journal of Gerontology. 25(April 1970) : 41-47.

Brandt, P.A. & Weinert, C. "The PRQ-A Social Support Measure." Nursing Research. 30 (September-October 1981):277-280.

Brown, M.A. "Social Support During Pregnancy : A Unidimensional or Multidimensional Construct." Nursing Research. 35 (January-February 1986):4-9.

Brundage, D.J. and Broadwell. "Altered Body Image." In Medical Surgical Nursing : Concept and Clinical Practice 3rd. ed St. Louis : the C.V. Mosby CO., 1987.

- Brunner, L.S. and Sudarth, D.S. "Incidence of Breast Disease." In Textbook of Medical Surgical Nursing. pp. 1127-11447. 6th.ed. London:J.B. Lippincott Company, 1988.
- Burckhardt, C.A.S. "The Impact of Arthritis Quality of Life." Doctoral Dissertation University of Colorado, 1982.
- _____. "The Impact of Arthritis Quality of Life." Nursing Research. 34 (February 1985) : 11-16.
- Cameran, P. "Social Stereotypes 3 Faces of Happiness." Psychology Today. 8(August 1974) : 63-64.
- Campbell, A. "Subjective Measure of Well-being." American Psychologist. 31(January 1976) : 117-124.
- _____. Converse, P.E. & Rodgers, W.L. The Quality of American Life : Perceptions, Evaluation and Satisfaction. New York : Russell Sage Foundation, 1976.
- Cantrill, H. Pattern of Human Concerns. New Jersey : Rutgers University press, 1965.
- Cobb, S. "Social Support as a Moduator for Life Stree". Psychosomatic Medicine. 38(September-October 1976) : 300-312.
- Cohen, S. and Wills, T.A. "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis". Psychological bulletin 98(February 1985) : 310-353.
- Coyne, J.C. and Delogis, A. "Going Beyound Social Support:the Role of Social Relationship in Adaptation." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54 (June 1986):454-460.
- Dalkey, N. & Rourke, D. The delphi procedure and rating quality of Life factors, in the quality of Life concept. Washington, D.C. : Environmental Protection Agency, 1973.

Dean, H. "Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life."

Oncology Nursing Forum. 12(September/October 1985) : 98-100.

Dimond, M. and Jones, S.L. Chronic Illness Across the Life Span.

Connecticut : Appleton-Century Crofts, 1983.

Dodd, M.J. "Assessing Patient Self-Care for Side Effects of Cancer

Chemotherapy : Part I. Cancer Nursing. 5 (December 1982):447-451.

Dubos, R. "The State of Health and the quality of Life. The Western

Journal of Medicine. 125(July 1976) : 8-9.

Feather, B.L. and Wainstock, J.M. "Perceptions of postmastectomy

patients. Part I : The relationships between social support and

network providers." Cancer Nursing. 12 (April 1989):293-300.

Flanagan, J.C. "A Research Approach to Improving our Quality of Life."

American Psychologist. 31(February 1978) : 138-147.

Gold Smith, H.S. and Alday, E.S. "Role of Surgeon in the Relationship

of the Breast Cancer" Cancer. 28(December 1971) : 1672-1674.

Graham, K.Y. & Longman, A.J. "Quality of Life and Person with Melanoma."

Cancer Nursing. 10 (July 1987):338-346.

Haug, M.R. & Folmar, S.J. "Longevity, Gender and Life Quality."

Journal of Health and Social Behavior. 27 (December 1986) :

331-345.

Haes, J.C.M. & Knippenberg, F.C.E. "The Quality of Life of Cancer

Patients : A Review of the Literature." Social Science Medicine.

20(September 1986) : 809-817.

Hillbert, G.A. "Spouse Support and Myocardial Infarction Patient

Compliance." Nursing Research. 34(July-August 1985) : 217-219.

Holmes, S. "Pursuit of Happiness". Nursing Mirror. 161(September

1985) : 43-45.

- Holmes, S. & Dickerson, J. "The Quality of Life : Designs and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients". Internal Journal Nursing Studies. 24(1987) : 15-24.
- House, J.S. and Kahn, R.L. "Measures and Concepts of Social Support." In Social Support and Health. Edited by C. Sheldon and S.S. Leonard. New York : Academic Press, Inc, 1985.
- Hubbard, P., Muhienkamp, A.F. & Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice." Nursing Research. 33 (September/October 1984) : 266-269.
- Jackle, M.J. "Life Satisfaction and Kindney Dialysis" Nursing Forum. 13(March 1974) : 360-370.
- Johnson, F. Cloyed. C. & Wer, J.A. "Life Satisfaction of Poor Urban Black Aged. " Advance in Nursing Science. 4(April 1982) : 27-34.
- Kahn, R.L. "Aging and Social Support." In Aging From Birth to Death : Intedisciplinary Perspectives. pp 77-91. Edited by M.W. Riley. Corolado : Westview Press, 1979.
- Kennedy, L.W., et al. "Subjective Evaluation of Well-being : Problem and Prospects. " Social Indicators Research. 5(1978) : 457-473.
- Koenic, R., et al. "The emotional status of cancer patients as measured by a psychological test." Journal Chronic Disease. 20 (December 1967):923-930.
- Laborde, J.M. & Power, M.J. "Satifaction with Life for Patients Undergoing Hemodialysis and Patients Suffering from Osteoarthritis." Research in Nursing and Health. 3(March 1986) : 19-24.
- Levy, N.B. & Wynbrandt, G.D. "The Quality of Life on Maintenance Hemodialysis." Lancet. 1(June 1975) : 1328-1330.

Lieberman, M.A. "The Effects of Social Supports on Response to Stress."

In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. pp.

764-782. Edited by L. Goldberg and S. Brenznitz. New York:Advision of McMilland Pudlishing Co., Inc., 1972.

Lin, N., et al. "Social Support, Stressful Life Events, and Illness :

a Model and Empirical Test." Journal of Health and Social Behavior.

20 (June 1979):108-109.

Lindsey, A.M., dodd, M.J. and Chen, S.G. "Social Support Network of

Taiwanese Cancer Patients." Cancer Nursing. 22(1985) : 149-164.

Liu, Ben-Chieh. "Quality of life : Concept, Measure and Results." The

American Journal of Economics and Sociology. 34(January 1975) : 1

Marino, L.B. & Kooser, J.A. "The Psychosocial Care of Cancer Clients

and Their Families : Periods of High Risk." In Cancer Nursing.

pp 53-86. Edited by L.B. Marino. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.

Maslow, A.H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York : Harper &

Row, 1970.

Mc Elveen, P.M. "Social Network." In Clinical Practice in Psychosocial

Nursing : Assessment and Intervention. pp. 319-338. Edited by

D.C. Longo and R.A. Williams. New York : Appleton-Century Crofts, 1978.

Mckeehan, L.M., Cowling, W.R. & Wykle, M.L. "Cantril Self-Anchoring

Ladders : Methodological Considerations for Nursing Science."

In Nursing Research Methodology Issure and Implementation. pp.

285-293. Edited by P.L. Chinn. Rockville : An Aspen Publication, 1986.

Orem D.E. Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.

_____. Nursing Concepts of Practice. New York : Mc. Graw-Hill Book Company, 1985.

_____. Nursing and Concept of Practice. 4th ed. New York : Mc. Graw-Hill Book Company, 1991.

Osberg, J.S., et al. "Prediction Long-term Outcome Among Post-Rehabilitation Stroke Patients." American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 67(June 1988) : 94-103.

Padilla, G.V. & Grant, M.M. "Quality of Life as a Cancer Nursing Outcome Variable". Advances in Nursing Science. 8(October 1985) : 45-60.

Palmore, E. & Luikart, C. "Health and Social Factors Related to Life Satisfaction." Journal of Health & Social Behavior. 13(March 1972) : 68-80.

Peck, A. "Emotional Reaction of Having Cancer." American Journal of Roentagenology. 114(1972) : 519-599.

Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. pp. 161-162. Norwalk: Appleton-Century-Crofts. 1982.

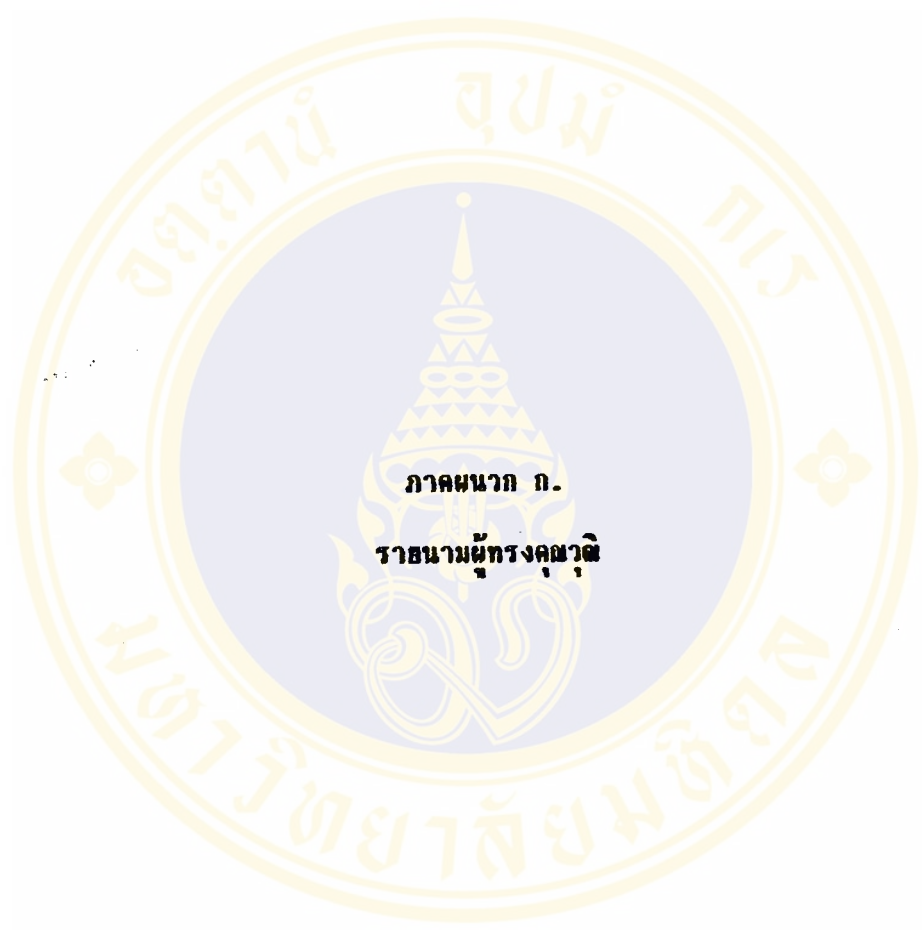
Roberts, S.J. "Social Support and Help Seeking : Review of the Literature." Advance in Nursing Sciences. 10 (January 1988):10-11.

Scherer, J.C. Introductory Medical-Surgical Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1991.

Smart, C.R. & Yates, J.W. "Quality of Life" Cancer. 60(August 1987) : 620-622.

- Spitzer, W., Dobson, A. & Hall, J. "Measuring the Quality of life of Cancer Patients. A Concise QL - Index for Use by Physicians" Journal of Chronic Disease. 34(June 1981) : 585-597.
- Somchit Hanucharurnkul. Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. A Dissertation of The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy (Nursing). In The Graduate School of Wayne State university, 1988.
- Stride, N.M. "An Investigation of the Dependence of Severely Disable People in a Hospital. Journal of Advanced Nursing. 13(September 1988) : 577-564.
- Stromberg, M.F. "Selection and Instrument to measure Quality of life Oncology Nursing Forum. 11(September/October 1984) : 88-91.
- Taylor, S.H. "Drug Therapy an Quality of Life in Angina Pectoris." American Heart Journal. 114(July 1987) : 234-240.
- Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological and Theretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stree." Journal Health Social Behavior. 52(January 1982) : 147-148.
- Wood, V., Wylic, M.L. & Sheafor, B. "An Analysis of a Short Self Report Measure of Life Stisfaction : Correlation with Rater Judement." Journal of Gerontology. 24(October 1969) : 465-469.
- Yasko, J.M. "Holistic Management of Nausea and Vomitting Caused by Chemotherappy." Topic in Chinical Nursing. (April 1985) : 36-37.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม
 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. ศาสตราจารย์ ไพรัช เทพมงคล
 ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชลันพร เขาวนเมธากิจ
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
6. นางสาว สุมลีย์ ธาราณัติ
 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลศิริราช
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ฟ้าริดา อิบราฮิม
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรานี เชื้อสุวรรณ
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

1. รองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชลันพร เชื้อวนเมธากิจ

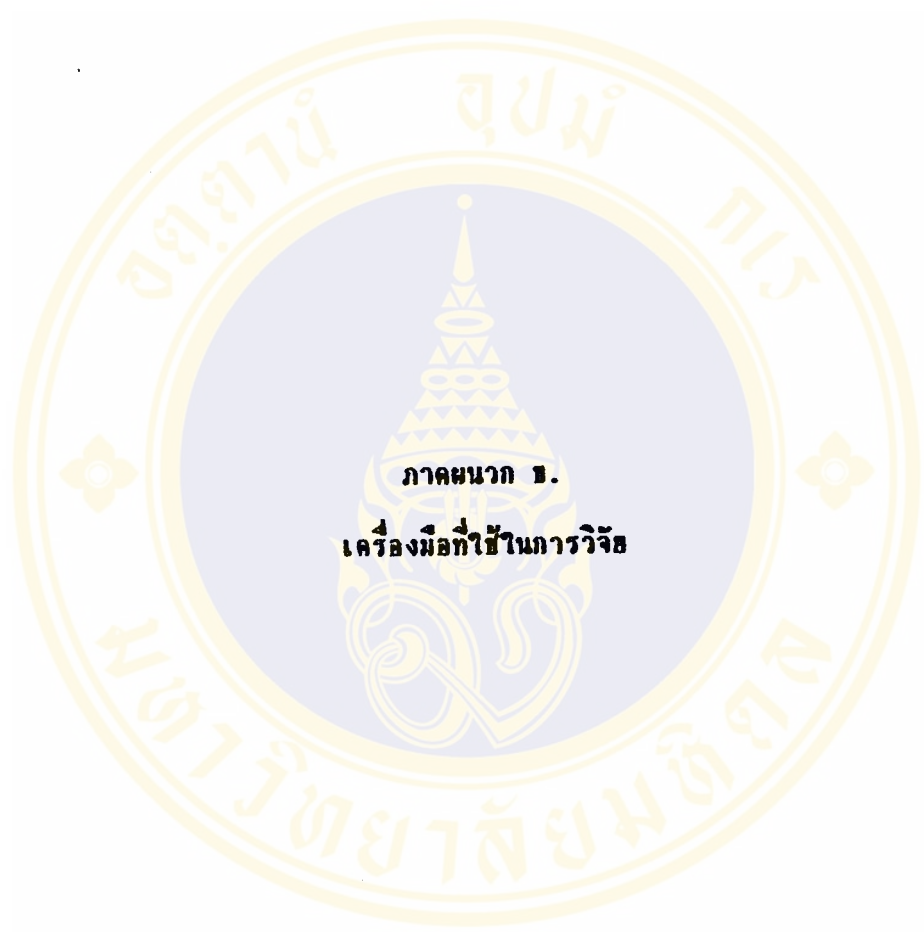
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปราณี เชื้อสุวรรณ

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

6. นางสาว สุมาลิ ชารานิติ

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลศิริราช



แบบสอบถามเลขที่

วันที่

โรงพยาบาล

แบบสอบถามชุดที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา.....ปี
3. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเป็นเงินประมาณ.....บาท
4. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย.....เดือน

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามชุดที่ 2

แบบวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกเป็นปกติสุข หรือพึงพอใจใน
สภาพปัจจุบันของท่านขณะเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังจากการผ่าตัด
เต้านม

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวม

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่าน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงเกี่ยวกับชีวิตของท่าน
ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกตอบถือเกณฑ์
ดังนี้

พึงพอใจอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกสมหวังหรือพอใจกับเรื่องดังกล่าวมากที่สุด

พึงพอใจ หมายถึง ท่านรู้สึกสมหวังหรือพอใจกับเรื่องดังกล่าวมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจเท่า ๆ กับไม่พอใจกับเรื่องดังกล่าว

ไม่พึงพอใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่สมหวังหรือไม่พอใจกับเรื่องดังกล่าว

ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่สมหวังหรือไม่พอใจกับเรื่องดังกล่าวมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	พึงพอใจ อย่างยิ่ง	พึงพอใจ	ไม่แน่ใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ อย่างยิ่ง
1. การมีรถยนต์	/				

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านรู้สึกสมหวังหรือพอใจในการมีรถยนต์มากที่สุด

ในปัจจุบันท่านมีความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	พึงพอใจ อย่างยิ่ง	พึงพอใจ	ไม่แน่ใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ อย่างยิ่ง
1. อาหารที่ท่านรับประทาน					
2. เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มที่ท่านสวมใส่					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
23. การพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน เช่น รับประทานอาหารนอกบ้าน เดินดู สินค้า ต้นไม้ สัตว์เลี้ยง การแสดง ต่าง ๆ หรือไปทัศนศึกษาตามสถานที่ ต่าง ๆ					
24. ความสะดวกหรือความสบายใจ ใน การออกไปมีกิจกรรมภายนอกบ้าน					

ส่วนที่ 2 เป็นข้อความโดยสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่าน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

- | | |
|---------|---|
| แย่มาก | หมายถึง ท่านรู้สึกว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับไม่ดีที่สุด |
| ไม่ดี | หมายถึง ท่านรู้สึกว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับไม่ดี |
| ปานกลาง | หมายถึง ท่านรู้สึกว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับปานกลาง |
| ดีพอใช้ | หมายถึง ท่านรู้สึกว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับดีพอใช้ |
| ดีมาก | หมายถึง ท่านรู้สึกว่าโดยสรุปแล้วในขณะนั้นคุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับดีมาก |

โดยสรุปท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไรมาก

- () แย่มาก
- () ไม่ดี
- () ปานกลาง
- () ดีพอใช้
- () ดีมาก

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามชุดที่ 3

การสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสอบถามว่าคู่สมรสของท่านมีพฤติกรรมการปฏิบัติต่อท่านในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่คู่สมรสของท่านและผู้ป่วยต่อไป

โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือแล้วพิจารณาว่าพฤติกรรมการปฏิบัติหรือข้อความนั้นทางได้รับจากคู่สมรสของท่านมากน้อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวโดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง

หรือเพียงครึ่งหนึ่ง

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก

แต่ไม่ทั้งหมด

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. คู่สมรสทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ				/	

จากตัวอย่าง หมายความว่า คู่สมรสทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและสบายใจมาก

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. สามีให้ความสนใจสอบถามถึงผลของ การตรวจรักษาภายหลังจากพบแพทย์					
2. สามีของท่านให้เวลา และอยู่ใกล้ ท่าน ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
20. สามีช่วยรับผิดชอบดูแลสมาชิกใน ครอบครัวด้วยความเต็มใจ					
21. สามีช่วยจัดหาของเครื่องใช้ภายใน บ้านแทนท่าน					

แบบสอบถามเลขที่

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความซึ่งต้องการทราบถึงการปฏิบัติตนและความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติตนหรือความรู้สึกของท่านแต่ละข้อ ขอให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และให้ตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอหรือความรู้สึกนั้นได้เกิดขึ้นทุกครั้ง และ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือความรู้สึกนั้นได้เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง

ไม่เคยทำเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย หรือความรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. ท่านมักจะอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก	/		

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวกอย่างสม่ำเสมอ



ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย	หมายเหตุ
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ อาหารประเภทแป้ง เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน				
2. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว หรือ วันละ 2,500-3,000 ซีซี				
:				
:				
:				
:				
:				
:				
35. ท่านยอมรับว่าอาการผมร่วงจะเป็นอยู่ชั่วคราว เมื่อหยุดยาจะหายไป				
36. ท่านครุ่นคิดเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน				