

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ
การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด



นางสาวเบญจรัตน์ ชิวพูนผล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1311-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, FEAR OF REACTIONS
OF SIGNIFICANT PERSONS, COPING STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT,
AND BODY IMAGE OF POST MASTECTOMY PATIENTS.



Miss Bencharat Cheewapoonpol

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1311-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนอง
จากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และ
ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

โดย นางสาวเบญจรัตน์ ชีวพูนผล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ฐนิพันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรปกรณ์)

เบญจรัตน์ ชีวพูนผล : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, FEAR OF REACTIONS OF SIGNIFICANT PERSONS, COPING STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, AND BODY IMAGE OF POST MASTECTOMY PATIENTS.) อ.ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์, 171 หน้า. ISBN 974-53-1311-4

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดของ Price (1990) และ Newell (2000) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเดิมนอกที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 130 ราย สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลตติยภูมิ 8 แห่ง ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาพลักษณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงโดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91, .72, .88 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 10 โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Eta และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดในระดับสูง ปานกลาง และต่ำตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .561, .464$ และ $.145$ ตามลำดับ)

2. ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 36 ($R^2 = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{ภาพลักษณ์}} = .439Z_{\text{ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ}} + .253Z_{\text{การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์}}$$

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2547.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4677579536: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: BODY IMAGE / POST MASTECTOMY PATIENTS / FEAR OF REACTIONS OF SIGNIFICANT PERSONS / COPING STRATEGIES / SOCIAL SUPPORT

BENCHARAT CHEEWAPOONPOL: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS FEAR OF REACTIONS OF SIGNIFICANT PERSONS, COPING STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, AND BODY IMAGE OF POST MASTECTOMY PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASST.PROF.SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 171 pp. ISBN 974-53-1311-4.

The purposes of this research were study the relationships and predictors between personal factors, fear of reactions of significant persons, coping strategies, social support, and body image of post-mastectomy patients. Price's (1990) and Newell's (2000) framework guided this study. The sample consisted of 130 post-mastectomy breast cancer patients selected by purposive sampling from the surgical wards of eight tertiary care hospitals. The instruments were a Demographic questionnaire, Fear of Reactions of Significant Persons Scale (FRSPS), Jalowiec Coping Scale (Jalowiec, 1988), Social Support Questionnaire (SSQ) and Body Image Scale (BIS). All instruments were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients for the scales were: FRSPS (.91), Jalowiec (.72), SSQ (.88), and BIS (.89). The data were analyzed using SPSS for Windows version 10 for mean, standard deviation, Eta's correlation, Pearson's product moment correlation, and stepwise regression.

Major findings were as follows:

1. Fear of reactions of significant persons, palliative coping, emotional coping were related significantly to body image of post mastectomy patients at high ($r = .561$), medium ($r = .464$) and low levels ($r = .145$), respectively ($p = .05$).

2. Fear of reactions of significant persons and emotion focused coping could predict the body image of post mastectomy patients at $p = .05$. The predictive power was 36 percent of the variance ($R^2 = .36$). The study equation was as follow:

$$\hat{Z}_{\text{body image}} = .439Z_{\text{fear of reactions of significant persons}} + .253Z_{\text{emotion focused coping}}$$

Field of study..... Nursing Science.....Student's signature.....

Academic year.....2004.....Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา ความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ ในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญชวรัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และขอบพระคุณอาจารย์สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงชั้น 5 โรงพยาบาลรามธิบดี ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะและช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอบพระคุณผู้ปวยมะเร็งเต้านมทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอาทร และรองศาสตราจารย์ นพ.กฤษณ์ จาฎามระ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาในครั้งนี้ และขอบพระคุณนางสาววนิดา รัตนานนท์ พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอาทรล่างที่เป็นแบบอย่างของพยาบาลที่ดี ช่วยเหลือและให้กำลังใจกับผู้วิจัยตลอดมา และพยาบาลประจำการเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอาทร และเจ้าหน้าที่ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ สละเวลาทำงานเพิ่มขึ้นในวันที่ผู้วิจัยขอลาหยุดเพื่อศึกษา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ที่เป็นที่รักยิ่งและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนพี่ชายและญาติพี่น้องที่คอยสนับสนุนด้านเงินทุนและกำลังใจ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยเป็นห่วง ไม่เคยทอดทิ้ง และคอยให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ และถือว่าเป็นเจ้าของงานวิจัยชิ้นนี้ร่วมกัน ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลมากมาย วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฏ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	11

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	12
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.....	19
3. ภาพลักษณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด.....	35
4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์.....	49
5. ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์.....	51
6. การเผชิญความเครียดกับภาพลักษณ์.....	55
7. การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์.....	62
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	67

บทที่	ช หน้า
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	72
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	74
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	81
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	82
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	
สรุปผลการวิจัย.....	100
การอภิปรายผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	109
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	110
รายการอ้างอิง.....	111
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	120
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	123
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	135
ภาคผนวก ง ตารางการแจกแจงข้อมูลทางสถิติและการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	140
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	171

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพและบุคคลสำคัญ.....	86
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมและรายข้อ.....	88
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวม.....	89
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.....	90
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวม.....	91
6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.....	92
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.....	93
8 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเมื่อใช้วิธีการแบบขั้นตอน.....	94
9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีแบบขั้นตอน (Stepwise).....	96
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญรายข้อและโดยรวม.....	141
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา รายข้อและโดยรวม.....	142
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
อารมณฺ์รายข้อและโดยรวม.....	143
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทา ความรู้สึกเครียดรายข้อและโดยรวม.....	144
14 ผลการทดสอบค่าคลาดเคลื่อนโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test.....	146
15 ค่าต่างๆ ทางสถิติและ Durbin-Watson.....	148
16 ผลการทดสอบข้อมูลของตัวแปรทุกตัว โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test.....	151
17 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละคู่ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยา ตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาพลักษณ์ ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์และผลการทดสอบความมีนัยสำคัญทาง สถิติ.....	168
18 ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปรอายุ ระดับการศึกษาความกลัวต่อปฏิกิริยา ตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม.....	169
19 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	170

สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่		หน้า
1	โมเดลภาพลักษณ์ของ Price (1990).....	37
2	โมเดลภาพลักษณ์ของ Slade (1994).....	43
3	โมเดล A fear-avoidance model ของ Newell (2000a).....	44
4	Scatter Plot ของค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน.....	149
5	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรอายุกับภาพลักษณ์.....	160
6	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรระดับการศึกษากับภาพลักษณ์.....	161
7	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคล สำคัญกับภาพลักษณ์.....	162
8	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา กับภาพลักษณ์.....	163
9	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ อารมณ์กับภาพลักษณ์.....	164
10	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทา ความรู้สึกเครียดกับภาพลักษณ์.....	165
11	ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์.....	166

สารบัญแนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	Histogram ของค่าตลาดเคลื่อน.....	147
2	Histogram ของตัวแปรอายุ.....	152
3	Histogram ของตัวแปรระดับการศึกษา.....	153
4	Histogram ของตัวแปรความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ.....	154
5	Histogram ของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา.....	155
6	Histogram ของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์.....	156
7	Histogram ของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด.	157
8	Histogram ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม.....	158
9	Histogram ของตัวแปรภาพลักษณ์.....	159



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกา มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบบากที่สุดในผู้หญิง มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 192,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 42,000 รายต่อปี (Goldman and Hutch, 2000: 871; Greenlee, Hill Harmon, Murray and Thun, 2001 cited in Wells, Bush and Marshall, 2002: 233) เช่นเดียวกับประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545: 207) จากสถิติสาธารณสุขในปี 2545 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 16,613 ราย และมีอัตราป่วยเท่ากับ 28.26 รายต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งมากกว่าโรคมะเร็งปากมดลูกถึง 2 เท่า และพบว่าในกรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือ 3,946 ราย อัตราการเกิดโรค 68.68 รายต่อประชากร 1,000 ราย (สถิติสาธารณสุขของประเทศไทย, 2545) ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2546 มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิง จากสถิติพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีจำนวน 332, 358, 421, 453, 432 และ 456 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2541-2546) จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบบากที่สุดของมะเร็งในเพศหญิงและนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ในปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสงและฮอร์โมนรักษา ซึ่งการผ่าตัดเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด (Long, Phipps and Cassmeyer, 1993: 1166; Burke, Le Mone and Mohn-Brown, 2003: 915) ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2546 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดเต้านมออกแบบธรรมดาข้างเดียว (Unilateral extended simple mastectomy) มากที่สุด การผ่าตัดเต้านมออกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก มีคุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ต่ำสุดจากมิติทุกด้าน โดยการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การรับรู้ด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง (วนิดา รัตนานนท์, 2545) ทั้งนี้เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะสำคัญของภาพลักษณ์ในผู้หญิง ซึ่งภาพลักษณ์ไม่ใช่แค่เพียงภาพด้านร่างกายเท่านั้นแต่ยังรวมถึงความคิดในเรื่องของตนเองด้วย ทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติและขาดความสมบูรณ์ของร่างกาย (Lambert and

Lambert, 1985: 71) รู้สึกเหมือนเป็นความพิการ (Al-Ghazal, Fallowfield and Blamey, 2000: 1938) รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงของความตั้งใจทางเพศ ความมีเสน่ห์ของร่างกายและความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของความเป็นผู้หญิงลดลง (Hopwood, et al., 2000: 462) นอกจากนี้เต้านมยังมีบทบาทสำคัญในสัมพันธภาพทางเพศมีส่วนกระตุ้นความต้องการทางเพศและขณะมีเพศสัมพันธ์ การสูญเสียเต้านมจึงส่งผลต่อความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางเพศระหว่างคู่สมรสโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วและมีอายุน้อย (Lambert and Lambert, 1985: 71; Anllo, 2000: 246; King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 789)

นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวว่าเต้านมได้ถูกตัดออกไปแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในช่วงแรกหลังผ่าตัดจำนวนมาก จะเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับการถูกคุกคามร่างกายอย่างทันทีทันใด เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เกิดความรู้สึกอ่อนคลายหรือประหลาดใจที่พวกเขามีชีวิตรอดจากการผ่าตัด หลังจากนั้นในช่วงก่อนกลับบ้านผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การเผชิญกับปัญหาจากการผ่าตัด การใส่เต้านมเทียม และปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Price, 1998: 181) สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังผ่าตัดเต้านม 7-10 วัน ต่างก็เป็นไปในทางลบมากกว่าในระยะก่อนผ่าตัดเต้านมและในระยะหลังผ่าตัดเต้านม 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตา รัตนานนท์ (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน พบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การรับรู้ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง ดังนั้นในช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะพบปัญหาที่เกิดจากภาพลักษณ์ได้อย่างชัดเจน

การผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและเป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวกับผู้ป่วย โดยเฉพาะความกลัวการเจ็บปวดและการคุกคามต่อชีวิต ความกลัวการถูกตัดอวัยวะซึ่งทำให้เกิดความเครียดอย่างสูงได้ ความกลัวดังกล่าวส่งผลต่อการทำงานของบุคคล สังคมหรือสัมพันธภาพทางเพศ (Galpin, 2000 : 69) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกลัวต่อปฏิกิริยาที่เกิดจากคู่สมรส จากการศึกษาของ Lambert และ Lambert พบว่าผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาจากคู่สมรสที่เกิดขึ้น เมื่อเห็นแผลผ่าตัดและเต้านมหายไป ผู้ป่วยเล่าว่า “คู่สมรสของฉันจะหาคนอื่นมาแทนที่ฉันไหม หลังจากที่ร่างกายของฉันเปลี่ยนแปลงไป” , “คู่สมรสของฉันจะทิ้งฉันไปหลังจากที่เห็นแผลที่หน้าอกของฉันไหม” (Lambert and Lambert, 1985: 76) นอกจากคู่สมรสแล้วกลุ่มเพื่อนก็มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้หญิงหลายคนให้เพื่อนๆ ดูเต้านมเทียมและให้เพื่อนช่วยแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้เพื่อแสวงหาคำยืนยันจากเพื่อนว่าเธอยังดูปกติ (Lugton,

1997: 1189) ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับผู้ป่วยหญิงที่ต้องได้รับการผ่าตัดเต้านมออก เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยจะมีวิธีการเผชิญความเครียดหลายแบบเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Bergamasco, Rossi, Amancio และ Carvalho (2002: 51) พบว่าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากแผลใหม่ส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีการเผชิญความเครียดแบบกล้าเผชิญความจริง ดังนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยจะกลับบ้านด้วยภาพลักษณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจและปัญหาในการปรับตัวได้ ดังที่ Newell (2000a: 47) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จะส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี ทักษะในการเข้าสังคมบกพร่อง เก็บตัวมากขึ้น มีความวิตกกังวล หลบเลี่ยงการเข้าสังคมและแยกตัวออกจากสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของ Hopwood และ Maguire (1988: 47) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมออก 1 - 2 ปี จะเกิดความรู้สึกซึมเศร้า 25-30% และปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ 23-33% และการศึกษาของ Maguire และคณะ (1983 cited in Hopwood and Maguire, 1988: 47) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกในช่วง 1 ปีแรก มีปัญหาความไม่พึงพอใจในการใส่เต้านมเทียมร้อยละ 24 มีปัญหาการปรับตัวต่อการสูญเสียเต้านมในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 22 ไม่พึงพอใจกับแผลเป็นร้อยละ 18 มีข้อจำกัดในการแต่งกายร้อยละ 15 มีอาการแขนบวมร้อยละ 12 และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการมองแผลตัวเองร้อยละ 9

ในปัจจุบันมีการส่งเสริมภาพลักษณ์ให้กับผู้ป่วยได้หลายวิธี เช่น การใช้เต้านมเทียมเสริมภายนอกและการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ (Breast reconstruction) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในเรื่องดังกล่าว แต่การใส่เต้านมเทียมเสริมภายนอกผู้ป่วยจะรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ ไม่นั่นใจเวลาทำกิจกรรมต่างๆ มีข้อจำกัดในการแต่งกาย (Roberts, Livingston, White and Gibbs, 2003: 182) ส่วนการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่เป็นทางเลือกใหม่มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 มีรายงานว่าสำหรับผู้หญิงบางคนแล้วการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ก็ไม่สามารถช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ ความมีคุณค่าในตนเองและความเป็นเพศหญิงได้ รวมทั้งผู้ป่วยยังไม่ต้องการที่จะทำผ่าตัดและดมยาสลบอีก (Long, Phipps and Cassmeyer, 1993: 1177) นอกจากนี้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับเต้านมเทียมและการผ่าตัดซึ่งมีราคาแพง และถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะทำการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ แต่คุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์ก็ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ตัดเต้านมออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fung, Lau, Fielding, Or and Chun Yip, 2001: 204) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลมีการศึกษาของ Shuxin (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียง ($r = .5033$) และการศึกษาของ จุฬาร ประสังสิต (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีเพียงงานวิจัยของ สายใจ พัวพันธ์ (2530) ที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมภาพลักษณ์เท่านั้น โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนภาพลักษณ์สูงและกลุ่มที่มีคะแนนภาพลักษณ์ต่ำ นำทั้งสองกลุ่มมาเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนภาพลักษณ์แตกต่างกัน แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าปัจจัยใดที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์สูงและปัจจัยใดที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนภาพลักษณ์ต่ำ

การบำบัดทางการพยาบาลที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถช่วยพัฒนาภาพลักษณ์ได้ส่วนหนึ่ง แต่ผลจากการศึกษาดังกล่าวที่พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนภาพลักษณ์แตกต่างกัน แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์อีกเช่น การเผชิญความเครียดที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ ดังตัวอย่างการศึกษาในต่างประเทศของ Hopwood และคณะ (2000: 468) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาพลักษณ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกกับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ และสัมภาษณ์ผู้หญิงที่มีคะแนนภาพลักษณ์ต่ำ (ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นไปในทางบวก) พบว่าผู้หญิงที่มีผลการผ่าตัดตกแต่งเต้านมออกมาดีเยี่ยมตามความคิดเห็นของเธอเองและแพทย์ที่ทำผ่าตัด แต่เธอยังรู้สึกที่เต้านมของเธอไม่เหมือนธรรมชาติ เวลาสัมผัส ส่วนในกลุ่มผู้หญิงที่มีคะแนนภาพลักษณ์อยู่ในระดับสูง (ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบ) พบว่ามีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงและรู้สึกไม่สามารถสร้างความกลมกลืนระหว่างเต้านมที่สร้างขึ้นใหม่ให้เข้ากับภาพลักษณ์ของเธอได้ แสดงให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดส่งผลต่อภาพลักษณ์ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยใดที่ส่งผลและสามารถทำนายภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

จะเห็นได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียภาพลักษณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด การพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ได้เริ่มมีการศึกษามาจากแนวคิดของ Price (1990) แต่การอธิบายองค์ประกอบต่างๆ ยังไม่ชัดเจน และมีการศึกษาต่อมาจนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ ซึ่งทั้ง Price (1990) และ Newell (2000a: 47) อธิบายว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ ได้แก่ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลนั้นยอมรับภาพลักษณ์หรือหลีกเลี่ยงจากการเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและ

ระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2527; Leonard and Redland, 1981: 53-54; King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 796) แต่การศึกษาที่ผ่านมา มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ บางปัจจัยกับภาพลักษณ์ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่ยังไม่สามารถนำมาอธิบายองค์ความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากภาพลักษณ์เป็นแนวคิดที่ลึกซึ้ง เป็นองค์รวมของร่างกายและจิตใจ มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาตามแนวคิด และการทำนายภาพลักษณ์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานโดยมีหลักฐานยืนยัน เพื่อสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์และนำไปพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เต้านมเป็นอวัยวะสำคัญของภาพลักษณ์ในผู้หญิง ซึ่งไม่ใช่ภาพลักษณ์ทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่ยังรวมถึงความรู้สึก ความคิดและการแสดงความเป็นตัวตนของบุคคลอีกด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งจากการศึกษาวิจัยของวณิดา รัตนานนท์ (2545) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกในช่วงระยะ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือนมีคุณภาพชีวิตด้านความคิด คำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ต่ำสุดจากมิติทุกด้าน โดยการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การรับรู้ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความทุกข์จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จะเริ่มเกิดขึ้นในช่วงเวลาหลังผ่าตัด 7-10 วัน จนกระทั่งกลับบ้าน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2527; Price, 1998: 181) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่จะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาพลักษณ์เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยในช่วงพักฟื้นภายหลังการผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์นั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ให้ชัดเจน ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ในปัจจุบันมีการศึกษาในลักษณะของความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยใดที่สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ได้ เพื่อประโยชน์ในการนำความรู้ไปสร้างโปรแกรมการส่งเสริมภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของ Newell (2000a: 47) ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ได้แก่ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด ที่จะส่งผลให้บุคคลนั้นยอมรับภาพลักษณ์หรือหลีกเลี่ยงจากการเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ และจากแนวคิดของ Price (1990: 48) ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างภาพลักษณ์ใหม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษาในปัจจุบันและสอดคล้องกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยกล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยตามแนวคิดที่ Newell และ Price อธิบายไว้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล มาศึกษาในครั้งนี้

ดังนั้นตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้คือ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ 1) อายุ และระดับการศึกษา องค์ประกอบด้านจิตสังคม ได้แก่ 1) ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ

2) การเผชิญกับความเครียด และ 3) การสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ ซึ่งอธิบายปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อภาพลักษณ์ เนื่องจากผู้หญิงที่มีอายุมากจะให้ความสำคัญกับเต้านมน้อยลง เพราะลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงและความดึงดูดใจของร่างกายลดลง (King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 796) ดังในการศึกษาของ ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2527) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นอายุจึงน่าจะส่งผลต่อภาพลักษณ์

ระดับการศึกษา ผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงจะมีอารมณ์และการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีกว่า เพราะมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย (King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 796) ดังนั้นผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงจึงอาจให้ความสำคัญต่อสุขภาพของร่างกายตนเองมากและเมื่อต้องสูญเสียเต้านมจึงเกิดผลกระทบทางจิตใจและมีผลต่อภาพลักษณ์ที่มีอยู่เดิมมากกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย (Schilder, 1970: 11-16 อ้างถึงในยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2527: 83) และจากการศึกษาของ ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2527) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาต่างมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นระดับการศึกษาต่างกัน จึงน่าจะส่งผลต่อภาพลักษณ์

ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ จากแนวคิดของ Newell (2000a: 48) อธิบายไว้ว่าความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีบทบาทต่อผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในคนที่กลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หากความกลัวนี้มีอย่างต่อเนื่องก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงนี้ เนื่องจากการสูญเสียเต้านมส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพทางเพศระหว่างคู่สมรส โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วและมีอายุน้อย (Anllo, 2000: 246; King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 789) ดังนั้นบุคคลที่มีความสำคัญต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุดก็คือคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาจากคู่สมรสที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นแผลผ่าตัดและเต้านมหายไป และจากการศึกษาของ Lugton (1997: 1189) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสจากการผ่าตัดเต้านมออก จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีบทบาทสำคัญต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

การเผชิญความเครียด ขึ้นอยู่กับวิธีของแต่ละคนที่จะตอบสนองต่อสิ่งคุกคามภาพลักษณ์ ซึ่งจะแสดงออกเป็นความตึงเครียดหรือเกิดความพึงพอใจในภาพลักษณ์ (Price, 1990 cited in Newell, 2000a: 16) เนื่องจากการที่บุคคลต้องประสบปัญหา และภาวะวิกฤตต่างๆ ในแต่ละช่วงชีวิต บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และพัฒนากลไกการเผชิญความเครียดที่ช่วยเหลือให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป จึงนับได้ว่าบุคคลมีความสำเร็จในการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีย่อมเป็นผู้ป่วยที่มีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ดี และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ดีกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการเผชิญความเครียดในอดีต หรือผู้ป่วยที่ไม่เคยประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิตมาก่อนเลย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 287) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตอบสนองต่อการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับความรู้สึเกี่ยวกับรูปร่างของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Myers and Rosen, 1999: 227) ดังนั้นการเผชิญความเครียดจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์

การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต หรือทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างภาพลักษณ์ใหม่ได้ (Price, 1990: 48) มีการศึกษาของ Green และ Pritchard (2003: 221) ที่พบว่าแรงผลักดันของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายอันหนึ่งของความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Shuxin (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะส่งผลต่อภาพลักษณ์

จากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผล การศึกษาในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์มาสนับสนุน ส่วนปัจจัยอื่นๆ ตามแนวคิดภาพลักษณ์ของ Price (1990) และ Newell (2000a) ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่และยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ตามแนวคิด ซึ่งได้แก่ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ก็น่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมาสร้างโปรแกรมเพียงอย่างเดียว จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์อีกหลายอย่าง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์และปัจจัยพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.3 ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.4 การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.5 การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.6 การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.7 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

2. อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบบรรยายเชิงพยากรณ์ (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2548 จำนวนทั้งสิ้น 130 ราย

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

คำจำกัดความในการวิจัย

ภาพลักษณ์ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิดเกี่ยวกับร่างกาย และพฤติกรรม การแสดงออกทางร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ซึ่งครอบคลุมด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาพลักษณ์ของ Hopwood และคณะ (2001)

ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หมายถึง ความรู้สึกหว่นวิตก ไม่อยากพบ ไม่มั่นคงทางอารมณ์ หรือพยายามหลีกเลี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ต่อพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง ความคิดหรืออารมณ์ความรู้สึกของสามี/คู่รัก หรือเพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ทั้งที่บุคคลดังกล่าวอาจจะมีการแสดงออกหรือไม่แสดงออกต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกก็ได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาจากบุคคลสำคัญที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก โดยครอบคลุมรูปแบบของการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้านคือ ด้านมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ดังนี้

ด้านการมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

ด้านการจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ปัญหาทางอารมณ์หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Һัทยัรต์นั แสงจันทร์ (2541) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน และการประเมินตัดสิน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งแนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงบอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

การสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน หมายถึง การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแสดงว่าถูกต้องเหมาะสม และได้รับคำแนะนำเมื่อทำไม่ถูกต้อง รวมถึงการเปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่นในสังคม

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

2. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการยอมรับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอเสนอผลจากการศึกษาค้นคว้าต่างๆ ดังกล่าวตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
3. ภาพลักษณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์
5. ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์
6. การเผชิญความเครียดกับภาพลักษณ์
7. การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

1.1 มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง ทั้งในประเทศไทย สหรัฐอเมริกาและในประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2543: 2; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2541-2546; Goldman and Hutch, 2000: 871) และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้หญิง เนื่องจากการรักษาที่นิยมส่วนใหญ่คือ การผ่าตัดเต้านมออกทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเต้านมและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาถึงโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลได้เข้าใจการดำเนินของโรคและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น มะเร็งเต้านมมีพยาธิสภาพและการรักษาดังต่อไปนี้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282-285; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2546: 86-95)

1.2 พยาธิสภาพ

มะเร็งเต้านมเกือบทั้งหมดเป็น adenocarcinoma ที่เกิดจาก epithelium ของท่อน้ำนม ถ้าเกิดจากท่อใหญ่หรือท่อขนาดกลางก็เรียกว่า ductal carcinoma ถ้าเกิดใน terminal duct lobular unit ก็เรียกว่า lobular carcinoma ทั้งสองชนิดนี้มีทั้งเป็น invasive หรือ infiltrating และเป็น non-invasive (in situ) หรือ non-infiltrating ในกลุ่ม invasive carcinoma นี้มีการแยกย่อยออกไปตามลักษณะเนื้อเยื่อและเซลล์ ซึ่งจะช่วยให้การพยากรณ์โรคได้บ้างแต่ไม่มากนัก โดยปกติโรคมะเร็งเต้านมจะเกิดเฉพาะที่ แต่ถ้าขนาดใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตร จะมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองและกระแสน้ำเลือดมากขึ้น บริเวณของเต้านมที่พบโรคมะเร็งมากประมาณร้อยละ 50 คือ ด้านบนส่วนนอก (Upper outer quadrant) ซึ่งมักจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หากเป็นบริเวณด้านในของเต้านมมักจะมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก ปอด กระดูก ตับ บริเวณที่พบมะเร็งรองลงมาร้อยละ 18 คือ บริเวณใต้หัวนมและรอบหัวนม หากมีการแพร่กระจายไปที่อื่นจะทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราการรอดชีวิต 5 ปี ของผู้ที่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองประมาณร้อยละ 85 แต่ถ้าแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอัตราการรอดชีวิต 5 ปี จะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 56 หากพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองมาก การพยากรณ์โรคจะเลวลง

1.3 อาการและอาการแสดง

โรคมะเร็งเต้านมระยะแรกจะไม่มีอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะพบก้อนที่ไม่เจ็บปวด ก้อนโตขึ้นช้าๆ และไม่สัมพันธ์กับประจำเดือน บางรายมีน้ำหรือเลือดออกทางหัวนม หรือหัวนมบวม บางรายมาด้วยอาการจากการแพร่กระจายของโรค (Metastasis) เช่น แขนบวม ต่อมน้ำเหลืองในรักแร้หรือคอโต กระดูกหัก หรือ ปวดกระดูก เป็นต้น หากมีการแพร่กระจายไปยังกระดูกจะมีอาการปวดกระดูก แคลเซียมในเลือดสูง กระดูกหักง่าย หากมีการแพร่กระจายไปปอดจะมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อย เป็นต้น

1.4 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด (ศุภกร โรจนนินทร์, อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และกริช โพธิ์สุวรรณ, 2542: 655; สมปอง รักษาสุข, 2543: 223-225; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 286; สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) แบ่งเป็น 3 ประเภทดังต่อไปนี้

1.4.1 การผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งประกอบด้วยวิธีการผ่าตัด 4 แบบ คือ

1.4.1.1 การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง (Radical Mastectomy) คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งเต้า รวมทั้งผิวหนังที่ปกคลุมก้อนเนื้อที่เป็นมะเร็ง กล้ามเนื้อ pectoralis ทั้งสองกล้ามเนื้อและการผ่าตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองรักแร้ รวมทั้งหลอดน้ำเหลืองที่ฝังอยู่ในไขมันในรักแร้

1.4.1.2 การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (Modified Radical Mastectomy) เป็นการตัดเต้านมพร้อมกับตัดแค่กล้ามเนื้อ Pectoralis minor ส่วนบน และต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ทั้งหมด การผ่าตัดวิธีนี้ปรับเปลี่ยนจากวิธีในข้อ 1.4.1.1 ซึ่งทำให้ทรวงอกแฟบมากจนน่าเกลียดจึงไม่นิยมทำกันในปัจจุบัน

1.4.1.3 การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงเพียงอย่างเดียว (Simple Mastectomy) หมายถึงการตัดเต้านมออกแต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ตัดกล้ามเนื้อของทรวงอกหรือต่อมน้ำเหลืองในรักแร้

1.4.1.4 การตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงแบบถนอรากอนโคน (Extended Radical Mastectomy) คือการทำ radical mastectomy ร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลือง internal mammary ออกด้วย

1.4.2 การผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Segmental resection, Tylectomy, Wide local excision) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม ได้แก่ การตัดเลาะออกเฉพาะ segment หรือส่วนของเต้านมที่มีก้อนมะเร็งอยู่ ทำร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ออกมาตรวจเพื่อการพยากรณ์โรค ตามด้วยการให้รังสีรักษาที่เต้านม (และที่ต่อมน้ำเหลืองถ้ามีมะเร็ง)

1.4.3 การผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ (Breast reconstruction) (Denton, 1996: 124-125) เป็นการผ่าตัดเต้านมออกโดยใช้แบบใดแบบหนึ่งจากทั้ง 4 แบบ ที่กล่าวถึงในหัวข้อ 1.4.1 ร่วมกับการผ่าตัดที่ใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยเองเพื่อสร้างเต้านมใหม่ อาจจะใช้หรือไม่ใช้เต้านมเทียมก็ได้ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดชนิดนี้คือผู้ป่วยจะต้องไม่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม

1.5 การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยการฉายรังสี

รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่ เช่นเดียวกับการผ่าตัด โดยขึ้นอยู่กับบริเวณที่ได้รับรังสีนั้น ครอบคลุมอวัยวะส่วนใดบ้าง ในปัจจุบันการรักษา มะเร็งเต้านมโดยการฉายรังสีมักจะให้รังสีขนาด 5,000-5,300 เซนติเกรย์ นาน 5-6 สัปดาห์ หรืออาจฝังแร่ไอเรเดียม (^{192}Ir) ไว้ที่ก้อนเนื้ออกนาน

48 ชั่วโมง หรือให้ในรูปลำแสงอิเล็กทรอนิกส์ อาจใช้ร่วมกับการรักษาอื่น เพื่อควบคุมความปวดด้วยการลดขนาดของก้อนเนื้ออกที่มีขนาดใหญ่ นิยมให้ต่อจากการผ่าตัด ในขนาด 5,000 เซนติเกรย์ นาน 5 สัปดาห์ ถึง 5 สัปดาห์ครั้ง หากเป็นบริเวณกลางลำตัวต้องให้รังสีที่ต่อมน้ำเหลืองด้านในด้วย ผลแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสี ถ้าเป็นผลที่เกิดขึ้นขณะกำลังได้รับการรักษา เรียก Acute complication อาจจะมีอาการเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักจะเป็นช่วงสัปดาห์แรก เมื่อได้รับรังสีรักษา โดยการให้ยาตามอาการ บางรายไม่จำเป็นต้องให้ยาเพียงแต่ให้กำลังใจและคำแนะนำ ประมาณสัปดาห์ที่ 3 อาจมีอาการคลื่นแล้วเจ็บ ซึ่งจะเป็นชั่วคราวและหายไปเอง ส่วนอาการที่เกิดในช่วงหลังจากรังสีจบแล้ว อาจพบอาการไอ เป็นๆ หายๆ ไม่รุนแรง พบความผิดปกติจากการเอกซเรย์ปอด เป็นต้น (พรศรี คิตชอบ, 2547: 299-304)

1.6 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการให้เคมีบำบัด

การใช้ Systemic Therapy ไม่ว่าจะเป็นการให้ฮอร์โมนรักษาหรือการให้เคมีบำบัดก็ตาม พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตในระยะเวลา 15-20 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญ หลักการและเหตุผลของการให้เคมีบำบัด คือ เป็นการเริ่มต้นให้การรักษาในผู้ที่มีการกระจายของโรคสูง สามารถช่วยลดพื้นที่หรือลดขอบวนการในการผ่าตัด ซึ่งจะน่าจะทำให้ผลการผ่าตัดดีขึ้น โดยสามารถผ่าตัดส่วนเนื้ออกออกได้หมด เป็นโอกาสให้ได้ผลการตอบสนองของก้อนมะเร็งต่อยาเคมีบำบัดที่ให้ และเพื่อควบคุมการกระจายของมะเร็งปกติ มักจะให้ยาร่วมกันหลายตัว ผู้ป่วยระยะ 3 อาจได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดของเนื้ออก หรืออาจให้ต่อจากการผ่าตัดแล้วต่อด้วยรังสีรักษา เพื่อป้องกันการลุกลาม โดยทั่วไประยะเวลาของการให้เคมีบำบัดจะใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน ซึ่งผลแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดจะขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ให้ เช่น อาจทำให้เกิดอาการผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและเกิดแผลที่เยื่อช่องปากได้ (สวิตรี เม้าฟีกุลไฟโรจน์, 2547: 305-317)

1.7 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการให้ฮอร์โมน

มะเร็งเต้านมจัดอยู่ในกลุ่มของ Hormonal dependent tumor เพราะต้องอาศัยฮอร์โมนหลายชนิด สำหรับการเจริญเติบโตของเซลล์ ฮอร์โมนที่สำคัญคือ เอสโตรเจน ในกรณีที่พบว่ามะเร็งเต้านมเกิดจากฮอร์โมนอาจจะให้ยาด้านเอสโตรเจน เช่น Tamoxifen หรือตัดแหล่งผลิตฮอร์โมน เช่น ตัดรังไข่ ต่อมหมวกไต ต่อมใต้สมอง โดยที่เซลล์มะเร็งจะมีตัวรับฮอร์โมนในไซโตพลาสซึมซึ่งจะจับกับฮอร์โมน การให้ฮอร์โมนจึงยับยั้งกระบวนการหรือบทบาทของเอสโตรเจน ทำให้เซลล์ไม่

แบ่งตัว ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาขึ้นอยู่กัชนิดของยาฮอร์โมนที่ได้รับ เช่น อาจเกิดอาการร้อนวูบวาบ คลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรง น้ำหนักเพิ่ม เป็นต้น (ฮาคม เขียวศิลป์, 2547: 319-328)

1.8 ผลกระทบภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดเต้านมออกอาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย การประกอบอาชีพ สังคม สัมพันธภาพทางเพศและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1.8.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมออกเป็นวิธีการผ่าตัดที่ตัดเต้านมออกทั้งเต้า รวมทั้งการผ่าตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองรักแร้ รวมทั้งหลอดน้ำเหลืองที่ฝังอยู่ในไขมันในรักแร้ออกด้วย ดังนั้น ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นจึงมีดังต่อไปนี้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 286)

1.8.1.1 ขอบแผลเน่าตาย (Flap necrosis) เห็นได้ชัดภายในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด เป็นเพราะแผลตึงเกินไปหรือบางเกินไป หรือมีเลือดออกมากค้างอยู่ใต้แผลทำให้ Skin flap ตึงบวมและหลุดลอยขึ้นจากทรวงอก รักษาโดยการตัดส่วนที่ตายออก ถ้าเป็นบริเวณกว้างการทำ Skin graft จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น

1.8.1.2 มีเลือดหรือซีรัมคั่งอยู่ใต้แผล (Hematoma, Seroma) เนื่องจากการผ่าตัด Mastectomy ต่อมเลาะเข้าใต้ผิวหนังเป็นบริเวณกว้าง หลังผ่าตัดจึงมีเลือดซึมออกได้พอประมาณ และต้องป้องกันมิให้คั่งอยู่ใต้แผล โดยการใส่ท่อระบาย บางครั้งเลือดออกมากหรือท่อระบายอุดตันทำให้มีลิ่มเลือดตกค้างและทำให้แผลติดเชื้อหรือขอบแผลเน่าตาย ถ้ามีมากควรเปิดแผลเอาลิ่มเลือดออก ถ้ามีน้อยควรรอให้ลิ่มเลือดละลายแล้วใช้เข็มดูดออกพร้อมกับใช้ผ้าปิดแผลกดทับไว้ (Pressure dressing) ในรายที่มีซีรัมหรือน้ำเหลืองคั่งอยู่ก็สามารถรักษาได้ในทำนองเดียวกัน

1.8.1.3 ข้อไหล่แข็งขยับได้น้อยลง เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยเจ็บแผลจึงไม่ขยับแขนและไหล่ข้างนั้น และดึงแขนมาแนบตัวตลอดเวลาติดต่อกันหลายวัน ทำให้ข้อหัวไหล่ยึดป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับแขนและหัวไหล่แต่เนิ่นๆ ถ้าเกิดขึ้นแล้วต้องแก้ไขโดยการทำกายภาพบำบัด

1.8.1.4 แขนบวม การตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้หรือการฉายรังสีที่รักแร้ทำให้ท่อน้ำเหลืองอุดตันและแขนบวมได้ เกิดขึ้นหลายเดือนหรือหลายปีหลังการรักษา ส่วนใหญ่ออาการไม่รุนแรง การมีมะเร็งลามในรักแร้ก็ทำให้แขนบวมได้เช่นกัน

1.8.1.5 อาการชาต้นแขนด้านใน เป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยง ผิวหนังบริเวณนี้ (Intercostobrachial nerve) ถูกตัดขาด อาการจะดีขึ้นเองในที่สุดแต่อาจจะไม่หายไปที่ทั้งหมด

1.8.1.6 อาการ Phantom Breast Syndrome คือ อาการที่มีความรู้สึกว่ามี บริเวณแผลผ่าตัดยังมีหัวนมหรือเต้านมอยู่ เป็นอาการที่พบไม่บ่อยแต่จะพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่จะทำให้ลำบากต่อการสูญเสียเต้านมและได้รับกำลังใจไม่เพียงพอ (Lambert and Lambert, 1985: 78)

1.8.2 ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ

การผ่าตัดเต้านมจะส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพหรือไม่ขึ้นอยู่กับอาชีพของแต่ละคนและความสามารถของแต่ละคนที่จะเริ่มใช้แขนทำกิจกรรมต่างๆ เช่น อาชีพนางแบบซึ่งอาจจะต้องเปลี่ยนตำแหน่งงานหรือลาออกจากงานได้ เนื่องจากรูปร่างของร่างกายส่วนต่างๆ มีความสำคัญต่อการสวมใส่เสื้อผ้าซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของอาชีพ นอกจากนี้อาจมองเห็นแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกถ้าต้องสวมเสื้อคอแหลมเล็ก แพทย์อาจต้องใช้วิธีการผ่าตัดที่หลีกเลี่ยงการเกิดแผลบริเวณกลางหน้าอก (Lambert and Lambert, 1985: 80-81)

1.8.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผลกระทบด้านสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยบางคนอาจจะแยกตัวจากคนอื่น ๆ หรือหลีกเลี่ยงที่จะพบปะกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เพื่อน หรือคนที่คุ้นเคยเนื่องจากรู้สึกไม่แน่ใจหรืออาย และถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสนและแยกตัวได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของคนอื่นที่มีต่อการผ่าตัดเต้านมออก ดังนั้นหลังผ่าตัดแล้วความรู้สึกกลัวการปฏิเสธจากสังคมอาจเกิดขึ้นได้ (Lambert and Lambert, 1985: 75-76)

1.8.4 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางเพศ

การผ่าตัดเต้านมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางเพศระหว่างคู่สมรสมากที่สุด เพราะการผ่าตัดเต้านมออกทำให้เกิดแผลเป็นบริเวณหน้าอกที่เห็นได้ชัดว่ามีการสูญเสียอวัยวะออกไป ถ้าคนคนนั้นให้ความสำคัญกับรูปร่างภายนอกมาก การสูญเสียเต้านมจะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์มากกว่าคนที่ไม่ให้ความสำคัญกับรูปร่างภายนอก เต้านมจึงมีบทบาทสำคัญต่อสัมพันธภาพทางเพศ เนื่องจากมีส่วนกระตุ้นความต้องการทางเพศและขณะมีเพศสัมพันธ์ การสูญเสียเต้านมจึงส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ด้วย และผู้หญิงยังให้ความสำคัญกับคู่อริหรือคู่สมรสของตนเองที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียเต้านมและแผลเป็นที่

เกิดขึ้น มีความคิดว่าสามีอาจจะทิ้งเธอไปหลังจากเห็นแผลที่หน้าอกของเธอ หรือจะมีผู้หญิงคนอื่นเพราะร่างกายของเธอเปลี่ยนแปลงไป (Lambert and Lambert, 1985: 78-79)

1.8.5 ผลกระทบด้านภาพลักษณ์

เต้านมเป็นอวัยวะสำคัญของภาพลักษณ์ในผู้หญิง ซึ่งภาพลักษณ์ไม่ใช่แค่เพียงภาพด้านร่างกายเท่านั้นแต่ยังรวมถึงความคิดในเรื่องของตนเองด้วย การสูญเสียอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง เช่น เต้านม จึงเป็นการรบกวนต่อภาพลักษณ์ของคนคนนั้น ทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติและขาดความสมบูรณ์ของร่างกาย นอกจากนี้เต้านมยังเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิงด้วย เมื่อเต้านมหายไปความเป็นผู้หญิงก็หายไปด้วย และส่งผลต่อพัฒนาการภาพลักษณ์ของมนุษย์ซึ่งตามระยะพัฒนาการเป็นช่วงของการสร้างครอบครัวและวางแผนอนาคต ดังนั้นเมื่อผู้หญิงสูญเสียเต้านม ความสามารถในการเป็นมารดาและการวางแผนในการมีลูกหลานเพื่อสร้างครอบครัวจึงหยุดชะงักลงและอาจแสดงพฤติกรรมแยกตัว กลายเป็นคนซึมเศร้า และเป็นคนเฉยเมยได้ นอกจากนี้บทบาทในวัยนี้ยังเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งร่างกายที่สวยงามดึงดูดใจมีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง การสูญเสียเต้านมจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้หญิงไม่ต้องการเหมือนกระบวนการของความแก่ชรา ดังนั้นผู้หญิงอาจจะรู้สึกว่าอายูลดลง ร่างกายไม่มีความดึงดูดใจและไม่สามารถมีบุตรได้ (Lambert and Lambert, 1985: 74-75)

ในระยะหลังผ่าตัด ครั้งแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าเต้านมของตนเองถูกตัดออกไปแล้วจะเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับและอาจใช้เวลาหลายนาที่จนถึงหลายวัน ในบางคนอาจใช้เวลาเป็นเดือนซึ่งเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดและค้นหาความหมายต่อการสูญเสียครั้งนี้ หลังจากระยะของการไม่ยอมรับแล้ว จะเข้าสู่ระยะการรับรู้ซึ่งจะเป็นช่วงของการมีอารมณ์ต่างๆ เกิดขึ้น เช่น โกรธ ซึมเศร้า ต่อรอง หรือการค้นหาความจริง ผู้หญิงจะรู้สึกว่าชีวิตของเธอได้จบลงแล้วและไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของเธอ ทุกครั้งที่เธออาบน้ำ แต่งตัว หรือมองกระจก เธอจะต้องเผชิญกับความรู้สึกที่โรคยังคงอยู่ในตัวเธอ และแสดงออกถึงความรู้สึกนั้นด้วยอาการนอนไม่หลับ หมดหวัง ไม่มีสมาธิ หรือไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ในบ้านได้ หรือขาดความรับผิดชอบในการทำงาน และรู้สึกไร้คุณค่า ถ้าหากผู้ป่วยสามารถผ่านความรู้สึกต่างๆ ในระยะนี้ได้ ผู้ป่วยจะพร้อมที่จะปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่และกลับเข้าสู่สังคมได้ด้วยความมั่นใจ (Lambert and Lambert, 1985: 73-74)

ดังนั้นช่วงเวลาหลังผ่าตัดสมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและการให้คำปรึกษาจากทีมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการช่วยสร้างสัมพันธภาพต่อภาพลักษณ์ใหม่ได้ โดยอาจจะยกตัวอย่างสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น คำถามที่ผู้ป่วยอาจได้รับเกี่ยวกับการสูญเสียเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมและเผชิญกับภาพลักษณ์ใหม่ในสังคมได้

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกจะต้องมีความครอบคลุมปัญหาจากโรคและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา รวมถึงปัญหาทางด้านจิตสังคมด้วย ซึ่งสามารถแบ่งตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดดังนี้ (Long, Phipps and Cassmeyer, 1993: 1159-1181; Moore, 1997: 348-383; Ulrich, Canale and Wendell, 1998: 834-845; Smeltzer and Bare, 2004: 1458-1484)

2.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

2.1.1 มีความวิตกกังวล

2.1.2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตน

2.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

2.2.1 ความพร้อมในการดูแลตนเอง

2.2.2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากผ่าตัดเต้านม

2.2.3 ไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวด

2.2.4 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.2.5 การรับรู้ต่อภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป

2.2.6 ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.7 เกิดภาวะเศร้าโศกเสียใจ

2.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนกลับบ้าน

2.3.1 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

2.1.1 มีความวิตกกังวล ซึ่งอาจเกิดจากการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะที่ตนเองไม่รู้สึกรู้สึกลงในขณะดมยาสลบ กังวลเรื่องความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย กังวลผลของการผ่าตัดและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- 2.1.1.1 ประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ มือสั่น ตึงเครียด โมโหง่าย หงุดหงิด นอนกระสับกระส่าย
- 2.1.1.2 ประเมินการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมาเร็งเต้านมจากประสบการณ์ของผู้ป่วย
- 2.1.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจผู้ป่วย
- 2.1.1.4 แนะนำสถานที่และสิ่งแวดล้อมของตึกรักษาพยาบาล อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ และการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.1.1.5 แนะนำชื่อแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้
- 2.1.1.6 บอกผู้ป่วยให้รู้สึกสบายใจในเรื่องการตามแพทย์ และเวลาตรวจเยี่ยมของแพทย์
- 2.1.1.7 ช่วยเหลือผู้ป่วยหาสาเหตุของความเครียดและหาแนวทางแก้ไข
- 2.1.1.8 กระตุ้นให้แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด
- 2.1.1.9 ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วตื่น ไม่สุขสบาย ให้จัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ และอาจให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
- 2.1.1.10 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สะอาด และปลอดภัย เหมาะสำหรับการพักผ่อน
- 2.1.1.11 ให้คำแนะนำเทคนิคผ่อนคลายกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกกังวล
- 2.1.1.12 อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถพบบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความเลื่อมใส หรือนับถือตามความเชื่อ เข้าเยี่ยมได้
- 2.1.1.13 ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย ให้ส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์
- 2.1.1.14 ส่งเสริมให้ญาติผู้ใกล้ชิดได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล
- 2.1.1.15 ดูแลตรวจเยี่ยมและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยบ่อยๆ
- 2.1.1.16 จัดหาข้อมูลตามที่ต้องการทราบและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจ
- 2.1.1.17 ดูแลให้ได้รับยาลดความวิตกกังวล
- 2.1.1.18 ปรึกษาแพทย์ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น

2.1.2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตน ซึ่งผู้ป่วยควรจะทราบถึงขั้นตอนของการผ่าตัด การเซ็นอนุญาตผ่าตัด การเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ความรู้สึกตัวหลังจากดมยาสลบ และหลังกลับจากห้องผ่าตัด การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

2.1.2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด คือ ตารางเวลาการทำผ่าตัดและระยะเวลาของการทำผ่าตัด การงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด การรับประทานยาก่อนการผ่าตัด การเตรียมทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด การขยับถ่าย การสวนอุจจาระ ระยะเวลาของการนอนพักฟื้นหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2.1.2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากวิสัญญีแพทย์

2.1.2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัด คือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่จะติดมากับผู้ป่วยหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรมบนเตียงที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และ กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องขอความช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ยาที่ผู้ป่วยอาจจะได้รับหลังผ่าตัด การควบคุมความเจ็บปวด การประเมินการหายใจ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบแผลผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

2.1.2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามดังนี้

- การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยยังไม่สามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือมีปัญหาทางเดินหายใจ

ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกหายใจด้วย Spirometer

- การออกกำลังกายขาและเท้าขณะนอนอยู่บนเตียง พลิกตะแคงตัวข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด
- การเปลี่ยนท่าบนเตียงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง ชยับช้าๆ และใช้ผ้าห่มหรือมือประคองแผลเวลาขยับตัว หรือกดออกเรียกขอความช่วยเหลือ

2.1.2.5 ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเต้านม

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการโดยทั่วไปที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดเต้านม คือ ความรู้สึกเย็นๆ ปวดตื้อๆ ชาและตึงบริเวณแผลผ่าตัด
- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการที่อาจเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย เช่น ผู้ป่วยอาจรู้สึกชาบริเวณแผลผ่าตัดและใต้วงแขนช่วงบน อาการอาจเป็นๆหายๆ ในช่วง 1 ปีแรก หลังผ่าตัด

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าคุณรู้สึกที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่ายังมีเต้านมหรือหัวนมอยู่ (Phantom Breast Syndrome)

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าการทรงตัวอาจเปลี่ยนไปในช่วงแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีเต้านมใหญ่ อาจแก้ไขด้วยการใส่เต้านมเทียม

2.1.2.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น

2.1.2.7 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องดูแลแผลผ่าตัดและแขนช่วงบน ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก หรือจนกว่าแผลผ่าตัดจะหายสนิท เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด ป้องกันแผลมีเลือดออกหรือซีรั่มคั่งอยู่ในแผล

- อธิบายการออกกำลังกายของมือ แขน และหัวไหล่ของแขนข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อช่วยการไหลเวียนของระบบทางเดินน้ำเหลืองและเลือด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันข้อไหล่ยึดติด

- แนวทางการปฏิบัติเพื่อลดและป้องกันภาวะแขนบวม คือ ใช้หมอนหนุนใต้ข้อศอกของแขนข้างที่ทำผ่าตัดให้ข้อศอกอยู่ในระดับหัวใจ และปลายแขนอยู่สูงกว่าระดับข้อศอก ในช่วงแรกหลังผ่าตัด แนะนำให้ออกกำลังกายแขนและมือให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลีกเลี่ยงการวัดความดันโลหิต เจาะเลือด ฉีดยา ให้น้ำเกลือ ที่แขนข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอาการแขนบวม

2.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

2.2.1 ความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมในการเคลื่อนไหวของร่างกายเนื่องจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกหรือความเจ็บปวด กลัวการหลุดของข้อต่อสายระบายต่างๆ และเป็นอันตรายต่อแผลผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนเนื่องจากการมีแผลผ่าตัด โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

2.2.1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่น อาการอ่อนเพลียและไม่มีแรง อาการเจ็บหน้าอก ง่วงซึม หายใจเหนื่อย อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

2.2.1.2 กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาลเสร็จ

2.2.1.3 ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลสายระบายที่ออกมาจากแผลระวังมิให้สายหัก พับงอ และให้อยู่ต่ำกว่าแผลเสมอ หากพบความผิดปกติให้กดออกแจ้งพยาบาล

2.2.1.4 กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายแขนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนข้างที่ทำผ่าตัดและกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.2.1.5 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกายและในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดทำกิจกรรม เช่น สระผม

2.2.1.6 จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ของใช้จำเป็นของผู้ป่วย ให้อยู่ใกล้ผู้ป่วยในการหยิบใช้ได้สะดวก

2.2.2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเต้านม

2.2.2.1 เสี่ยงต่อการเกิดแขนบวม เนื่องจากวิธีการทำผ่าตัดเต้านมจะเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกด้วย กิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- ประเมินและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของแขนบวม โดยประเมินจาก ความบวมพร่งของประสาทรับความรู้สึกและการทำงานของกล้ามเนื้อ เช่นอาการชา หรือรู้สึกปวดตื้อๆ และประเมินโดยการวัดรอบแขนข้างที่ทำผ่าตัดที่ตำแหน่ง 5-10 เซนติเมตร เหนือและใต้ข้อศอก

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแขนบวม คือ ใช้หมอนหนุนใต้ข้อศอกของแขนข้างที่ทำผ่าตัด ให้ข้อศอกอยู่ในระดับหัวใจ และปลายแขนอยู่สูงกว่าระดับข้อศอก ในช่วงแรกหลังผ่าตัด แนะนำให้ออกกำลังกายแขนและมือให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลีกเลี่ยงการวัดความดันโลหิต เจาะเลือด ฉีดยา ให้น้ำเกลือ ที่แขนข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ บาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอาการแขนบวม

- ให้คำแนะนำในการป้องกันและการดูแลแผลไม่ให้เกิดการติดเชื้อโดยการสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลบวมแดง มีหนองออกมาจากแผล หากเกิดอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการระมัดระวังอย่าสัมผัสหรือเข้าใกล้กับผู้ป่วยอื่นที่มีการติดเชื้อ

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรักษาความสะอาดของร่างกาย และล้างมือทุกครั้งก่อนถูกแผล และอย่าถูกแผลถ้าไม่จำเป็น
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 5-8 แก้ว เพื่อส่งเสริมการหายของแผล
- กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายแขน ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของระบบทางเดินน้ำเหลือง
- ถ้ามีอาการและอาการแสดงของภาวะแขนบวม ให้ปฏิบัติดังนี้คือ สวมถุงผ้ายืดที่แขน เพื่อช่วยลดอาการบวม เพิ่มการไหลเวียนกลับของระบบทางเดินน้ำเหลือง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัด เช่น การนวด การใช้เครื่องช่วยลดการบวมของแขน จำกัดอาหารที่มีเกลือสูง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่เกิดภาวะ Cellulitis ตามแผนการรักษา

2.2.2.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ยึดติด เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บแผลและกลัวไม่กล้าขยับแขน กิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- ประเมิน รายงาน อาการและอาการแสดงของความผิดปกติให้แพทย์ทราบ เช่น ไม่สามารถหมุนหรือขยับข้อไหล่ได้ หรือมีอาการปวดเสียว ชา มากขึ้น หรืออ่อนแรงของแขนข้างที่ทำผ่าตัด
- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความผิดปกติของกล้ามเนื้อและข้อไหล่ โดยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ถ้ามีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของแขนและข้อไหล่เกิดขึ้น ให้ส่งปรึกษากายภาพบำบัด

2.2.2.3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีรั่มคั่งใต้แผล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- ประเมิน รายงาน อาการและอาการแสดงของภาวะซีรั่มคั่งใต้แผล เช่น มีอาการบวมผิดปกติบริเวณรอบๆ รอยแผลผ่าตัด ปริมาณของสิ่งคัดหลั่งที่ระบายสู่ขวดรองรับออกน้อยผิดปกติและมีของเหลวไหลออกจากแผลผ่าตัดอยู่ตลอดเวลา
- หากเกิดภาวะซีรั่มคั่งใต้แผลให้ปฏิบัติโดยดูแลปิดแผลโดยใช้แรงกดทับจากผ้าก๊อซ (Compression dressing) เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้ Skin flap เคลื่อนที่และป้องกันการคั่งของน้ำบริเวณช่องว่างใต้ Flap และดูแลให้สายระบายและขวดรองรับสิ่งคัดหลั่ง

ทำงานเป็นปกติอยู่ตลอดเวลา เช่น ดูแลไม่ให้สายมีการหัก พับ งอ เเทลิ่งคั้ดหลังออกจากขวดบ่อยๆ และทำให้เป็นระบบสุญญากาศเสมอ และขวดรองรับอยู่ต่ำกว่าแผลผ่าตัด

- จัดวางของใช้จำเป็นไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อสะดวกสำหรับผู้ป่วย ในการหยิบใช้ และป้องกันการดึงรั้งของแขนและหัวไหล่ที่ต้องเอื้อมไปหยิบของ

- ถ้ามีอาการและอาการแสดงของภาวะซีรั้มคั้งได้แผล จะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับการใช้เข็มดูดน้ำหรือซีรั้มที่คั้งอยู่ออก หรือผ่าตัดเพื่อระบายซีรั้มออก ตามแผนการรักษา

2.2.2.4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกคั้งอยู่ได้แผล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- ประเมิน รายงาน อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกคั้งอยู่ได้แผล เช่น ปวดมากขึ้น บวมมากขึ้น และสีผิวหนังคล้ำขึ้นจากเดิมในบริเวณแผลผ่าตัด ปริมาณของสิ่งคั้ดหลังระบายออกลงสู่ขวดรองรับ ออกน้อยผิดปกติ

- แนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกคั้งอยู่ได้แผล โดยดูแลระมัดระวังกิจกรรมของผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดการดึงรั้งของแขนและหัวไหล่ของแขนข้างที่ทำผ่าตัด ดูแลปิดแผลโดยใช้แรงกดทับจากผ้าก๊อซ (Compression dressing) ดูแลให้สายระบายและขวดรองรับสิ่งคั้ดหลังทำงานเป็นปกติอยู่ตลอดเวลา

- ถ้ามีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกคั้งอยู่ได้แผล จะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาภาวะเลือดออกคั้งอยู่ได้แผล ตามแผนการรักษา

2.2.2.5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อตาย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- ประเมิน รายงาน อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องของเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณ Skin flap น้อยลง เช่น ผิวหนังบริเวณ Skin flap มีความอุ่นน้อยลง ชีต หรือเขียวคล้ำ เวลาของการไหลเวียนกลับของเส้นเลือดฝอย บริเวณ flap มากกว่า 3 วินาที

- ประเมิน รายงาน อาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อตาย เช่น ผิวหนังชีต เย็น มีสีดำคล้ำ ขอบของแผล flap แยกตัวออก มีกลิ่นเหม็นออกมาจากบริเวณ flap

- แนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเนื้อตายของ flap โดยดูแลให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่หลวมสบาย เพื่อป้องกันไม่ให้เสื้อผ้าไปดึงรั้งแผลผ่าตัด และดูแลไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดเส้นเลือดฝอยหดตัว (Vasoconstriction)

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

- ถ้ามีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อตาย จะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับการผ่าตัด Revision of flap

2.2.3 ไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.2.3.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวด โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด หรือประเมินความเจ็บปวดที่ตำแหน่ง ลักษณะ และชนิดของความปวด

2.2.3.2 ประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย ฝืนตัวเวลาเปลี่ยนท่า กำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว

2.2.3.3 ประเมินปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดมากขึ้น

2.2.3.4 แนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดอาการเจ็บปวด คือ ดูแลผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หรือให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรู้สึกมีอาการปวดที่รุนแรง ใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อช่วยลดอาการปวด เช่น การนวดหลัง การเปลี่ยนท่าเพื่อช่วยลดอาการตึงของแผล การทำสมาธิ เป็นต้น และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพุงประคองแผลผ่าตัดด้วยหมอน ผ้าห่มหรือมือ ในขณะที่เปลี่ยนท่า หรือมีอาการไอจาม

2.2.3.5 ดูแลสายระบายไม่ให้ดึงรั้งแผลของผู้ป่วย

2.2.3.6 ปรีกษาแพทย์ ถ้าอาการปวดไม่ทุเลาลง

2.2.4 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.2.4.1 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.2.4.2 แนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน คือ

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายจากความเจ็บปวด
- ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวหรือความวิตกกังวล
- หลีกเลี่ยงภาพหรือกลิ่นจากสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วย

รู้สึกคลื่นไส้

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ
- ดูแลความสะอาดภายในช่องปาก ก่อนและหลังอาหาร และ

ภายหลังอาเจียน

2.2.4.3 ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ให้ปฏิบัติดังนี้

- ให้ผู้ป่วยเริ่มอาหารที่เป็นน้ำก่อน ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้จึงค่อยเริ่มอาหารอ่อน จนถึงอาหารธรรมดา
- ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง หรือแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ
- ดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้ละเอียดและค่อยๆ ทานช้าๆ
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน รสจัด มีแก๊ส หรือ ผสมคาเฟอีน เช่น อาหารรสเผ็ด น้ำอัดลม กาแฟ
- แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
- ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงหลังรับประทานอาหาร

2.2.4.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนตามแผนการรักษา

2.2.4.5 ปรีกษาแพทย์ถ้าอาการไม่ดีขึ้น

2.2.5 การรับรู้ต่อภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ป่วยต้องสูญเสียตำแหน่ง ไม่มีอิสระในการช่วยเหลือตัวเองเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของแขน ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่มีความสุขในขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากสูญเสียตำแหน่งไปและคิดว่าความเป็นผู้หญิงจะเสียไปด้วย ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง และกลัวถูกปฏิเสธจากคู่ครอง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.2.5.1 ประเมินอาการและอาการแสดงจะกระทำตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และจะกระทำต่อเนื่องจนผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจะกระทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การสังเกตสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย การสัมภาษณ์ความหมาย และความสำคัญของสิ่งคุกคาม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว และการสัมภาษณ์ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเพื่อศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเหล่านั้นที่มีต่อผู้ป่วย ความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เป็นต้น

ถ้าพฤติกรรมอาการแสดงออกของผู้ป่วยยังคงเป็นการให้ความสนใจเฉพาะที่การเจ็บป่วยและการรักษา ยังไม่สนใจการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของตนเอง ผู้ป่วยจะอยู่ในขั้นตอนแรก แต่ถ้าพฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงออกในลักษณะของ “การปฏิเสธไม่ยอมรับการสูญเสียอวัยวะ” การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและหน้าที่ หรือความพิการที่เกิดขึ้น “มองตนเองว่ามีลักษณะปรากฏแตกต่างจากคนอื่น” “รู้สึกอายปกปิดบาดแผล” “กลัวสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง”

พฤติกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะเกิดขึ้น (ยุพาวรรณ อักษรวงศ์, 2534) หรือเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เช่น ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในแง่ดี บกพร่องในการดูตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปฏิเสธที่จะมองบริเวณแผลผ่าตัด แยกตัวจากสังคม

2.2.5.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและพูดถึงความรู้สึกของการสูญเสียเต้านม และแสดงความรู้สึกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย โดยไม่ต้องใช้คำพูดใดๆ

2.2.5.3 แนะนำไม่ให้ผู้ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับตนเองในแง่ไม่ดี พยายามควรพูดชมหรือให้กำลังใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยในแง่ดี ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นโดยการให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ได้สำเร็จด้วยตนเอง และชี้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงแง่ดีของสิ่งนั้น

2.2.5.4 ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง โดยช่วยเหลือในการเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครอง ให้ทั้งสองฝ่ายได้เปิดเผยความรู้สึกและมีส่วนร่วมในการช่วยกันแก้ปัญหาที่อาจจะมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ และเปิดโอกาสให้อยู่กันตามลำพัง

2.2.5.5 ให้คำแนะนำกับคู่ครองของผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ป่วย อธิบายลักษณะของแผลผ่าตัดให้ทราบก่อนที่จะให้คู่ครองได้เห็นแผลผ่าตัดของผู้ป่วย กระตุ้นให้คู่ครองของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะช่วยลดการปฏิเสธจากคู่ครองได้

2.2.5.6 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการแต่งตัว แต่งหน้าตามปกติที่ผู้ป่วยเคยทำ

2.2.5.7 แสดงให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงการยอมรับผู้ป่วย เช่น การสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล และการตรวจเยี่ยมบ่อยๆ

2.2.5.8 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยในการเปลี่ยนเสื้อผ้าครั้งแรกหลังการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับภาพที่ปรากฏบริเวณแผลผ่าตัด และการเปลี่ยนไปของร่างกาย

2.2.5.9 ถ้าผู้ป่วยไม่เต็มใจหรือผินใจที่จะมองบริเวณแผลผ่าตัด จะต้องดูแลประคับประคองและให้กำลังใจผู้ป่วยให้เข้าสู่ภาวะปกติก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน

2.2.5.10 ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถทำผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ได้ในขณะนี้ และถ้าผู้ป่วยต้องการผ่าตัด ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์ถึงความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะทำการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ และให้คำปรึกษาในการใส่เต้านมเทียมภายนอก

2.2.5.11 ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการติดต่อประสานงานและจัดหาข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2.2.5.12 ส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมในการปรับตัวให้ดีขึ้น เช่น การเต็มใจที่จะมองแผลและดูแลแผล การออกกำลังกายแขน การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและ

ญาติ หรือ การสร้างอารมณ์ทางบวก ซึ่ง Cousins (1983 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 293) เสนอแนะว่าการสร้างอารมณ์ทางบวกจะช่วยให้กระบวนการหายจากโรค (Healing process) มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อารมณ์ทางบวกจะมีผลประโยชน์เชิงบำบัดรักษา ประกอบด้วย อารมณ์ขัน (Humor) ความหวัง (Hope) ความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ในโลก (Cheerfulness) ความมั่นใจ (Confidence) และความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น พยาบาลจะต้องจัดบรรยากาศที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มสร้างอารมณ์ทางบวก เช่น ความหวังความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ในโลก ความมั่นใจ หรืออารมณ์ นอกจากนั้นอารมณ์ขันช่วยกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาและเป็นเสมือนเทคนิคหนึ่งในการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยเริ่มแรกของผู้ป่วย

2.2.5.13 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบและสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับตนเอง

2.2.5.14 ส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนในการให้กำลังใจกับผู้ป่วยและเข้าเยี่ยมได้บ่อยๆ

2.2.5.15 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามปกติในการเข้าสังคมและตามความสนใจของผู้ป่วย

2.2.5.16 จัดหาข้อมูลของกลุ่มกิจกรรมหรือกลุ่มช่วยเหลือที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยต้องการ เช่น การใช้กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง พยาบาลควรจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือเป็นสมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีอยู่ กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รวมตัวกันขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้ป่วยเริ่มสร้างที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีโอกาสแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรค ความกลัว ความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่แต่ละคนต้องประสบอยู่ การได้มีโอกาสมาอยู่ร่วมกันและแลกเปลี่ยนกันนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเกิดความรู้สึกที่มั่นใจขึ้น มองเห็นปัญหาที่คล้ายคลึงกัน มองเห็นแนวทางแก้ปัญหา ทำให้ความรู้สึกที่เคยคิดว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น หรือมีปัญหามากกว่าคนอื่นลดลง ทำให้มีความกล้าที่จะเข้าสังคมเหมือนเช่นปกติ เช่น ในการศึกษาของสายใจ พัวพันธ์ (2530) พบว่าผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 2 เดือน ที่มีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางบวกมากกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.2.5.17 ปรึกษาจิตแพทย์เกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยต้องการและเต็มใจ หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถปรับตัวได้ต่อการสูญเสียเต้านม

2.2.6 ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นผู้หญิง และความอับอายที่ต้องสูญเสียเต้านมไป กลัวถูกปฏิเสธจากญาติและครอบครัว กลัว วิตกกังวลและรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.2.6.1 ประเมิน รายงาน อาการและอาการแสดงของภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยพูดถึงการไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ไม่พูดขอความช่วยเหลือ หรือไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตนเองขั้นพื้นฐานของตนเองได้ นอนไม่หลับ แยกตัว ไม่เต็มใจ หรือฝืนใจในการร่วมวางแผนการรักษา แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อตนเองหรือผู้อื่น อาจใช้กลไกการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม

2.2.6.2 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

2.2.6.3 แนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ดังนี้

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสำหรับการเริ่มปรับตัวต่อการผ่าตัดเต้านม และบอกกับผู้ป่วยว่าเป็นธรรมดาที่ทุกคน เมื่อทราบว่าตนเองต้องสูญเสียอวัยวะแล้วจะรู้สึกทุกข์ใจ ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัว

- ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทบทวนและจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่อาจเกิดขึ้น

- ควรมีการอนุโลมให้ญาติมาเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด

- กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก

- ช่วยเหลือผู้ป่วยในการผลักดันบุคลิกภาพในด้านที่เข้มแข็งเพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

- สร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เป็นกันเองและเกิดความไว้วางใจ แสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงการยอมรับผู้ป่วย แต่ต้องอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม

- ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในแผนการดูแล และการวางแผนการรักษาให้มากที่สุด

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการใช้เทคนิคการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เช่น ค้นหาสาเหตุของความเครียด เลือกใช้หลายๆ วิธีในการจัดการกับความเครียด

- ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาวิธีแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น จากบุคคลอื่นที่ทราบว่าผู้ป่วยสูญเสียเต้านมและเป็นโรคมะเร็ง

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาคลายเครียด หรือยากล่อมประสาทตามแผนการรักษา

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึกกับญาติผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และต้องเป็นญาติที่จะช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้

- สนับสนุนพฤติกรรมที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลแผล การออกกำลังกายแขน กิจกรรมการดูแลตนเอง การพูดคุยถึงความสามารถที่เผชิญกับปัญหาได้สำเร็จ

2.2.6.4 ปรีกษาคิตแพทย์เกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

2.2.7 เกิดภาวะเศร้าโศกเสียใจ เนื่องจาก การสูญเสียเต้านมและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ความไม่แน่ใจกับภาวะใกล้ตาย และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.2.7.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเศร้าโศกเสียใจ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ โกรธ ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม

2.2.7.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกเสียใจ คือ

- ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการสูญเสียเต้านมและได้การรับทราบวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกเศร้าเสียใจได้ และต้องประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่อาจซ่อนอยู่ในความรู้สึกของผู้ป่วย

- ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับระยะเวลาของความเศร้าโศกเสียใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อความคาดหวังของผู้ป่วย

- ปล่อยให้เวลาช่วยให้ผู้ป่วยผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ อาจต้องใช้เวลานานมาก แต่ต้องไม่มีอาการมากขึ้น และคอยระมัดระวังเพราะแต่ละขั้นตอนนี้จะใช้เวลามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแต่ละคน อาจมีการกลับเป็นซ้ำอีกได้ บางครั้งกระบวนการเศร้าโศกเสียใจอาจใช้เวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี

- ดูแลให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับการดูแลรักษา เช่น จัดหาสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและไม่ต้องรีบตัดสินใจเอาใจใส่และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอิสระที่จะระบายความรู้สึก

- แสดงให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เช่น ตอบคำถามตามความเป็นจริง จัดหาข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโกรธและเศร้าใจ เกี่ยวกับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและการสูญเสียเต้านม ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงความรู้สึกกดดันที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกตามแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การเขียน การวาดภาพ หรือการสนทนา
- ให้กำลังใจผู้ป่วยให้มีความหวังตามความเป็นจริงเกี่ยวกับการผ่าตัดและความก้าวหน้าในการรักษา
- อธิบายให้ญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทราบถึงภาวะเศร้าโศกเสียใจ เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจและช่วยปลอบใจผู้ป่วย
- ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับญาติที่ใกล้ชิด
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การนิมนต์พระมาสวดมนต์

2.2.7.3 ปรีกษาคิตแพทย์ในกรณีที่อาการไม่ดีขึ้น

2.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนกลับบ้าน

2.3.1 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการติดเชื้อของแขนข้างที่ทำผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.3.1.1 ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม เมื่อกลับบ้านดังต่อไปนี้

- หลีกเลี่ยงการดึงหนักกำพราบริเวณรอบๆ ขอบแผล หรือบริเวณเล็บมือ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดบาดแผล
- สวมถุงมือขณะทำงานในสวนหรือทำงานกับเครื่องมือที่เป็นเหล็ก หรือการใช้สารเคมีที่มีฤทธิ์กัดกร่อนหรือทำลายผิวหนัง
- สวมถุงมือที่กันความร้อนในขณะที่ประกอบอาหารหรือใกล้เตาอบ และสวมปลอกคลุมนิ้วในขณะเย็บผ้า เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกเข็มตำ

- หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับที่รัดแน่นหรือเสื้อผ้าที่ตึงคับ เพื่อป้องกันแรงกดดันและแรงเสียดสีต่อผิวหนัง
- หลีกเลี่ยงการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม ถัดของหนักหรือ สะพายกระเป๋า เลี่ยงการใช้มีดโกน โกนขนบริเวณรักแร้ เลี่ยงการเจาะเลือด การฉีดยา และการให้น้ำเกลือ
- ควรทาโลชั่นบำรุงผิวและรักษาความสะอาดของผิวหนัง รวมทั้งการทำโลชั่นเพื่อป้องกันแสงแดด และเลี่ยงการถูกแสงแดดเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันผิวหนังไหม้ ผุพอง
- ทาโลชั่นกันยูงหรือป้องกันการถูกแมลงกัดต่อยแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ

2.3.1.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รีบมาพบแพทย์ ในกรณีที่เกิดบาดแผลของแขนข้างที่ผ่าตัด

2.3.2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและดูแลภาวะแขนบวมเมื่อกลับบ้าน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.3.2.1 ให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงแนวทางในการป้องกันแขนบวม

- ยกแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมให้สูง 30 นาที อย่างน้อย วันละ 3 ครั้ง นาน 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติตามแนวทางข้อ 2.3.1

2.3.2.2 หากมีอาการแขนบวม ควรรีบปรึกษาแพทย์ และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ จำกัดอาหารที่มีเกลือสูง และสวมถุงผ้ายืดหรือปลอกแขนผ้ายืด เพื่อลดอาการบวม

2.3.3 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการเลือกใส่เต้านมเทียม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.3.3.1 อธิบายและแสดงภาพประกอบหรือแสดงเต้านมเทียมให้ผู้ป่วยได้เห็น และอธิบายวิธีการเลือกซื้อเต้านมเทียมที่อ่อนนุ่ม เหมาะกับขนาด รูปร่างของหน้าอกของผู้ป่วยและใช้เมื่อแผลผ่าตัดหายสนิทดีแล้ว

2.3.3.2 ส่งเสริมให้ญาติของผู้ป่วย หรือเพื่อนที่ใกล้ชิด ช่วยผู้ป่วยในการเลือกเต้านมเทียมที่พอดีมาสวมใส่

2.3.3.3 เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลือกใส่เต้านมเทียม เพื่อรักษาการทรงตัวที่สมดุล เพราะอาจจะมีอาการไม่สุขสบายต่อท่าทาง การทรงตัว หลัง หัวไหล่ หรือคอได้ อีกทั้งยังเป็นการเสริมบุคลิกภาพได้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

2.3.4 ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ต้องแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.3.4.1 ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยให้ทราบว่าอาจเกิดอาการปวดเสียวและชามากขึ้นที่บริเวณมือ แขน หรือหัวไหล่ ของแขนข้างที่ทำผ่าตัด (อธิบายให้ผู้ป่วยทราบด้วยว่าอาการชานั้นอาจเกิดขึ้นและเป็นอยู่นานเป็นๆ หายๆ บริเวณแผลผ่าตัดและใต้วงแขนช่วงบน) ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการที่ไม่เกิดอันตราย

2.3.4.2 อาการที่ต้องรายงานให้แพทย์ทราบคือ อาการอ่อนแรงที่แขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม ไม่สามารถใช้แขนหรือเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ แขนบวมมากขึ้น (ผู้ป่วยอาจใช้สายวัด วัดขนาดของรอบแขนที่บริเวณ 5-10 เซนติเมตรเหนือและใต้ข้อศอก ทุกสัปดาห์) มีอาการบวมแดงอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด ตรวจพบก้อนโตผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัด รักแร้หรือข้างคอ หรือก้อนในท้อง หรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย

2.3.5 ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

2.3.5.1 เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการทำเอกซเรย์เต้านมตามแผนการรักษา

2.3.5.2 อธิบายเหตุผลของการรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2.3.5.3 กระตุ้นเตือนให้แพทย์ได้อธิบายแผนการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไป เช่น การให้เคมีบำบัด หรือฉายแสง

2.3.5.4 เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการนอนพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้สบาย

2.3.5.5 ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น

- ในช่วง 4-6 สัปดาห์แรก หลังการผ่าตัด สามารถเริ่มยกของเบาๆ หลังจากแผลผ่าตัดหายดีแล้ว จึงค่อยๆ ยกของที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ จนกระทั่งสามารถใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดยกของได้ตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามควรหลีกเลี่ยงการถือของหนักมากๆ นานๆ
- ไม่ควรขับรถจนกว่าจะมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังผ่าตัดแล้ว และแผลหายสนิทดีแล้ว อาจเริ่มว่ายน้ำได้ ซึ่งงานอดิเรกส่วนใหญ่สามารถเริ่มได้ภายใน 2 เดือน
- แพทย์จะให้คำแนะนำว่าเมื่อไหร่จึงจะสามารถกลับไปทำงานได้ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประเภทของงานที่ทำด้วย

2.3.5.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

กิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีนั้น การใช้เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว การสอน การสัมผัส และการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้พยาบาลจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ภาพลักษณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

จากที่กล่าวไว้ข้างต้นว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของภาพลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดของแนวคิดและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ดังต่อไปนี้

3.1 ความหมายของภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเป็นตัวตนของมนุษย์คนนั้น ตลอดช่วงของการดำรงชีวิต ภาพลักษณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงไปหลายแบบบางครั้งเป็นแบบที่เราต้องการ บางครั้งอาจไม่ใช่แบบที่เราต้องการ ตัวอย่างเช่น เราพยายามที่จะหาวิธีที่จะมองร่างกายของเราให้สามารถแสดงออกถึงความเป็นตัวเราเองหรือเพื่อให้ร่างกายของเราเป็นภาพที่เห็นถึงความดีเป็นธรรมชาติ เราจึงใช้เครื่องสำอางค์ เสื้อผ้า การออกกำลังกายหรือการทำงานอดิเรกต่างๆ หรืออีกวิธีหนึ่ง

อาจจะใช้ศัลยกรรมตกแต่งเข้ามาช่วยเปลี่ยนรูปร่างหน้าตาทั้งนี้ก็แล้วแต่ความต้องการของแต่ละคน แต่ในทางตรงข้ามบางการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ปรากฏขึ้นและเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ไม่ได้เป็นไปตามที่เราปรารถนา อาจจะเป็นตั้งแต่กำเนิดหรืออุบัติเหตุหรือเกิดจากโรคหรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัย (Newell, 2000a: 1) มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไว้หลากหลายตามการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2542: 821) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ไว้ว่า เป็นภาพที่เกิดจากความนึกคิดหรือที่คิดว่าควรจะเป็นเช่นนั้น

Schilder (1935 cited in Newell, 2000a: 12) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ไว้ว่าเป็นภาพของร่างกายที่เราออกแบบจากความคิดของเราเองหรือเป็นวิธีที่เราจะบอกว่าร่างกายของเราในแบบนี้เป็นตัวของเรา และภาพลักษณ์เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบเป็นพลวัตในวงจรชีวิตและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นในระยะสั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเสื้อผ้าหรือการเปลี่ยนเครื่องประดับตกแต่งเพื่อให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป

Leonard and Redland (1981: 53) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ว่าเป็นการมองภาพและความรู้สึกเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ซึ่งภาพลักษณ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับเจตคติและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย

Price (1990: 4) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ไว้ว่าเป็นวิธีที่เรารับรู้และรู้สึกเกี่ยวกับร่างกายที่เป็นจริงของเรา (Body reality) และเราจะตอบสนองต่อความต้องการของเราอย่างไร (Body presentation) โดยมีมาตรฐานภายในของเราเป็นผู้ตัดสินต่อร่างกายที่เป็นจริงและการแสดงออกทางร่างกาย (Body ideal)

Ellis and Nowlis (1994:693) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ไว้ว่าเป็นความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อร่างกายของตนเอง จากการมองเห็น ได้ยิน สัมผัส และสิ่งกระตุ้นภายในร่างกาย ซึ่งทำให้เราเห็นความมีคุณค่าของร่างกายของเราเอง

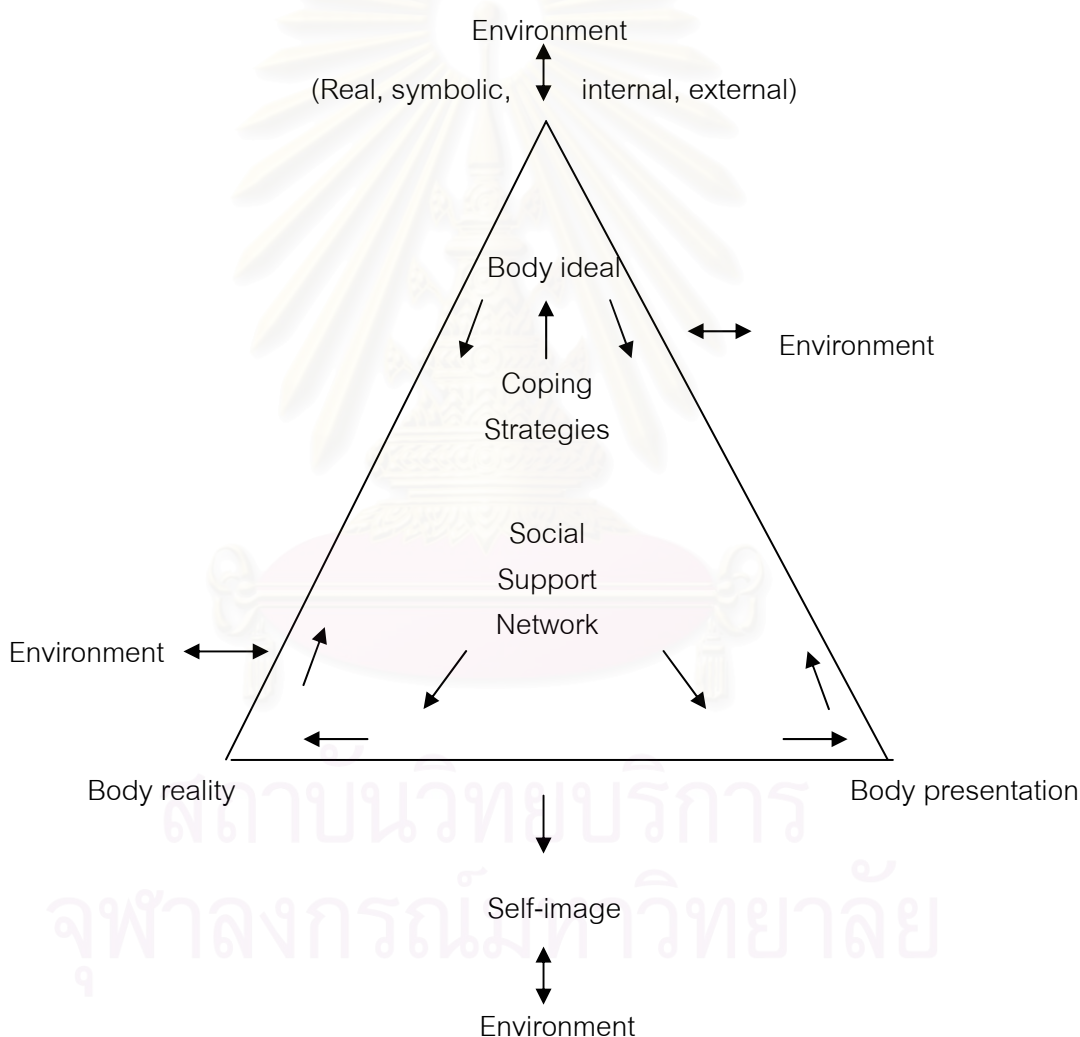
Hopwood และคณะ (2001: 189) ให้ความหมายของภาพลักษณ์ไว้ว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) ด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive) ด้านพฤติกรรม (Behavioral)

จากการศึกษาครั้งนี้ภาพลักษณ์หมายถึง อารมณ์ความรู้สึก การรู้คิดเกี่ยวกับร่างกาย และพฤติกรรมการแสดงออกทางร่างกายของบุคคล ซึ่งภาพลักษณ์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral)

3.2 แนวคิดของภาพลักษณ์

การศึกษาเกี่ยวกับกรอบแนวคิดของภาพลักษณ์พบว่า มีนักทฤษฎีหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไว้ แต่มีผู้นำแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์มาสร้างเป็นโมเดลคือ โมเดลภาพลักษณ์ของ Price ดังต่อไปนี้

โมเดลภาพลักษณ์ของ Price (Price, 1990: 4-11; Price, 1990 cited in Newell, 2000a: 14-18) เสนอแนวคิดของภาพลักษณ์ว่าประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ร่างกายที่เป็นจริง (Body reality) ร่างกายในอุดมคติ (Body ideal) และการแสดงออกทางร่างกาย (Body presentation) และได้อธิบายโมเดลของภาพลักษณ์ไว้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลภาพลักษณ์ของ Price (1990 cited in Newell, 2000a: 14)

ร่างกายที่เป็นจริง (Body reality) หมายถึง ร่างกายจริงๆ เช่น สูง เตี้ย อ้วน ผอม อวัยวะของร่างกาย หรือเป็นการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การดูดซึมอาหาร ภาวะสมดุลย์ของสารน้ำ

ซึ่งเป็นส่วนประกอบทางกายภาพที่สร้างขึ้นมาจากยีนและได้รับการหล่อเลี้ยงจากสารอาหารไปตลอดชีวิต ร่างกายที่เป็นจริงไม่ใช่การที่เราอยากจะทำให้ร่างกายของเราเป็นอย่างไรที่เราต้องการ เพราะเราอาจจะพบว่าร่างกายที่เป็นจริงอาจทำให้เรารู้สึกพอใจหรือไม่พอใจก็ได้ ซึ่งร่างกายที่เป็นจริงจะเป็นอย่างไรที่เราเห็นและประเมินได้อย่างเป็นรูปธรรมตามลักษณะธรรมชาติของมนุษย์ เป็นภาพกว้างๆ ของแต่ละคน

ร่างกายในอุดมคติ (Body ideal) หมายถึง การนึกภาพในความคิดของเราว่าเราอยากให้ร่างกายของเราถูกมองและแสดงออกอย่างไร รวมถึงโครงร่างของร่างกายมองอย่างกว้างๆ และมีขอบเขต ซึ่งได้รับอิทธิพลจากแบบแผนทางสังคมและวัฒนธรรม การโฆษณา การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสุขภาพ หรือเป็นกระบวนการของการหาเอกลักษณ์ของร่างกายในอุดมคติ เช่น การเปิดเผยตัวเรา ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคมหรือวิเคราะห์ตามสภาพสังคมโดยทั่วไปว่าสังคมเป็นอย่างไรและเราน่าจะถูกมองอย่างไร ควรทำหน้าที่อย่างไร ในบางมุมมองเรื่องของการเปลี่ยนแปลงใหม่และเกิดขึ้นชั่วคราวที่เราเรียกว่าแฟชั่นเป็นความต้องการการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เป็นจริงเพื่อให้เกิดอุดมคติแบบใหม่ เช่น การตัดผมทรงเดียวกับดาราดังที่ชื่นชอบ

การแสดงออกทางร่างกาย (Body presentation) หมายถึง วิธีที่แสดงความคาดหวังทุกอย่างที่เราต้องการให้ร่างกายของเรามีลักษณะท่าทางอย่างไร รวมถึงเสื้อผ้าการแต่งกายและพฤติกรรมภายใต้การควบคุมของสติของแต่ละคน ซึ่งอยู่ภายใต้ข้อจำกัดหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นจริงที่สอดคล้องกับร่างกายในอุดมคติ ซึ่งไม่ใช่แต่เพียงการแต่งกาย หรือเป็นหุ่นที่ถูกล้อมใส่เครื่องประดับตกแต่งเท่านั้น แต่ยังรวมถึงท่าทางและการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วย

การเชื่อมโยงองค์ประกอบของภาพลักษณ์นี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาพลักษณ์ เช่น การเผชิญความเครียด (Coping strategies) เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (Influence of environment)

จากโมเดลนี้ Newell (2000a: 41) วิเคราะห์ว่าเป็นโมเดลที่กว้างเกินไปและคำจำกัดความขององค์ประกอบต่างๆ ยังไม่ชัดเจน จึงยังไม่มีกรนำโมเดลไปทดสอบด้วยการศึกษาวิจัย นอกจากนี้โมเดลนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแนวคิดของผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์และได้นำแนวคิดไปศึกษาวิจัยไว้อีกหนึ่งท่านหนึ่งคือ Hopwood (Hopwood and Maguire, 1988: 47-50 ; Hopwood, et al., 2001: 190) อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไว้ว่า เนื่องจากยังไม่มีแนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ Hopwood จึงศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์โดยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและพัฒนาแบบประเมินภาพลักษณ์ขึ้น และได้ นำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ในการประเมินภาพลักษณ์กับงานวิจัยต่างๆ ที่มีกลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์ เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่สูญเสียภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัด ภายหลังการรักษาด้วย

รังสีรักษา และเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมชนิดต่างๆ ซึ่งอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไว้ดังนี้

การผ่าตัดเต้านมออกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนอกจากผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้าโศกเสียใจต่อการสูญเสียอวัยวะแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ความเป็นตัวตนทั้งภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์อีกด้วย เนื่องจากการสูญเสียเต้านมที่เป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายร่วมกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) ด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral) เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่ง Hopwood ได้ศึกษาแนวคิดแต่ละด้านและอธิบายได้ดังนี้ (Hopwood and Maguire, 1988: 47-50; Hopwood, et al., 2001: 190)

ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) โดยเฉพาะอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นผู้หญิง ความรู้สึกมีเสน่ห์ดึงดูดใจ จากการศึกษาของ Hopwood และ Maguire (1988: 47) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมออกจะเกิดความรู้สึกซึมเศร้า 25-30% และปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ 23-33%

ด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive) ผู้ป่วยอาจเกิดความคิดการรับรู้ที่ผิดปกติไปเนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับต่อการสูญเสียเต้านมได้ จึงทำให้เกิดความคิดในแง่ไม่ดีต่อร่างกายของตนเอง เช่น ความพึงพอใจกับร่างกายหรือแผลผ่าตัด

ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เป็นผลมาจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอย่างมากจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และมืออย่างต่อเนืองจนส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่มีลักษณะของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง เช่น การศึกษาของ Maguire และคณะ (1983 cited in Hopwood and Maguire, 1988: 47) พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลีกเลี่ยงที่จะมองกระจก แต่งตัวในความมืด หลีกเลี่ยงที่จะอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ เกิดความลำบากใจที่จะมองแผลบริเวณหน้าอก หลีกเลี่ยงที่จะพบกับคนอื่นเนื่องจากร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

จากแนวคิดของ Hopwood จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวคิดอย่างเป็นระบบด้วยการวิจัย และมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอที่ทำให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาและนำเสนอแบบประเมินของ Hopwood และคณะ (Hopwood, et al., 2001: 189-197) มาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

3. 4 การประเมินภาพลักษณ์

ถึงแม้ว่าจะมีการอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไว้หลายแนวคิด แต่การวัดหรือประเมินภาพลักษณ์เป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นการวัดความหมายที่เป็นนามธรรมและไม่สามารถวัดได้ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากภาพลักษณ์เป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม เกี่ยวข้องกับทัศนคติและความไม่ชัดเจนของความหมายของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของการรับรู้ ความรู้สึก การรู้คิดหรือประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ (Diekmann, 1988: 187; Price, 1990: 67)

การวัดหรือประเมินภาพลักษณ์ส่วนใหญ่จะใช้หลายรูปแบบ เช่น แบบสอบถาม แบบทดสอบจากรูปร่าง การตัดสินใจจากขอบเขตของร่างกาย วัดจากการรับรู้ขนาดของร่างกายโดยตรง เทคนิคของความบกพร่องและการใช้วิดีโอเทปสะท้อนกลับ เป็นต้น (Diekmann, 1988: 187) ซึ่งแบบประเมินต่างๆ กล่าวถึงส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปร่างผิดปกติ (Anorexia nervosa) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกแบบประเมินบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศสรุปได้ดังต่อไปนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) และสายใจ พัวพันธ์ (2530) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมออกและสร้างเครื่องมือประเมินภาพลักษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไม่ได้ระบุแนวคิด

คณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เนื้อหาของแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านรูปร่างลักษณะภายนอกของตน 2) ด้านการทำหน้าที่และความสามารถของร่างกาย 3) ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมที่มีต่อร่างกายของตน แบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นแบบเลือกตอบมี 22 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

เดือนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ (2536) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด เนื้อหาของแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างและรูปร่างภายนอก 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ 3) ด้านการรับรู้ต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคม แบบสอบถามเรื่องการยอมรับภาพลักษณ์มี 31 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

จุฬารัตน์ ประสงค์ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างและรูปร่างภายนอก 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ 3) ด้านการรับรู้ต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคม ลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

Questionnaires and Scales (QAS) เป็นแบบสอบถามภาพลักษณ์ของ Schilder (1935 cited in Diekmann, 1988: 187) เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความทั้งหมด 96 ข้อ ตัวอย่างของข้อความเช่น “คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้คุณสวย อะไรที่ทำให้คุณแข็งแรง และอะไรที่ทำให้คุณมีสุขภาพดี” , “คุณคิดว่าคุณมีลักษณะของเพศตรงข้ามอย่างไรบ้าง” , “ร่างกายส่วนไหนของคุณที่สำคัญที่สุด” เป็นต้น การประเมินโดยประเมินจากคำตอบว่าผู้ตอบมีแนวโน้มจะตอบปฏิเสธหรือเบี่ยงเบนไปจากคนปกติหรือไม่

The Body Attitude Scale (BAS) ของ Kurtz (1996 cited in Sondhaus, Kurtz, Strube, 2001: 417) เป็นแบบประเมินทัศนคติหรือความรู้สึกของแต่ละคนต่อรูปร่างลักษณะของร่างกายของตนเอง ประกอบด้วยข้อความ 30 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Osgood คือ มี 2 ด้าน (ดี / ไม่ดี, แข็งแรง/อ่อนแอ เป็นต้น) แบ่งช่วงวัดเป็น 7 ช่วง

Body image scale (BIS) ของ Hopwood และคณะ (2001: 189-197) เป็นแบบสอบถามภาพลักษณ์มีข้อความ 10 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective items) ด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive items) ด้านพฤติกรรม (Behavioral items) ระดับการประเมินใช้ 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วยเล็กน้อย, ค่อนข้างเห็นด้วย, เห็นด้วยมากที่สุด (Not at all / A little / Quite a bit / Very much) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ คือ คะแนนอยู่ในช่วง 0-30 คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในแง่ลบเพิ่มขึ้นหรือไม่พึงพอใจกับภาพลักษณ์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

แบบสอบถาม BIS นี้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 682 ราย ซึ่งพบว่าเครื่องมือนี้จะมี 2 องค์ประกอบ อธิบายตัวแปรได้ 50.18 โดยข้อความที่ 1-6 ยกเว้นข้อ 3 เป็นองค์ประกอบด้านความมีเสน่ห์ดึงดูดใจของร่างกายอธิบายตัวแปรได้ 26.3% และข้อความที่ 8-10 เป็นองค์ประกอบด้านความพึงพอใจกับร่างกายอธิบายตัวแปรได้ 18.76% ส่วนข้อ 3 และข้อ 7 ไม่อยู่ในองค์ประกอบใดเลย

จากแบบประเมินภาพลักษณ์ที่กล่าวถึงจะเห็นได้ว่าแบบประเมินภาพลักษณ์ BIS ของ Hopwood และคณะ เป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด มีความเป็นสากลและมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินภาพลักษณ์ของ Hopwood และ

คณะ (2001) มาใช้ประเมินภาพลักษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้แยกองค์ประกอบย่อยตามที่ Hopwood และคณะ ได้ให้แนวคิดไว้ว่าองค์ประกอบของภาพลักษณ์แบ่งได้ 3 องค์ประกอบ เนื่องจากการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบพบว่า ข้อคำถามอีก 2 ข้อไม่อยู่ในองค์ประกอบใดเลย จึงพิจารณาใช้ฉบับเดิมที่มีข้อคำถาม 10 ข้อ และไม่ได้ตัดข้อคำถามข้อ 3 และ 7 ทิ้ง

3.5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์

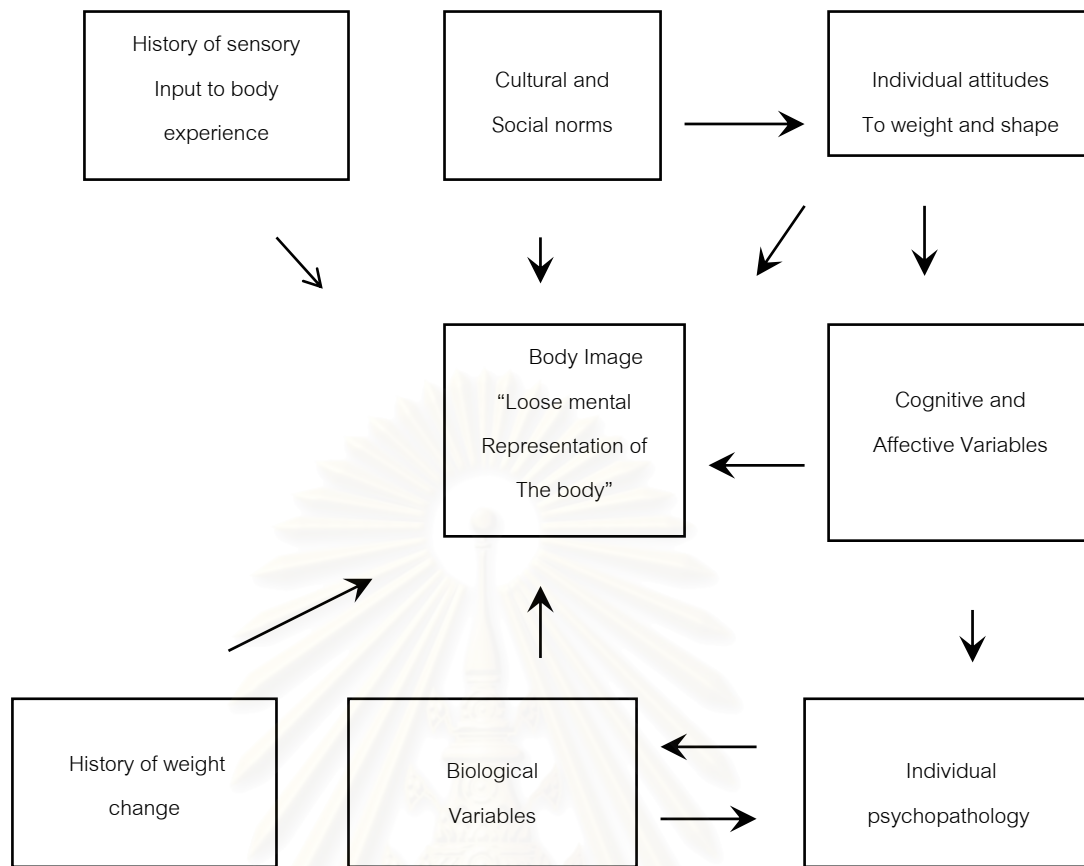
การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์มีนักพัฒนาแนวคิดสร้างโมเดลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ไว้ 2 ท่านคือ Slade (1994) และ Newell (2000a)

3.5.1 โมเดลภาพลักษณ์ของ Slade (Slade, 1994 cited in Newell, 2000a:

23) โมเดลนี้พัฒนามาจากประสบการณ์และการสังเกตความบกพร่องของการรับรู้ในโรคของระบบประสาท (Neurological disorders) กลุ่มอาการของความผิดปกติในการรับประทานอาหารและน้ำหนัก (Eating and weight disorders) และในกลุ่มโรคความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (Delusional misperception) เช่น อาการที่ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดว่ารูปร่างหน้าตาของตนเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไป (Body dysmorphic disorder = BDD) (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2533: 39)

Slade อธิบายว่า ภาพลักษณ์ คือ การปล่อยความรู้สึกในจิตใจให้แสดงออกทางร่างกาย (Loose mental representation of the body) และมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ เช่น ประวัติของการรับรู้จะส่งผลต่อการแสดงออกของร่างกาย (A history of sensory input to the body) แบบแผนวัฒนธรรมและสังคม (Cultural and social norms) การรับรู้และความรู้สึก (Cognitive and affective variable) ตัวแปรในทางชีวภาพ (Biological variables) ดังภาพที่ 2

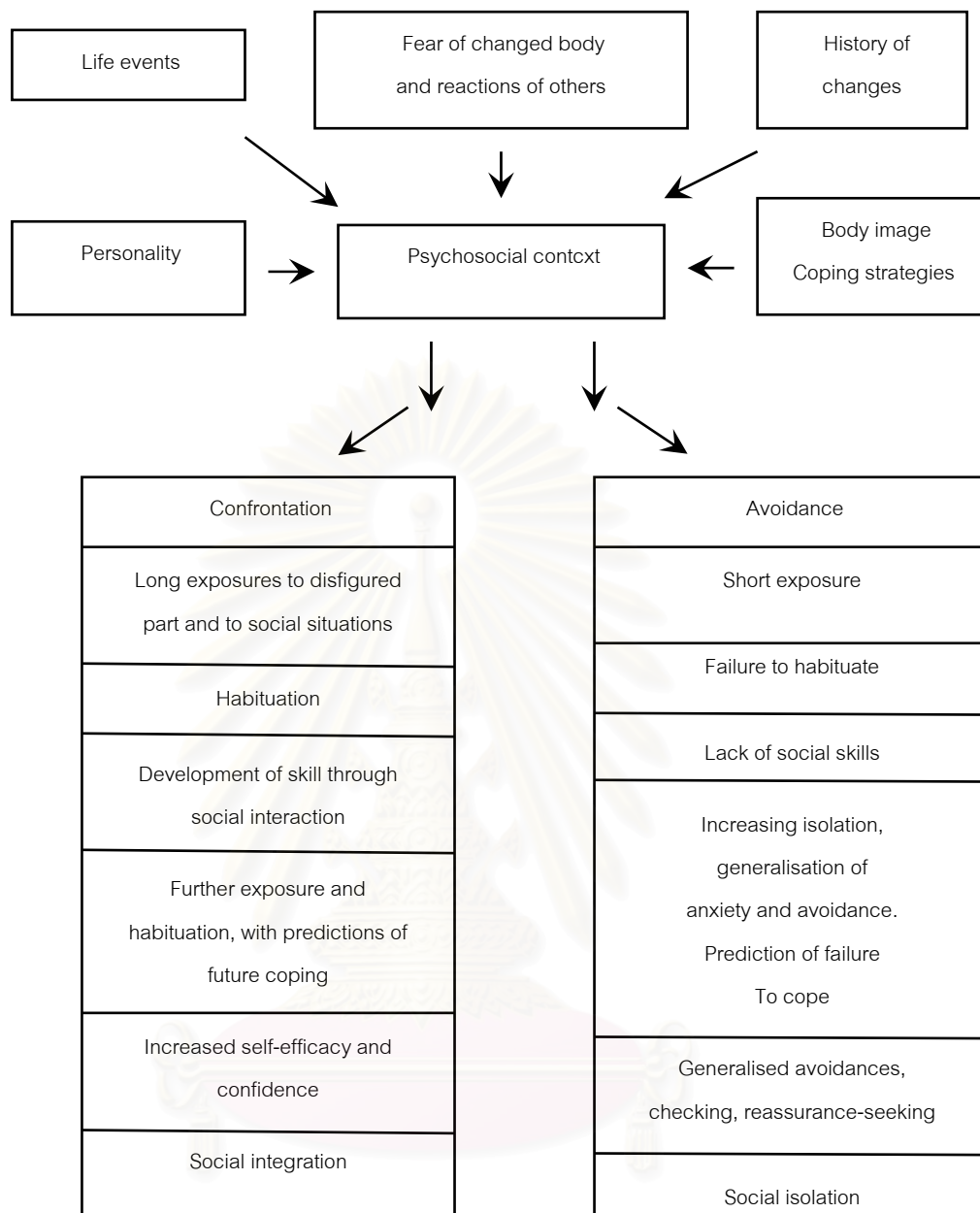
จากโมเดลภาพลักษณ์ของ Slade ซึ่ง Newell (2000a: 41) ได้วิเคราะห์ว่าโมเดลนี้เหมาะกับโรคเกี่ยวกับความผิดปกติในการรับประทานอาหาร จึงเป็นโมเดลที่แคบเกินไปสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ



ภาพที่ 2 โมเดลภาพลักษณ์ของ Slade (1994 cited in Newell, 2000a: 23)

3.5.2 โมเดลของ Newell (2000a: 41-47) คือ A fear-avoidance model of psychosocial difficulties following disfigurement ดังภาพที่ 3 ซึ่ง Newell ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ Fear-avoidance model ของ Lethem และคณะ (1983), The three systems model ของ Lang (1971) และ The social learning and self-efficacy theories ของ Bandura (1977)

โมเดลของ Newell ได้อธิบายเกี่ยวกับ Cognitive-behavioral ของโรคเกี่ยวกับความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ใ้ว่าภาวะจิตใจของคนที่ได้รับการคุกคามต่อภาพลักษณ์จะคล้ายคลึงกับคนที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความกลัว ซึ่งจะแสดงออกเป็นความกลัวและการหลบหนี คนที่สูญเสียภาพลักษณ์จะหลบหนีหรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอวัยวะส่วนที่สูญเสียหรือถูกทำลาย เพราะจะเป็นการกระตุ้นความคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลอย่างอัตโนมัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่จะทำให้บุคคลนึกถึงบริเวณที่สูญเสียหรือถูกทำลาย ถึงแม้จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น คนที่ทำผ่าตัดเต้านมออกจะหลีกเลี่ยงการอ่านนิตยสารที่มีหัวข้อมะเร็งหรือการเสริมเต้านม หรือชุดว่ายน้ำ เป็นต้น



ภาพที่ 3 โมเดล A fear-avoidance model of psychosocial difficulties following disfigurement ของ Newell (2000a: 47)

Newell ได้อธิบายไว้ว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นยอมรับภาพลักษณ์หรือหลีกเลี่ยงจากการเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ คือ เหตุการณ์ในชีวิต (Life events) บุคลิกภาพ (Personality) ความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและกลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลอื่น (Fear of changed body and reactions of others) การเผชิญความเครียด (Body image coping strategies) และประวัติของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (History of changes to body image) ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวถึงนี้ Newell ไม่ได้อธิบายปัจจัย

ต่างๆ อย่างชัดเจน มีเพียงปัจจัยด้านความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลอื่นที่ได้อธิบายไว้ว่า

ความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและกลัวปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลอื่นมีบทบาทต่อผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลอื่นมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในคนที่กลัวปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลอื่น หากความกลัวนี้มีอย่างต่อเนื่องก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกีดกันได้ ดังนั้นความกลัวนี้จึงทำให้เห็นความแตกต่างได้ระหว่างคนที่ปรับตัวได้ดีกับคนที่ปรับตัวไม่ได้

จากพัฒนาการการสร้างโมเดลภาพลักษณ์จะเห็นได้ว่าเริ่มมีมาตั้งแต่ปี 1990 โดย Price ได้อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของภาพลักษณ์ไว้ ต่อมาปี 1994 Slade ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติในการรับประทานอาหาร แต่เป็นโมเดลที่แคบเกินไปสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้กับโรคมะเร็งเต้านม และในปี 2000 Newell ก็ได้พัฒนาโมเดลภาพลักษณ์จากแนวคิดของนักทฤษฎี 3 ท่าน และอธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นยอมรับภาพลักษณ์หรือหลีกเลี่ยงจากการเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำโมเดลภาพลักษณ์ของ Price (1990) และ Newell (2000a) ซึ่งมีแนวคิดในเรื่องของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์และองค์ประกอบด้านจิตสังคม โดยคัดเลือกปัจจัยจากแนวคิดทั้งสองและอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม Price (1990: 48) อธิบายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างภาพลักษณ์ใหม่ได้ (Price, 1990: 48)

การเผชิญความเครียด ซึ่ง Price (1990: 47; Price, 1990 cited in Newell, 2000a:16) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ว่า บุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดที่คล้ายคลึงกัน บางคนอาจเก็บกดปัญหานั้นไว้ หรือปฏิเสธการรักษา หรือบางคนพยายามใช้เหตุผลในการเผชิญต่อความเครียด ซึ่งทุกคนพยายามที่จะหาทางออกของปัญหาในเรื่องของการแต่งตัว การเลือกเสื้อผ้า เป็นต้น ดังนั้นวิธีการเผชิญความเครียดแบบเดิมที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลจึงเป็นวิธีที่สำคัญต่อการปรับตัวต่อการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ และขึ้นอยู่กับวิธีของแต่ละคนที่จะตอบสนองต่อสิ่งคุกคามภาพลักษณ์ ซึ่งจะแสดงออกเป็นความตึงเครียดหรือเกิดความพึงพอใจในภาพลักษณ์ (Price, 1990 cited in Newell, 2000a:16) ส่วน Newell (2000 a: 43) อธิบายการเผชิญความเครียดว่าเป็นการเผชิญความเครียดที่เฉพาะเจาะจงกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

เหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมออกเป็น เหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย และสอดคล้องกับปัจจัยที่ Price (1990) ได้ให้ความหมายของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์อย่างหนึ่งคือ สิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งหมายถึง การผ่าตัดเช่นเดียวกัน ซึ่งการผ่าตัดนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะการผ่าตัดเต้านมออก เนื่องจากมีการศึกษาของ Hopwood และคณะ (2000: 462) พบว่ากลุ่มที่ผ่าตัดเต้านมออกมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Ghazal , Fallowfield และ Blamey (2000: 1938) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วนมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกมีปัญหาด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาพลักษณ์ เพศสัมพันธ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) มากที่สุด จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดเต้านมออกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่าการผ่าตัดเต้านมชนิดอื่น ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเต้านมออก และไม่ได้นำปัจจัยด้านชนิดของการผ่าตัดมาศึกษาในครั้งนี้

ความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งในงานวิจัยนี้ไม่ได้นำแนวคิดเรื่องความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาศึกษา เนื่องจากความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นแนวคิดที่เข้าซ้อนกับตัวแปรตามคือภาพลักษณ์ตามแนวคิดของ Price (1990) ที่กล่าวว่าร่างกายในอุดมคติเป็นการนึกภาพในความคิดว่าอยากให้ร่างกายของเราถูกมองและแสดงออกมาอย่างไร ความกลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจึงเป็นความคิดเกี่ยวกับร่างกายในแง่ลบและเป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาพลักษณ์

ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลอื่น ในงานวิจัยนี้ใช้คำว่าบุคคลสำคัญแทนบุคคลอื่น เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์คือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ได้แก่สามี/คู่รัก ดังในการศึกษาของ Lambert และ Lambert (1985:76) พบว่าผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาจากคู่สมรสที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นแผลผ่าตัดและเต้านมหายไป (Lugton, 1997: 1189) จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สามี/คู่รักมีบทบาทต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเต้านมมากที่สุด

ส่วนปัจจัยด้านบุคลิกภาพ และประวัติของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ยังไม่มีงานวิจัยสนับสนุนเพียงพอว่าส่งผลต่อภาพลักษณ์ นิสิตจึงไม่ได้คัดเลือกมาศึกษาในครั้งนี้

ดังนั้นปัจจัยความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Price (1990) และ Newell (2000a) จึงเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยคัดเลือกมาศึกษาและมีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยจึงคัดมาเป็นตัวแปรต้นในการวิจัยครั้งนี้

3.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์

นอกจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือเกิดจากเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์แล้ว จากแนวคิดของนักทฤษฎีที่กล่าวถึงข้างต้นแล้วได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ด้วยซึ่งสรุปได้ดังนี้

3.6.1 อายุ บุคคลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์มากกว่าบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ดังในตัวอย่างงานวิจัยที่พบว่าผู้หญิงที่มีอายุมากจะให้ความสำคัญกับเต้านมน้อยลง เพราะลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงและความดึงดูดของร่างกายลดลง (King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 796) ดังในการศึกษาของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า หรือ เท่ากับ 45 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เดอนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ (2536) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับภาพลักษณ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านอายุว่าส่งผลต่อภาพลักษณ์อย่างไร

3.6.2 สถานภาพสมรส การรักษาโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้หญิงในการทำหน้าที่และสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (Anllo, 2000: 241) เนื่องจากทำให้ภาพลักษณ์เกี่ยวกับแรงดึงดูดทางเพศและความเป็นผู้หญิงลดลง (Hopwood, et al., 2000: 462) ซึ่งจะส่งผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว ดังในการศึกษาของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) ที่พบว่าผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่ยังเป็นโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมาศึกษาเนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับปัจจัยด้านความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญที่เน้นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสามีหรือคู่รัก

3.6.3 ระดับการศึกษา ผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงจะมีอารมณ์และการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีกว่าเพราะมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย (King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 796) ดังนั้นผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงจึงอาจให้ความสำคัญต่อสุขภาพของร่างกายตนเองมากและเมื่อต้องสูญเสียเต้านมจึงเกิดผลกระทบทางจิตใจและมีผลต่อภาพลักษณ์ที่มีอยู่เดิมมากกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย (Schilder, 1970: 11-16 อ้างถึงในยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2527: 83)

3.6.4 อาชีพ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายไม่เพียงแต่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ด้านร่างกายเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ด้วยจึงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานหรือจำกัดกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยได้ (Leonard and Redland, 1981: 53-54) จากการศึกษาของ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรม รับจ้างและแม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 และ .05 ตามลำดับ ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำปัจจัยด้านอาชีพมาศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยด้านอาชีพไม่สามารถนำมาปรับแก้และไม่มีประโยชน์ในการส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

3.6.5 เพศ ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นกับทั้งเพศชายและเพศหญิง เพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ 'ความเป็นเพศหญิง' หรือ 'ความเป็นเพศชาย' เช่น ผู้ป่วยหญิงที่จะต้องได้รับการผ่าตัดเต้านม มักจะต้องประสบปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทั้งนี้เพราะการสูญเสียเต้านมมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง ในทำนองเดียวกันกับการผ่าตัด การล้างไตหรือพยาธิสภาพที่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยในการมีกิจกรรมทางเพศจะมีผลต่อความเป็นชายของผู้ป่วยชาย ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยชายเหล่านั้นจะไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 286) แต่งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม

3.6.6 ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดเต้านมส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดเต้านมออกส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมากกว่าการผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ (Al-Ghazal, Fallowfield, and Blamey, 2000: 1938) ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเต้านมออก

3.6.7 ความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ จากแนวคิดของ Newell (2000a: 48) อธิบายไว้ว่าปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีบทบาทต่อผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในคนที่กลัวปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หากความกลัวนี้มีอย่างต่อเนื่องก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงได้

3.6.8 การเผชิญความเครียด ขึ้นอยู่กับวิธีของแต่ละคนที่จะตอบสนองต่อสิ่งคุกคามภาพลักษณ์ ซึ่งจะแสดงออกเป็นความตึงเครียดหรือเกิดความพึงพอใจในภาพลักษณ์ (Price, 1990 cited in Newell, 2000a: 16) เนื่องจากการที่บุคคลต้องประสบปัญหา และภาวะวิกฤตต่างๆ ในแต่ละช่วงชีวิต บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และพัฒนากลไกการเผชิญความเครียดที่ช่วยเหลือให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป จึงนับได้ว่าบุคคลมีความสำเร็จในการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีย่อมเป็นผู้ป่วยที่มีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ดี และสามารถปรับตัวต่อการ

เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ดีกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการเผชิญความเครียดในอดีต หรือผู้ป่วยที่ไม่เคยประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิตมาก่อนเลย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 287)

3.6.9 การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างภาพลักษณ์ใหม่ได้ (Price, 1990: 48) มีการศึกษาของ Green และ Pritchard (2003: 221) ที่พบว่าแรงผลักดันของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายอันหนึ่งของความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงได้คัดสรรตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลบางตัวมาศึกษาได้แก่ อายุและระดับการศึกษา รวมทั้งตัวแปรด้านจิตสังคม ได้แก่ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีผลการศึกษามาสนับสนุนเพียงพอ และตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถบ่งบอกหรือส่งผลต่อภาพลักษณ์ได้อย่างชัดเจน และมีความสำคัญต่อการส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ต่อไป

4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะทางกายภาพของบุคคลที่เป็นไปตามพัฒนาการของวัยต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติจึงเป็นเหตุการณ์ตามปกติของมนุษย์ทุกคน เช่น การมีอายุมากขึ้นจะส่งผลต่อกายภาพของมนุษย์ ความคิดและกิจกรรมในสังคม เมื่อสิ่งต่างๆ เหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ด้วย (Price, 1990: 25) การรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพที่ไม่เป็นตามธรรมชาติ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สูญเสียเต้านมจากการผ่าตัด เป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะแยกแยะระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวตนของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีอายุอยู่ในช่วง 40-54 ปี (กรีซ โภทิสสุวรรณ, 2545: 17) เป็นวัยที่พร้อมจะเข้าสู่สังคม มีทั้งสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนและสัมพันธภาพทางเพศ การยอมรับต่อภาพลักษณ์จึงมีบทบาทสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการเข้ากับผู้อื่น รวมทั้งทัศนคติต่อตนเองก็มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางร่างกายและความสามารถของบุคคลนั้น ในเพศหญิงจะมีความเข้าใจและเน้นในเรื่องของภาพลักษณ์มากกว่าเพศชายเพราะเพศหญิงจะให้ความสนใจกับขอบเขตของร่างกายที่ชัดเจน เอาใจใส่กับรูปร่างและการทำหน้าที่ของร่างกายที่แสดงถึงบทบาทการเป็นเพศหญิง และในช่วงวัยนี้จะให้

ความสนใจเกี่ยวกับการสร้างฐานะและการวางแผนอนาคต (Erickson ,1963 cited in Lambert and Lambert , 1985: 23-30) การสูญเสียด้านมอากทำให้สูญเสียบทบาทที่จะให้หมบุตร (Price, 1990: 236) ส่งผลต่อความรู้สึกของตนเอง คู่สมรส ผู้ร่วมงานและสมาชิกในครอบครัวได้ ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ ระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลจึงส่งผลต่อ ภาพลักษณ์ที่แตกต่างกัน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2527; เดือนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ, 2536; King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 796)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาพลักษณ์

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

งานวิจัยของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) ศึกษาเรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการตัดเต้านมออก ผลการศึกษาพบว่า

- ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับ ภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ทั้ง 3 ระยะเวลาที่ ศึกษา

- ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไป ในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่ยังเป็นโสด เฉพาะในระยะหลังตัดเต้านมออก 3 เดือน ส่วนในระยะก่อน ตัดเต้านมและหลังตัดเต้านม 7-10 วัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ในระยะก่อนตัดเต้านมและหลังตัดเต้านม 7-10 วัน และ 3 เดือน ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปและผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาต่างก็มีค่าเฉลี่ยความรู้สึก เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ส่วนค่าเฉลี่ย ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองระหว่างผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปกับ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ในระยะก่อนตัดเต้านมผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับ ภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรมและแม่บ้าน ในระยะหลัง ตัด เต้านม 7-10 วัน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไป ในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรม รับจ้าง และแม่บ้าน และในระยะหลังตัดเต้านม 3 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรม และรับจ้าง

งานวิจัยของเดือนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ (2536) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการ ยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับภาพลักษณ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์

5.1 ความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญไว้ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2542: 78) ให้ความหมายของกลัวว่าหมายถึง รู้สึกไม่อยากจะประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว รู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2544 : 92) ให้ความหมายของความกลัวว่าเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ เนื่องจากเกรงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอกจะมาทำอันตรายตน

วิภาพร มาพบสุข (2545: 303) ให้ความหมายของความกลัวว่าเป็นอารมณ์ที่เกิดจากความพยายามหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่อันตราย กลัวสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

Beck (1978: 184) ให้ความหมายของความกลัวว่า หมายถึง ภาวะความไม่พึงพอใจที่ถูกกระตุ้นจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวังว่าจะให้เกิดขึ้น

สรุปความกลัว หมายถึง ความรู้สึกหวาด ไม่อยากพบและไม่มั่นคงทางอารมณ์ หรือพยายามหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เนื่องจากเกรงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอกหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวังว่าจะให้เกิดขึ้นจะทำอันตรายตน

ส่วนความหมายของปฏิริยาตอบสนอง ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายไว้แยกแต่ละคำว่า

ปฏิริยา หมายถึง การกระทำตอบสนอง การกระทำต่อต้าน ผลของการกระทำ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดกิริยาสะท้อนมาเป็นอีกอย่างหนึ่ง (หน้า 646)

ตอบ หมายถึง โต้กลับไป ตอบแทนการกระทำของฝ่ายตรงข้าม (หน้า 436)

สนอง หมายถึง ทำตามที่ได้รับคำสั่งหรือคำขอร้องเป็นต้น; โต้ตอบ (หน้า 1119)

บุคคลสำคัญ ในที่นี้หมายถึง สามีหรือคู่รักหรือเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ผู้ปวยให้ความสำคัญของผู้ปวย

สรุป ปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการกระทำของสามีหรือคู่รักหรือเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ผู้ปวยให้ความสำคัญ

ดังนั้นความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หมายถึง ความรู้สึกหวาด ไม่อยากพบไม่มั่นคงทางอารมณ์ หรือพยายามหลีกเลี่ยงของบุคคลหนึ่ง ต่อพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง ความคิด หรืออารมณ์ความรู้สึก ของคนอื่น ที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ ทั้งที่อาจจะมีการแสดงออก หรือไม่แสดงออกต่อสภาพร่างกายของบุคคลนั้นที่เปลี่ยนแปลงไปก็ได้

ในช่วงระยะหลังผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างภายนอก โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเริ่มมองตัวเองในกระจก บางคนไม่สามารถจำภาพของตนเองได้ แต่การแสดงออกถึงความรู้สึกดังกล่าวอาจยังไม่ชัดเจน เนื่องจากในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าได้รับการปกป้องจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอื่นๆ ก็ต้องเผชิญกับปัญหาเดียวกับผู้ป่วย อีกทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพก็ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่เมื่อใกล้กลับบ้านผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการวิตกกังวล เกิดความกลัวต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การเผชิญกับปัญหาจากการผ่าตัด การใส่เต้านมเทียม และปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Price, 1998: 181; Bergamasco, Rossi, Amancio and Carvalho, 2002: 47) การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการถูกตัดเต้านม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และเกิดความคิดที่รังเกียจความไม่สมประกอบของร่างกาย กลัวว่าครอบครัวและสังคมจะยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้ (Atkinson and Fortunato, 2000: 103) ปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในคนที่กลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หากความกลัวนี้มีอย่างต่อเนื่องก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นความกลัวนี้จึงทำให้เห็นความแตกต่างได้ระหว่างคนที่ปรับตัวได้ดีกับคนที่ปรับตัวไม่ได้ (Newell, 2001a: 41)

บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในเรื่องภาพลักษณ์มากที่สุดก็คือคู่สมรสของผู้ป่วย เนื่องจากการสูญเสียเต้านมส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพทางเพศระหว่างคู่สมรส (King, Kenny, Shiell, Hall and Boyages, 2000: 789; Anllo, 2000: 246) ปฏิกิริยาตอบสนองของคู่สมรสที่เกิดจากผลของการผ่าตัดเต้านมออก คู่สมรสอาจจะไม่ค่อยพอใจแผลผ่าตัดเนื่องจากเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นตามปกติที่ต้องเห็นการสูญเสียอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายไปจากคนที่เรารัก โดยทั่วไปคู่สมรสจะเป็นบุคคลแรกที่ทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือกำลังใจกับผู้ป่วย (Lambert and Lambert, 1985: 72-73) ตัวอย่างเช่น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเล่าว่า “ดิฉันให้สามีและลูกดูแผลที่ผ่าตัดเต้านมออกและรู้สึกพอใจที่พวกเขาแสดงปฏิกิริยาตามปกติอย่างที่เคยเป็น” และผู้ป่วยอีกหลายรายบอกว่ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสจากการผ่าตัดเต้านมออก (Lugton, 1997: 1189) ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาจากคู่สมรสที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นแผลผ่าตัดและเต้านมหายไป จากการศึกษาผู้ป่วยเล่าว่า “สามีของฉันจะหาคนอื่นมาแทนที่ฉันใหม่หลังจากที่ร่างกายของฉันเปลี่ยนแปลงไป”, “สามีของฉันจะทิ้งฉันไปหลังจากที่เห็นแผลที่หน้าอก

ของฉันใหม่” (Lambert and Lambert, 1985: 76) นอกจากคู่สมรสแล้วกลุ่มเพื่อนก็มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้หญิงหลายคนให้เพื่อนๆ ดูเต้านมเทียมและให้เพื่อนช่วยแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้เพื่อแสวงหาการยืนยันจากเพื่อนว่าเธอยังดูปกติ (Lugton, 1997: 1189) จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากสามีหรือคู่รักของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

5.2 การประเมินความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ

เนื่องจากปัจจัยด้านความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญเป็นปัจจัยตามแนวคิดของ Newell (2000a) ที่ยังไม่มีการนำแนวคิดไปพัฒนาเป็นแบบสอบถาม จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ศึกษาในเรื่องที่มีความใกล้เคียงกับความกลัวนี้ แต่ใช้แนวคิดว่าเป็นปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของภาพลักษณ์ซึ่งได้แนวคิดมาจากการทบทวนวรรณกรรม และนำมาเป็นแนวทางในสร้างแบบสอบถาม ดังในงานวิจัยต่อไปนี้

คินีจ อนุโรจน์ (2535) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เนื้อหาของแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านรูปร่างลักษณะภายนอกของตน 2) ด้านการทำหน้าที่และความสามารถของร่างกาย 3) ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมที่มีต่อร่างกายของตน เป็นแบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นแบบเลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าทั้งหมด 22 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด พัฒนาแบบสอบถามภาพลักษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ โดยมีแนวคิดด้านการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคม เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของภาพลักษณ์ ลักษณะของแบบสอบถามด้านนี้มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

จุฬาร พรระสังสิต (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามภาพลักษณ์ขึ้นตามงานวิจัยของ Salter ปี 1992 และนำมาเป็นแนวทางในสร้างแบบสอบถาม โดยใช้แนวคิดว่าเป็นปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของภาพลักษณ์ ลักษณะของแบบสอบถามด้านนี้มีทั้งหมด 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

จากงานวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยไม่ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากข้อคำถามบางข้อมีแนวคิดซ้ำซ้อนกับความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเป็นตัวแปรตาม เช่น ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงทุกด้านที่เกิดขึ้นได้ ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงเมื่อบุคคลอื่นแยกตัวออกห่าง หรือข้อคำถามที่เกี่ยวกับ ความรู้สึกอายนที่มีคนอื่นมองเห็นโคลอสโตมีย์ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง เป็นความกังวลในภาพลักษณ์ของตนเอง ไม่สอดคล้องกับแนวคิดความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

ผู้วิจัยจึงพัฒนาการประเมินความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกจำนวน 5 ราย นำข้อมูลมาสร้างข้อคำถามความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญได้ข้อคำถาม 11 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลเป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ คะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ป่วยมีความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมาก และนำแบบสอบถามดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด โดยมีการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกริยาของบุคคลในสังคม เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของภาพลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่าภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกริยาของบุคคลในสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านโครงสร้างและรูปร่างภายนอกร่างกาย และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

จุฬารพร ประสงค์ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคม หลังผ่าตัดวันแรกอยู่ในระดับสูง และหลังผ่าตัด 6 วันและ 2 อาทิตย์ การยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคมอยู่ในระดับต่ำ เปรียบเทียบกับ กลุ่มทดลองที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม การยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคม หลังผ่าตัดวันแรกอยู่ใน

ระดับสูง และหลังผ่าตัด 6 วันและ 2 อาทิตย์ การยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

Lugton (1997) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเรื่องธรรมชาติของการสนับสนุนทางสังคมตามประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่าผู้หญิงจะวิตกกังวลต่อปฏิกริยาของสามีที่เห็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของเธอและวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างเธอกับสามีจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเล่าว่า “ดิฉันให้สามีและลูกดูแผลที่ผ่าตัดเต้านมออกและรู้สึกพอใจที่พวกเขาแสดงปฏิกริยาตามปกติอย่างที่เคยเป็น” และผู้ป่วยอีกหลายรายบอกว่ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสจากการผ่าตัดเต้านมออก นอกจากคู่สมรสแล้วกลุ่มเพื่อนก็มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้หญิงหลายคนให้เพื่อนๆ ดูเต้านมเทียมและให้เพื่อนช่วยแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้เพื่อแสวงหาการยืนยันจากเพื่อนว่าเธอยังดูปกติ

Bergamasco, Rossi, Amancio และ Carvalho (2002: 47) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากแผลไหม้ น้ำร้อนลวก และมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจำนวน 35 ราย พบว่าในช่วงระยะหลังผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างภายนอก โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเริ่มมองตัวเองในกระจก บางคนไม่สามารถจำภาพของตนเองได้ แต่การแสดงออกถึงความรู้สึกดังกล่าวอาจยังไม่ชัดเจน เนื่องจากในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าได้รับการปกป้องจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอื่นๆ ก็ต้องเผชิญกับปัญหาเดียวกับผู้ป่วย อีกทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพก็ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่เมื่อใกล้กลับบ้านผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการวิตกกังวลเกิดความกลัวต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การเผชิญกับปัญหาจากการผ่าตัด การใส่เต้านมเทียม และปฏิกริยาของผู้อื่นที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6. การเผชิญความเครียดกับภาพลักษณ์

6.1 การเผชิญความเครียด

การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดนั้นถือเป็นมาตรฐานและหลักเกณฑ์ข้อหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (Oncology Nursing Society) ในสหรัฐอเมริกา (Luckman and Sorensen, 1987: 354 อ้างถึงใน ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542: 26) เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมต่างๆ มากมายที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด ซึ่งมีนักวิชาการให้ความหมายไว้ดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984: 187 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 108) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา การเผชิญกับความเครียดนี้ ถือเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะไม่มี การตัดสินใจก่อนว่าวิธีการเผชิญกับความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ (Context) บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์

Miller (1992 อ้างถึงใน ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์, 2542: 26) เป็นนักวิชาการพยาบาลให้ความหมายการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรังว่า เป็นการจัดการกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือสิ่งท้าทายเพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สบายต่างๆ โดยผู้ป่วยเรื้อรังจะมีรูปแบบการเผชิญ 3 แบบ คือ 1) แบบหันหน้าเข้าหาปัญหา 2) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา และ 3) แบบเป็นกลางคือผสมผสานระหว่างการหันหน้าเข้าหาปัญหาและการหลีกเลี่ยงปัญหา

Holroyd และ Lazarus (1982 cited in Antai-Otong and Kongable, 1995: 120) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามที่จะลดความตึงเครียดลงโดยการบั่นทอน แทนที่และแก้ปัญหาความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความสับสนและความรู้สึกผิด

สรุปว่าการเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา หรืออาจจะใช้วิธีการต่างๆ เช่น การหลีกเลี่ยง การหันหน้าเข้าเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะไม่มี การตัดสินใจก่อนว่าวิธีการเผชิญกับความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ

6.2 วิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman มี 2 ลักษณะคือ (Lazarus and Launeir, 1978; Lazarus and Cohen, 1977; Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 108-110)

1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem- focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

2) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำ

หน้าที่ของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้ายแรงเพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์จนไม่สามารถจะกระทำอะไรได้

สำหรับวิธีการเผชิญกับความเครียด (Coping mode) นั้นมีอยู่ 5 วิธีคือ การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) การกระทำโดยตรง (Direct action) การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of action) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง และการใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic)

เนื่องจากพฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นความรู้สึกนึกคิดและ/หรือเป็นการกระทำ ดังนั้นจึงมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่จะวัดความรู้สึกนึกคิดและการกระทำที่เป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดไว้หลายท่าน ซึ่งผู้หนึ่งคือ Jalowiec เป็นนักวิจัยที่ให้ความสนใจในเรื่องการเผชิญความเครียดได้รวบรวมพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมที่ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของ Lazarus Jalowiec สรุปเป็นรูปแบบของพฤติกรรมเผชิญความเครียด 8 รูปแบบ (Jalowiec, 1987 อ้างถึงใน ละเอียด ภักดีจิตต์, 2535: 18-20) ดังนี้ 1) การเผชิญปัญหาโดยตรง 2) การหลีกเลี่ยง 3) การมองโลกในแง่ดี 4) การยอมจำนน 5) การแก้ไขควบคุมที่อารมณ์และความรู้สึก 6) การบรรเทา 7) การรับความเกือหนุน 8) การพึ่งตนเอง

ปี ค. ศ. 1988 Jalowiec ได้พัฒนาเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดและแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน

1) ด้านการมุ่งแก้ปัญหา (Confrontive) เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3) ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative) เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือแก้ปัญหาทางอ้อมหรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

เนื่องจากการที่บุคคลต้องประสบปัญหาและภาวะวิกฤตต่างๆ ในแต่ละช่วงชีวิตบุคคลจะเกิดการเรียนรู้และพัฒนากลไกการเผชิญความเครียดที่ช่วยเหลือให้บุคคลประสบความสำเร็จใน

การเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป จึงนับได้ว่าบุคคลมีความสำเร็จในการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีย่อมเป็นผู้ป่วยที่มีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะได้ดี และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะได้ดีกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการเผชิญความเครียดในอดีต หรือผู้ป่วยที่ไม่เคยประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิตมาก่อนเลย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 287)

ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งเต้านมและการสูญเสียเต้านมเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการตัดเต้านมก็มีพฤติกรรมต่างๆมากมายที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะภายหลังการผ่าตัดเต้านมเป็นการปรับตัว เช่น การใส่เสื้อผ้า การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในห้องน้ำหรือสิ่งแวดล้อมรอบๆ เติง การดูแลแผล ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกจำกัดการควบคุมตนเอง (Price, 1990: 103) แต่จากการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้ น้ำร้อนลวกพบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีการเผชิญความเครียดแบบกล้าเผชิญความจริง โดยพบว่าพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดเป็นแบบหลีกเลี่ยง (Bergamasco, Rossi, Amancio and Carvalho, 2002: 51) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่พบว่า คนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูงขณะที่จิตใจกำลังว้าวุ่น จะมีความเกี่ยวข้องกับระดับของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมากขึ้น และคนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะยังมีภาพลักษณะในแง่ลบมากยิ่งขึ้น ส่วนคนที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณะในแง่ลบ (Koff and Sangani, 1997: 51) นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณะยังมีการเผชิญความเครียดในแบบอื่น เช่น การศึกษาการเผชิญความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณะจากการสูญเสียไหม้ที่เกิดจากไฟไหม้พบว่า การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการปลดปล่อยอารมณ์และแสดงอารมณ์ออกมาจากความคิดที่รังเกียจร่างกาย แสดงให้เห็นว่ามีความไม่พึงพอใจต่อร่างกายอย่างสูงและได้รับผลกระทบทางด้านสังคมต่อภาพลักษณะเป็นไปในทางที่แย่ง (Fauerbach, et al., 2002: 115)

จากการศึกษาการเผชิญความเครียดกับภาพลักษณะจะเห็นว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับภาพลักษณะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มีแต่งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยอื่น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

6.3 การประเมินการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการเผชิญความเครียด พบว่ามีงานวิจัยต่างๆ ที่อธิบายถึงการประเมินการเผชิญความเครียดไว้ดังต่อไปนี้

6.3.1 แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (Ways of Coping Checklist or Ways of Coping Questionnaire: WCCL or WCQ) เริ่มพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1976-1988 แบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ มี 8 วิธี มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 66 ข้อ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 12 ข้อและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จำนวน 38 ข้อ นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามที่ไม่จัดอยู่ใน 8 วิธี จำนวน 16 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่เพิ่มความเป็นธรรมชาติของแบบสอบถาม ไม่นำมาคิดคะแนนในการแปลผล ดังนั้นจำนวนข้อที่นำมาคิดคะแนนในการแปลผลจึงมีจำนวน 50 ข้อโดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้านเท่ากับ .61-.79 จึงได้ปรับปรุงเป็นแบบวัดการเผชิญความเครียด (The Revised WCCL) (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545: 82; Folkman and Lazarus, 1988 cited in Backer, Bakas, Bennett and Pierce, 2000: 257)

ในงานวิจัยของประเทศไทยมีผู้ที่นำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman ไปใช้ในงานวิจัยคือ สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) นำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1988) มาแปลเป็นภาษาไทยซึ่งผ่านการขออนุญาตจากผู้สร้างแบบสอบถามและได้รับอนุญาตแล้วมาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามจำนวน 66 ข้อ มี 2 ด้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคิดแยกตามคะแนนดิบในแต่ละวิธี คะแนนดิบในวิธีใดสูงกว่ววิธีอื่นๆ แสดงว่าใช้วิธีนั้นบ่อย นำไปตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 ต่อมา ปองลดา พรหมจันทร์ (2542) ได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคไตปอด และปรับวิธีการคิดคะแนนเป็นการคิดจากคะแนนเฉลี่ยของแต่ละวิธี นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

6.3.2 แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale) สร้างขึ้นโดย Jalowiec ในปี 1979 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Lazarus และ Launier ปี 1978 ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 2 ด้าน คือด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ มีข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) ซึ่งมีข้อจำกัดของการตอบ ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบวัดอีกหลายครั้ง ในปี 1987 Jalowiec จึงได้เพิ่มข้อคำถามเป็น 60 ข้อ ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 8 ด้านและปรับปรุงลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ

ค่า 4 ระดับ จนครั้งล่าสุดปี ค.ศ. 1988 Jalowiec นำเครื่องมือมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง และวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าการเผชิญความเครียดมี 3 ด้าน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1400 ราย ที่มีขนาดใหญ่ขึ้นได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วเท่ากับ .95 และรายด้านดังนี้ ด้านการมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .70 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75 จึงปรับเป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ปี ค.ศ.1988 ฉบับปรับปรุง และในปี 1991 Jalowiec ได้เพิ่มข้อคำถามอีกเป็น 60 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .64-.97 แต่ไม่ได้วิเคราะห์องค์ประกอบ (Jalowiec, 1987-1991 cited in Backer, Bakas, Bennett and Pierce, 2000: 250-256; Jalowiec, Murphy and Powers, 1984: 157-161)

การแปลผลคะแนนและการให้คะแนน ลักษณะคำตอบของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่าได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละข้อบ่อยเพียงใด ตั้งแต่ไม่ได้ใช้ เท่ากับ 1 จนถึงใช้เกือบทุกครั้งเท่ากับ 5 การแปลผลคะแนน เป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้าน ซึ่งค่าเฉลี่ยรายด้านที่ได้บ่งบอกถึงความพยายามที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหาในแต่ละวิธีว่ามากน้อยเพียงใด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด ที่นำเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ไปใช้คือ นิตยา สุทธยากร (2531) นำเครื่องมือการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1980) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จำนวน 40 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของภาษา แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเหลือข้อคำถาม 36 ข้อและนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับได้ .88

สำหรับแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ.1988 ซึ่งประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน 36 ข้อ สุรางค์ เป็ร็องเดช (2533) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 ต่อมา มีผู้นำแบบสอบถามชุดนี้ไปศึกษาอีกเป็นจำนวนมากในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย เช่น กลุ่มบิดา-มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .61-.91 (วิมลวัลย์ วโรฬาร, 2535; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; กิตติกรนิลมานัต, 2538; สุภาพ อารีเชื้อ, 2540; ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) และ วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) นำเครื่องมือการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) มาแปลและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒินำไปใช้กับกลุ่มผู้หญิงที่มีก่อนบริเวณเต้านม 20 รายประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .61 ผู้วิจัยจึงปรับข้อคำถามใหม่และรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 78 ราย และ 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74 และ .82 ตามลำดับ

6.3.3 แบบประเมินอื่นๆ

ละเอียด ภักดีจิตต์ (2535) ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของ สมจิต หนูเจริญกุล (1986) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1980) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นแบบเลือกตอบ ได้ใช้ /ไม่ได้ใช้ แปลผลคะแนนเป็นคะแนนรวมทั้งฉบับมีคะแนนตั้งแต่ 0-30 และแบ่งประเมินเป็น 2 ระดับ คือมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมและไม่เหมาะสม นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา จำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ นำมาดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Lazarus ซึ่งตรงตามแนวคิดที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานเชื่อถือได้ในระดับสากล

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับภาพลักษณ์

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

Koff และ Sangani (1997: 51) ศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พบว่า คนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูงขณะที่จิตใจกำลังว้าวุ่น จะมีความเกี่ยวข้องกับระดับของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมากขึ้น และคนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะยังมีภาพลักษณ์ในแง่ลบมากยิ่งขึ้น ส่วนคนที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ในแง่ลบ

Fauerbach และคณะ (2002: 115) ศึกษาการเผชิญความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการสูญเสียใจที่เกิดจากไฟไหม้พบว่า การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการปลดปล่อยอารมณ์และแสดงอารมณ์ออกมาจากความคิดที่รังเกียจร่างกาย

แสดงให้เห็นว่ามีความไม่พึงพอใจต่อร่างกายอย่างสูงและได้รับผลกระทบทางด้านสังคมต่อภาพลักษณ์เป็นไปในทางที่แย่ง

7. การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์

7.1 การสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้แยกแต่ละคำว่า

สนับสนุน หมายถึง ส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะ (หน้า 1120)

สังคม หมายถึง คนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อกันตามระเบียบกฎเกณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน เช่น สังคมชนบท วงการหรือสมาคมของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (หน้า 1159)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะ ภายในกลุ่มคนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อกันตามระเบียบ กฎเกณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน

Cobb (1976:133 cited in Kaplan, Sallis and Patterson, 1993: 133) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การรับรู้จากการติดต่อสื่อสารและมีความผูกพันซึ่งกันและกันของเครือข่ายในสังคม โดยที่บุคคลที่อยู่ในสังคมนั้นเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้คุณค่า การดูแลซึ่งกันและกัน หรือให้ความรักกับทุกคนในสังคม

Weiss (1974 cited in Lindsey, 1988: 108) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าการมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งอย่างน้อย 1 คนที่ใกล้ชิด และเป็นสัมพันธภาพที่สามารถไว้วางใจซึ่งกันและกันได้เป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Weiss ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน คือ

1) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

2) สัมพันธภาพที่ไว้วางใจเชื่อถือได้ (Reliable alliance) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในขั้นต้นมาจากสัมพันธภาพแบบเครือญาติซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความไว้วางใจแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3) การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของการสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อมูลข่าวสาร

4) การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือ (Opportunity for nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

5) การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิดข้อมูลข่าวสาร

6) ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy/Attachment) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนมทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว

House (1981 cited in Cohen and Syme, 1985:100) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน ระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม บางครั้งอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม บางครั้งอธิบายถึงการแบ่งหน้าที่กันในสังคมซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem), ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Affect), ความไว้วางใจ (Trust), ความห่วงใย (Concerns), การได้รับฟังสิ่งต่างๆ (Listening)

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ, ข้อเท็จจริง, แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้ความช่วยเหลือหรือเงิน

4) การสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) เป็นการรับรองพฤติกรรม (Affirmation) ว่าถูกต้องเหมาะสม ให้คำแนะนำเมื่อทำไม่ถูกต้อง (feed back) และเปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่นในสังคม (Social comparison)

Kahn (1979 cited in Lindsey, 1988: 108) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นองค์ประกอบของการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล รวมถึงการที่บุคคลหนึ่งสามารถระบายความรู้สึกในแง่ดีที่มีต่อบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ การรับรองหรือยืนยันในพฤติกรรมของคนอื่น การรับรู้ หรือแสดงความคิดเห็น และให้การช่วยเหลือทั้งในด้านความสัมพันธ์และวัสดุสิ่งของต่อคนอื่น

Norbeck (1981 cited in Lindsey, 1988: 110) ได้พัฒนาโมเดลเกี่ยวกับองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม บทบาทการพยาบาลและวัตถุประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน ซึ่งโมเดลนี้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา

สรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง หมายถึง การที่บุคคล ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล ใกล้ชิดได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ ครอบครัวด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงานและการประเมินตัดสิน

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างไรนั้น มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดและความบกพร่องทางร่างกายไว้ดังนี้ (Kaplan, Sallis and Patterson, 1993: 141-144)

1) The Main – effect Model ของ Thoits (1985)

โมเดลนี้อธิบายว่าความเครียดไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ แต่สัมพันธ์ภาพในสังคมทำให้ภาวะสุขภาพและความผาสุกเพิ่มสูงขึ้นได้ โดยไม่ได้ขึ้นกับความเครียด สัมพันธภาพในสังคมมีผลต่อผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพได้หลายแนวทาง คือจะช่วยสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสัมพันธ์ภาพในสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมนั้นจะช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ คือความวิตกกังวล การหมดหวัง และการขาดความช่วยเหลือลดลง ดังนั้นโมเดลนี้จึงเป็นโมเดลที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพ

2) The Stress- Buffering Model ของ Cohen และ Syme (1985)

โมเดลนี้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวที่แทรกอยู่ระหว่างเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและผู้รับ เพราะสมาชิกของสังคมจะช่วยวิเคราะห์เหตุการณ์หรือทำให้เหตุการณ์นั้นมีความรุนแรงลดลงโดยการช่วยกันเผชิญกับความเครียด อีกประเด็นหนึ่งคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวที่แทรกอยู่ระหว่างการตอบสนองต่อความเครียดและผลลัพธ์ เพราะสมาชิกของสังคมจะช่วยให้คนที่เครียดนั้นสงบลงได้หรืออาจจะช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น อนามัยส่วนบุคคล ยารักษาโรค การพักผ่อนและอื่นๆ ถึงแม้จะมีความเครียดสูง แต่ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ไม่เกิดความเจ็บป่วยได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นภาวะคุกคามที่ร้ายแรงต่อชีวิต ถึงแม้ว่ามะเร็งจะไม่ได้ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ แต่มะเร็งก็เป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและไม่ได้แต่งงานจะมีลักษณะของความเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากและเกิดความเครียดในลักษณะที่แยกตัวออกจากสังคม (Kaplan, Sallis and Patterson, 1993: 141-144) โดยเฉพาะในผู้หญิงการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจและมีปัญหาทางด้านสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงสัญชาติอเมริกัน-เอเชียจะเป็นกลุ่มซึ่งไม่เต็มใจที่จะระบายอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นปัญหาส่วนตัวเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมกับคนแปลกหน้า โดยเฉพาะผู้หญิงรุ่นเก่ามี

แนวโน้มที่จะชอบความเป็นส่วนตัวอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้หญิงเหล่านี้จึงไม่เปิดโอกาสในการแสวงหาความช่วยเหลือภายนอกครอบครัวของตนเอง (Asiting, Padilla, Tejero and Singer, 2003: 42) ทั้งๆ ที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยที่ผู้ป่วยที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเพื่อนที่สนิทสนมมาก ส่วนใหญ่เป็นคนที่ทำงานนอกบ้านมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการรอดชีวิตยาวนานกว่ากลุ่มอื่น (Waxler-morrison, Hislop, Mears and Can, 1991 cited in Kaplan, Sallis and Patterson, 1993 : 138)

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เป็นภาวะคุกคามอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างภาพลักษณ์ใหม่ได้ (Price, 1990: 48) มีการศึกษาของ Green และ Pritchard (2003: 221) ที่พบว่าแรงผลักดันของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายอันหนึ่งของความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Shuxin (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .503$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์

7.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ (Lindsey, 1988: 107-119)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ (Personal Resource Questionnaire) ของ Brandt และ Weinert ปี 1981 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่มาจากกลุ่มบุคคลและความพึงพอใจแหล่งสนับสนุนดังกล่าว ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านตามแนวคิดของ Weiss ปี 1974 ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ และเกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (Norbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck ปี 1981 ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและด้านการให้ความช่วยเหลือ มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire ของ Schaefer และคณะ ปี 1981 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 9 สถานการณ์ที่ต้องการประเมินเกี่ยวกับการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ส่วนที่ 2 ถามเกี่ยวกับการได้รับ

การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ความรู้สึก จากสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่แบ่งออกตามกลุ่ม เช่น คู่สมรส เพื่อน ที่ทำงานหรือสถานศึกษาประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ และเกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .31 ถึง .81

จากแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ปี 1981 เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ และการประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House ได้มีผู้นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากสอดคล้องกับแนวคิดที่ต้องการศึกษา

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981) ลักษณะของแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ มี 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ และด้านลบจำนวน 3 ข้อ นำไปใช้กับในสตรีโรคเบาหวานวัยหมดประจำเดือน จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 210 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 หลังจากนั้น วนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

Shuxin (1999) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .5033$)

จุฬาร ประสงค์ (2544) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์สูงขึ้นในวันที่ 6 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับการรับรู้ภาพลักษณ์สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 6 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2527) ศึกษาเรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ภายหลังจากการตัดเต้านมออก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ทั้ง 3 ระยะเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่ยังเป็นโสด เฉพาะในระยะเวลาหลังตัดเต้านมออก 3 เดือน ส่วนในระยะเวลาก่อนตัดเต้านมและหลังตัดเต้านม 7-10 วัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนตัดเต้านมและหลังตัดเต้านม 7-10 วัน และ 3 เดือนผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปและผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาต่างก็มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ส่วนค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองระหว่างผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปกับผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนตัดเต้านมผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรมและแม่บ้าน ในระยะเวลาหลังตัดเต้านม 7-10 วัน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรม รับจ้าง และแม่บ้าน และในระยะเวลาหลังตัดเต้านม 3 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพกสิกรรม และรับจ้าง

สายใจ พัวพันธ์ (2530) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังจากการตัดเต้านมออก พบว่าผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 2 เดือนที่มีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางบวกมากกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจมากที่สุด คือ เนื้อหาเกี่ยวกับ โรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา เนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ รองลงมาคือ เนื้อหาเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรค การรักษา และผลกระทบของการรักษา และเนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจน้อยที่สุด คือ เนื้อหาด้านเพศสัมพันธ์

คณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เนื้อหาของแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

คือ 1) ด้านรูปร่างลักษณะภายนอกของตน 2) ด้านการทำหน้าที่และความสามารถของร่างกาย 3) ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมที่มีต่อร่างกายของตน เป็นแบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นแบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ทั้งหมด 22 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด โดยมีการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคม เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของภาพลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่าภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านโครงสร้างและรูปร่างภายนอกร่างกาย และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และพบว่าอายุ เพศ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับภาพลักษณ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมพบว่า สามารถจำแนกประสบการณ์ได้เป็น 3 ระยะเวลาคือ ก่อนจะพบโรค สตรีให้ความหมายของก้อนที่มีความผิดปกติเป็นเนื้องอก และเป็นมะเร็ง ส่วนการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้น จำแนกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การปล่อยปละละเลย กับการแสวงหาคำตอบ ซึ่งเมื่อพบโรคมะเร็งเต้านมแล้ว สตรีมีความคิดความรู้สึก 2 แบบ ได้แก่ ความคิดความรู้สึกเฉย เฉย กับการคิดความรู้สึกทางลบ โดยมีการตอบสนองต่อความคิดความรู้สึกทางลบ 2 วิธี ได้แก่ การปลดปล่อยความกดดัน และแสวงหาทางแก้ไข กับการปรับเปลี่ยนความคิด ส่วนในระยะอยู่กับความเจ็บป่วย พบว่าชีวิตประจำวันของสตรีเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบของการรักษาแต่ละวิธี ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดรังสีรักษา และเคมีบำบัด ตลอดจนการดำเนินของโรคภายหลังการรักษา ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะปลอดอาการ กับการกลับเป็นซ้ำ ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด คือ สตรีมีความคิดความรู้สึกภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดที่สะท้อนถึง การรับรู้ที่แตกต่างกันตามความสนใจและการให้ความสำคัญ 6 แบบ ได้แก่ หมดกังวล ห่วงงาน กลัวการรักษาต่อเนื่อง กลัวการกลับเป็นซ้ำ เสียใจ ทุกข์ร้อนกับผลกระทบของการผ่าตัดเต้านมออก คือ การอยู่กับสภาพที่เต้านมถูกตัดออกและเหลือเพียงข้างเดียว การอยู่กับความไม่สุขสบายและความจำกัดของแขนข้างที่ทำผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีความหลากหลายขึ้นกับการรับรู้ของสตรีและผลลัพธ์การจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ พบว่า มีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดผสมผสานกัน ระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ โดยมีสัดส่วนด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาใกล้เคียงกับด้านบรรเทาความรู้สึกเครียด และใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยกว่าด้านอื่นๆ

จุฬาร ประสงค์ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคม หลังผ่าตัดวันแรกอยู่ในระดับสูง และหลังผ่าตัด 6 วันและ 2 อาทิตย์ การยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคมอยู่ในระดับต่ำ เปรียบเทียบกับ กลุ่มทดลองที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม การยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคม หลังผ่าตัดวันแรกอยู่ในระดับสูง และหลังผ่าตัด 6 วันและ 2 อาทิตย์ การยอมรับภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลในสังคมอยู่ในระดับสูง

วนิดา รัตนานนท์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา ประถมศึกษา รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Maguire และคณะ (1983 cited in Hopwood and Maguire, 1988: 47) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกในช่วง 1 ปีแรก พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาความไม่พึงพอใจในการใส่เต้านมเทียมร้อยละ 24 มีปัญหาการปรับตัวต่อการสูญเสียเต้านมในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 22 ไม่พึงพอใจกับแผลเป็นร้อยละ 18 มีข้อจำกัดในการแต่งกายร้อยละ 15 มีอาการแขนบวมร้อยละ 12 และมีพฤติกรรมกรากหลีกเลี่ยงการมองแผลตัวเองร้อยละ 9

Koff และ Sangani (1997: 51) ศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พบว่า คนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูงขณะที่จิตใจกำลังว่าวุ่น จะมีความเกี่ยวข้องกับระดับของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมากขึ้น และคนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะยังมีภาพลักษณ์ในแง่ลบมากยิ่งขึ้น ส่วนคนที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ในแง่ลบ

Lugton (1997) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเรื่องธรรมชาติของการสนับสนุนทางสังคมตามประสบการณ์ของผู้หญิงมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา พบว่าผู้หญิงจะวิตกกังวลต่อปฏิกิริยาของสามีที่เห็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของเธอและวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างเธอกับสามี จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเล่าว่า “ดิฉันให้สามีและลูกดูแผลที่ผ่าตัดเต้านมออก และรู้สึกพอใจที่พวกเขาแสดงปฏิกิริยาตามปกติอย่างที่เคยเป็น” และผู้ป่วยอีกหลายรายบอกว่ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสจากการผ่าตัดเต้านมออก นอกจากคู่สมรสแล้วกลุ่มเพื่อนก็มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้หญิงหลายคนให้เพื่อนๆ ดูเต้านมเทียมและให้เพื่อนช่วยแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้เพื่อแสวงหาการยืนยันจากเพื่อนว่าเธอยังดูปกติ

Shuxin (1999) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .5033$)

Hopwood และคณะ (2000) ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านภาพลักษณ์ และสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นโรคมะเร็งเต้านมซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตหรือภาพลักษณ์ ในช่วง 3 ปีแรกหลังผ่าตัดเต้านมออก แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก กับกลุ่มที่ผ่าตัดเต้านมออก ร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ พบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดเต้านมออกมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดเต้านมออก ร่วมกับการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ ซึ่งในกลุ่มที่มีคะแนนภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบ พบว่าผู้หญิงกลุ่มนี้มีรูปแบบของพฤติกรรมในลักษณะหลีกเลี่ยง รู้สึกไม่สามารถสร้างความกลมกลืนระหว่างเต้านมที่สร้างขึ้นใหม่ได้ เนื่องจากรู้สึกว่าไม่ใช่เต้านมจริง และหลีกเลี่ยงที่จะมองหรือสัมผัสเต้านม และปฏิเสธที่จะให้สามีมองหรือสัมผัสร่างกายของเธอ จึงทำให้เกิดปัญหาหระหว่างคู่สมรสได้

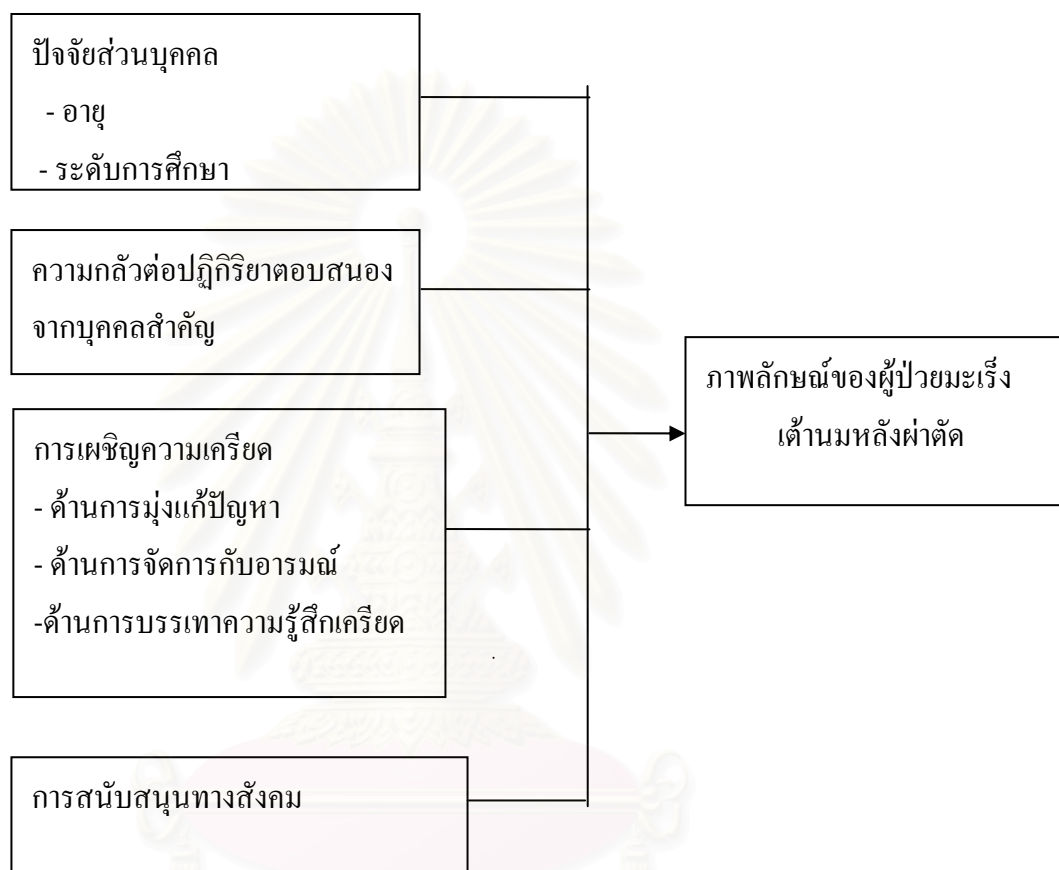
Bergamasco, Rossi, Amancio และ Carvalho (2002: 47) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้ น้ำร้อนลวกและมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจำนวน 35 ราย พบว่าในช่วงระยะหลังผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างภายนอก โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเริ่มมองตัวเองในกระจก บางคนไม่สามารถจำภาพของตนเองได้ แต่การแสดงออกถึงความรู้สึกดังกล่าวอาจยังไม่ชัดเจน เนื่องจากในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าได้รับการปกป้องจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอื่นๆ ก็ต้องเผชิญกับปัญหาเดียวกับผู้ป่วย อีกทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพก็ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่เมื่อใกล้กลับบ้านผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการวิตกกังวล เกิดความกลัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป การเผชิญกับปัญหาจากการผ่าตัด การใส่เต้านมเทียม และปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

Fauerbach และคณะ (2002: 115) ศึกษาการเผชิญความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะจากการสูญเสียโฉมที่เกิดจากไฟไหม้พบว่า การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการปลดปล่อยอารมณ์และแสดงอารมณ์ออกมาจากความคิดที่รังเกียจร่างกาย แสดงให้เห็นว่ามีความไม่พึงพอใจต่อร่างกายอย่างสูงและได้รับผลกระทบทางด้านสังคมต่อสภาพลักษณะเป็นไปในทางที่แยกลง

Asiting, Padilla, Tejero และ Singer (2003) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมสหรัฐอเมริกา-เอเชีย พบว่า ผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมสหรัฐอเมริกา-เอเชีย จะเป็นกลุ่มซึ่งมีลักษณะไม่เต็มใจที่จะระบายอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นปัญหาส่วนตัวเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมกับคนแปลกหน้า โดยเฉพาะผู้หญิงรุ่นเก่าๆ มีแนวโน้มที่จะชอบความเป็นส่วนตัวอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้หญิงเหล่านี้จึงไม่เปิดโอกาสในการแสวงหาความช่วยเหลือภายนอกครอบครัวของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด และความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อสภาพลักษณะตามแนวคิดของ Price (1990) และ Newell (2000a) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและระดับการศึกษา มาเป็นตัวแปรต้นในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รวมถึงความสามารถในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก และอยู่ในระยะหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคชนิดอื่นที่อยู่ในขั้นรุนแรงหรือโรคติดต่อที่ร้ายแรง

2.2 รู้สึกดีพอ โดยผู้วิจัยประเมินจากความสามารถในการจดจำ บุคคล เวลา และสถานที่ โดยการสอบถามชื่อของผู้ป่วยและญาติ สถานที่ และเวลา

2.3 ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ

2.4 พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

2.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978: 183-184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N \geq (10 \times 8) + 50 \quad \text{ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 130 คน}$$

4. เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 130 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิ 8 แห่ง คือ ศูนย์มะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2548 เหตุผลที่เลือกโรงพยาบาลดังกล่าว เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีวิทยาการทางการแพทย์ที่สามารถในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมได้ และการรักษาตามสิทธิ์ประกันสุขภาพของ

ผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยกระจายเข้ารับการรักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ดังนั้นการเลือกเก็บจากโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่งข้างต้น จึงถือว่าเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารักษาจำนวนมาก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์มะเร็งชลบุรี จำนวน 19 ราย โรงพยาบาลราชวิถี 5 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 3 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 59 ราย โรงพยาบาลรามธิบดี 30 ราย โรงพยาบาลกลาง 3 ราย โรงพยาบาลตำรวจ 3 ราย โรงพยาบาลราชบุรี 8 ราย ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อความเรื่อง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

2. สัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ระยะเวลา 30 นาที และติดตามเยี่ยมประเมินอาการและให้คำแนะนำปรึกษาในรายที่ผู้ป่วยมีปัญหา จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยผู้วิจัยใช้คำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น ใครเป็นคนช่วยตัดสินใจในเรื่องการผ่าตัดเต้านมครั้งนี้สามี/คู่รักมาเยี่ยมบ้างไหม ให้อุดูแลที่เต้านมใหม่หรือมีคนขอดูแลที่เต้านมใหม่ และพูดอะไรเกี่ยวกับการผ่าตัดบ้าง

3. ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยนำข้อมูลจากการศึกษาจากวารสาร เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์โดยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งประกอบด้วยข้อความจำนวน 11 ข้อ

4. ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 11 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พิจารณาให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1
น้อย	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวน้อย	ให้คะแนน	2
ปานกลาง	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวปานกลาง	ให้คะแนน	3
มาก	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวมาก	ให้คะแนน	4
มากที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวมากที่สุด	ให้คะแนน	5

การแปลผลคะแนนเป็นคะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ในช่วง 11-55 คะแนน การแปลผลคะแนนคือเมื่อให้คะแนนครบทุกข้อแล้วนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ โดยการแปลผลคะแนน (ชูศรี วงศ์วิริยะ, 2544: 25) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคขั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.33	ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับกลัวน้อย
2.34-3.67	ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับกลัวปานกลาง
3.68-5.00	ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับกลัวมาก

5. การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 ท่าน แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Polit amd Beck, 2004: 423) จากนั้นผู้วิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและข้อคิดเห็น ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .63 ผู้วิจัยจึงปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อคำถามที่ต้องปรับแก้ข้อความทุกข้อจากการใช้คำว่า 'ความคิดหรือรู้สึก' แก้เป็นคำว่า 'กลัว' และปรับข้อคำถามดังต่อไปนี้เพื่อให้ข้อคำถามตรงกับแนวคิดของตัวแปรนั้นๆ ดังนี้

ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้
3.คิดว่าจะรังเกียจไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวันใดๆ ด้วยกันเหมือนเดิม	3.กลัวว่าจะไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวันใดๆ ด้วยกันเหมือนเดิม
7.คิดว่าผู้ที่ถูกตัดเต้านมจะยังคงมีสมรรถภาพทางเพศเหมือนเดิม	7.กลัวว่าสัมพันธภาพทางเพศ/สัมพันธภาพจะไม่เหมือนเดิม
8.ไม่กล้ารับประทานอาหารร่วมกับคนอื่นเนื่องจากกลัวว่าจะถูกรังเกียจ	8.กลัวว่าคนที่ให้ความสำคัญจะไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวันใดๆ ด้วยเหมือนเดิม

และมีข้อความที่ตัดทิ้งเนื่องจากมีความหมายซ้ำซ้อนกันและเพิ่มข้อความใหม่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ข้อคือ

ข้อความที่ตัดทิ้ง	ข้อความที่เพิ่มใหม่
4.บุคคลที่คุณให้ความสำคัญยังพูดคุยกับคุณเหมือนเดิม	4.กลัวว่าบุคคลที่คุณให้ความสำคัญจะไม่เข้าใจคิดว่าเป็นโรคติดต่อ
5.คุณไม่ต้องการให้บุคคลสำคัญของคุณแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างกายของคุณ	5.กลัวว่าจะได้ยินคำพูดที่แสดงความรู้สึกรังเกียจ

นำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง จึงนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

6. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001: 327) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและนอกประเทศ

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่รอเข้ารับการรักษาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

3. ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lazarus และ Launier (1978) และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามรูปแบบของการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด จำนวน 36 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามและปรับข้อความเล็กน้อย เช่น เปลี่ยนคำจากก่อนที่เต้านม มาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ในข้อ 4, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 21, 23, 28 และ 30

ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ
ด้านการจัดการกับอารมณ์	ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ

แบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่าลิเกิต 5 ระดับ คือ

ไม่ได้ใช้	ให้คะแนน	1
ใช้นานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2
ใช้เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	3
ใช้บ่อยๆ	ให้คะแนน	4
ใช้ตลอดหรือเป็นประจำ	ให้คะแนน	5

4. การแปลผลคะแนน ดังนี้ (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541)

4.1 คะแนนจริงเป็นคะแนนรวมของแบบวัดการเผชิญความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 36-180 แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหามีค่าระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์มีค่าระหว่าง 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน

4.2 การแปลผล เป็นค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านอยู่ในช่วง 1-5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นเผชิญกับความเครียดมาก โดยการแปลผลคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544: 25) ดังนี้

$$\text{อันดับภาคตัด} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$= \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.33	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับน้อย
2.34-3.67	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
3.68-5.00	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับมาก

5. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้านคือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหาได้เท่ากับ .68 ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .48 ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เท่ากับ .52 และโดยรวมเท่ากับ .65 ซึ่งในแต่ละด้านมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคค่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยจึงปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับวิธีการนำไปสอบถามและเพิ่มตัวอย่างในข้อคำถามบางข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย ดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน	ตัวอย่างที่ขยายแนวคิดในข้อคำถาม/ปรับปรุงใหม่
ข้อ 6 รับประทานอาหาร (สูบบุหรี่หรือหาของคบเคี้ยว อมยาอม ใช้น้ำดื่ม)	เช่น ใช้วิธีการรับประทานอาหารแก่เครียดเช่นหาของคบเคี้ยว อมยาอม เป็นต้น
ข้อ 17 ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	เช่น ใช้วิธีคิดถึงแง่ดีที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยหรือ ความโชคดีในความโชคร้าย
ข้อ 20 ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด	เช่น ไม่อยากได้ยินหรือรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม
ข้อ 33 นอนแล้วคิดว่าตื่นขึ้นมาอะไรจะดีกว่านี้	เช่น ใช้วิธีการนอน แล้วคิดว่าตื่นขึ้นมาอะไรจะดีกว่านี้

หลังจากปรับปรุงวิธีการสอบถามแล้ว นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้านคือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหาได้เท่ากับ .65 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .51 ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เท่ากับ .57 และโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .72 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย กฤติกาพร โยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งวนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและนอกประเทศ

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

3. ลักษณะของแบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ มี 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 19 ให้คะแนนดังนี้

5	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
4	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมาก
3	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
2	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
1	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคม

และด้านลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อคำถาม 2, 5, 20 ให้คะแนนดังนี้

1	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
2	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมาก
3	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
4	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
5	หมายถึง	รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคม

4. การแปลผลคะแนน เป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ คะแนนรวมสูงหมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก และพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

การแปลความหมาย

1.00-2.33

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

2.34-3.67

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.68-5.00

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

5. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาพลักษณ์

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินภาพลักษณ์ ของ Hopwood และคณะ (2001) มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในและนอกประเทศ

2. ดำเนินการขออนุญาตใช้และปรับข้อความเครื่องมือวิจัยของ Hopwood และคณะ (2001) จากต่างประเทศ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 682 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

3. นำแบบประเมินภาพลักษณ์ของ Hopwood และคณะ (2001) มาแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา และผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือเพื่อเพิ่มข้อความต่อจากข้อความ “เนื่องจากการเป็นโรคหรือการรักษา” เพื่ออธิบายว่าการรักษาคือ “การผ่าตัดเต้านม ” ในข้อคำถามที่ 2 ,4, และข้อ 6

4. ลักษณะของแบบสอบถามภาพลักษณ์มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบทั้งหมด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่รู้รู้สึกเลย

ให้คะแนน 1

รู้สึกเพียงเล็กน้อย

ให้คะแนน 2

รู้สึกบ้าง

ให้คะแนน 3

รู้สึกมาก

ให้คะแนน 4

5. การแปลผลคะแนน เนื่องจากต้นฉบับของเครื่องมือใช้การแปลผลคะแนนเป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ มีคะแนนตั้งแต่ 10-40 คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึงมีความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์

ยิ่งมาก ดังนั้นเพื่อให้มีความชัดเจนในการแปลผลคะแนนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ของ ชูศรี วงศ์รัตนะ (2544: 25) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{4-1}{3} \\ &= 1 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.00	รู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์มาก
2.01-3.00	รู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์ปานกลาง
3.01-4.00	รู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์น้อย

6. การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาพลักษณ์ ภายหลังจากที่แปลเป็นภาษาไทยจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยจาก อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 1 ท่าน ซึ่งไม่มีข้อความต้องแก้ไข

7. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 8 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลทุกแห่ง

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาตามคุณสมบัติที่กำหนด
5. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ป่วยพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย
6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยดูจากเพิ่มประวัติของผู้ป่วย
7. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ด้วยตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถามและทำการสัมภาษณ์ในรายที่จำเป็น เช่น ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่สายตาไม่ปกติอ่านหนังสือไม่ชัดเจน เป็นต้น
8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยอย่างละเอียดเกี่ยวกับการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดในการรายงานผลการวิจัย จะไม่มีการรายงานผลเป็นรายบุคคลหรือระบุชื่อบุคคลแต่อย่างใด แต่จะรายงานผลเป็นภาพรวม หากมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเสมอ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ข้อมูลหรือทำแบบสอบถามรายละไม่เกิน 1 ชั่วโมงและติดตามเยี่ยม ประเมินอาการและให้คำแนะนำปรึกษาในรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาภายหลังการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 10 (Statistical Package for the Social Science / For Window) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ อาชีพ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. อายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Eta
4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003: 333)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1-0.3	ต่ำ
0.4-0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง

5. วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดไว้ว่าตัวแปรพยากรณ์ที่จะนำมาคำนวณ ควรจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป คือเป็นตัวเลขที่แสดงปริมาณความมากน้อยและความแตกต่างแต่ละหน่วยเท่ากัน ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่อยู่ในระดับต่ำกว่าอันตรภาคชั้น ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้

ระดับการศึกษา กำหนดให้ ไม่ได้เรียนจนถึงระดับประถมศึกษา	=	1 0
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	=	0 1
ปริญญาตรีขึ้นไป	=	0 0

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รวมถึงความสามารถในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ทั้ง 5 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดเต้านมออกไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 130 ราย จากโรงพยาบาล 8 แห่งคือศูนย์มะเร็งชลบุรีจำนวน 19 ราย โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 5 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 3 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 51 ราย โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 33 ราย โรงพยาบาลกลาง จำนวน 3 ราย โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 4 ราย โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 4 ราย โดยผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และใน รายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการ สัมภาษณ์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1
2. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2
3. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนอง จากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3
4. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4
5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5
6. การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง ผ่าตัด โดยใช้สถิติ Eta แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6
7. การหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7
8. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และสร้างสมการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

8.1 การทดสอบข้อมูลทางสถิติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง หน้า 145)

8.2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ค่าอำนาจพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย และสมการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8-9



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ บุคคลสำคัญ และการได้รับเคมีบำบัด ก่อนผ่าตัด (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
$\bar{X} = 48.22$ S.D. = 9.93		
< 30 ปี	5	3.9
31-45 ปี	51	39.2
46-55 ปี	41	31.5
56-65 ปี	28	21.5
> 66 ปี	5	3.9
สถานภาพสมรส		
คู่	79	60.8
โสด	30	23.1
หม้าย	15	11.5
หย่า / แยก	6	4.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	67	51.5
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	20	15.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	43	33.1
รายได้		
median = 6,000 S.D.= 17,317.36		
< 5,000 บาท	62	47.7
5,001-10,000 บาท	19	14.6
10,001-15,000 บาท	9	6.9
15,001-20,000 บาท	10	7.7
> 20,001 บาท	30	23.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ บุคคลสำคัญ และการได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	41	31.5
รับจ้าง/ลูกจ้าง	37	28.5
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	21	16.1
ข้าราชการ	20	15.4
เกษตรกรรวม	7	5.4
รัฐวิสาหกิจ	4	3.1
บุคคลสำคัญ		
สามี	76	58.5
เพื่อนสนิท/เพื่อนข้างบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน	36	27.7
คู่อีก	14	10.7
บุตร	4	3.1
การได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด		
ได้รับ	16	12.3
ไม่ได้รับ	114	87.7

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 48.22 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.5 มีรายได้เฉลี่ย 6,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.5 บุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์มากที่สุดคือ สามี จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.5 และไม่ได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.7

2. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมและรายข้อ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมและรายข้อ (n = 130)

ตัวแปรภาพลักษณ์รายข้อ	X	S.D.	ระดับ
1. ความรู้สึกเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของร่างกาย	2.74	1.13	ปานกลาง
2. ความรู้สึกหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอก	2.13	1.18	ปานกลาง
3. ความรู้สึกเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอกขณะแต่งกาย	2.07	1.16	ปานกลาง
4. ความรู้สึกที่มองดูตัวเอง	2.03	1.21	ปานกลาง
5. ความรู้สึกเกี่ยวกับความมีเสน่ห์ดึงดูดใจ	1.89	1.11	มาก
6. ความพึงพอใจกับร่างกาย	1.89	1.10	มาก
7. การหลีกเลี่ยงคนอื่น	1.82	1.16	มาก
8. ความพึงพอใจกับแผลเป็น	1.78	1.09	มาก
9. ความรู้สึกเกี่ยวกับความมีเสน่ห์ดึงดูดใจทางเพศ	1.77	1.08	มาก
10. ความรู้สึกเกี่ยวกับความป็นหญิง	1.75	1.14	มาก
ภาพลักษณ์โดยรวมเฉลี่ย	1.99	.82	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์โดยรวมเท่ากับ 1.99 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีความรู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์มาก โดยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์สูงสุด คือ ข้อที่ 8 ของแบบสอบถามที่ถามเรื่องความรู้สึกเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของร่างกาย มีค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์ เท่ากับ 2.74 รองลงมาคือข้อที่ 1 ของแบบสอบถามที่ถามเรื่องความรู้สึกหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอก มีค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์ เท่ากับ 2.13 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 6 ของแบบสอบถามที่ถามเรื่องความรู้สึกเกี่ยวกับความมีเสน่ห์ดึงดูดใจทางเพศ มีค่าเฉลี่ยภาพลักษณ์ เท่ากับ 1.77

3. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ของความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคล
สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวม (n = 130)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ โดยรวมเฉลี่ย	1.71	0.90	น้อย

จากตารางที่ 3 แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนอง
จากบุคคลสำคัญโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.71 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

4. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด (n = 130)

ตัวแปรการเผชิญความเครียดรายด้าน	X	S.D.	ระดับ
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	3.07	0.62	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	2.21	0.55	น้อย
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	2.76	0.51	น้อย

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหาได้เท่ากับ 3.07 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดได้เท่ากับ 2.76 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับน้อย และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านการจัดการกับอารมณ์ได้เท่ากับ 2.21 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย

5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
รายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
หลังผ่าตัดรายด้านและโดยรวม (n = 130)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม			
ด้านข้อมูลการสนับสนุนทางอารมณ์	4.41	0.06	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.70	0.07	มาก
ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน	4.26	0.07	มาก
การประเมินตัดสินใจ	4.34	0.06	มาก
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม			
	4.18	0.06	มาก

จากตารางที่ 5 แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม
โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มี
ค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านข้อมูลการสนับสนุนทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 รองลงมาคือ
การประเมินตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 รองลงมาคือ ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Eta

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด (n = 130)

ปัจจัย	ค่า Eta	P-value
ระดับการศึกษา	.127	.448

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด (n = 130)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	-.084	.170
ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ	.561	.000
การเผชิญความเครียด		
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	-.011	.452
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.464	.000
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	.145	.050
การสนับสนุนทางสังคม	-.073	.205

จากตารางที่ 7 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมากที่สุดคือ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .561, .464 และ .145 ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม

8. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และสร้างสมการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของตัวแปรอิสระ 5 ตัว คือ อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นก่อนทำการวิเคราะห์จึงต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ซึ่งพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง หน้า 145) จึงสามารถใช้สถิติดังกล่าวได้

การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ค่าอำนาจพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย และสมการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) ระหว่าง ตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (n=130)

ลำดับขั้นการพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F	P-Value
ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ	.56	.31	.31	58.662	.000
ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญรวมกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	.60	.36	.05	9.869	.002

จากตารางที่ 8 ในขั้นที่ 1 ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .31 ($R^2=.31$)

หมายถึงความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญสามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 31

ขั้นที่ 2 ตัวแปรพยากรณ์ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สอง และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 5 (R^2 Change = .05) โดยทำให้ค่าอำนาจการพยากรณ์เพิ่มเป็น .36 (R^2 = .36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึงความกลัวต่อปฏิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 36



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ ภาวะลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีแบบ ขั้นตอน (Stepwise) (n=130)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE.b	Beta	t	P-Value
ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ	.360	.066	.439	5.446	.000
การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	.392	.125	.253	3.142	.002
CONSTANT	5.383	2.228	-	2.416	.017

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคะแนนภาวะลักษณะจะเพิ่มขึ้น .360 คะแนน และเมื่อคะแนนการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคะแนนภาวะลักษณะจะเพิ่มขึ้น .392 คะแนน

และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ มีความสามารถพยากรณ์ภาวะลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .439 และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานรองลงมาคือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .253

แสดงว่า ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์ภาวะลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ภาวะลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{ภาพลักษณ์}} = 5.383 + .360 \text{ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ} + .392 \text{ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

^

$$Z_{\text{ภาพลักษณ์}} = .439Z_{\text{ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ}} + .253Z_{\text{การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์}}$$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย ครั้งนี้ คือ

1. อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.3 ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.4 การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.5 การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.6 การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.7 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

2. อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกและอยู่ในระยะหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 130 ราย ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 8 แห่ง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 130 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 8 แห่ง คือศูนย์มะเร็งชลบุรีจำนวน 19 ราย โรงพยาบาลราชวิถี 5 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 3 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 59 ราย โรงพยาบาลรามธิบดี 30 ราย โรงพยาบาลกลาง 3 ราย โรงพยาบาลตำรวจ 3 ราย โรงพยาบาลราชบุรี 8 ราย ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 31 มีนาคม 2548

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาพลักษณ์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91 , .72, .88 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 10 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และอาชีพ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลของอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Eta และ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดของปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัย

1. ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดในระดับสูง ปานกลาง และต่ำตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .561, .464$ และ $.145$ ตามลำดับ)

2. ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 36 ($R^2 = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รองลงมาคือการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{ภาพลักษณ์}} = .439Z_{\text{ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ}} + .253Z_{\text{การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์}}$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยจะนำเสนอเรียงลำดับตามสมมติฐานการวิจัย โดยแบ่งออก 2 ตอนดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.1 สมมติฐานข้อย่อยที่ 1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อย่อยที่ 1.1 และขัดแย้งกับแนวคิดที่อธิบายว่าการมีอายุมากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจะส่งผลต่อกายภาพของมนุษย์ ความคิดและกิจกรรมในสังคม เมื่อสภาพร่างกายเปลี่ยนไปตามอายุจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ด้วย (Price, 1990: 25) แต่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สูญเสียเต้านมจากการผ่าตัด เป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วย การรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการรับรู้ที่ไม่เป็นตามธรรมชาติ และมีความ

รุนแรงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามธรรมชาติ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันทุกคนต่างรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ที่เกิดจากผลของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมเหมือนกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ คีนิงนิจ อนุโรจน์ (2535) และเดื่อนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานย่อยที่ 1.2 และขัดแย้งกับผลการศึกษาของ King, Kenny, Shiell, Hall และ Boyages (2000: 796) ที่พบว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงจะมีอารมณ์และการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีกว่าเพราะมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นการเข้าถึงข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องภาพลักษณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้หญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกทุกราย ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใส่เต้านมเทียมเสริมภายนอกในช่วงหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเต้านมเทียมจากสื่อโฆษณาหรือบุคคลใกล้ชิดมาตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องของภาพลักษณ์ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันได้รับข้อมูลเหมือนกัน ดังนั้นระดับการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันเป็นการศึกษาในเรื่องความรู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับภาพลักษณ์ จึงทำให้ระดับการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์

1.3 สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับสูง ($r = .561$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานย่อยที่ 1.3 ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นไปตามแนวคิดของ Newell (2000a) ที่อธิบายไว้ว่าปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญจะมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในคนที่กลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หากความกลัวนี้มีอย่างต่อเนื่องก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกบฏหนีได้ ดังนั้นความกลัวนี้จึงทำให้เห็นความแตกต่างได้ระหว่าง

คนที่ปรับตัวต่อสภาพลักษณะไม่ได้ดีกว่าคนที่ปรับตัวไม่ได้ (Newell, 2000a: 41) การศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ความสำคัญต่อสภาพลักษณะมากที่สุดคือ สามี ร้อยละ 58.5 และจากค่าเฉลี่ยรายข้อของความกลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือข้อที่ 8 ตามเกี่ยวกับ ความรู้สึกที่ไม่อยากได้ยินสามี/คู่รักพูดว่า ‘คุณไม่เหมือนเดิม’ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือข้อที่ 10 ตามเกี่ยวกับความกลัวว่าชีวิตคู่/ชีวิตรักจะไม่มั่นคงหลังจากการผ่าตัดเต้านม เนื่องจากการสูญเสียเต้านมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวที่จะสูญเสียคู่สมรส เพราะโดยทั่วไปคู่สมรสจะเป็นบุคคลแรกที่ทำให้การสนับสนุนและกำลังใจกับผู้ป่วย (Lambert and Lambert, 1985: 73) สอดคล้องกับการศึกษาของ King, Kenny, Shiell, Hall และ Boyages (2000: 789) และการศึกษาของ Anillo (2000: 246) ที่พบว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในเรื่องสภาพลักษณะมากที่สุดก็คือคู่สมรสของผู้ป่วย ดังนั้นความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญจึงมีความสัมพันธ์กับสภาพลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

จากค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญซึ่งอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดซึ่งทำให้เกิดอาการผมร่วง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่ผมร่วงหลังจากให้ยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งที่กระทบต่อความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณะมากกว่าการสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัด เพราะอาการผมร่วงเป็นสิ่งที่ทำให้คนอื่นมองเห็นภาพลักษณะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างชัดเจน แต่การที่เต้านมถูกตัดออกไป ไม่มีใครมองเห็นเพราะซ่อนอยู่ภายในเสื้อที่ปิดบังไว้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการผมร่วงก่อนผ่าตัดเต้านมออกจึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณะมาแล้ว เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียเต้านมจึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับได้ ดังนั้นประสบการณ์ต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณะและตำแหน่งของอวัยวะของร่างกายที่สูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงไปจึงน่าจะมีผลแทรกซ้อนต่อภาพลักษณะในงานวิจัยครั้งนี้

1.4 สมมติฐานข้อย่อยที่ 1.4 การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาความสัมพันธ์กับภาพลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐานข้อย่อยที่ 1.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าการผ่าตัดเต้านมออกเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยชีวิตของผู้ป่วยให้หายจากโรคได้และจำเป็นต้องผ่าตัดเต้านมออก ดังนั้นสถานการณ์

การสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดจึงเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงไม่ได้และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ หรือจัดการกับสาเหตุของปัญหาได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงไม่ได้เลือกวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาการจัดการกับการสูญเสียเต้านมในครั้งนี้ แต่การสูญเสียเต้านมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Koff และ Sangani (1997: 51) ซึ่งศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พบว่าคนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูง ขณะที่จิตใจกำลังว่าวุ่น จะมีความเกี่ยวข้องกับระดับของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมากขึ้น และคนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะยังมีภาพลักษณ์ในแง่ลบมากยิ่งขึ้น ส่วนคนที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ในแง่ลบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bergamasco, Rossi, Amancio และ Carvalho (2002: 51) พบว่าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากแผลไหม้ส่วนใหญ่มิมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีการเผชิญความเครียดแบบกล้าเผชิญความจริง ดังนั้นการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1.5 สมมติฐานย่อยที่ 1.5 การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับปานกลาง ($r = .464$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.5 สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984 :187 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 108) ที่กล่าวไว้ว่าการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา การเผชิญกับความเครียดนี้ ถือเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะไม่มีการตัดสินใจก่อนว่าวิธีการเผชิญกับความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ (Context) จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ในระยะแรกหลังผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับต่อการสูญเสียเต้านมที่เกิดขึ้น (Lambert and Lambert, 1985: 71) การสูญเสียเต้านมจึงเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านอารมณ์และความรู้สึกมากที่สุดในช่วงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากเต้านมมีความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้หญิง ความมีคุณค่าในตนเองและความมีเสน่ห์ดึงดูดใจ ดังนั้นการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

จึงเป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด จึงถือได้ว่าผลการศึกษาคั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Price (1990: 47) และ Newell (2000a: 43) ที่อธิบายว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ บุคคลจะพยายามหาวิธีการเผชิญความเครียดเพื่อสร้างภาพลักษณ์ใหม่ ซึ่งจะเป็นการเผชิญความเครียดที่เฉพาะเจาะจงกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ดังนั้นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์จึงมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมากกว่าวิธีอื่น

ผลการศึกษายังพบอีกว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายอย่างผสมผสานกัน ไม่ได้ใช้วิธีใด วิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว จึงทำให้ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากที่สุดคือ รู้สึกกังวลใจ (ค่าเฉลี่ย = 3.34) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541: 112-115) ที่พบว่าความคิดความรู้สึกหลังการผ่าตัดเต้านมออก ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดกังวลต่อการผ่าตัด ห่วงงาน กลัวการรักษาต่อเนื่อง กลัวการกลับเป็นซ้ำ เสียใจและทุกข์ร้อนกับการอยู่กับสภาพที่เต้านมถูกตัดออก (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 112-115) ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของความคิด ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ ที่ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยความกังวลใจ หรือทุกข์ใจนั่นเองและสอดคล้องกับการศึกษาของ Koff และ Sangani (1997: 51) ที่ศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่พบว่า คนที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจะใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูง

1.6 สมมติฐานข้อย่อยที่ 1.6 การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับต่ำ ($r = .145$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อย่อยที่ 1.6 จากผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Newell (1999: 390) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตกแต่งที่ใบหน้าแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงในระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเป็นการหลีกเลี่ยงจากสังคมและมีความรู้สึกกดดันเมื่ออยู่ในสังคม เช่น ผู้ป่วยจะหลบซ่อนหน้าของตนเอง และออกสังคมให้น้อยที่สุด (Lethem et al., 1983 cited in Newell, 2000b: 177; Rumsey, et al., 2004:

450) และสอดคล้องกับการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดบาดแผลใหม่จากน้ำร้อนลวก พบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีการเผชิญความเครียดแบบกล้าเผชิญความจริงหรือการมุ่งแก้ปัญหา โดยพบว่าพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดเป็นแบบหลีกเลี่ยง (Bergamasco, Rossi, Amancio and Carvalho, 2002: 51) จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้มากในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์คือ การหลีกเลี่ยงซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดที่ผู้ป่วยเลือกใช้คือ วิธีการถอยหนีจากปัญหาอยู่ในอันดับที่ 10 (ค่าเฉลี่ย = 2.33) ซึ่งอยู่ในระดับน้อยกว่าวิธีอื่น ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดกับภาพลักษณ์อยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในภาพลักษณ์อยู่ในระดับมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับน้อยด้วยเช่นกัน

1.7 สมมติฐานข้อย่อยที่ 1.7 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อย่อยที่ 1.7 และขัดแย้งกับผลการศึกษาของ จุฬารพร ประสงค์ (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีภาพลักษณ์สูงขึ้นภายหลังการทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์มีหลายรูปแบบ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย (Structure) การทำหน้าที่ (Function) การสูญเสียขอบเขตของร่างกาย (Loss of body boundaries) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Ellis and Nowlis, 1994: 724; Diekmann, 1988: 185) ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรเป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ด้านโครงสร้างของร่างกายและการทำหน้าที่เป็นอย่างมาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยในการดูแลโคลอสโตมีย์เป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่ได้ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่กระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เอกลักษณ์ของความเป็นผู้หญิงมากที่สุด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลายรายที่มีคะแนนความไม่พึงพอใจของภาพลักษณ์อยู่ในระดับสูงจากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า

ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการสูญเสียเต้านมครั้งนี้ได้ ถึงแม้ว่าจะรับรู้ว่าการผ่าตัดเต้านมออกเป็นวิธีการรักษาโรคที่ดีที่สุดและยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกไม่ยอมรับต่อการสูญเสียเต้านมครั้งนี้ ตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “คุณพยาบาลลองนึกดูว่าเสื้อตัวหนึ่งที่มีกระดุมติดอยู่ที่กระเปาะเสื้อทั้งสองข้าง แต่วันหนึ่งกระดุมได้หลุดหายไปหนึ่งเม็ด เมื่อมองเสื้อตัวนั้นคุณพยาบาลจะรู้สึกอย่างไร ก็เหมือนกับการที่เต้านมได้หายไป มันเหมือนเป็นความพิการ” จะเห็นได้ว่าการสูญเสียเต้านมส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกและความนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าจะมีเต้านมซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญต่อการเลี้ยงดูบุตร แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อยู่ในวัยที่มีสถานภาพสมรสคู่และมีบุตรแล้ว ปัญหาของการทำหน้าที่ดังกล่าวจึงไม่ใช่ปัญหาสำคัญ การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับการสูญเสียเต้านมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

นอกจากนี้อาจเป็นเพราะลักษณะสังคมไทยที่มีลักษณะของครอบครัวแบบขยายมีเครือข่ายทางสังคมแบบประคับประคองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองที่ดีหรือไม่ดี สังคมและครอบครัวก็ยังให้การสนับสนุนไม่แตกต่างกัน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีมากดังกล่าวจึงทำให้ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้มีระดับมาก

แต่จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงดังกล่าวเป็นการสนับสนุนที่ไม่ได้เจาะลึกถึงเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ในสังคมของผู้หญิงไทยความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นความรู้สึกที่ผู้หญิงรู้สึกว่า เป็นเรื่องภายในจิตใจที่ไม่ต้องการเปิดเผยให้บุคคลภายนอกรับรู้ จึงทำให้การเปิดใจรับการช่วยเหลือจากสังคมเป็นไปได้ยาก ดังเช่นในการศึกษาของ Asiting, Padilla, Tejero และ Singer (2003: 38) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีสัญชาติอเมริกัน-เอเชีย 34 ราย พบว่าผู้หญิงกลุ่มดังกล่าวจะมีลักษณะไม่เต็มใจที่จะระบายอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นปัญหาส่วนตัวเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมกับคนอื่นที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะผู้หญิงรุ่นเก่าๆ มีแนวโน้มที่จะชอบความเป็นส่วนตัวอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้หญิงเหล่านี้จึงไม่เปิดโอกาสในการแสวงหาความช่วยเหลือภายนอกครอบครัวของตนเอง และผลการศึกษายังพบอีกว่าแหล่งของการสนับสนุนและวิธีการเผชิญความเครียดที่สำคัญที่สุดเป็นความเชื่อทางจิตวิญญาณที่มีอยู่ในแต่ละคน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Alagaratnam และ Kung (1986 cited in Moyer, 1997: 292) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชาวจีนมีความรู้สึกซึมเศร้าและมีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศอยู่ในระดับสูง จะเห็นว่าลักษณะดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับบุคลิกของผู้หญิงไทยซึ่งเป็นชาวเอเชียเหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยเก็บปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ไว้ ไม่กล้าแสดงออกให้สังคมรับรู้และช่วยเหลือ ดังเช่น การศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ

ภาพลักษณ์เพื่อช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก แต่เนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องการทราบมากที่สุด คือเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรค การรักษา และผลกระทบของการรักษาและเนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจน้อยที่สุดคือ เนื้อหาด้านเพศสัมพันธ์ (สายใจ พัวพันธ์, 2530: 70)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือ การให้สามีหรือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย และควรมีการศึกษาพัฒนาการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในด้านภาพลักษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

2. สมมติฐานข้อที่ 2 อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์ร่วมกัน ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

จากลำดับความสามารถในการพยากรณ์พบว่า ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญเป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Newell (2000a: 41) ที่อธิบายไว้ว่าปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญจะมีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะในคนที่กลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ หากความกลัวนี้มีอย่างต่อเนื่องก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นความกลัวนี้จึงทำให้เห็นความแตกต่างได้ระหว่างคนที่ปรับตัวต่อภาพลักษณ์ได้ดีกับคนที่ปรับตัวไม่ได้

ตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาคือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Price (1990) และ Newell (2000a) ที่อธิบายไว้ว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่แต่ละบุคคลใช้จะมีผลต่อการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Koff และ Sangani (1997: 51) ที่ศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่พบว่า คนที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจะใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยยังใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ เช่น ความรู้สึกกังวล อยู่คนเดียวเงียบๆ บ่อยมากขึ้นเท่าไร จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองไม่ดีมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมได้

ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์แต่ไม่สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ได้ ได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร

ดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้ไม่ถูกเลือกเข้าสมการถดถอย นอกจากนี้ตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกับการบรรเทาความรู้สึกเครียดคือ การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่ไม่สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ได้เหมือนกัน เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เป็นปัญหาทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ดังนั้นการมุ่งแก้ปัญหาทั้งทางตรงหรือทางอ้อม เช่น พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้น เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น การใส่เต้านมเทียมเสริมภายนอก หรือการหลีกเลี่ยงการมองกระจก วิธีการเหล่านี้ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts, Livingston, White และ Gibbs (2003: 182) ที่พบว่า การใส่เต้านมเทียมเสริมภายนอกผู้ป่วยจะรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ ไม่มั่นใจเวลาทำกิจกรรมต่างๆ มีข้อจำกัดในการแต่งกาย ส่วนการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมใหม่ก็ไม่สามารถช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ ความมีคุณค่าในตนเองและความเป็นเพศหญิงได้ (Long, Phipps, Cassmeyer, 1993: 1177)

ตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ได้ ตัวแปรต่อมา คือ อายุ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเพราะตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

จากผลการศึกษาคั้งนี้และจากการทบทวนการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกหรือความคิด แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ ซึ่งผู้วิจัยยังไม่ได้ศึกษา เช่น บุคลิกภาพ ประวัติการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทักษะการรับมือต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นต้น ซึ่งควรศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหาภาพลักษณ์ที่มีการแสดงออกอย่างชัดเจน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผอมลงจากการได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับภาพลักษณ์อยู่ในระดับน้อยทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด ดังได้อธิบายไว้ข้างต้นแล้วในเรื่องของความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ

สรุปได้ว่าจากการศึกษาคั้งนี้ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 36 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Price (1990) และ Newell (2000a) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาการพยากรณ์ภาพลักษณ์ แต่มีงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว คือ เดอนทิพย์ ศิริวงศวิไลชาติ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด โดยมีการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคม เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของภาพลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่าภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ที่มีต่อตนเองที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านโครงสร้างและรูปร่างภายนอกร่างกาย และด้านความสามารถในการ

ทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้นการรับรู้ที่เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมจึงส่งผลต่อภาพลักษณ์มากที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lugton (1997) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเรื่องธรรมชาติของการสนับสนุนทางสังคมตามประสบการณ์ของผู้หญิงมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาพบว่าผู้หญิงจะวิตกกังวลต่อปฏิกิริยาของสามีที่เห็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของเธอและวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างเธอกับสามี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Koff และ Sangani (1997: 51) ศึกษาในกลุ่มโรคของความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พบว่า คนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงในระดับสูง จะมีความเกี่ยวข้องกับระดับของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมากขึ้น และคนที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับสูงจะยิ่งมีภาพลักษณ์ในแง่ลบมากยิ่งขึ้น ส่วนคนที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ในแง่ลบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fauerbach และคณะ (2002: 115) ศึกษาการเผชิญความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จากการสูญเสียไขมันที่เกิดจากไฟไหม้พบว่า การเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการปลดปล่อยอารมณ์และแสดงอารมณ์ออกมาจากความคิดที่รังเกียจร่างกาย แสดงให้เห็นว่ามีความไม่พึงพอใจต่อร่างกายอย่างสูงและได้รับผลกระทบทางด้านสังคมต่อภาพลักษณ์เป็นไปในทางที่แย่งลง จากผลการวิจัยต่างๆ จึงสนับสนุนว่าความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์สามารถพยากรณ์ภาพลักษณ์ได้ส่วนหนึ่ง

นั่นคือผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของ Price (1990) และ Newell (2000a) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกด้วย และผลการวิจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเข้าใจในองค์ความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์มากขึ้น และมีประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปสร้างโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลตั้งแต่ในระยะที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องได้รับการผ่าตัดเต้านมออก จนกระทั่งในระยะก่อนกลับบ้านซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการเตรียมปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่ โดยให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มให้กับผู้ป่วยและสามี เพื่อให้ผู้ป่วยและสามีเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันโดยเฉพาะความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากสามี และเป็นการช่วยลดปัญหาการปฏิเสธการรักษาเนื่องจากกลัวสามีจะทอดทิ้ง หรือกลัวสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสามีจะไม่เหมือนเดิมภายหลังสูญเสียเต้านม

2. ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีการเปลี่ยนแปลงในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลสั้นลงอาจอยู่โรงพยาบาลเพียง 2 วัน เมื่อได้รับการเปิดแผลในวันที่ 2 หลังผ่าตัด แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้น คือจะต้องพัฒนาสื่อการสอนหรือโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลในการส่งเสริมภาพลักษณ์ตั้งแต่ในระยะก่อนเข้ามาผ่าตัดในตึกรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายภาพลักษณ์ได้คือ ความกลัวต่อปฏิบัติต่อบทสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งตามแนวคิดของ Newell (2000a) ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ศึกษา เช่น บุคลิกภาพ ประวัติการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เป็นต้น

2. ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วย โดยให้สามีหรือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมด้วยและส่งเสริมภาพลักษณ์ ตั้งแต่ในระยะก่อนเข้ามาผ่าตัดในตึกรักษาพยาบาล จนกระทั่งภายหลังการรักษาแล้ว

3. จากแนวคิดของ Price (1990) ที่อธิบายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ และมีการงานวิจัยหลายงานที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่สอดคล้องหรือเจาะจงกับภาพลักษณ์ที่ศึกษา ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541. ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กริช โพธิ์สุวรรณ. 2545. ระบอบวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง. ใน วิไลพร โพธิ์สุวรรณ (บรรณาธิการ), มะเร็งมหันตภัยเกิดได้ทุกวัย. กรุงเทพมหานคร: TCG.
- กฤติกาพร ไยโนนตาด. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2546. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- กิตติกร นิลมานัด. 2538. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญปัญหากับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไอวีทีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2544. ยิ่งกว่า EQ: คู่มือพัฒนาชีวิตให้ลูกน้อย. กรุงเทพมหานคร: ชัคเชล มีเดีย.
- คณินิจ อนุโรจน์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬาร ประสงค์สิต. 2544. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวรในวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต.
- เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ธนิต วัชรพุกก์. 2546. ตำนานม. ในชาตววิทย ดันตีพิพัฒน์และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์, หน้า 273-293. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา สุทธยากร. 2531. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มิ่งขวัญ. 2542. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปองลดดา พรหมจันทร์. 2542. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. 2542. กระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญ
ความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสี
รักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศรี คิตชอบ. 2547. รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร,
วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงศ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม, หน้า 299-304.
กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. 2535. ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญกับปัญหาขณะ
รอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2527. ความรู้สึของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองภายหลังการตัด
เต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาวรรณ อักษรวงศ์. 2534. การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยการพยาบาลในคลินิก: การ
เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2542. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. กรุงเทพมหานคร:
ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.

- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, แผนกสถิติและเวชระเบียน. 2541-2546. สถิติโรคมะเร็ง. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร.
- ละเอียด ภักดีจิตต์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา รัตนานนท์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัย.
- วิภาพร มาพบสุข. 2545. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วิมลวัลย์ วโรฬาร. 2535. การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยการเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. 2541. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก่อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภกร โรจนนรินทร์, อุดลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และกริช โภธิสุวรรณ. 2542. เต้านม. ใน ไพบุลย์ สุทธิวรรณ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์, หน้า 613-659. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2543. สถิติโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร.
- สถิติสาธารณสุขของประเทศไทย. 2545. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. เว็บไซต์ www.moph.go.th.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิศิฏสิน.
- สมปอง รักษาสุข. 2543. The radical and modified radical mastectomy. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนาลาก และสุमित วงศ์เกียรติขจร (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม, หน้า 231-255. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. 2533. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.

- สายใจ พัวพันธ์. 2530. ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย
ภายหลังการตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2546. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม. ใน เอกสาร
การสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, หน่วยที่ 11-15: ภาควิชา
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์. 2547. การใช้เคมีบำบัด. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สมิต วงศ์เกียรติขจร,
วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงศ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม, หน้า 305-317.
กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.
- สิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์. 2539. วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุภาพ อารีเชื้อ. 2540. ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อ
เข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ เป็ร็องเดช. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือใน
การรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ จริญญาวัตร คมพัยค์. 2545. รายงานการวิจัยเรื่องความเครียด สุขภาพและ
ความเจ็บป่วย: แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย. คณะสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2545. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543.
กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. 2541. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัย
ว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดตรวจชิ้นเนื้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาคม เขียวศิลป์. 2547. การรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงศ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม, หน้า 319-328. กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

Al-Ghazall, S.K., Fallowfield, L., & Blamey, R.W. 2000. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. European Journal of Cancer 36: 1923 - 1943.

Anllo, L.M. 2000. Sexual life after breast cancer. Journal of Sex & Marital Therapy 26: 241-248.

Antai-Otong, D., Kongable, G. 1995. Psychiatric nursing: biological and behavioral concepts. Philadelphia: W.B. Saunders company.

Armitage, P., & Berry, G. 1994. Statistical methods in medical research. 3rd edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Asiting, K.T., Padilla, G., Tejero, J., & Singer, M.K. 2003. Understanding the breast cancer experience of Asian American women. Psycho-Oncology 12: 38-58.

Atkinson, L.J., & Fortunato, N. 2000. Berry & Kohn's operating room technique. St.Louis: Mosby.

Backer, J.H., Bakas, T., Bennett, J.S., & Pierce, P.K. 2000. Coping with stress. In V.H.Rice (eds.), Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory, and practice, pp. 223-263. USA: Sage Publications.

Beck, R.C. 1978. Motivation theories and principles. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bergamasco, E.C., Rossi, L.A., Amancio, A.da C.G., & Carvalho, E.C.de. 2002. Body image of patients with burns sequellae: evaluation through the critical incident technique. Burns 28: 47-52.

Burke, K.M., Le Mone, P., & Mohn-Brown, E.L. 2003. Medical-Surgical nursing care. New Jersey: Prentice Hall.

Burns, N., & Grove, S.K. 2003. Understanding nursing research. 3rd edition. Philadelphia: Elsevier Science.

- Cohen, S., & Syme, S.L. 1985. Social support and health. Orlando: Academic Press.
- Denton, S. 1996. Breast cancer nursing. London: Chapman & Hall.
- Dixon, J.K. 2001. Factor analysis. In Barbara Hazard Munro, Statistical methods for health care research, pp. 303-354. Philadelphia: Lippincott.
- Diekmann, J.M. 1988. Measuring body image. In M. Frank-Stromborg (ed.), Instruments for clinical nursing research, pp.185-203. U.S.A.: Jones and Bartlett Publishers.
- Ellis, J.R., & Nowlis, E.A. 1994. Nursing: a human needs approach. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Fauerbach, J.A., et al. 2002. Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. Health Psychology 21(2): 115-121.
- Fung, K.W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., & Yip, A.W.C. 2001. The impact of mastectomy, breast – conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. ANZj.Surg 71: 202-206.
- Galpin, C. 2000. Altered body image and the surgical patient. In P. Rosemary (eds.), Nursing the surgical patient, pp. 67-78. Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Goldman, M.B., & Hutch, M.C. 2000. Women and Health. San Diego: Academic press.
- Green, S.P., & Pritchard, M.E. 2003. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. Social, Behavior and Personality 31(3): 215-222.
- Hopwood, P., et al. 2000. Clinical follow-up after bilateral risk reduce ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes. Psycho-Oncology 9: 462-472.
- Hopwood, P., et al. 2001. A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer 37(2000): 189-197.
- Hopwood, P., & Maguire, G.P. 1988. Body image problems in cancer patients. British Journal of Psychiatry 153 (suppl. 2): 47-50.
- Kapland, M.R., Sallis, Jr., J.F., & Patterson, T.L. 1993. Health and human behavior. Singapore: McGraw-Hill.
- King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. 2000. Quality of life three months and one year after frist treatment for early stage breast cancer influence of treatment and patient characteristics. Quality of Life Reseach 9: 789-800.

- Koff, E., & Sangani, P. 1997. Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. International Journal of Eating Disorders: 51-56.
- Jalowiec, A., Murphy, S.P., & Powers, M.J. 1984. Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. Nursing research 33(3): 157 -161.
- Lambert, V.A., & Lambert, C.E. 1985. Psychosocial care of the physically ill: what every nurse should know. New Jersey: Prentice-Hall.
- Leonard, B.J., & Redland, A.R. 1981. Process in clinical nursing. Englewood cliffs, New Jersey.
- Lindsey, A.M. 1988. Social support: conceptualizations and measurement instruments. In Marilyn Frank-Stromborg (eds.), Instruments for clinical nursing research, pp. 107-119. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Long, B.C., Phipps, W.J., & Cassmeyer, V.L. 1993. Medical-Surgical nursing: a nursing process approach. St Louis Missouri: Mosby – Year book.
- Lugton, J. 1997. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. Journal of Advanced Nursing 25: 1184-1191.
- Moore, G.J. 1997. Women and cancer a gynecology oncology nursing perspective. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
- Moyer, A. 1997. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. Health Psychology16(3): 284-298.
- Munro, B.H. 2001. Statistical methods for health care research. 4th edition. Philadelphia: Lippincott.
- Myers, A., & Rosen, J.C. 1999. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. International Journal of Obesity 23: 221-230.
- Newell, R. 1999. Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following surgery to the face: a survey. British Journal of Plastic Surgery 2000(53): 386-392.
- Newell, R. 2000a. Body image and disfigurement care. London: Routledge.
- Newell, R. 2000b. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. British Journal of psychiatry 2000(176): 177-181.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. 2004. Nursing research: principles and methods. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Price, B. 1990. Body image: nursing concepts and care. New York: Prentice Hall.
- Price, B. 1998. Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. Journal of Psychiatric and Mental Health nursing 5: 179-186.
- Roberts, S., Livingston, P., White, V., & Gibbs, A. 2003. External breast prosthesis use. Cancer Nursing 26(3): 179-186.
- Rumsey, N., et al. 2004. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. Journal of Advance Nursing 48(5): 443-453.
- Shuxin, X. 1999. Social support and body image among total laryngectomy patients. A thesis for the degree of master of nursing science in medical and surgical nursing. Chiang Mai University.
- Sondhaus, E., Kurtz, R.M., & Strube, M.J. 2001. Body attitude, gender, and self-concept: a 30- year perspective. The Journal of Psychology 135(4): 413-429.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. 2004. Medical – surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thorndike, R.M. 1978. Correlational procedures for research. New York: Gardner.
- Ulrich, S.P., Canale, S.W., & Wendell, S.A. 1998. Medical - surgical nursing care planning guides. U.S.A: W.B.Saunders Company.
- Wells, J.N.B., Bush, H.A., & Marshall, D. 2002. Purpose-in-life and breast health behavior in Hispanic and Anglo woman. Journal of Holistic Nursing 20(3): 232 – 249.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

เรื่องความกลัวต่อปฏิบัติการตอบสนองจากบุคคลสำคัญ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม	รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์ ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา	อาจารย์ประจำงานพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนฉะจง เพ็งจาด	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์	หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องผ่าตัดสินธร 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ในการแปลภาษาของเครื่องมีอวิจัย

เรื่องภาพลักษณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัญชลี วาสนะสมสิทธิ์	อาจารย์ประจำสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมีอวิจัย

เรื่องภาพลักษณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
อาจารย์ ดร.ธิราภรณ์ จันทร์ดา	อาจารย์ประจำงานพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคล
สำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาว เบญจรัตน์ ชีวพูนผล

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/.....ได้ทราบ

รายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย
ประโยชน์ และข้อเสียของการวิจัยโดยละเอียด

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกหรือสะท้อนใจ โดยจะไม่มี
ผลต่อบริการ การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับ

3. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำรับรองของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้
เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....

.....

สถานที่/วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

.....

สถานที่/วันที่

(นางสาวเบญจรัตน์ ชีวพูนผล)

ลงนามผู้ทำวิจัย

.....

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ลงนามพยาน

.....

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาว เบญจรัตน์ ชีวพูนผล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-7887007 E-mail: bencharat_c@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
 - 4.3 เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ที่ผู้วิจัยคาดว่าอาจมีผลกระทบทางจิตใจหรือสะท้อนใจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
 - 4.4 ผู้ที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้มีคุณสมบัติคือเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก อยู่ในระยะหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกินหนึ่งชั่วโมง โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่
8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
9. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น
10. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 130 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จึงขอความร่วมมือโดยให้ท่านตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง คำตอบของท่านจะไม่นำไปเปิดเผยที่ได้ ใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากแสดงข้อมูลในลักษณะส่วนรวมเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านทั้งสิ้น

แบบสอบถามนี้มี 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาพลักษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ปวยคนที่.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. คู่
 - () 3. หม้าย
 - () 4. หย่า / แยก
3. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียน / ประถมศึกษา
 - () 2. มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส
 - () 3.ปริญญาตรีขึ้นไป
 - () 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
5. อาชีพ

() 1. รับราชการ	() 2. รัฐวิสาหกิจ
() 3. รับจ้าง/ลูกจ้าง	() 4. เกษตรกรรวม
() 5. แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	() 6. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว
() 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

ส่วนย่อยที่ 1

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย \checkmark ลงใน () ของข้อความที่ท่านเลือก

บุคคลที่ท่านให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์มากที่สุดคือใคร

- () 1. สามี (หากท่านเลือกคำตอบข้อนี้ กรุณาตอบใน **ส่วนย่อยที่ 2** เท่านั้น)
- () 2. คู่รัก (หากท่านเลือกคำตอบข้อนี้ กรุณาตอบใน **ส่วนย่อยที่ 2** เท่านั้น)
- () 3. อื่น ๆ โปรดระบุ..... (หากท่านเลือกคำตอบข้อนี้ กรุณาข้ามไปตอบใน **ส่วนย่อยที่ 3** ต่อไป)

ส่วนย่อยที่ 2

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกถึงความรู้สึกในช่วงก่อนผ่าตัดเต้านมหรือหลังผ่าตัดเต้านมเกี่ยวกับความกลัวของท่านที่อาจจะมีต่อปฏิกริยาของสามี/คู่รัก ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สีหน้า ท่าทาง หรือการปฏิบัติใดๆ ที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกดังต่อไปนี้ โดยที่บุคคลดังกล่าวอาจจะมีการแสดงออกหรือไม่แสดงออกต่อสภาพร่างกาย ภายหลังจากการผ่าตัดเต้านมของท่านก็ได้ ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องของข้อความที่ท่านเลือกโดยถือเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวน้อยที่สุด
- น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวน้อย
- ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวปานกลาง
- มาก หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวมาก
- มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวมากที่สุด

ข้อความ	ระดับของความรู้สึก				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1)กลัวว่าสามี/คู่รักจะไม่พอใจในทรวดทรงและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัด					

ข้อความ	ระดับของความรู้สึก				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2)กลัวว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับสามี/คู่รักได้					
3)..... . . .					
11).....					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนย่อยที่ 3

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกถึงความรู้สึกในช่วงก่อนผ่าตัดเต้านมหรือหลังผ่าตัดเต้านมเกี่ยวกับความกลัวของท่านที่อาจจะมีต่อปฏิกิริยาของบุคคลที่ท่านให้ความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สีหน้า ท่าทาง หรือการปฏิบัติใดๆ ที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกดังต่อไปนี้ โดยที่บุคคลดังกล่าวอาจจะมีการแสดงออกหรือไม่แสดงออกต่อสภาพร่างกาย ภายหลังการผ่าตัดเต้านมของท่านก็ได้ ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ท่านเลือกโดยถือเกณฑ์ดังต่อไปนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวน้อยที่สุด
น้อย	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวปานกลาง
มาก	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวมาก
มากที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกกลัวมากที่สุด

ข้อความ	ระดับของความรู้สึก				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1)กลัวว่าบุคคลที่ฉันให้ความสำคัญ จะไม่พอใจในทรวดทรงและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัด					
2)กลัวว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้					
3)..... . . . 11)					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกย้อนเวลาตั้งแต่ได้รับทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดด้านมจนถึงขณะตอบแบบสอบถามนี้ ว่าท่านใช้วิธีการใดบ้างในการเผชิญความเครียด ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความของการเกิดแต่ละข้อความ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่ได้ใช้ หมายถึง ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นครั้งคราว หรือนาน ๆ ครั้ง

เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง

ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาหรือเป็นประจำเวลาที่รู้สึกเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	ระดับของการปฏิบัติ				
	ไม่ได้ใช้	นาน ๆ ครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ
1) กังวลใจ					
2) ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงหรือออกกำลังกายมากขึ้น					
3)					
36)					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนโดยผ่านการประเมิน ตัดสิน จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล รวมทั้งจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเจ็บป่วยและการผ่าตัดด้านมครั้งนี้

เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบแล้ว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ
- ได้รับมาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้เป็นส่วนมาก แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
- ได้รับปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้ปานกลาง และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
- ได้รับเล็กน้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
- ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านรับรู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย

ข้อความ	ระดับที่ได้รับ				
	ไม่ได้ รับ	ได้รับ เล็ก น้อย	ได้ รับ ปาน กลาง	ได้รับ มาก	ได้รับ มาก ที่สุด
1) ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
2) เมื่อฉันมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ ฉันไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้เลย					
3).....					
.					
.					
.					
20).....					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาพลักษณ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ถามความรู้สึกของท่านที่มีต่อรูปลักษณ์ภายนอกของท่านและต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยหรือการรักษาของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบและทำเครื่องหมาย ✓ ที่ชัดเจนลงในช่องของข้อความที่ท่านเลือกโดยถือเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น
รู้สึกเพียงเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นเพียงเล็กน้อย
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นบ้าง
รู้สึกมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นมาก

ข้อความ	ระดับของความรู้สึก			
	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกเพียงเล็กน้อย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกมาก
1) ท่านรู้สึกหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอกของท่านหรือไม่				
2) ท่านรู้สึกว่ารูปกายภายนอกของท่านมีเสน่ห์ดึงดูดใจน้อยลงอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยหรือการรักษา (การผ่าตัดเต้านมออก) ของท่านหรือไม่				
3)				
10).....				



ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เต้านมออกที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right)$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ บุคคลสำคัญ และการได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ P = ค่าร้อยละ

f = ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n = จำนวนรวมทั้งหมด

3. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ รายได้ ความกลัวต่อ
 ปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและ
 ภาพลักษณ์โดยใช้สูตร

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัธมิมเลขคณิต
 $\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
 N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ $S.D.$ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
 $\sum X^2$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยก
 กำลังสอง
 N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. หาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Eta

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ใช้สูตรดังนี้

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

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ y

x = คะแนนของตัวแปรที่ 1

y = คะแนนของตัวแปรที่ 2

N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

6. สร้างสมการพยากรณ์ภาพลักษณ์ ด้วยตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ Y = คะแนนที่ได้จากการพยากรณ์

a = ค่าคงที่

$b_1b_2\dots b_k$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$x_1x_2\dots x_k$ = คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = \beta_1Z_1 + \beta_2Z_2 + \dots + \beta_kZ_k$$

เมื่อ Z = คะแนนมาตรฐานของตัวแปร

$\beta_1\beta_2\dots\beta_k$ = สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_1Z_2\dots Z_k$ = คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

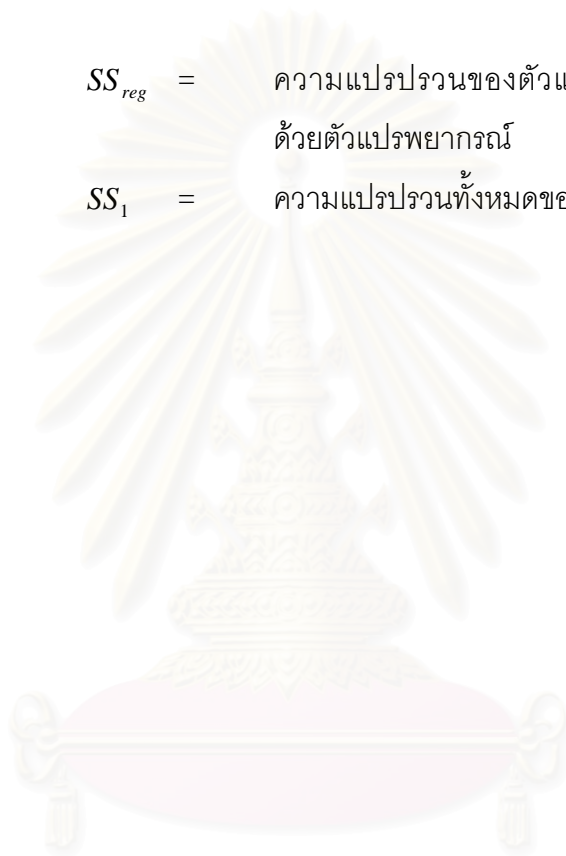
7. หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) โดยใช้สูตรดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_1}}$$

$$R^2 = \text{สัมประสิทธิ์การพยากรณ์}$$

$$SS_{reg} = \text{ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้
ด้วยตัวแปรพยากรณ์}$$

$$SS_1 = \text{ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์}$$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตารางการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ

และ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคล
สำคัญรายข้อและโดยรวม (n = 130)

ตัวแปรความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ	\bar{X}	S.D.
1. ไม่อยากได้ยินคำพูดว่า"ไม่เหมือนเดิม"	2.05	1.52
2. กลัวว่าชีวิตจะไม่มั่นคง	1.84	1.27
3. กลัวว่าจะหาคนอื่นมาแทนที่	1.79	1.32
4. กลัวว่าจะแสดงความห่วงใย/รักใคร่ไม่เหมือนเดิม	1.77	1.27
5. กลัวว่าจะไม่พอใจในทรวดทรง/ร่างกาย	1.76	1.20
6. กลัวว่าแผลผ่าตัดจะทำให้ความรักเปลี่ยนไป	1.70	1.20
7. กลัวว่าสัมพันธภาพจะไม่เหมือนเดิม	1.68	1.20
8. กลัวว่าจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	1.65	1.15
9. กลัวว่าจะไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันเหมือนเดิม	1.58	1.10
10. กลัวว่าจะได้ยินคำพูดรังเกียจ	1.62	1.10
11. กลัวว่าจะไม่เข้าใจคิดว่าเป็นโรคติดต่อ	1.42	0.98
ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญโดยรวม	1.71	.90

จากตารางที่ 10 พบว่าความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมเท่ากับ 1.71 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย โดยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ถามเกี่ยวกับ ไม่อยากได้ยินคำพูดว่า"ไม่เหมือนเดิม" มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 รองลงมาคือข้อที่ถามเกี่ยวกับ กลัวว่าชีวิตจะไม่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ถามเกี่ยวกับ กลัวว่าจะไม่เข้าใจคิดว่าเป็นโรคติดต่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.42

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา ราย
ข้อและโดยรวมทั้งหมด 13 ข้อ (n = 130)

ตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา	\bar{X}	S.D.
1. พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้น	4.27	1.13
2. เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น	3.40	1.37
3. ค้นหาวิธีจัดการกับการรักษาโรค	3.38	1.57
4. ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา	3.38	1.42
5. แยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆ	3.25	1.38
6. นำประสบการณ์การรักษาของผู้อื่นมาใช้	3.21	1.42
7. แสวงหาความช่วยเหลือ	3.13	1.39
8. พุดคุยปรึกษากับคนที่เคยผ่าตัดมาก่อน	3.12	1.33
9. ค้นหาความสำคัญของการเจ็บป่วย	3.03	1.29
10. ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	2.95	1.52
11. คิดหาทางออกหลายๆวิธี	2.42	1.65
12. ลองใช้วิธีการต่างๆ	2.40	1.59
13. ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากขึ้น	1.98	1.29
การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาโดยรวม	3.07	0.62

จากตารางที่ 11 พบว่าการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดโดยรวมเท่ากับ 3.07 โดยพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ วิธี พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 รองลงมาคือ วิธีการเตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ วิธีการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ
 อารมณ์รายข้อและโดยรวมทั้งหมด 9 ข้อ (n = 130)

ตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	\bar{X}	S.D.
1. กังวลใจ	3.34	1.46
2. ปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการปัญหา	2.92	1.63
3. ใช้เวลาอยู่คนเดียวเงียบๆ	2.80	1.40
4. พยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ	2.49	1.33
5. หงุดหงิด กระวนกระวาย	2.38	1.26
6. ต่อหน้าผู้อื่นแสร้งทำว่าไม่สำคัญ	2.28	1.35
7. ฉุนเฉียว ตีโพยตีพาย	1.35	0.75
8. โทษผู้อื่น	1.23	0.71
9. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ	1.17	0.65
การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	2.21	0.55

จากตารางที่ 12 พบว่าการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง
 เต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมเท่ากับ 2.21 โดยพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ วิธี
 กังวลใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 รองลงมาคือ วิธีปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
 2.92 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ วิธีระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.17

สถาบันนวัตกรรมการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดรายข้อและโดยรวมทั้งหมด 14 ข้อ (n = 130)

ตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	\bar{X}	S.D.
1. พยายามทำใจยอมรับการเป็นโรค	4.24	1.13
2. มีความหวัง	3.90	1.18
3. สวดมนต์ ไหว้พระ	3.80	1.32
4. ไม่คิดกังวล เชื่อว่าปัญหาจะคลี่คลาย	3.71	1.39
5. คิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา	3.28	1.46
6. มองผลกระทบของการเป็นโรคนี้	3.26	1.50
7. หาอะไรทำเพื่อไม่ให้ยุ่งวุ่นวาย	3.08	1.60
8. ลดความคาดหวัง	2.64	1.46
9. นอนแล้วคิดว่าตื่นขึ้นอะไรจะดีขึ้น	2.39	1.50
10. ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด	2.33	1.46
11. คิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็น	1.91	1.23
12. รับประทานอาหาร	1.57	1.17
13. เลิกคิดหาทางรักษา	1.38	0.92
14. ไม่ทำอะไรเลย	1.21	0.72
การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	2.76	0.51

จากตารางที่ 13 พบว่าการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมเท่ากับ 2.76 โดยพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ วิธีพยายามทำใจยอมรับการเป็นโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 รองลงมาคือ วิธีมีความหวัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ วิธีไม่ทำอะไรเลย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.21

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คืออายุและระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมกันพยากรณ์ตัวแปรตาม 1 ตัว คือภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ก่อนทำการวิเคราะห์จะต้องทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อน (error or residual) การที่ผู้วิเคราะห์จะนำสมการ $y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$ ไปประยุกต์ใช้ในการพยากรณ์ y เมื่อกำหนดค่า x จะต้องมี ความมั่นใจในความถูกต้องของสมการ โดยจะต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเกี่ยวกับค่าคลาดเคลื่อนสุทธ ($e_i = y_i - y'_i$) ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 348-349)

1. ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเกี่ยวกับค่าคลาดเคลื่อน
 - 1.1 ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน = 0
 - 1.2 ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ
 - 1.3 ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน
 - 1.4 ค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนต้องคงที่
 2. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามทุกตัวควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution)
 3. ตัวแปรต้นแต่ละตัวและตัวแปรตามควรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
 4. ตัวแปรต้นทุกตัวต้องเป็นอิสระต่อกัน (Measures of Collinearity)
- อธิบายผลของการตรวจสอบดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 1.1 ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน = 0

เงื่อนไขนี้ไม่จำเป็นต้องทดสอบ เนื่องจากเมื่อใช้วิธียกกำลังสองน้อยที่สุดในการประมาณค่า β_0 และ β_1 จะทำให้ E (error) = 0 เสมอ

2. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 1.2 ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

1. ผู้วิจัยทดสอบโดยใช้วิธี Kolmogorov-Smirnov test เป็นการทดสอบการแจกแจงค่าคลาดเคลื่อนว่าเป็นไปตามที่คาดไว้หรือไม่ ภายใต้สมมติฐานว่าการแจกแจงค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ถ้าค่าสถิติทดสอบ $P < .05$ แสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 415) ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 14

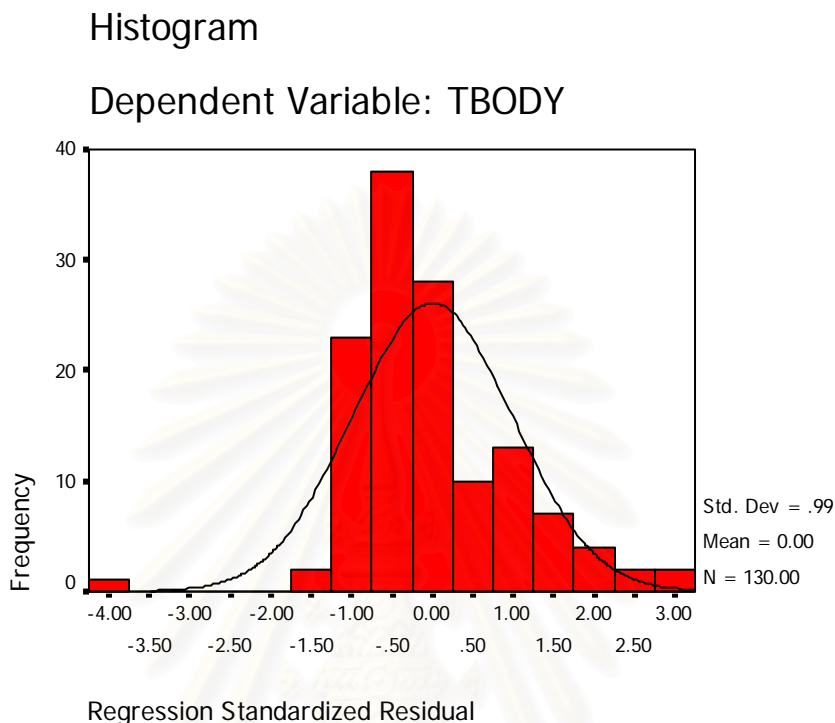
ตารางที่ 14 ผลการทดสอบค่าคลาดเคลื่อนโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov test	Sig. (2-tailed)
ค่าคลาดเคลื่อน	.113	.000

จากตารางที่ 14 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผลการทดสอบค่าสถิติของค่าคลาดเคลื่อน มีค่า $P < .05$ หมายถึง ค่าคลาดเคลื่อนแสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จึงควรตรวจสอบด้วยวิธีอื่นประกอบ

2. ผู้วิจัยจึงทดสอบการแจกแจงค่าคลาดเคลื่อนด้วยวิธีอื่นประกอบ คือการพิจารณาจาก Histogram ซึ่งลักษณะการแจกแจงของข้อมูลควรมีลักษณะแบบสมมาตรหรือแบบโค้งปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 215) ผลการทดสอบแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 Histogram ของค่าคลาดเคลื่อน



จากแผนภูมิที่ 1 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า Histogram เป็นลักษณะของการแจกแจงของค่าคลาดเคลื่อนที่มีลักษณะแบบโค้งปกติหรือสมมาตร

สรุปเมื่อทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test แล้วค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ แต่เมื่อทดสอบด้วยวิธี Histogram การแจกแจงการแจกแจงค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยจึงถือว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สถาบันวิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 1.3 ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบคือ Durbin-Watson เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อนซึ่งควรมีค่าใกล้ 2 หรืออยู่ระหว่าง 1.5-2.5 จึงจะสรุปได้ว่าค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 350) ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าต่างๆ ทางสถิติและ Durbin-Watson

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.561 ^a	.314	.309	6.7893	.314	58.662	1	128	.000	
2	.593 ^b	.351	.341	6.6288	.037	7.272	1	127	.008	1.717

a. Predictors: (Constant), Fear of Reaction of significant person

b. Predictors: (Constant), Fear of Reaction of significant person R, Emotional coping

c. Dependent Variable: Body Image

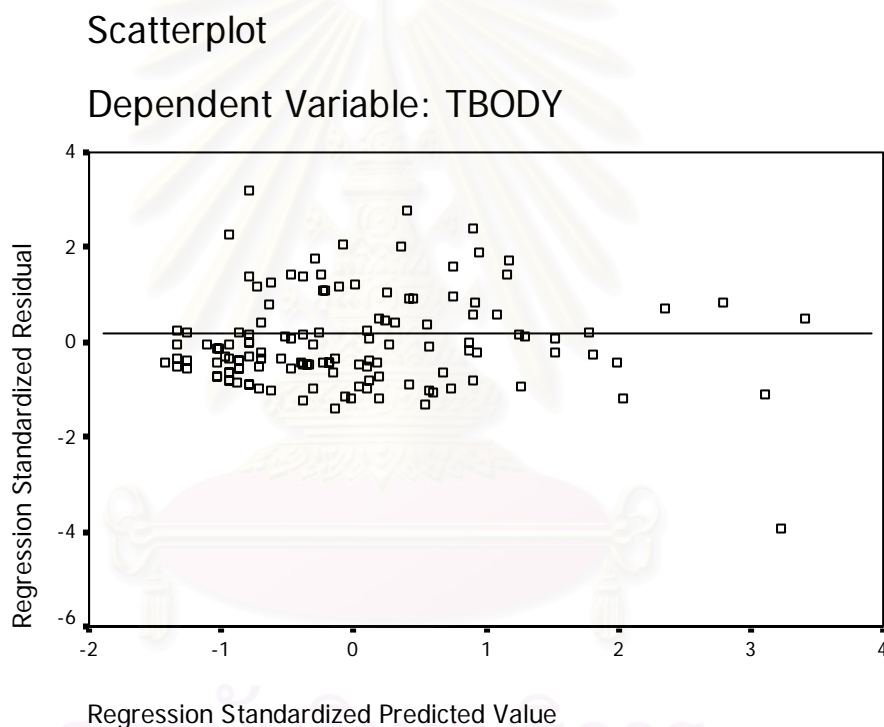
จากตารางที่ 15 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.717 แสดงว่าค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

4. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 1.4 ค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนต้องคงที่

การทดสอบค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนสามารถพิจารณาได้ 2 วิธีคือ Scatter Plot และ Normal Probability Plot ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณาจาก Scatter Plot ซึ่งลักษณะของ plot ควรกระจายอยู่รอบๆ ไกล่ศูนย์ ระหว่าง -4 ถึง 4 ซึ่งถือได้ว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Munro, 2001: 274) ผลการทดสอบแสดงในภาพที่ 4

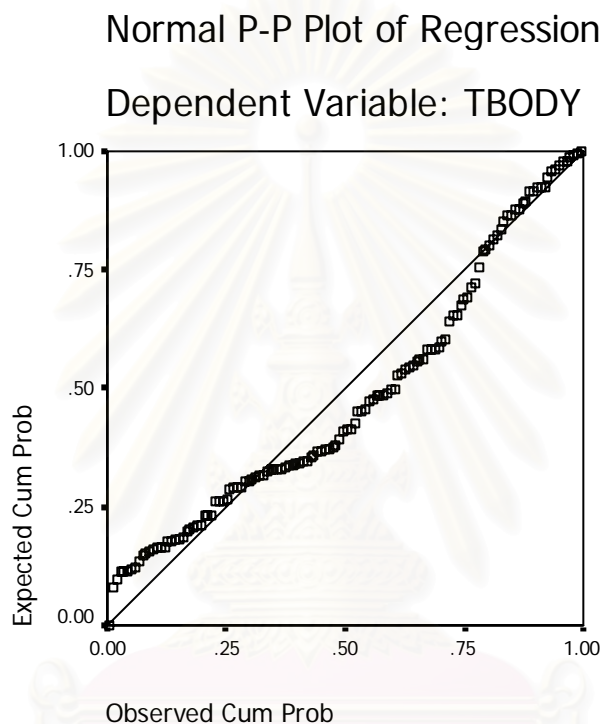
ภาพที่ 4 Scatter Plot ของค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน



จากภาพที่ 4 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าลักษณะของ plot ส่วนใหญ่กระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ ไกล่ศูนย์ และอาจมีข้อมูลบางตัวที่กระจายออกไปบ้าง ซึ่งถือได้ว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนค่อนข้างคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

4.2 ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณาจาก Normal Probability Plot ซึ่งเป็นกราฟที่พล็อตค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับค่าที่คาดไว้ (Expected Value) ถ้าลักษณะของ plot จะเป็นเส้นตรง ในแนวเดียวกับเส้นตรงที่ลากไว้ จึงจะถือได้ว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Munro, 2001: 273) ผลการทดสอบแสดงในกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 Normal Probability Plot ของค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน



จากกราฟที่ 1 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าลักษณะของ plot ค่อนข้างจะอยู่ในแนวเส้นตรง ในแนวเดียวกับเส้นตรงที่ลากไว้ จึงจะถือได้ว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สรุปจากการทดสอบค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนทั้งวิธี Scatter Plot และ Normal Probability Plot พบว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

5. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 2. คือ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามทุกตัวควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ซึ่งสามารถทดสอบ ได้ 2 วิธี คือ Kolmogorov-Smirnov test และ Histogram ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตัวแปรอายุ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนตัวแปรระดับการศึกษาเป็นข้อมูลที่อยู่ต่ำกว่าระดับอันดับภาคชั้น ผู้วิจัยได้ทำเป็นตัวแปรหุ่นทั้งหมดแล้ว ดังกล่าวไว้ในบทที่ 3 และได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลดังต่อไปนี้

5.1 ใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test เป็นการทดสอบว่าข้อมูลตัวอย่างสุ่มจากประชากรที่มีการแจกแจงตามที่คาดไว้หรือไม่ ภายใต้สมมติฐานว่าข้อมูลประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ ถ้าค่าสถิติทดสอบ $P < .05$ แสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546 : 415) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการทดสอบข้อมูลของตัวแปรทุกตัวโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test

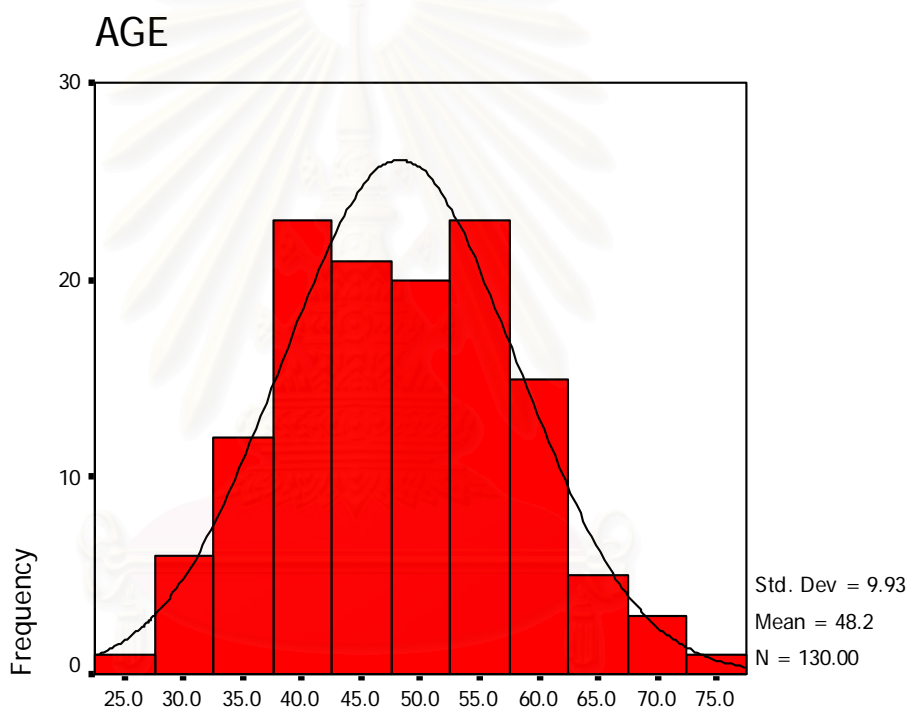
ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov	Asym.Sig.(2-tailed)
อายุ	.078	.053
ระดับการศึกษา (ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา)	.348	.000
ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส)	.511	.000
ระดับการศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	.427	.000
ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ	.215	.000
การเผชิญความเครียด (การมุ่งแก้ปัญหา)	.063	.200
การเผชิญความเครียด (การจัดการกับอารมณ์)	.057	.200
การเผชิญความเครียด (การบรรเทาความรู้สึกเครียด)	.080	.040
การสนับสนุนทางสังคม	.127	.000
ภาพลักษณ์	.153	.000

จากผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลตัวแปรต้น 9 ตัว และตัวแปรตาม มีค่า $P < .05$ แสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่

เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ส่วนตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีค่า $P = .200 > .05$ และตัวแปรการเผชิญความเครียด การจัดการกับอารมณ์ มีค่า $P = .200 > .05$ และตัวแปรอายุ $P = .053 > .05$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งควรทดสอบวิธีอื่นร่วมด้วยต่อไป

5.2 ทดสอบโดยการทำ Histogram สำหรับผลการทดสอบเมื่อพิจารณาจาก Histogram (แผนภูมิที่ 2-9)

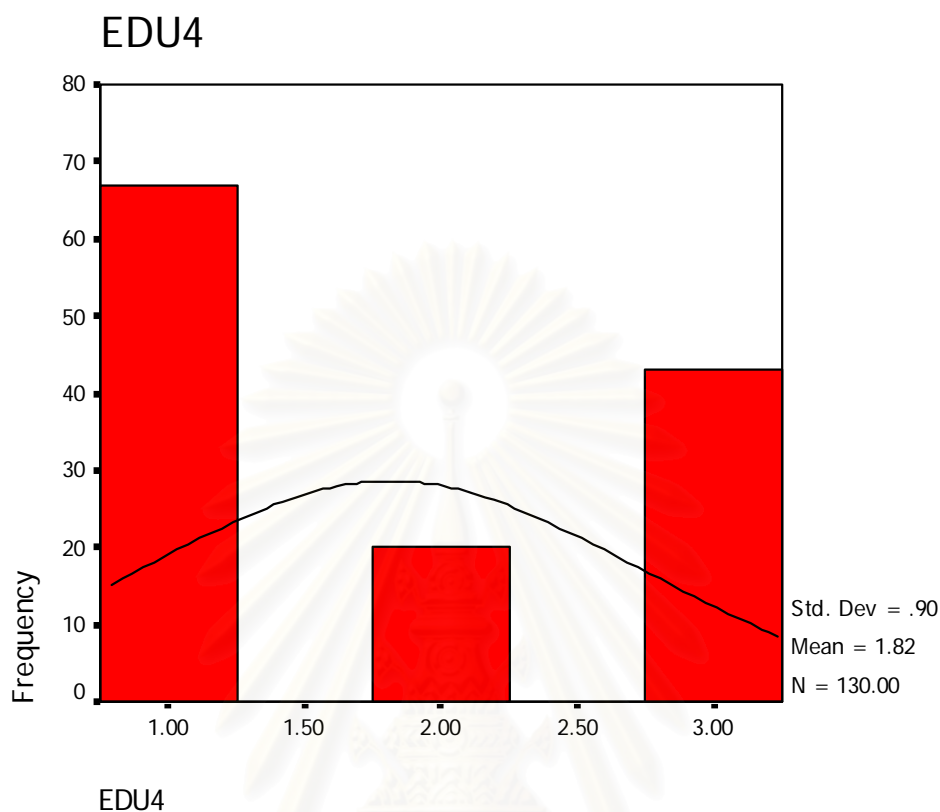
แผนภูมิที่ 2 Histogram ของตัวแปรอายุ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปร อายุ ลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

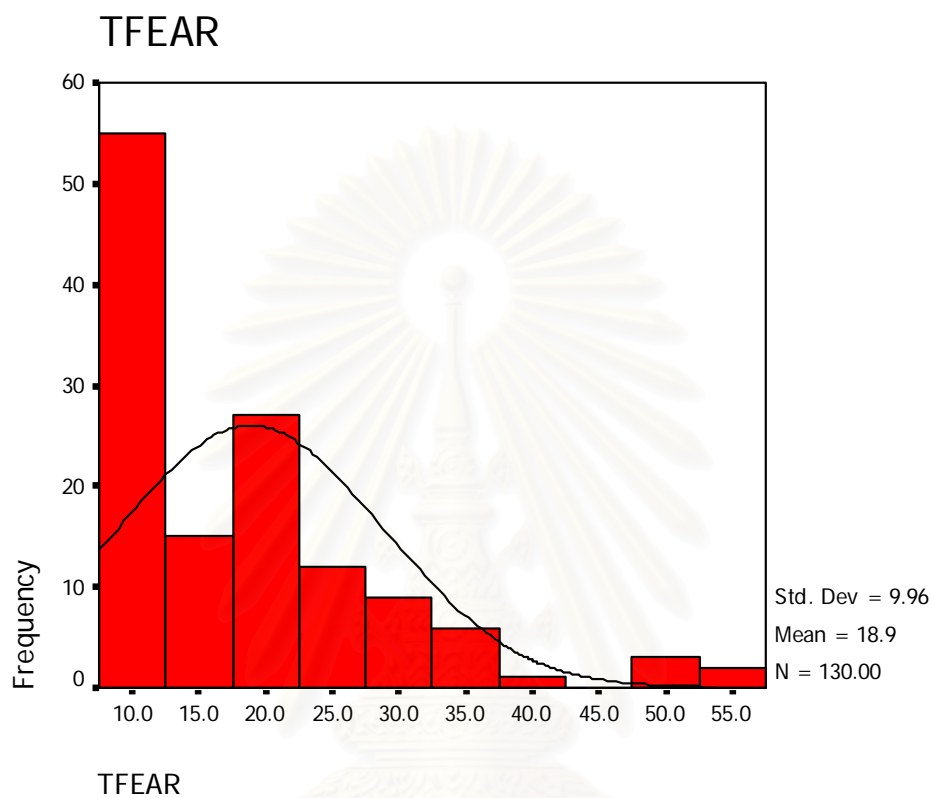
แผนภูมิที่ 3 Histogram ของตัวแปร ระดับการศึกษา



ผลการทดสอบพบว่าHistogram ของระดับการศึกษา ลักษณะการแจกแจงข้อมูลค่อนข้างเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

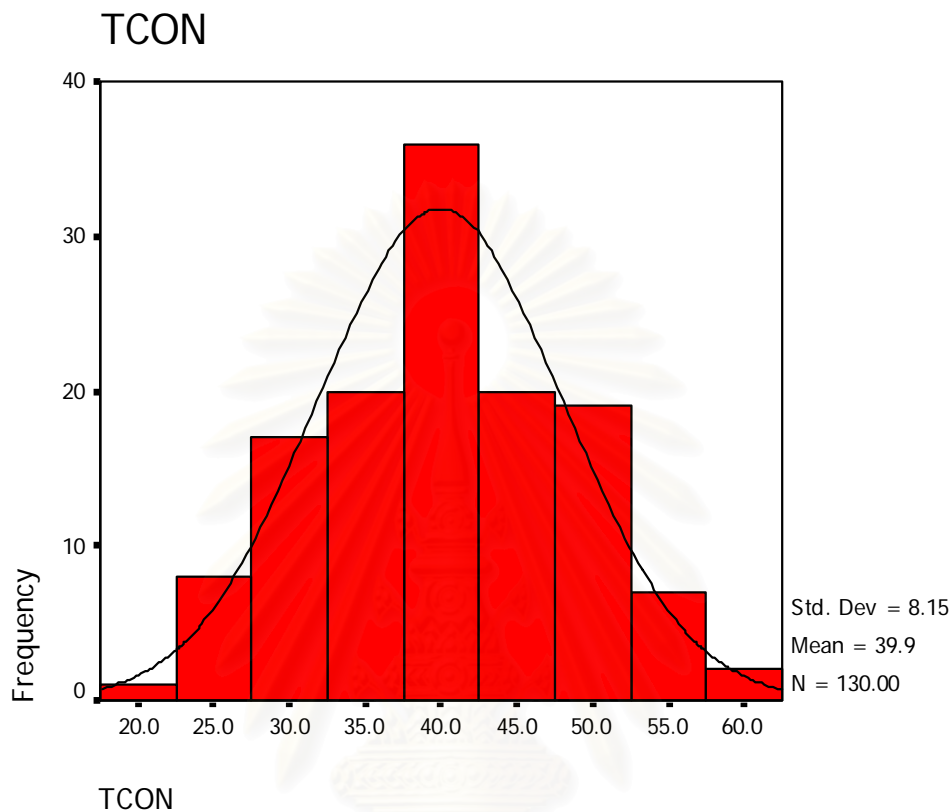
แผนภูมิที่ 4 Histogram ของตัวแปร ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ



ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปรความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญลักษณะการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

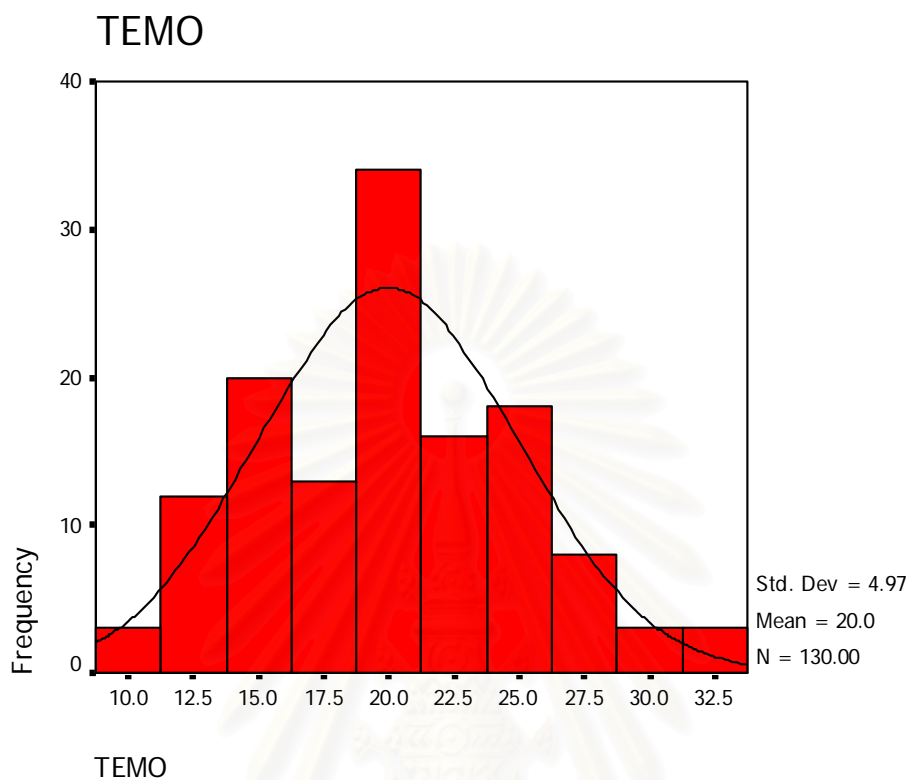
แผนภูมิที่ 5 Histogram ของตัวแปร การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา



ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปรความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

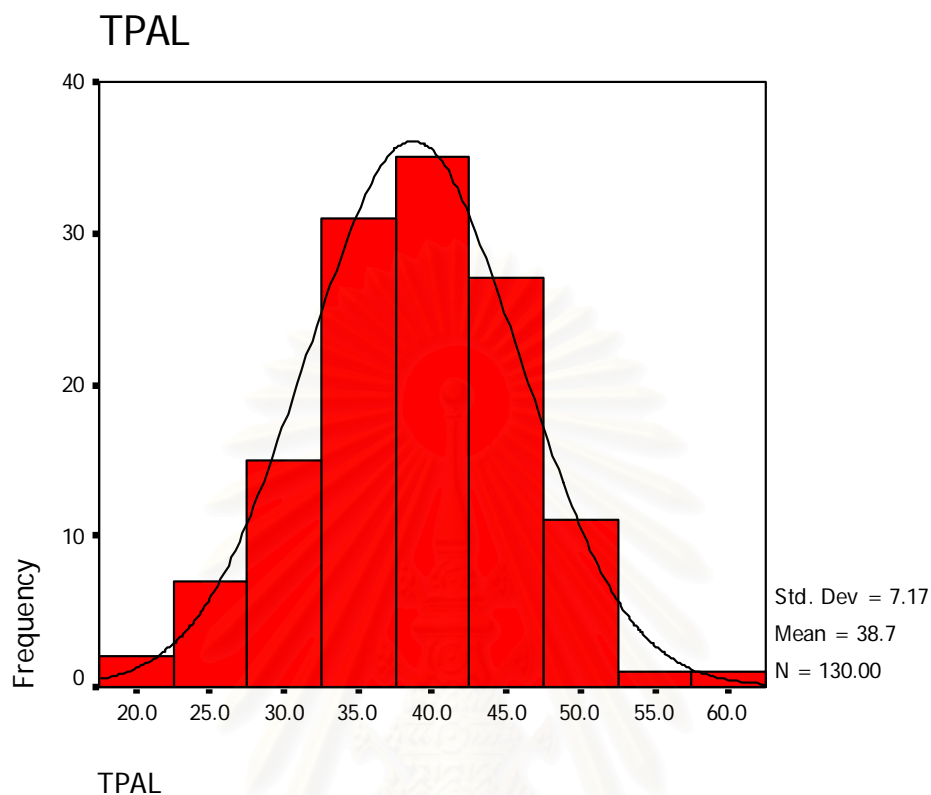
แผนภูมิที่ 6 Histogram ของตัวแปร การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์



ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่าลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

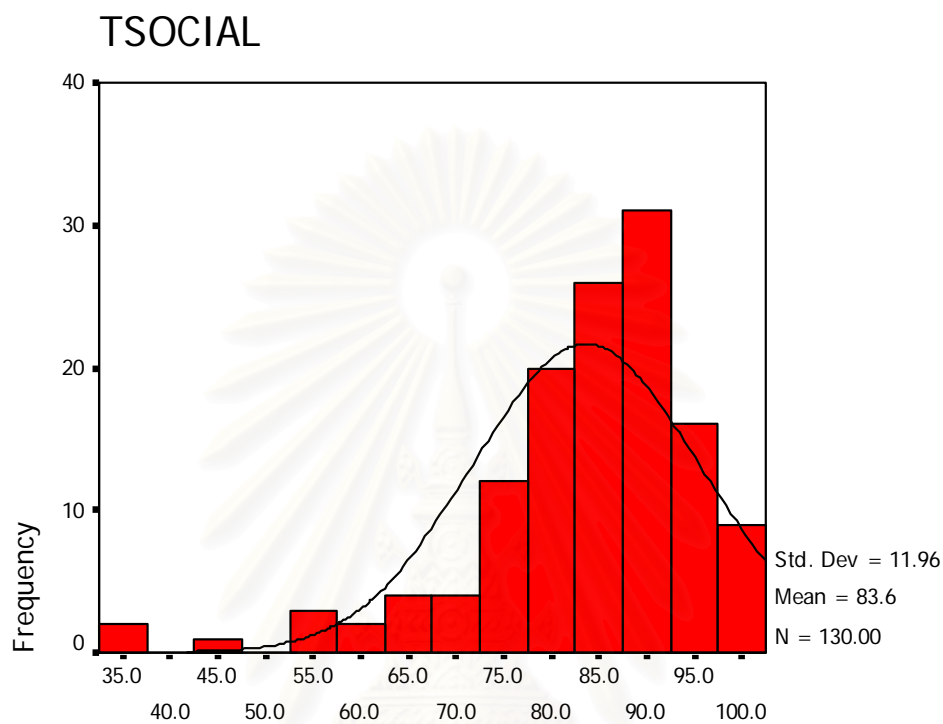
แผนภูมิที่ 7 Histogram ของตัวแปร การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด



ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด พบว่าลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 8 Histogram ของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม

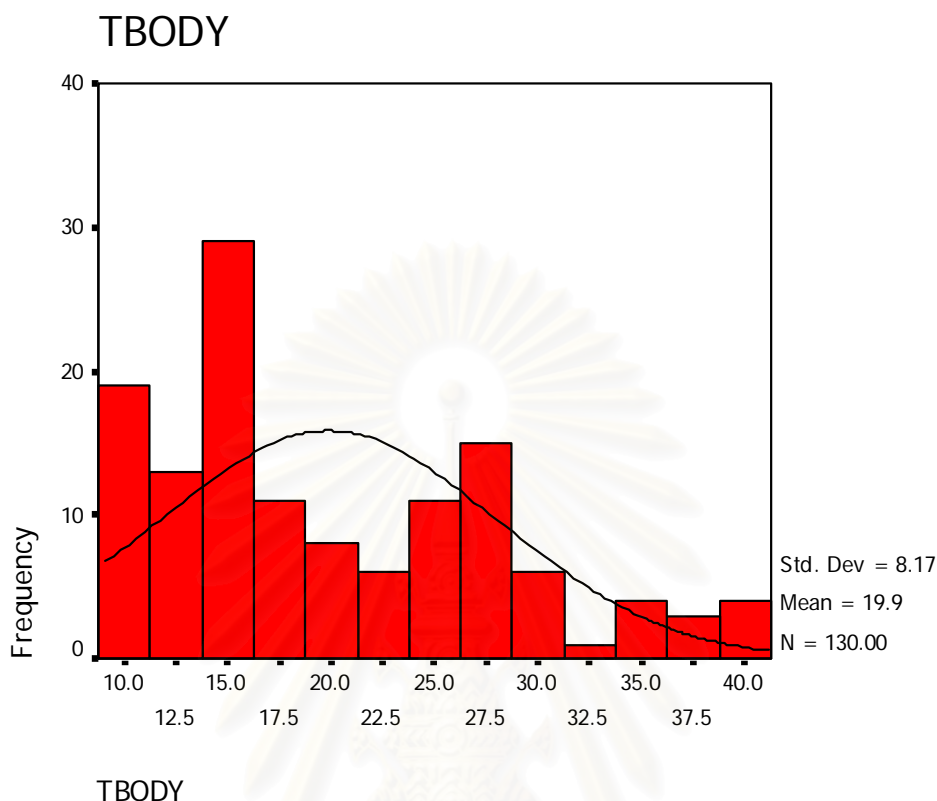


TSOCIAL

ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพบว่าลักษณะการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะเบ้ซ้าย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 9 Histogram ของตัวแปร ภาพลักษณ์



ผลการทดสอบพบว่า Histogram ของตัวแปรภาพลักษณ์ พบว่าลักษณะการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะค่อนข้างเป็นแบบโค้งปกติ

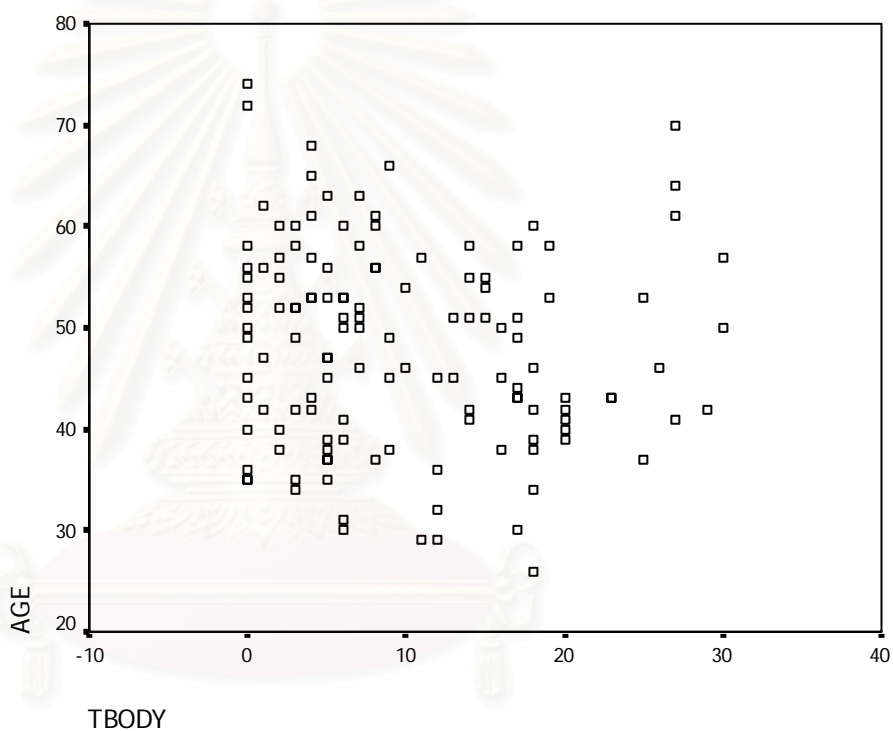
สรุปการทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้วิธี Histogram พบว่าข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ ได้แก่ อายุ การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงค่อนข้างเป็นโค้งปกติ ได้แก่ ระดับการศึกษา และ ภาพลักษณ์ ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ได้แก่ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญมีลักษณะการแจกแจงเบ้ขวา การสนับสนุนทางสังคมลักษณะการแจกแจงมีลักษณะเบ้ซ้าย

ดังนั้นผลการทดสอบข้อมูลการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทั้งการใช้วิธี Kolmogorov-Smirnov test และ การทำ Histogram พบว่าตัวแปรที่มีข้อมูลการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ คือ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

6. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 3 คือ ตัวแปรต้นแต่ละตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ผู้วิจัยทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นแต่ละตัวกับตัวแปรตามทีละคู่ โดยวิธี Scatter Plot ดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 5-11)

6.1 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอายุกับภาพลักษณ์กับภาพลักษณ์ โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอายุกับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

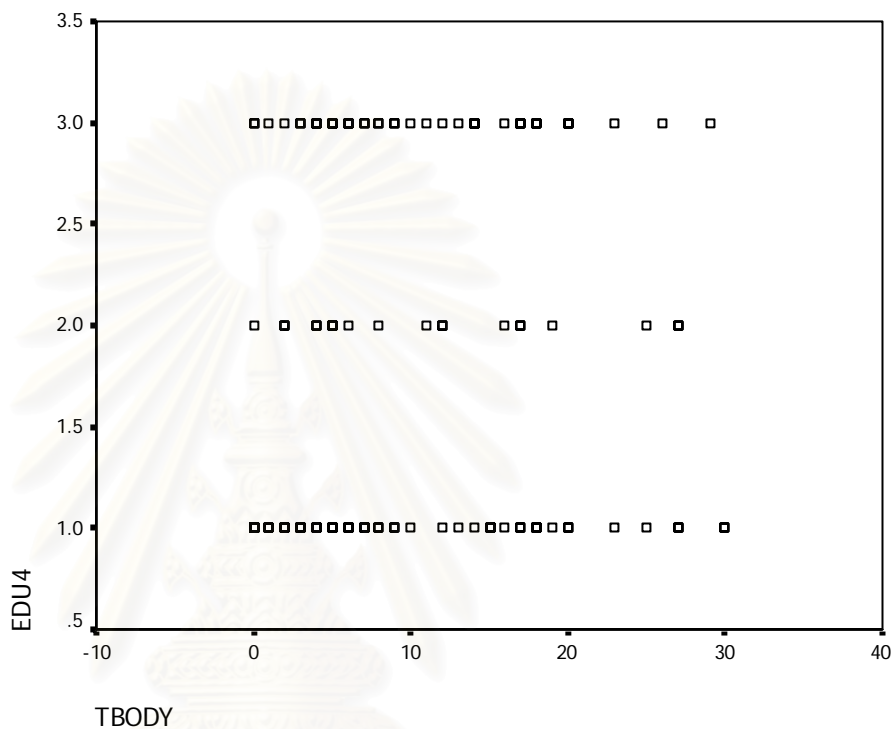
ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรอายุกับภาพลักษณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

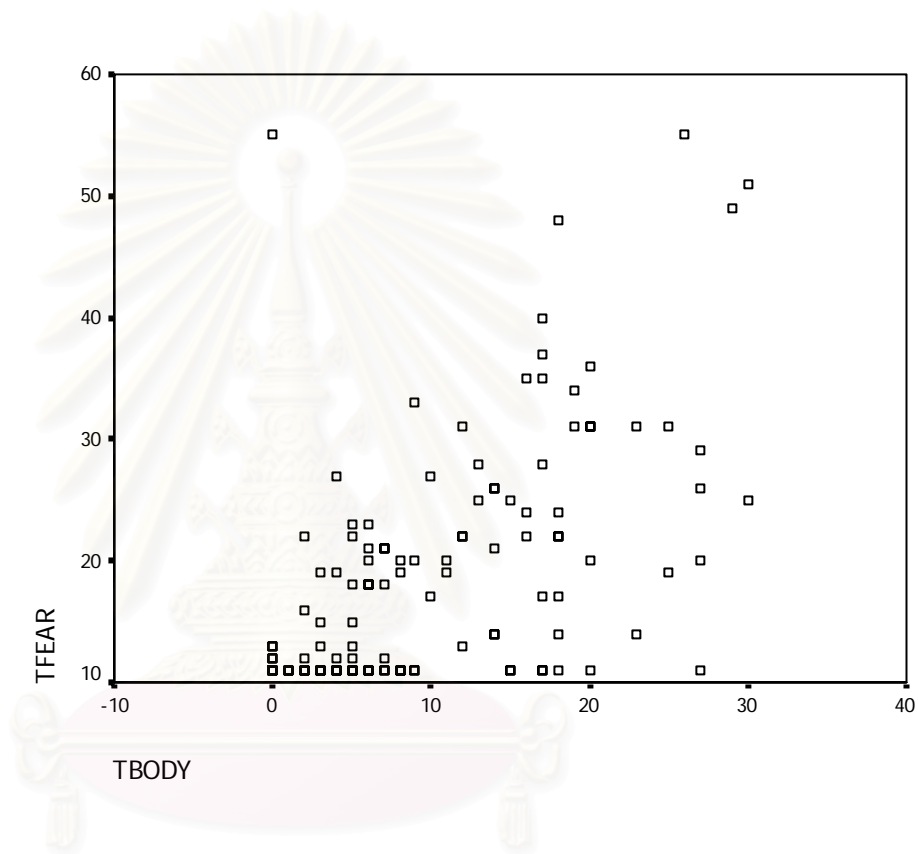
6.2 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรระดับการศึกษากับภาพลักษณ์ โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 6 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรระดับการศึกษา กับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ภาพที่ 6 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรระดับการศึกษากับภาพลักษณ์



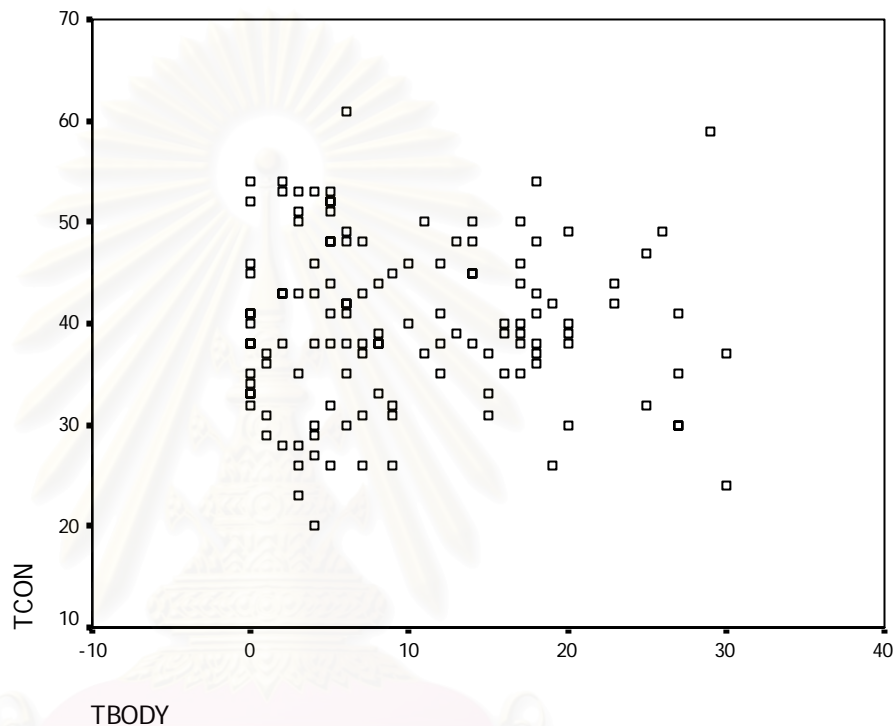
6.3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์ โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ภาพที่ 7 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญกับภาพลักษณ์



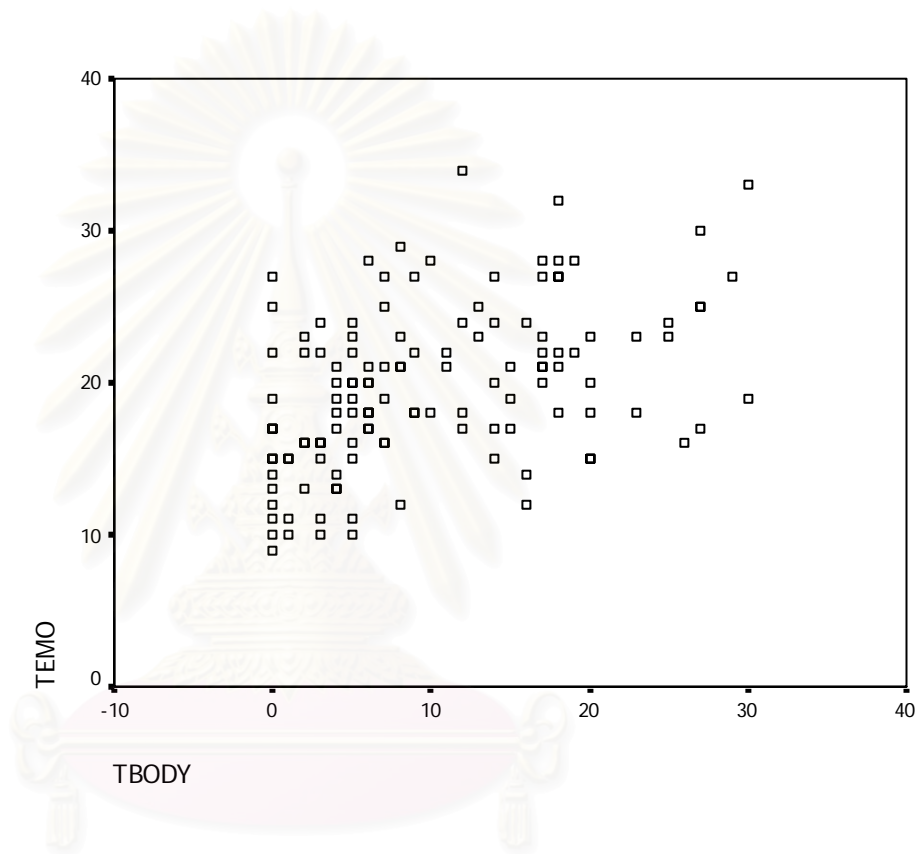
6.4 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา กับภาพลักษณ์ โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 8 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา กับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ภาพที่ 8 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา กับภาพลักษณ์



6.5 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับภาพลักษณ์ โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 9 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

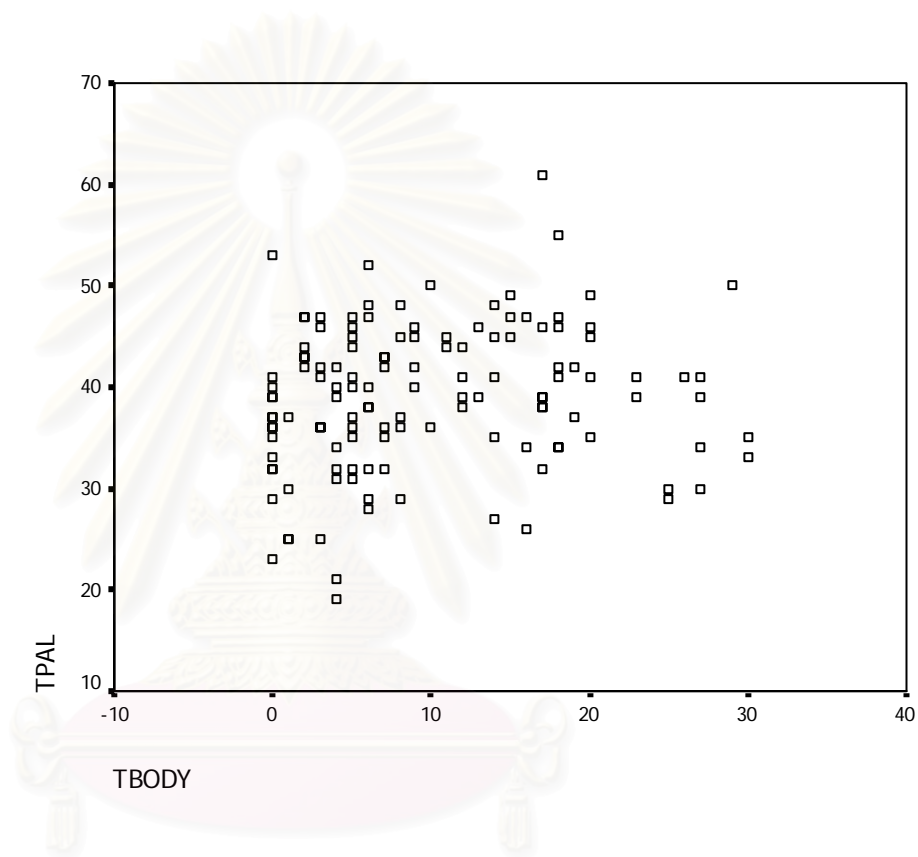
ภาพที่ 9 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับภาพลักษณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.6 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก
เครียด โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 10 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการ
บรรเทาความรู้สึกเครียดกับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

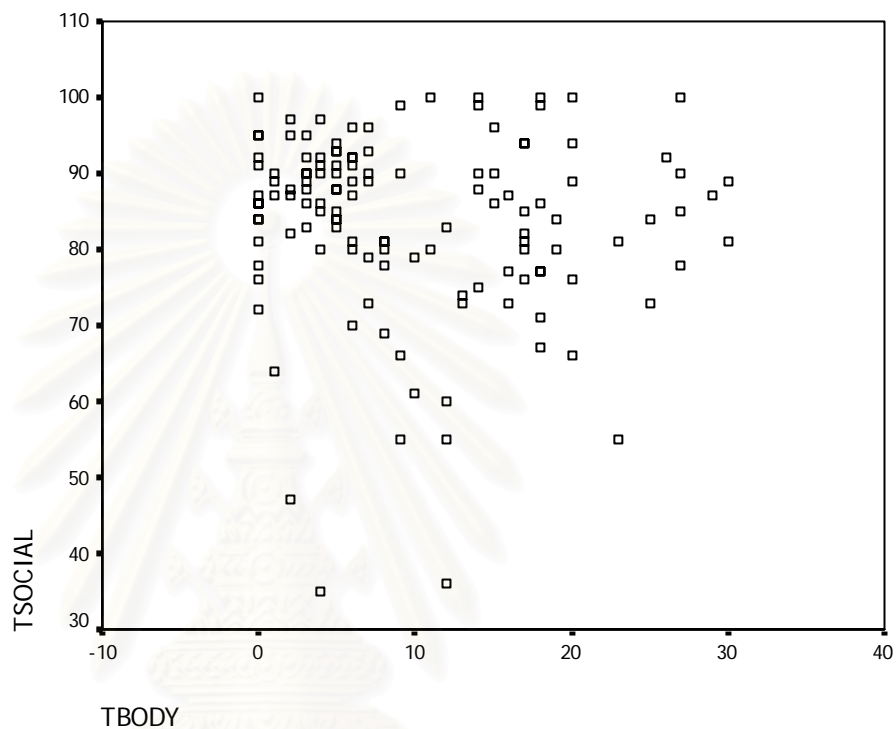
ภาพที่ 10 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก
เครียดกับภาพลักษณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.7 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยวิธี Scatter Plot ดังภาพที่ 11 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ภาพที่ 11 ความสัมพันธ์เชิงเส้นของ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม กับภาพลักษณ์



สรุปจากการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรต้นและตัวแปรตามแต่ละคู่โดยใช้วิธี Scatter Plot พบว่าตัวแปรต้นทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. การตรวจสอบเงื่อนไขข้อที่ 4 คือ ตัวแปรต้นทุกตัวต้องเป็นอิสระต่อกัน (Measures of Collinearity)

ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยใช้ 3 วิธี คือ Simple correlation technique ,Tolerance และ VIF ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.1 ใช้วิธี Simple correlation technique เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทุกตัวจะได้ Correlation matrix ถ้ามีค่า Correlation มากกว่า 0.85 ขึ้นไป นั่นคือเกิดปัญหา Multicollinearity (Schroeder, 1990 and Fox, 1997 cited in Munro, 2001 : 271) ผลการทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 10 ตัว พบว่าตัวแปรต้นบางคู่มีความสัมพันธ์กันในแต่ละคู่ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ มีค่าอยู่ระหว่าง .148 -.479 ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือ ความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ กับ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ($r = .479$) รองลงมาได้แก่ระดับการศึกษาที่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงระดับประถมศึกษา กับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ($r = -.440$) และพบว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กันเองน้อยที่สุดได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด กับ ความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ ($r = .148$) ดังแสดงในตารางที่ 17

ดังนั้นจึงต้องพิจารณาจากวิธีทดสอบอื่นต่อไป

ตารางที่ 17 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละคู่ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์ ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) และผลการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 130)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุ	1.000								
2. ระดับการศึกษา 1	.341**	1.000							
3. ระดับการศึกษา 2	-.068	-.440**	1.000						
4. ความกลัวต่อปฏิกิริยาฯ	-.265**	-.156*	-.003	1.000					
5. ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	-.328**	-.298**	.056	.194*	1.000				
6. ด้านการจัดการกับอารมณ์	-.012	.059	-.011	.479**	.107	1.000			
7. ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	-.138	.026	-.028	.148*	.347**	.286**	1.000		
8. การสนับสนุนทางสังคม	-.073	-.103	-.098	-.038	.193*	-.194*	-.007	1.000	
9. ภาพลักษณ์	-.084	-.126	.069	.561**	-.011	.464**	.145*	-.073	1.000

**= P<0.01 * = P<0.05

หมายเหตุ ระดับการศึกษา 1 หมายถึง ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงระดับประถมศึกษา , ระดับการศึกษา 2 หมายถึง ระดับมัธยมศึกษา/ปวช/ปวส

7.2 พิจารณาจากค่า Tolerance ของตัวแปรต้นแต่ละตัว หากค่า Tolerance มีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าตัวแปรต้น X_i มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นอื่นๆ มาก นั่นคือ เกิด Multicollinearity (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2546: 377; Munro, 2001: 272) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .770-1.000 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความกลัวต่อปฏิบัติการตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
อายุ	.930	1.076
ระดับการศึกษา (ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา)	.976	1.025
ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส)	1.000	1.000
ความกลัวต่อปฏิบัติการตอบสนองจากบุคคลสำคัญ	.770	1.298
การเผชิญความเครียด (การมุ่งแก้ปัญหา)	.963	1.039
การเผชิญความเครียด (การจัดการกับอารมณ์)	.770	1.298
การเผชิญความเครียด (การบรรเทาความรู้สึกเครียด)	.978	1.022
การสนับสนุนทางสังคม	.999	1.001

7.3 พิจารณาจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) ถ้า VIF มีค่ามาก แสดงว่าตัวแปรต้น X_i มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นอื่นๆ มาก นั่นคือ เกิด Multicollinearity (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2546: 378) และค่า VIF ไม่ควรสูงเกินกว่า 10 (Wetherill, 1986 cited in Armitage and Berry, 1994: 323) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.000-1.298 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังแสดงในตารางที่ 17

สรุปจากการทดสอบโดยใช้วิธี Simple correlation technique, Tolerance และ VIF ซึ่งผลการทดสอบโดยรวมเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้น	วิธีการทดสอบ	ผลการทดสอบ
1. ทดสอบค่าคลาดเคลื่อน		
1.1 ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน = 0	T-test	เป็นไปตามข้อตกลง
1.2 ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ	Histogram	เป็นไปตามข้อตกลง
	Kolmogorov-Smirnov	ไม่เป็นไปตามข้อตกลง
1.3 ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน	Durbin-Watson	เป็นไปตามข้อตกลง
1.4 ค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน ต้องคงที่	Scatter Plot	เป็นไปตามข้อตกลง
	Normal Probability Plot	เป็นไปตามข้อตกลง
2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัว ควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมี การแจกแจงแบบปกติ	Histogram	ไม่เป็นไปตามข้อตกลง
	Kolmogorov-Smirnov	ไม่เป็นไปตามข้อตกลง
3. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวและตัวแปรตาม ควรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง	Scatter Plot	ไม่เป็นไปตามข้อตกลง
4. ตัวแปรอิสระทุกตัวต้องเป็นอิสระ	Simple correlation technique	เป็นไปตามข้อตกลง
	Tolerance	
	VIF	

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสรุปได้ว่าการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 และ 4 เป็นไปตามข้อตกลงที่ตั้งไว้ ส่วนการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 และ 3 ไม่เป็นตามข้อตกลงที่ตั้งไว้ แต่เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นในข้อที่ 2 และ 3 เป็นข้อที่ไม่มีความสำคัญสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และตัวแปรส่วนใหญ่สามารถผ่านเกณฑ์ตามข้อตกลงเบื้องต้นในข้อที่ 2 และ 3 ได้ ยกเว้นปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและความกลัวต่อปฏิบัติการตอบสนองจากบุคคลสำคัญเท่านั้น ที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 และ 3 ดังนั้นจึงสามารถใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ หลังจากผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแล้ว จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวเบญจรัตน์ ชีวพูนผล เกิดวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2516 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อ พ.ศ.2537 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2546

ประสบการณ์ในการทำงานได้เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการแผนก ศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 – 2547 และย้ายมาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ประจำศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ (เพื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จนถึงปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย