ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

น.ส.พัชรินทร์ พรมโคตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO UNCERTAINTY IN BREAST CANCER SURVIVORS

Miss Phatcharin Phromcrot

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
โดย	น.ส.พัชรินทร์ พรมโคตร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พัชรินทร์ พรมโคตร : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. (FACTORS RELATED TO UNCERTAINTY IN BREAST CANCER SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุรีพร ธนศิลป์

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel & Braden (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล แบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ ที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .88, .90, .94, .91 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (X=69.04, S.D.=11.78)

2. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -.400)

3. ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .324 และ .380 ตามลำดับ)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2565 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

6077341436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: UNCERTAINTY, BREAST CANCER SURVIVOR, SYMPTOM DISTRESS, HEALTH LITERACY, FEAR OF CANCER RECURRENCE, SOCIAL SUPPORT

Phatcharin Phromcrot : FACTORS RELATED TO UNCERTAINTY IN BREAST CANCER SURVIVORS. Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, D.N.S.

The purpose of this research was to investigate uncertainty in breast cancer survivor and to determine factors associated with uncertainty including age, education, social support, symptom distress, health literacy, fear of cancer recurrence and uncertainty in breast cancer survivor. The theoretical farmwork was based on Mishel's theories of uncertainty in illness Conceptual Model of Mishel & Braden (1988). One hundred and thirty-five adult breast cancer survivors from tertiary hospitals were enrolled. The instruments used for data collection were the demographic questionnaire, Mishel's Uncertainty in illness Scale: Community Form, fear of cancer recurrence inventory short- form: FCRI-SF, health literacy, social support and memorial symptom assessment scale: MSAS-SF. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Internal Consistency Reliability for each questionnaire tested by Cronbach's alpha were .88, .90, .94, .91 and .86, respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation, range and the Pearson's product moment correlation coefficients. The findings were presented as follows:

1. Breast cancer survivors had moderate level of uncertainty in illness (X=69.04, S.D.=11.78)

2. Education was significantly negative relation to uncertainty in illness in breast cancer survivors at the .05 (r=-.400)

3. Symptom distress and Fear of cancer recurrence were significantly positive relation to uncertainty in illness in breast cancer survivors at the .05 (r=.324, .380 respectively).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study:	Nursing Science	Student's Signature .....
Academic Year:	2022	Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากความกรุณายิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นผู้ให้คำแนะนำ เสนอแนะตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรักความห่วงใย เมตตา และคอยเป็นกำลังใจพลักดันที่ดียิ่งตลอดและเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ในการปรับปรุงเนื้อหาสาระ และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตามรายนามในภาคผนวกทุกท่านที่สละเวลา ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรมสั่งสอนด้วยความรักและความเมตตา ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตลอดจนคณะแพทย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและพยาบาลประจำหน่วยงานคลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกว่องวานิช ชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทยและศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์ และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกๆ คนที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อนุเคราะห์ในการติดต่อประสานงานต่างๆ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา และมารดาที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้านเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งบุคคลอีกหลายๆ ท่านที่มิได้เอ่ยนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

พัชรินทร์ พรมโคตร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ช

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 7

คำถามการวิจัย 8

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 8

สมมุติฐานการวิจัย 13

ขอบเขตการวิจัย 13

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 14

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 17

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 18

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม 19

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 29

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิต 37

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม 59

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 62
6. กรอบแนวคิด 68
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 72
การเก็บรวบรวมข้อมูล 82
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 84
การวิเคราะห์ข้อมูล 86
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ 97
สรุปผลการวิจัย 98
อภิปรายผลการวิจัย 100
ข้อเสนอแนะ 108
บรรณานุกรม 109
ภาคผนวก 121
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 122
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย 128
ภาคผนวก ค เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย 142
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 148
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 162
ประวัติผู้เขียน 173

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม 19

ตารางที่ 2 สรุปค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 82

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา (N=135) 89

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ (N=135) 90

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้าพิจารณาตามรายด้านและโดยรวม (N=135) 91

ตารางที่ 6 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวม (N=135 92

ตารางที่ 7 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวม (N=135) 92

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=135) 93

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=135) 94

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method) เปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) (N=135) 95

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 Uncertainty in illness Theory (Mishel & Braden, 1988) 9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมถือเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและคุกคามต่อชีวิต พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทยเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 31.1 ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก (Siegel et al,. 2023) สำหรับประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทย จากข้อมูลในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้หญิงไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 18,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 49 คนต่อวัน ซึ่งแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2566 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 22,000 คนต่อปีถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆปีแต่สถิติกลับพบว่าอัตราการตายกลับมีแนวโน้มลดลงโดยพบว่าอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมลดลงกว่าร้อยละ 1-2 โดยเริ่มลดลงตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบัน (Siegel et al,. 2023)

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะ 0 และระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 100 ระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 93 ระยะที่ 3 เท่ากับร้อยละ 72 และระยะที่ 4 เท่ากับร้อยละ 22 และอัตราการรอดชีวิตโดยรวมร้อยละ 89.7 ในประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1, 2A, 2B, 3 และ 4 เท่ากับร้อยละ 94.3, 84.5, 74.8, 50.7 และ 25 ตามลำดับ โดยมีอัตราการรอดชีวิตรวมเท่ากับร้อยละ 73.7 เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก (ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3) เพิ่มสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่โรคจะหายขาดได้สูงถึงร้อยละ 97 และมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น ปัจจุบันจึงพบว่ามีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงถึง 6 ล้านคนทั่วโลกโดยพบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 91 อัตราการรอดชีวิตที่ 10 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 และการรอดชีวิตที่ 15 ปีสูงถึงร้อยละ 80 (American Cancer Society, 2023)

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังคงดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบัน โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะการวินิจฉัยโรค (Acute survivorship) หมายถึง ระยะตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาจนจบตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 ระยะการรักษาครบ (Extended

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

survivorship) หมายถึง ระยะตั้งแต่ได้รับการรักษาครบและเป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาของโรคหรือไม่ และระยะที่ 3 ระยะรอดชีวิตอย่างถาวร (Permanent survivorship) หมายถึง เป็นระยะที่แน่ใจได้ว่าไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (Mullan, 1985 as cited in จิตรา ศิวรักษ์, 2559) ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะการรักษาครบโดยการทำผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งที่อยู่ในช่วงเฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ 3 เดือนถึง 5 ปี ตลอดจนถึงระยะรอดชีวิตอย่างถาวรโดยแน่ใจว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำคือระยะหลัง 5 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นอีกทั้งยังคงได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาแต่กลับได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพลดลงทำให้ยากลำบากในการปรับตัวเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาไปแล้วยังคงต้องได้รับการติดตามเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการกลับมาเป็นซ้ำของโรคโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูงถึงร้อยละ 45 ที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำภายใน 5 ปีภายหลังที่จบการรักษาไปแล้ว นอกจากนั้นยังได้รับการเฝ้าติดตามเพื่อป้องกันและจัดการอาการแทรกซ้อน ผลข้างเคียงระยะยาวที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งสามารถพบได้มากกว่าระยะอื่นสูงถึง 68.7% (Ogle et al., 2000) ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมแต่ละคนจะได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันและแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังอยู่ในช่วงที่ได้รับการรักษา (Kim et al., 2012)อาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลกระทบของโรคและการรักษาที่ได้รับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กระทบต่อมิติความเป็นองค์รวมด้านสุขภาพคือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากภาวะของโรคและการรักษาต่างๆ มากมายทั้งจากการผ่าตัดเต้านม การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี รวมทั้งการได้รับยาต้านฮอร์โมนที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้รับ เช่น ภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณแขนบวมจากการคั่งของน้ำเหลือง (Lymphedema) ส่งผลทำให้เกิดภาวะแขนบวมและข้อไหล่ติด หลังทำผ่าตัดโดยเฉพาะการตัดเต้านมร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ การได้รับการฉายรังสีที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ร้อยละ 43 ถึง 94 ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Armer and Stewart, 2010) นอกจากนั้นการได้รับรังสีรักษาอาจส่งผลทำให้เกิดความเสื่อมของเนื้อปอดทำให้ปริมาณความจุในเนื้อปอดลดลง (พรศรี คิดชอบ, 2543) เกิดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ซึ่งสามารถเกิดได้ถึงร้อยละ 50 หลังจบการรักษา (Broeckel et al.,1998) อาการปวด อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า นอนไม่หลับ (Hall et al., 2014) จากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การเปลี่ยนแปลงของสีผิว การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเพศ (Gill et al., 2004) ก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยากจากการทำงานของรังไข่ลดลงในผู้ป่วยอายุน้อยที่รอดชีวิตจากการได้รับยาเคมีบำบัด หมดประจำเดือนก่อนวัย (Partidge & Winer, 2004) ภาวะกระดูกบาง ความไม่สุขสบาย อาการร้อนวูบวาบ จากการได้รับการรักษาเสริมโดยใช้ยาฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และการรับความรู้สึกที่ลดลงผลกระทบทางด้านร่างกายเหล่านี้พบว่าสามารถเกิดขึ้นได้หลังการรักษาสิ้นสุดลงเป็นระยะเวลาหนึ่งปีหรือเป็นระยะเวลาหลายปีหลังการรักษาสิ้นสุดลง ส่วนมากพบได้มากกว่าหนึ่งอาการที่ผู้รอดชีวิตต้องเผชิญส่งผลทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและสุขภาพของตนเองในอนาคต

2. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สูญเสียบทบาทของผู้หญิงที่มีบทบาทการเป็นภรรยา การเป็นมารดาส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา สูญเสียบทบาททางสังคม มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ขาดความมั่นใจ ส่งผลให้บทบาทการมีส่วนร่วมต่อสังคมเกิดการแยกตัวจากสังคม (ชลิยา วามะลุน และคณะ, 2553) เกิดความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการรักษาสิ้นสุดลง (Fallowfield & Jenkins, 2014) รวมทั้งมีปัญหาทางด้านการเงิน จากการที่ต้องหยุดงาน สูญเสียโอกาสทางการงาน การจ้างงาน จากการที่ขาดงานเป็นเวลานานและหลังการรักษาก็มักจะไม่แข็งแรงพอที่จะกลับไปทำงานได้อีก นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาในการไม่ได้รับการพิจารณาให้มีโอกาสเข้าทำงานใหม่เนื่องจากมีประวัติเป็นมะเร็ง (Fredette, 1995) เรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาต่าง ๆเนื่องจากเป็นโรคที่มีค่ารักษาสูงและระยะเวลารักษาใช้เวลานานนอกจากนั้นต้องได้รับการตรวจติดตามอาการตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยหรือปานกลาง (Ferrell, 1996) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยหรือยังไม่ได้แต่งงานอาจสูญเสียโอกาสในการสร้างครอบครัว

3. ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ไม่ดีหลังจากจบการรักษาไปแล้วโดยพบว่ามีความเครียดและวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 73 - 80 (Bender et al., 2005) มีความกลัวการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ วิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคสูงถึงร้อยละ 96.7 ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (Sammarco, 2001) เกิดภาวะเศร้าโศก หดหู่ รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตต่อความเจ็บป่วยและความตายเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง (Fredette, 1995) กังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์

ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางด้านการเงิน

4. ด้านจิตวิญญาณ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และการดำเนินของโรคในอนาคต (จิตรา ศิวรักษ์ และคณะ, 2555) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในแง่ลบ และการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่ไม่แน่นอน คาดเดาไม่ได้นอกจากนั้นการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะสามารถควบคุมและรักษาโรคให้หายขาดได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกระยะของการเจ็บป่วยโดยสามารถเกิดได้ถึงร้อยละ 83.8 เนื่องจากผู้ป่วยไม่แน่ใจผลการรักษาว่าตนเองจะหายจากโรคหรือการรักษาจะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ (ธนิญา น้อยเปียง, 2545)

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับความท้าทายทางด้านสุขภาพและทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่สำคัญและพบอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Mishel & Braden, 1988; Shaha et al., 2008) ถือเป็นประสบการณ์ทางด้านลบสามารถทำนายความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่สูงขึ้นจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Nelson, 1996; Sammarco, 2001; Wonghongkul et al., 2006) นอกจากนั้นยังพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ($r = -.48$, $p < .001$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่มีอายุมากได้ถึงร้อยละ 23.4 (Sammarco, 2001) ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพบได้อย่างแพร่หลายและเป็นประสบการณ์ที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมทุกคนต้องเผชิญตลอดระยะเวลาการรอดชีวิตโดยพบว่ามีสัมพันธ์กับการแปลความหมายและการจัดการกับผลข้างเคียงระยะยาว จากโรคและการรักษาที่ได้รับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการทางด้านร่างกาย ผลกระทบจากอาการความทุกข์ทรมานจากอาการ ที่คงอยู่จากการรักษา ซึ่งผู้รอดชีวิตไม่สามารถรับรู้หรือคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่และอาการที่เกิดขึ้นแบบไหนที่เป็นอันตรายหรือเป็นอาการทั่วไปที่เกิดได้ในผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษา พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาวหลังจบการรักษาไปแล้วจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้มากเพราะไม่มั่นใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดจากการกำเริบของโรคบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคหรือเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาที่เคยได้รับ (Gray et al., 1998)

เช่น อาการแขนบวมจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ซึ่งเป็นผลข้างเคียงระยะยาวที่สามารถเกิดได้ตั้งแต่ 2%- 62% และสามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลาหลังจบการรักษาไปจนถึงหลายปีหลังจบการรักษา (Farncombe et al., 1994) ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาการอ่อนล้า เป็นต้น ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยพบได้มากในช่วง 5 ปีแรกหลังสิ้นสุดการรักษาสามารถพบได้ถึงร้อยละ 4.3 หลังจากนั้นพบว่าจะค่อยๆลดลงเรื่อย ๆ (Gill et al., 2004) (Sammarco, 2009) ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งแสดงออกไม่เหมือนกัน หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับที่สูงจะประเมินว่าเป็นอันตรายซึ่งมีความสัมพันธ์ทำให้มองโลกไปในด้านลบ ทำให้การจัดการด้านอารมณ์เกี่ยวกับอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาไม่เหมาะสม (Ahmadidarrehsima et al., 2018) นอกจากนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยยังเกิดจากการขาดแหล่งข้อมูลในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเผชิญกับความเจ็บป่วย ส่งผลทำให้การรับรู้ลดลงส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอน (Shaha et al., 2008)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงความหมาย ไม่สามารถระบุ ทำนายผลลัพธ์ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ (Barahmand & Haji, 2014; Mishel & Braden, 1988) Mishel and Braden (1988) ได้แบ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็น 4 ลักษณะคือ 1) ความคลุมเครือของความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล 3) การที่ได้รับข้อมูลไม่คงเส้นคงวาหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับและ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้ลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนของบคุคลเป็นผลจากการประเมินและให้ความหมายของเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่บุคคลประสบ ความสามารถในการประเมินของบุคคลจะขึ้นอยู่กับ ปัจจัยหลายประการเช่น ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยประสบมาก่อน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษาหรืออาการที่เคยได้รับ และภาวะสุขภาพอาการหรือปัญหาที่กำลังเผชิญ (Mishel & Braden, 1988)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมไม่สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจบการรักษาได้ ไม่สามารถคาดเดาอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทำให้เกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถอธิบายสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่พบได้อย่างแพร่หลายในผู้รอดชีวิตจาก

มะเร็งเต้านม ดังนั้นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อาจเลือกกลวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร หากมองว่าเป็นภัยคุกคามและเป็นอันตราย จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (Wonghongkul et al., 2006) ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามมา ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการ การกลับมาเป็นซ้ำรวมทั้งแบบแผนอาการที่แสดงออกมาทำให้ตีความหมายไปในทางลบส่งผลทำให้การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหาไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง (ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ท้อแท้ สิ้นหวัง และจากการที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (จุฬาลักษณ์ กวีวิวิธชัย, 2536)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมพบว่า สถานทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นจากการรักษามีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Kim et al., 2012) เนื่องจากไม่สามารถระบุได้ว่าอาการและอาการแสดงที่เคยเกิดขึ้นมานั้นเป็นอาการที่พบได้โดยทั่วไปหรือเป็นอาการที่เกิดจากกำเริบของโรคหรือการกระจายของมะเร็ง (Gill et al., 2004) นอกจากนั้นยังพบว่าการสนับสนุนด้านสังคม (Sammarco, 2001) โดยเฉพาะด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและแผนการรักษา การกลับมาเป็นซ้ำของโรคมีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความกลัวโรคกลับมาเป็นซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาไปแล้วเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยผ่านอาการหรืออาการแสดงที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยส่วนบุคคล อายุ หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Ahadzadeh & Sharif, 2018; Ahmadidarrehsima et al., 2018) นอกจากนั้นยังพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยมีผลต่อระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยพบว่าผู้ป่วยที่จบการรักษาในช่วง1- 2 ปีแรกจะมีระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ป่วยที่จบการรักษามาเป็นเวลานานโดยจะลดลงหลังจากผ่านการรักษามาแล้วมากกว่า 5 ปี (Sajjadi et al., 2016) รวมทั้งระดับการศึกษาและประวัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งในครอบครัวก็มีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Ahmadidarrehsima et al., 2018) อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านอื่น

เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม ทางสังคมที่แตกต่างกัน เหล่านี้ก็สามารถมีอิทธิพลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้เช่นกัน (Ahadzadeh & Sharif, 2018)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังมีข้อจำกัดในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งส่วนมากเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่แตกต่างกันและการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในช่วงที่กำลังได้รับการรักษา ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตที่จบการรักษาไปแล้วและอยู่ในช่วงของการเฝ้าติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของโรคตลอดจนมั่นใจว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นและผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงได้รับผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมครอบครัวซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและอยู่ในช่วงที่กำลังรักษาเพื่อป้องกันและลดความไม่แน่ในความเจ็บป่วยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นนอกจากนั้นยังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิตในประเทศไทย และในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคไตวาย เบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งศีรษะและลำคอและถึงแม้จะมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเองก็พบว่าทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หลังการทำผ่าตัด ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การฉายแสง แต่ยังขาดการศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาไปแล้วและอยู่ในช่วงของการเฝ้าติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของโรคไปตลอดจนมั่นใจว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำถามการวิจัย

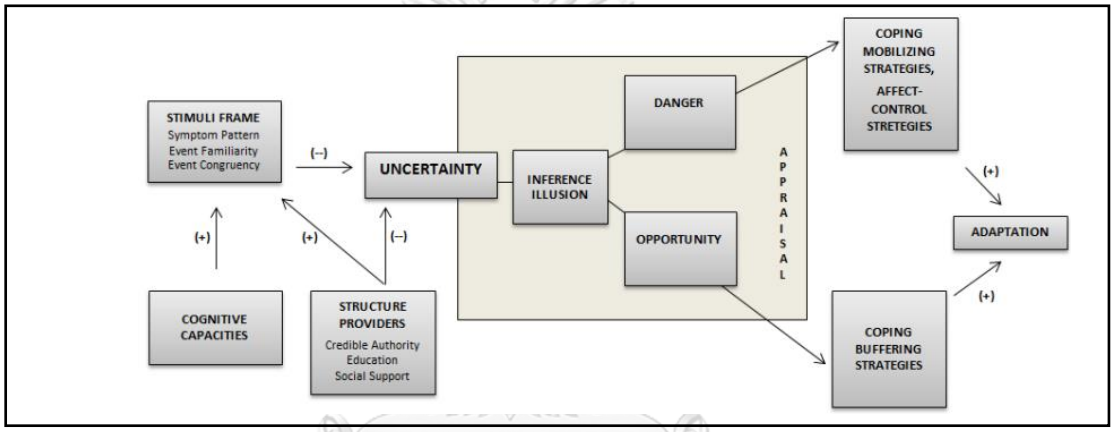
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเป็นอย่างไร
2. อายุ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel มาเป็นกรอบแนวคิดโดย Mishel and Braden (1988) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ 3 ประการคือ 1) แบบแผนของสิ่งที่มากระตุ้น (Stimuli frame) จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยซึ่งจะส่งผลช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง ธรรมชาติของโรคมะเร็งเต้านมหากโรคมีความรุนแรงมากมักได้รับการรักษาที่ซับซ้อนอาจจะส่งผลให้มีระดับความรุนแรงของอาการและทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต (Braden, 1990; Mishel, 1984) การรบกวนจากอาการที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งประกอบไปด้วยแบบแผนอาการความเจ็บป่วย (Symptom pattern) ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งระยะเวลาและตำแหน่งที่เกิดอาการหากอาการแสดงมีความไม่สม่ำเสมอและเกิดขึ้นบ่อยครั้ง อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้นได้ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event familiarity) โดยพบว่าหากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์และเคยชินกับเหตุการณ์ไม่รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่แปลกใหม่ก็จะทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงและความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event congruence) เมื่อความคาดหวังของผลการรักษาเกิดขึ้นอย่างคาดไม่ถึง หรือผลของการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือกำหนดไว้จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ 2) ปัจจัยด้านความสามารถในการใช้สติปัญญา (Cognitive capacity) เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านแบบแผนของสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นความสามารถของคนในการแปลข้อมูลข่าวสารที่ได้รับให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ 3) ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ (Structure provider) ช่วยให้บุคคลสามารถแปลความหมายของสิ่งเร้าได้อย่างถูกต้อง สามารถช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การศึกษา (Education) ช่วยทำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคการรักษาและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ สามารถแสวงหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แหล่งข้อมูลได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแทรกซ้อนการรักษาต่าง ๆ รวมถึงแสวงหาความรู้จากคนใกล้ชิด ทีมสุขภาพรวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ที่ใกล้ชิดหรือมีปัญหาที่ใกล้เคียงกันจะสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ และสุดท้ายความเชื่อถือในบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Credible authority) จะช่วยทำให้เกิดความชัดเจนของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นโดยเฉพาะกับทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาลที่คอยให้ความช่วยเหลือ ทำให้เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนการดำเนินการของโรคได้ชัดเจนมากขึ้น ลดความคลุมเครือลงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงด้วย



ภาพที่ 1 Uncertainty in illness Theory (Mishel & Braden, 1988)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ (Mishel & Braden, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อสรรหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำส่วนปัจจัยทางด้านความสามารถในการใช้สติปัญญาไม่ได้นำมาทำการศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยผ่านกรอบสิ่งกระตุ้นซึ่งผู้วิจัยต้องการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อลดภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งปัจจัยทางด้านนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าไม่ได้นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้ที่

รอดชีวิตหรือแม้กระทั่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น จึงคัดสรรเฉพาะปัจจัยที่ความสัมพันธ์ทางตรงดังรายละเอียด ดังนี้

อายุ เป็นตัวแปรที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยอายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่การดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง การตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นเพื่อคงความมีภาวะสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอายุน้อย พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุน้อยมักเป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่มีความรุนแรงดุร้ายและได้รับการรักษาแบบผสมผสานทั้งการรักษาหลักและการรักษาเสริมขั้นตอนการรักษาจึงมีความซับซ้อนนอกจากนั้นยังมีโอกาสสูงที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำหรือกระจายมากกว่าด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น การเรียน การทำงานหรือแม้กระทั่งการสร้างครอบครัวและการมีบุตรในอนาคต อายุจึงเป็นตัวแปรอีกตัวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้นอายุน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิดในแหล่งประโยชน์และจากการทบทวนวรรณกรรม มีผลต่อการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น ทำให้มีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี ทำให้มองเห็นสิ่งเร้าได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถทำนายและคาดเดาอาการและอาการแสดงที่อาจจะเกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้ ระดับการศึกษามีอิทธิพลด้านลบต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ถึงร้อยละ 50 (สมจิต บุญจันทร์และคณะ, 2534) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยสามารถแสวงหาข้อมูลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งสามารถเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นหรือเผชิญได้ (Sajjadi et al., 2016) ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่อยู่ในแหล่งประโยชน์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลอันเป็นที่รัก หรือแม้กระทั่งบุคคลอื่นในสังคมทีมสุขภาพ ช่วยทำให้สามารถเข้าใจถึงเหตุการณ์ต่าง ๆที่เกิดขึ้นและกำลังเผชิญอยู่ การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้บุคคลสามารถบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนและเผชิญกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Liu et al., 2006) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรงลดความคลุมเครือและความซับซ้อนทำให้เข้าใจและแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้นและทางอ้อมโดยผ่านกรอบของสิ่งเร้าซึ่งทำให้คาดเดาเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมที่สูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ(Mishel & Braden, 1987; Sammarco, 2001) จากงานวิจัยของ Feather and Wainstock (1989) พบว่าการสนับสนุนจากคู่ชีวิตและครอบครัวจะช่วยให้ ผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยเป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะนำมาเพื่อช่วยลดภาวะที่รู้สึกเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ทำให้เข้าใจแนวทางการรักษาได้ชัดเจนขึ้น สร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน พบว่าหากผู้ป่วยมีความรู้และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองจะสามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความความเจ็บป่วยได้ (Sammarco, 2001) การสนับสนุนทางสังคมด้านทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง (Shana et al., 2008) นอกจากนั้นยังพบว่าการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับเหมือนๆกันระหว่างกันช่วยให้บุคคลเข้าใจแง่มุมของความเจ็บป่วยการรักษา การดูแลตนเองในการอยู่รอดชีวิตซึ่งสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ (Hall et al., 2014)ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptoms Distress) เป็นปัจจัยที่อยู่ในแบบแผนของสิ่งที่มากระตุ้น พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมยังต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ภายหลังจากการรักษาหลักสิ้นสุดลงบางอาการดำเนินมาตั้งแต่ผู้ป่วยกำลังรักษาอยู่และยังคงดำเนินต่อมาถึงปัจจุบัน หรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นมาภายหลังที่จบการรักษาไปแล้ว ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมต้องเผชิญเป็นระยะเวลานานตลอดการเจ็บป่วยโดยการความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Gill et al., 2004) ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ไม่สามารถระบุ หรือลงความเห็นได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษาหรือเกิดขึ้นใหม่จากการที่โรครุนแรงขึ้น (Ferrell et al. 1998) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังสิ้นสุดการรักษาพบว่า ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายในระยะยาวอย่างน้อยหนึ่งอาการโดยพบได้ถึงร้อยละ 84 (Mast, 1995) จากการบทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้แก่ อาการปวด อ่อนล้า แขนบวม ปวดข้อ นอนไม่หลับ อาการหายใจลำบาก กลุ่มอาการของคนวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่าลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นยังสามารถส่งผลต่อระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการไม่คงที่ขึ้นๆลงๆจะมีความไม่แน่นอนในระดับที่สูงนอกจากนั้น

ยังพบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและทำให้การปรับตัวได้ลดลง (Mishel, 1984)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ รวมทั้งความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลที่มีได้อย่างเหมาะสมเพื่อปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Nielsen-Bohlman L. et al., 2004) ความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเหตุผลในการรักษาส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาและการทำหน้าที่ลดลด (Wolf et al., 2005) การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะสามารถดูแลตนเองและตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพของตนเองหรือลงความเห็นเกี่ยวกับอาการการดูแลสุขภาพได้นั้นต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นและนำข้อมูลที่ได้ทำความเข้าใจรวมทั้งนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล ขาดเรื่องของการคิดวิเคราะห์ ส่งผลให้มีข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการจัดการกับอาการป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพที่ได้รับจากทีมสุขภาพส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้อาการกำเริบทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (สันติ ยอมประโคน และคณะ, 2014) ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างถ่องแท้สามารถตัดสินใจร่วมกัน เกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง การรักษา การปฏิบัติตัว โดยความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นตัวแปรที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของตนเองผลการรักษาที่ได้รับเป็นความรู้สึกกลัวกังวล ห่วง ว่าตนเองจะกลับเป็นมะเร็งอีกครั้งที่อวัยวะเดิมหรือเกิดขึ้นที่อวัยวะอื่นของร่างกาย (เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล, 2559) ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นความรู้สึกที่มักจะเกิดขึ้นได้ภายหลังการรักษาสิ้นสุดลงใหม่ ๆ และดำเนินไปจนกระทั่ง 5 ปีแรกหลังจบการรักษาและหลังจากนั้นความรู้สึกนี้จะค่อยๆลดลงไป (Mullan, 1985) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ร้อยละ 39 ถึง 97 ในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้รอดชีวิต เนื่องจากธรรมชาติของโรคมะเร็งสามารถที่จะแพร่กระจายและกลับมาเป็นซ้ำได้ การรักษาที่ได้รับก็ไม่

สามารถรับประกันได้ว่าจะรักษาโรคให้หายขาดหรือควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายได้ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำนี้มีลักษณะขึ้นๆ ลงๆ และขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น การมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา เมื่อตรวจพบความผิดปกติ หรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น (Vickberg, 2001) ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดความไม่คุ้นเคยและไม่คาดหวังว่าอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นหลังจบการรักษาผ่านพ้นไปแล้ว เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อย ปวด ซึ่งความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำนั้นส่งผลต่อระดับความไม่แน่นอนสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆโดยเฉพาะทางด้านจิตใจและอารมณ์ ในช่วงจบการรักษาจึงจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างไปจากช่วงอื่นซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่เฝ้าติดตามการกลับมาเป็นซ้ำดังนั้นความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

สมมุติฐานการวิจัย

1. อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
2. ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เป็นผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งเต้านมสิ้นสุดการรักษาหลักโดยการทำผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งอยู่ในช่วงเฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ 3 เดือนถึง 5 ปี ตลอดจนถึงระยะรอดชีวิตอย่างถาวรโดยแน่ใจว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำคือระยะหลัง 5 ปีซึ่งยังดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันโดยที่ไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอายุระหว่าง 20 ปีถึง 60 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ส่วนตัวแปรตามคือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงภายหลังจากสิ้นสุดการรักษาหลักโดยการทำผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งที่อยู่ในช่วงเฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ 3 เดือนถึง 5 ปี ตลอดจนถึงระยะรอดชีวิตอย่างถาวรโดยแน่ใจว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำคือระยะหลัง 5 ปีซึ่งยังดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันโดยที่ไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันโดยนับอายุเต็มเป็นปีของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมขณะที่เข้าร่วมการวิจัย

ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิทางการศึกษาสูงสุดของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรับรองทางด้านการศึกษาที่ได้รับขณะที่เข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอนุปริญญา ระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมถึงความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือจาก คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พ่อ แม่ พี่ น้อง บุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่าง ๆ คลอบคลุม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของการเงินและการงาน โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แปลเป็นภาษาไทยโดย วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981) ทำการดัดแปลงโดยจารุวรรณ ป้อมกลางให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึงการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับความห่วงใยดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ให้ความรัก จากบุคคลใกล้ชิด

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึงการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับข้อมูลรวมถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ คำแนะนำและข้อเสนอแนะจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ

3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงิน หมายถึงการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เวลา แรงงาน รวมถึงสิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์

4. การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ หมายถึงการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพ ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่ารวมถึงได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเองจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์

ความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจากภาวะของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมาทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง และการฉายรังสี โดยอาการที่พบบ่อยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยอาการทางด้านร่างกาย คือ อาการปวด อ่อนล้า ผิวหนังที่เต้านมเปลี่ยนแปลง หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น แขนบวม ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง อาการของคนวัยหมดประจำเดือน และด้านอารมณ์และจิตใจ คือ อาการนอนไม่หลับ รู้สึกเศร้า วิตกกังวล/กลุ้มใจ รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่ายและรู้สึกกระวนกระวาย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแบบย่อ (Memorial Symptom Assessment Scale Short Form: MSAS-SF) ของจิตรา ศิวรักษ์ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Chang et al, (2000) แปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับตามกระบวนการโดย Suwisith (2007) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนที่มากหมายความว่าอาการนั้นมีระดับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมาก (4 คะแนน)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นความสามารถของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในการเข้าถึงแหล่งความรู้ข้อมูลและทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้ตนเองเกิดภาวะสุขภาพที่ดี ที่จะนำมาใช้เพื่อลดความคลุมเครือและความซับซ้อนเมื่อต้องเผชิญกับอาการแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาเป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นโอกาสหรือเป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพการมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะช่วยให้เข้าใจแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยช่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาโดยนภาพร วาณิชย์กุลและคณะ แบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ด้านประกอบด้วย ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ (5 ข้อ) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (4 ข้อ) ครอบครัวสุขภาพ (4 ข้อ) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพ (4 ข้อ) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) และความรับผิดชอบของตนต่อ (4 ข้อ) รวมทั้งหมด 29 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .76 - .9 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .95 ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 11 ระดับ (0-10)

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกกลัว กังวลและเป็นห่วงว่ามะเร็งจะมีความรุนแรงมากขึ้นพะวงว่ามะเร็งจะกลับมาอีกครั้งทั้งที่อวัยวะเดิมหรือเกิดขึ้นที่อวัยวะอื่น ๆของร่างกายเป็นแบบแผนของสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นโดยสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญและเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าเกิดจากภาวะของโรคหรือจากการกลับมาเป็นซ้ำ สามารถวัดโดยใช้แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) (Fear of Cancer Recurrence Inventory Short- form: FCRI-SF) พัฒนาขึ้นโดย Simard and Savard (2009)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ยอภันตรี และคณะ (2018) พัฒนามาจากแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งของ Simard and Savard (2009)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ไม่สามารถสรุปหรือประเมินผลการรักษาที่ได้รับ ให้ความหมายของความเจ็บป่วย อาการ ที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ เกิดจากความคลุมเครือและไม่คงที่ของอาการที่เกิดขึ้นขาดความชัดเจนเกี่ยวกับการรักษา การดำเนินของโรคจากการขาดข้อมูล ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การรักษาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel's Uncertainty in Illness Scale: Community Form (MUIS-C) (Mishel,1997) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ และคณะ (2552) โดยครอบคลุม องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านคือ 1) ความคลุมเครือของความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล 3) การที่ได้รับข้อมูลไม่คงเส้นคงวาหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับและ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ โดยค่าคะแนนที่สูงแสดงว่าระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก็จะสูงด้วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทีมสุขภาพมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

2. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรมาทำการพัฒนาแนวทางในการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3. นำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าตำรา ศึกษางานวิจัยบทความต่าง ๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการทำการวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นจึงข้อนำเสนอเนื้อหาสาระตามลำดับ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1.แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

1.1โรคมะเร็งเต้านม

1.2 ความหมายของผู้รอดชีวิต

1.3 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

1.4 ผลกระทบในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม

2.แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.2 องค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.3 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.4 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.1 อายุ

3.2 ระดับการศึกษา

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

3.4 ความทุกข์ทรมานจากอาการ

3.5 ความรอบรู้ทางสุขภาพ

3.6 ความกลัวการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รอดชีวิต

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

1.1 โรคมะเร็งเต้านม หมายถึง โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติที่เนื้อเยื่อของเต้านมจากการแบ่งตัวที่มากเกินไปเกิดการเพิ่มจำนวนโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และบางเซลล์มีรูปร่างและการเรียงตัวที่ผิดปกติไป นอกจากนั้นยังมีคุณสมบัติในการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ในร่างกายที่สำคัญ คือ ต่อมน้ำเหลือง ปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้นโดยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเกิดจากความผิดปกติที่เซลล์ของท่อน้ำนม (Ductal carcinoma)

1.1.1 อาการและอาการแสดง ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจะมาพบแพทย์ด้วยปัญหาก้อนที่เต้านม ซึ่งอาจมีขนาดของก้อนมะเร็งใหญ่เล็กแตกต่างกันในกรณีที่ตรวจพบว่ามีก้อนที่เต้านมในกลุ่มผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 30 ปี พบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งเพียง 1.4 % แต่ถ้าพบก้อนในผู้หญิงที่มีอายุมากว่า 50 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงถึง 58 % (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) นอกจากนั้นยังพบว่ามีอาการและอาการแสดงอื่น ๆได้แก่ อาการเจ็บหรือปวดที่เต้านม การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณหน้าอก เช่น พบรอยบุ๋มที่ผิวหนังบริเวณเต้านม ผิวเต้านมหนา ผิดปรกติคล้ายเปลือกส้ม หรือบางส่วนเกิดเป็นสะเก็ด มีเลือดหรือสารคัดหลั่งออกจากหัวนม เต้านมอักเสบ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเต้านม เช่น มีการดึงรั้งหรือบุ๋มลงไป หรือผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีอาการ แต่พบความผิดปกติจากการคัดกรองด้วยการตรวจทางด้านรังสี เช่น การทำแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

1.1.2 ระยะของโรคการจัดกลุ่มระยะของโรค (AJCC Anatomical Stage Groups) (American College of surgeons, 2017)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 1 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

ระยะ	ขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านม(T)	การกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง (N)	การกระจายไปอวัยวะอื่น (M)
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T0, T1	N1mi	M0
Stage IIA	T0, T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0

ระยะ	ขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านม(T)	การกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง (N)	การกระจายไปอวัยวะอื่น (M)
Stage IIIA	T0, T1, T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Stage IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

1.1.3 แนวทางการรักษา ประกอบไปด้วย การผ่าตัดการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง และการให้ฮอร์โมน บางครั้งอาจใช้มากกว่า 1 วิธี ในการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคโดยแพทย์และทีมสาขาวิชาชีพจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการักษาให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจก่อนที่จะร่วมกันวางแผนการรักษา ว่าควรเลือกวิธีใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการรักษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (กริช โพธิสุวรรณ, 2545; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

1.1.3.1 การรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) เช่น การผ่าตัดและการใช้รังสีรักษา

การผ่าตัดบริเวณเต้านม แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total mastectomy) คือการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมออกทั้งหมด (รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย) บางรายอาจต้องเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก และฉายรังสีด้วย ผู้ป่วยบางรายที่ผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งเต้าสามารถทำการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่ ในครั้งเดียวกัน หรือทำการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่หลังการรักษาครบทุกขั้นตอนและอยู่ระยะที่โรคสงบแล้ว ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast-conserving surgery) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปรกติที่อยู่รอบ ๆหลังจากผ่าตัดมักต้องฉายรังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ในเต้านมด้วย การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) คือการผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อที่บริเวณอื่นของร่างกายหรือใช้วัสดุที่ทำเลียนแบบเต้านม มาเพื่อเสริมหรือสร้างเต้านมใหม่ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี การผ่าตัดนำผิวหนังเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง(Transverse rectus abdominis myocutaneous flap or TRAM flap) การผ่าตัดนำผิวหนังเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก(Latissimus dorsi myofascial flap or LD flap) การผ่าตัดเพื่อใส่เต้านมเทียม

(Prosthesis) เพื่อทดแทนการตัดเต้านมออกบางส่วนหรือทั้งหมดนอกจากนั้นการทำผ่าตัดยังต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ร่วมด้วย การผ่าตัดต่อมน้ำเหลือที่รักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection) เป็นมาตรฐานของการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อกำจัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็ง และการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy) เป็นวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่มะเร็งจะแพร่กระจายออกไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

การฉายรังสี เป็นการรักษามะเร็งเต้านมเฉพาะที่ โดยใช้รังสีพลังงานสูงในการทำลายหรือฆ่าเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการฉายรังสีหลังการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านม การรักษาขึ้นอยู่กับขนาดของก้อน ผู้ป่วยบางรายก้อนขนาดใหญ่หรือยากที่จะผ่าตัดออกจำเป็นต้องฉายรังสีเพื่อให้ขนาดก้อนเล็กลงแล้วจึงผ่าเอาก้อนออก อาจมีการให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนก่อนการผ่าตัดด้วย การให้รังสีมี 2 ประเภท คือการให้รังสีจากเครื่องกำเนิดรังสีภายนอกร่างกาย (External radiation) ผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน/สัปดาห์ รวมระยะเวลาประมาณ 4-5 สัปดาห์ และการให้รังสีจากแหล่งกำเนิดกัมมันตรังสีที่ฝังไว้ที่เต้านม โดยการใช้ท่อพลาสติกบาง ๆ ภายในมีสารกัมมันตรังสีฝังลงที่เต้านม (Internal radiation or Implant radiation) ใช้เวลาประมาณ 3-7 วันผู้ป่วยจะต้องพักรับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดการรักษา และแพทย์จะถอดท่อออกเมื่อรักษาเสร็จ

1.1.3.2 การรักษาแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง และการให้ยาต้านฮอร์โมน โดยยาต่าง ๆจะเข้าสู่ร่างกายจะทำลายหรือควบคุมการกระจายของโรคทั้งร่างกาย

การให้ยาเคมีบำบัด คือ การให้ยากับผู้ป่วยเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งสำหรับมะเร็งเต้านมมักนิยมให้ยาหลายชนิดร่วมกัน อาจจะเป็นชนิดเม็ดหรือฉีดเข้าเส้นเลือดมักจะให้ในผู้ป่วยทุกรายที่ก้อนมะเร็งโต กว่า 1 ซ.ม. หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือลุกลามเข้ากระแสโลหิตแล้ว การให้ยาเคมีบำบัด มักทำหลังจากการผ่าตัด แต่ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ หรือโรคอยู่ในระยะลุกลาม การรักษามักจะเริ่มด้วยเคมีบำบัดก่อน

การให้ยาต้านฮอร์โมน การรักษาด้วยการให้ยาต้านฮอร์โมนผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้นที่จะได้รับประโยชน์จากการรักษา เนื่องจากมะเร็งเต้านมบางชนิดเติบโตได้ด้วยฮอร์โมน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะสามารถบอกได้ว่า เซลล์มะเร็งนั้นมีตัวรับฮอร์โมนชนิดใด (hormone receptor) ดังนั้นการรักษาด้วยการให้ยาต้านฮอร์โมนจึงมีจุดประสงค์ เพื่อที่จะยับยั้งการเจริญของ

เซลล์มะเร็งจากฮอร์โมนที่เซลล์ต้องการ ซึ่งก็คือ Estrogen และ/หรือ Progesterone การรักษาด้วยการยับยั้งฮอร์โมนมี 3 วิธี คือ การให้ยา การผ่าตัด (หากผู้ป่วยยังไม่หมดประจำเดือน อาจจะต้องผ่าตัดเอารังไข่ออก เนื่องจากเป็นแหล่งผลิตฮอร์โมน estrogen) และการฉายแสงที่รังไข่เพื่อให้รังไข่หยุดการทำงาน ยาต้านฮอร์โมนแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มของยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน และยากลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน ที่เรารู้จักในชื่อ Tamoxifen สามารถใช้ได้ทั้งในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนอยู่หรือหมดประจำเดือนแล้ว โดยปกติแล้วผลข้างเคียงจากยาจะเหมือนกับหญิงที่หมดประจำเดือน เช่น มีอาการร้อนวูบวาบและช่องคลอดแห้ง ระยะรอบเดือนมาไม่ปกติ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน คันบริเวณผิวรอบ ๆ ช่องคลอด และอาจมีผลทำให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์จึงมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยทำการตรวจภายใน และทำอัลตราซาว์เพื่อประเมินเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ยังไม่ควรใช้ในรายที่มีประวัติเคยเป็นลิ่มเลือดอุดตันที่ขา หรือที่สมอง เนื่องจากพบความเสี่ยงในเรื่องเหล่านี้มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าว ในขณะที่ให้ยาอาจจะตั้งครรภ์ได้ และยาอาจมีผลร้ายต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นควรปรึกษาแพทย์เพื่อคุมกำเนิด ในผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนอยู่ ส่วนยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน เช่น ยาในกลุ่ม Aromatase inhibitor สามารถใช้ได้เฉพาะในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว อาจมีผลต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ ดังนั้นก่อนการรักษาแพทย์มักจะแนะนำให้ทำการตรวจมวลกระดูกเพื่อประเมินเรื่องภาวะกระดูกพรุน และอาจให้ยาเพื่อเสริมให้กระดูกแข็งแรงขึ้นตามความเหมาะสม และมีการเฝ้าติดตามความหนาแน่นของกระดูกในช่วงที่ได้รับยา

การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) เป็นแนวทางใหม่ในการรักษามะเร็งเต้านม ใช้ได้เฉพาะผู้ที่มีผลการตรวจ HER 2 test เป็นผลบวกเท่านั้นยากลุ่มนี้สามารถยับยั้งกลไกของการเกิดมะเร็งโดยออกฤทธิ์อย่างเฉพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็ง ทำให้มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต สามารถใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดและช่วยเสริมการรักษาโรคมะเร็งได้ดียิ่งขึ้น (National Comprehensive Cancer Network, 2019)

1.1.4 ปัจจัยในการพยากรณ์โรคกลับมาเป็นซ้ำ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้

ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย (Patient factors) ซึ่งประกอบไปด้วย อายุ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 40 ปีมักมีพยากรณ์ของโรคที่แย่กว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมาด้วยก้อนที่มีขนาดใหญ่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองสูงกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าการเกิดซ้ำของมะเร็งเต้านมยังสัมพันธ์กับการมีหรือหมดประจำเดือน

โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยังไม่หมดประจำเดือนมีโอกาสที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่าคนที่ยังไม่หมดประจำเดือนและมีโรคกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหลังทำผ่าตัดพบว่าโรคจะกลับมาเป็นซ้ำได้ 2 ช่วงคือ ในปีแรกและ 2 ปีกว่าแต่ในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้วมักพบการกลับมาเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าเชื้อชาติก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

ปัจจัยจากตัวโรค (Pathological factors) ระยะของมะเร็งเป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการกลับมาเป็นซ้ำโดยการพยากรณ์ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนและการกระจายของมะเร็ง นอกจากนั้นยังสัมพันธ์กับ Tumor morphology, tumor grading และ lymph vascular invasion

ปัจจัยจาก Tissue marker เช่น hormonal receptor ได้รับการสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำของโรคพบว่าอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคในกลุ่มที่เป็น ER positive จะน้อยกว่าในกลุ่มที่เป็น ER negative ในช่วง 5 ปีแรก (9.9 vs 11.5%) และหลัง 5 ปีไปแล้วพบว่าสูงกว่า (5.4 vs 3.3% ที่ 5-10 ปีและ 2.8 vs 1.2 ที่ 10-15 ปี) (Colleoni et al., 2016) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มี Her-2 expression จะมีพยากรณ์โรคที่แย่กว่า นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่มี genomic profile กลุ่มที่เป็น Lumina A ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีตัวรับฮอร์โมนเป็นบวกโดยที่ Her-2 เป็นลบและมี Ki-67 ต่ำซึ่งพบได้ประมาณ 40 % ถือเป็นกลุ่มที่การพยากรณ์ของโรคดีกว่ากลุ่มที่มีตัวรับฮอร์โมนเป็นลบและมี Her-2 เป็นลบหรือบวก

1.1.5 ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้หลังจบการรักษา ผลกระทบทางด้านร่างกาย การทำผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียเต้านมทำให้เกิดภาวะไหล่ติดและแขนบวมจากการทำผ่าตัดเต้านมร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลือใต้รักแร้ หรือ อาจจะเพิ่มโอกาสมากขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงร่วมด้วยเนื่องจากการไหลเวียนของทางเดินน้ำเหลืองอุดตัน นอกจากนั้นยังพบปัญหาเรื่องของอาการชาและเจ็บแปลบบริเวณแผลผ่าตัดได้ อาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของการให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง นอกจากนั้นจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิด เช่นยากลุ่ม แอนทราซัยคลิน (ด็อกโซลูบิซิน) อาจจะส่งต่อการทำงานของหัวใจได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาต้านฮอร์โมนอาจจะมีอาการคล้ายคนวัยทองเกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมนส่งผลต่อความต้องการทางเพศลดลง

ผลกระทบทางด้านจิตใจ โรคและการรักษาทำให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ (Sammarco, 2001)ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ กังวลเกี่ยวกับชีวิตของตนเองในอนาคต กังวลเกี่ยวกับบทบาทของตนเอง นานไปผู้ป่วยอาจจะเกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ เกิดอาการสิ้นหวังในชีวิตโดดเดี่ยว เกิดความทุกข์ใจ เกิดความไม่แน่นอนว่าการรักษาที่ได้รับจะทำให้

ตนเองหายจากโรคได้หรือไม่ (วิยุดา เผื่อนสุข, 2553) กลัวโรคจะกลับมาเป็นอีกครั้ง (เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล, 2559; Shaha et al., 2008)

ผลกระทบทางด้านครอบครัวและสังคม ในผู้หญิงที่แต่งงานแล้วพบว่าจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวบทบาทการเป็นภรรยากลัวสามีอาจรังเกียจหรือทอดทิ้ง กังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านเพศสัมพันธ์ลดลง เกิดปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความรู้สึก บางรายอาจมีอาการซึมเศร้ามีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากภาวะอารมณ์ ซึมเศร้าสูง (Shaha et al., 2008) ด้านสังคมส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตการเข้าสังคม ขาดปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษามีความซับซ้อนและระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนาน รวมทั้งสามารถเกิดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการรักษา ได้ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ด้วยระยะเวลาในการักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำเกิดการสูญเสียรายได้ นอกจากนั้นยังส่งผลต่อการกลับเข้าทำงานการจ้างงานทำให้ ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้และนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจต่อไป

1.1.6 การเฝ้าระวังและการติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สิ้นสุดการรักษาไปแล้วผู้ป่วยยังคงต้องมาพบแพทย์เพื่อเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการักษาและยังคงต้องมาตรวจติดตามเพื่อเฝ้าระวังโรคกลับมาเป็นซ้ำการประเมินภาวะของโรคอย่างต่อเนื่องการตรวจติดตาม ในผู้ป่วยที่มะเร็งยังไม่มีการกระจายออกจากท่อน้ำนม และ/หรือผู้ป่วยที่มะเร็งมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ที่ระยะของโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ stage IIB ควรได้รับการซักประวัติ และตรวจร่างกายโดยแพทย์ทุก 3-6 เดือนในช่วง 2 ปีแรก และ 6-12 เดือนในปีที่ 3 4 และ 5 หลังจากนั้นต้องได้รับการติดตามอาการอย่างน้อยทุก 1 ปี ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ก้อนมีขนาดใหญ่ และมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้แต่มะเร็งยังไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ควรได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ทุก 3-4 เดือนในช่วง 5 ปีแรก และหลังจากนั้นต้องได้รับการติดตามอาการอย่างน้อยทุก 1 ปี และในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่โรคกลับมาเป็นซ้ำและ/หรือมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ควรได้รับการซักประวัติ และตรวจร่างกายโดยแพทย์ทุก 3-6 เดือนในช่วง 5 ปีแรก และหลังจากนั้นต้องได้รับการติดตามอาการอย่างน้อยทุก 1 ปี ซึ่งการเฝ้าติดตามภาวะของโรคกลับมาเป็นซ้ำหรือการเกิดมะเร็งชนิดอื่นร่วมจึงจำเป็นต้องได้รับการซักประวัติเพื่อติดตามความผิดปกติ ร่วมกับ

การตรวจร่างกายโดยแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งโดย การตรวจเลือด การตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่นการตรวจการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม และ/หรืออัลตราซาวน์เต้านมทุก 6 เดือน หรือทุก 1 ปี หรือเมื่อมีอาการผิดปกติในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิด Tamoxifen จะได้รับการตรวจร่างกายจากสูตินรีแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Aromatase inhibitor จะได้รับการตรวจดูความหนาแน่นของกระดูกปีละ 1 ครั้ง นอกจากนั้นยังแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนในผู้ป่วยที่ยังมีเต้านมอยู่ และเมื่อมีพบอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ ทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำและประเมินติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การออกกำลังกาย การหลับประทานอาการ การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับความเครียด เป็นต้น นอกจากนั้นควรให้คำแนะนำเรื่องของแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นและเหมาะสม เช่น ระบบบริการสุขภาพ (Melisko et al., 2016)

1.2 ความหมายของผู้รอดชีวิต (Survivor)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคำนิยามของผู้รอดชีวิตจากโรคและจากภาวะต่าง ๆของชีวิตในปัจจุบันได้ถูกกำหนดไว้ดังนี้

Mullan (1985) เป็นคนแรกที่ได้ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งว่า เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรกและตลอดระยะเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยซึ่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจะมีลักษณะของผลกระทบที่แตกต่างกัน โดยระบุว่าเป็น “ฤดูกาลในการรอดชีวิตจากมะเร็ง” (Seasoning in surviving cancer) ซึ่งการแบ่งระยะการรอดชีวิต แบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวินิจฉัยโรค (Acute survivorship) หมายถึง ระยะตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งไปจนกระทั่งได้รับการรักษาจนครบอย่างน้อย 1 อย่าง เช่น ได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือ ฮอร์โมนเป็นระยะที่เกิดความวิตกกังวล กลัว เจ็บปวดทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการรักษาผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดรวมทั้งบุคคลากรด้านสุขภาพ

ระยะที่ 2 ระยะการรักษาครบ (Extended survivorship) ระยะตั้งแต่ได้รับการรักษาครบและโรคสงบเป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำโดยผู้รอดชีวิตบางคนอาจจะยังได้รับการรักษาเสริมโดยการรับประทานยาต้านฮอร์โมนอยู่ และยังคงได้รับการนัดเพื่อเฝ้าติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้งในระยะ 5 ปีแรกผู้รอดชีวิตมีความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพลดลง ระยะนี้ผู้รอดชีวิตยังคงได้รับผลกระทบจากอาการในระยะยาวที่เกิดจากโรคและการรักษาที่ได้รับ เกิดความกลัววิตก กังวลสูงว่าโรคจะกลับมาการกลับไปใช้ชีวิตปกติเข้าทำงานผู้รอดชีวิตต้องปรับตัวและยังคงต้องการการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 ระยะรอดชีวิตอย่างถาวร (Permanent survivorship) เป็นระยะที่แน่ใจได้ว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำหรือหลังการวินิจฉัยแล้วมีชีวิตรอดตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปโดยไม่กลับมาเป็นซ้ำ เรียกว่าเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอย่างแท้จริงผู้ป่วยระยะนี้จะกลับเข้าสู่ปกติกลับเข้าสู่การทำงาน การทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวและสังคม แต่ยังคงได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาและภาวะของโรคและมีโอกาสที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำได้

วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์ (2549) ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้และทวารหนักว่าเป็นบุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักเป็นระยะเวลา 5 ปีหลังจากได้รับการรักษามะเร็งจนครบ และไม่มีอาการและอาการแสดงของการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

วนิดา อารยะ (2558) ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตว่า เป็นบุคคลที่พ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ด้วยโรคหรือกลุ่มโรค เช่น Respiratory, Gastrointestinal, Cardio-vascular เป็นต้น และมีชีวิตรอดจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2548) ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นบุคคลที่แพทย์วินิจฉัยเป็นเวลามากกว่า 1 ปี ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีความพิการที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว

มนทกานต์ เพ็งสกุล (2555) ได้ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ว่าเป็นบุคคลที่เคยประสบกับเหตุการณ์ที่มนุษย์ได้กระทำการทำร้ายร่างกาย การวางเพลิง วางระเบิด ก่อกวน ส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลามากกว่า 1 เดือน

สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ (2552) ได้ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองว่าบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านยังคงพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการของโรคและความพิการหลงเหลืออยู่และต้องพึงพาคนอื่น

สรุปว่าผู้รอดชีวิต มีความหมายว่า เป็นบุคคลที่ผ่านพ้นจากภาวะ การเจ็บป่วยจากโรค เหตุการณ์ที่ร้ายแรงต่าง ๆที่เข้ามาในชีวิตโดยมีการระบุเวลาหรือช่วงเวลาที่รอดชีวิตโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุดมาใช้ในการศึกษาของผู้รอดชีวิต

1.3 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีผู้ที่ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมไว้หลากหลายขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่จะกล่าวถึงและแตกต่างกันในแต่ละบริบท

วราภรณ์ แก้ววิลัย (2547) ให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมว่าเป็นบุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมซึ่งเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยไปจนถึงการรักษามะเร็งจนครบเป็นช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายอย่างชัดเจน ส่งผลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง

บุญชู อนุสาสนนันท์ (2555) ให้ความหมายว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเป็นผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและยังมีชีวิตอยู่ทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเฝ้าระวัง และระยะหลังจากแพทย์ทำการวินิจฉัยภายในระยะเวลา 5 ปี

จารุวรรณ ป้อมกลาง (2556) ให้ความหมายว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมว่าเป็นบุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาโดยการทำผ่าตัด การฉายแสง การได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษาเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 5 ปี

The National Cancer Institute (NCI) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิต หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงตลอดช่วงชีวิตทั้งหมดของชีวิตที่ยังเหลืออยู่ นอกจากนั้น

Institute of Medicine (IOM) ได้ให้คำนิยามของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตว่า ผู้ป่วยที่จบการรักษาไปเรียบร้อยร้อย

The Association of Community Cancer Centers ยังได้ให้ความหมายของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิต ว่าเป็นประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับโรคไม่ว่าจะเป็นช่วงที่ได้รับการรักษาอยู่และข้ามผ่านโรคร้ายของทั้งตัวผู้ป่วยเองและและผู้ที่อยู่รอบข้างที่ได้รับผลกระทบจากโรค

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

NNCN Clinical Practice Guideline in Oncology (NCCI Guidelines) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิต นับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนช่วงการรักษา หลังจบการรักษาไปจนถึงช่วงที่เกิดความสมดุลของชีวิต

สรุปได้ว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีความหมายว่า เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษามะเร็งจนครบโดยการทำผ่าตัด การฉายแสง การได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษาจนถึงตลอดช่วงชีวิตทั้งหมดของชีวิตที่ยังเหลืออยู่

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะการรักษาครบโดยการทำผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยากลุ่มที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งที่อยู่ในช่วงเฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำ

ของโรคตั้งแต่ 3 เดือนถึง 5 ปี ตลอดจนถึงระยะรอดชีวิตอย่างถาวรโดยแน่ใจว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำคือระยะหลัง 5 ปี

1.4 ผลกระทบในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม

จากสถิติพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มที่สูงขึ้นและมีอัตราการหายขาดเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้ป่วยเองยังคงต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งในขณะที่กำลังรักษาหรือภายหลังจากการรักษาสิ้นสุดลง อันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ (กนธีร์ สังขวาสี, 2541) อ้างในวราภรณ์ ม.เชียงใหม่)

1.4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกายซึ่งผลกระทบดังกล่าวนั้นมักเกิดจากผลข้างเคียง

ของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นการทำผ่าตัด อาการชา ปวดตึงบริเวณหน้าอก ภาวะข้อไหล่ติดและแขนบวมที่เกิดจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เคมีบำบัด อาการเหนื่อยล้า อาการเหน็บชาที่ปลายมือปลายเท้า รังไข่ทำงานลดลง ประจำเดือนขาดหรือไม่สม่ำเสมอ การฉายแสง เกิดพังผืดที่ผิวหนัง สีผิวคล้ำลง ตึงแผล การรับประทานยาต้านฮอร์โมน อาการของวัยหมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกในตอนกลางคืน ช่องคลอดแห้ง นอกจากนั้นยังมีอาการประจำเดือนผิดปกติได้ มีเลือดออกผิดปกติที่ช่องคลอด รวมทั้งความผิดปกติทางเพศ

1.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ วิตกกังวล กลัวโรคกลับมาเป็นซ้ำหรือกระจายไปที่อวัยวะอื่น ๆซึมเศร้ารู้สึกเกิดการสูญเสียจากการตัดเต้านมทิ้ง สูญเสียภาพลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นผู้หญิง

1.4.3. ผลกระทบทางด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผลข้างเคียงจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาการอ่อนเพลียทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม สูญเสียบทบาททางสังคมหลีกเลี่ยงการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือบุคคลอื่นเนื่องจากอับอาย ขาดความมั่นใจ ด้านการเงินพบว่าส่งผลกระทบต่อบทบาทของการเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว พ่อแม่ และบุตรเนื่องจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับต้องใช้เวลานานและการหยุดงานเป็นเวลานานในระหว่างการรักษาอาจส่งผลต่อการจ้างงาน และการกลับเข้าทำงานใหม่หลังจบการรักษาทำให้ขาดรายได้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง คิดว่าตนเองเป็นภาวะของครอบครัว ผลกระทบจากการรักษาอาจส่งผลทำให้บทบาทการทำหน้าที่เป็นภรรยา บทบาทของมารดาลดลง

1.4.4 ด้านจิตวิญญาณ เกิดความสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการมีชีวิตอยู่ต่อไปเนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งในด้านลบมองว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงรักษาไม่หายขาด และมีอาการไม่แน่นอน มีโอกาสที่โรคจะกระจายไปได้สูง ส่งผลให้ต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไม่ได้เกิดความคลุมเครือ

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้รับการพัฒนามาจากงานวิจัยทางการพยาบาลและมีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสซึ่งเป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง (Middle rang theory) (Mishel, 1998) ปัจจุบันมีผู้นำมาเป็นแนวทางในการทำวิจัยอย่างแพร่หลาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถที่จะเกิดได้ในหลายกลุ่มโรคทั้งโรคเฉียบพลันรวมทั้งโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังรุนแรง แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel,1998) มาเป็นกรอบแนวคิดโดย มิเชล แบ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) คือ เกิดจากความสงสัยไม่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรักษาที่ได้รับและผลลัพธ์การรักษาไม่รู้ความรุนแรงของอาการ อาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการรักษาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจได้อย่างถ่องแท้ชัดเจนอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ขาดข้อมูลที่จำเป็น ไม่ได้รับคำอธิบายจากทีมสุขภาพทำให้เกิดความคลุมเครือเช่นเดียวกับงานวิจัยของ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนโดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นมะเร็งเต้านมเนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคที่เป็น รวมทั้งแนวทางกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับ การวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นรู้สึกว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นรุนแรงจนเกินที่จะรักษาให้หายขาดได้ และมีโอกาสที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำ

ได้ในอนาคต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองเป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง

2. ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล (Complexity) เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่อันตรายและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยการรักษาที่ได้รับมีความซับซ้อน หลายขั้นตอน เพื่อต้องการรักษาโรคให้หายขาดหรือป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำทำให้เกิดความยุ่งยากและใช้วิธีการรักษาเสริมมากกว่าหนึ่งวิธีทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวกังวล ทำให้ไม่คุ้นเคยไม่มั่นใจว่าการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้หรือไม่ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการขั้นตอนในการรักษา

3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Lack of information) การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษาที่ไม่เพียงพอและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอน ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของตนเองได้ชัดเจน ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นเมื่อมีอาการหรืออาการแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4. ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ว่าตนเองจะได้รับการรักษาโดยวิธีใดและจะส่งผลอย่างไรต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ผลการรักษาจะมีประสิทธิภาพสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้หรือไม่ ทำให้บุคคลไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้เกิดความคลุมเครือโดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นได้มากหรือน้อยอาจจะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับของความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม

2.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel and Braden (1988) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งเป็นการรับรู้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถที่จะทำนายหรือคาดการณ์ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตส่วนหนึ่งเกิดจากที่บุคคลขาดความรู้หรือมีข้อมูลไม่เพียงพอหรือข้อมูลที่ได้คลุมเครือไม่มีความชัดเจน

Mishel (1990) ได้ให้ความหมายว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจ ประเมินสภาวะการเจ็บป่วย คิดวิเคราะห์และทำนายผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมิน โดยบุคคลจะรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

Mishel & Clayton (2003) เกิดจากการบุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ทำให้มีผลต่อการปรับตัว หากปรับตัวได้จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่หากปรับตัวไม่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

Chrisman (1990: 17) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นผลเกิดจากการที่ไม่คุ้นเคยกับการเจ็บป่วยการรักษารวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะมากเกินไป รวมทั้งขาดแนวทางในการประเมินทำให้ประเมินการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ไม่ชัดเจน

Hilton (1992: 217) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็นการใช้สติปัญญาในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เผชิญและหากขาดข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ไม่สามารถให้ความหมายและจำแนกสถานการณ์นั้น ๆ ได้

สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2534 : 11) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถแปลความหมายหรือกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยสืบเนื่องจากที่ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

สรุป ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีเหตุการณ์เจ็บป่วยรุนแรง อาการอาการแสดงที่มากระตุ้น โดยที่ไม่สามารถตัดสินหรือระบุความหมายของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เผชิญ ซึ่งอาจจะเกิดจากการขาดความรู้และได้รับคำแนะนำที่ไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วนโดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2.2 องค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

โดยปกติเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นจะมีเหตุการณ์ที่ส่งผลทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความหมายของการเจ็บป่วย ทำนายผลลัพธ์การเจ็บป่วยรวมถึงจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสมอาจจะเนื่องมาจากการขาดความรู้ ขาดข้อมูล นอกจากนั้นอาจจะเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้รู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและคุกคามต่อตนเองโดยเฉพาะการที่โรคมีอาการกำเริบหรือกลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในใจกลายเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น (Mishel & Clayton, 2003) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมักจะเกิดขึ้นเสมอเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังรวมถึงโรคมะเร็งเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาที่ได้รับส่งผล

คุกคามต่อชีวิต โดยจะส่งผลต่อการประเมินตัดสินต่อความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นโอกาส (Mishel, 1990) ซึ่งองค์ประกอบของทฤษฎีประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักดังนี้

2.2.1 เหตุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) Antecedent คือ สิ่งที่เกิดก่อนความเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อกระบวนการความคิดของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์ที่พบเจอมาก่อน ตามแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (1998) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 3 ปัจจัย

2.2.1.1 แบบแผนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) คือลักษณะของสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะประกอบไปด้วย รูปแบบของอาการแสดง (symptom patterns) อาการแสดงจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะการแสดงอาการ ความไม่ชัดเจน ลำดับขั้นตอนของการเกิดอาการ ความสม่ำเสมอของการเกิดอาการสามารถดูได้จาก จำนวนครั้งที่เกิดอาการ ความถี่ของอาการ การรบกวนจากอาการความทุกข์ทรมานจากอาการ ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรงรวมทั้งตำแหน่งที่เกิดอาการเหล่านี้ที่สะท้อนถึงแบบแผนของอาการที่ไม่ชัดเจนจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้น (Mishel, 1998) ซึ่งการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (event familiarity) ได้แก่ความเคยชินกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ จนสามารถนำไปเชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ใหม่ได้ หากบุคคลไม่มี ความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วยและไม่เคยประสบกับอาการที่เกิดขึ้นมาก่อนจะทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้มากยิ่งขึ้น ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) ได้แก่ ความสอดคล้องหรือเป็นไปในทำนองเดียวกันของเหตุการณ์หรืออาการเจ็บป่วยที่เคยเกิดขึ้นในอดีตหรือที่กำลังเกิดขึ้นกับ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะช่วยบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนทางการรับรู้และมีความเข้าใจต่อสิ่งเร้าช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถระบุความหมายของเหตุการณ์ให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยกรอบสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตเกิดจากแบบแผนการแสดงอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุหรือให้ความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นได้ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์จากการผ่าตัดเต้านม การเกิดผลกระทบจากการรักษา ไม่ว่าจะเกิดจาก การทำผ่าตัด การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายแสง หรือแม้แต่การได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น

2.2.1.2 ปัจจัยด้านความสามารถในการใช้สติปัญญา (cognitive capacity) คือความสามารถและการกระบวนการการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลได้ใช้ความสามารถ สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ในตนเองมาพิจารณา ตัดสินใจและประเมินเหตุการณ์โดยผ่านทางกรอบของตัวกระตุ้น (stimuli frame)

2.2.1.3 ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย (structure providers) คือ ทีมสุขภาพหรือกลุ่มสนับสนุนอื่น ๆที่ส่งผลทั้งทางลบและทางบวกกับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา (education) โดยระดับการศึกษาจะทำ ให้บุคคลสามารถวิเคราะห์และแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ดี โดยการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ แนวทางการรักษาที่ตนเองได้รับ และสามารถแสวงหาความรู้และเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ดีกว่าเพื่อตอบคำถามที่เกิดความสงสัยได้มากกว่าการสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง บุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือรวมทั้งผู้ป่วยอื่น ๆที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกันและมีประสบการณ์การรักษาแบบเดียวกันซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงได้จากการสนับสนุนทางด้านข้อมูล การช่วยเหลือดูแล การเอื้อแหล่งประโยชน์ และการสนับสนุนส่งเสริมและให้กำลังใจและสุดท้ายความเชื่อถือในบุคลากรทางด้านสุขภาพ (credible authority) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ รู้สึกมั่นใจในการรักษาทำให้เกิดความเข้าใจและมีความชัดเจนในสิ่งเร้าที่มากระตุ้นได้ดีมากขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำและการชี้แนะของผู้ให้การพยาบาลซึ่งแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจะมีอิทธิพลทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลงส่งผลทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงด้วย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.2.2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นจะประเมินออกมาใน 2 ลักษณะคือ ประเมินว่าเป็นอันตรายคุกคาม (Danger) หรือประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity) หากประเมินว่าเป็นโอกาสจะทำให้สามารถปรับตัวและควบคุมตนเองได้ดีและเหมาะสมแต่หากประเมินว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตรายจะส่งผลให้เกิดความกลัว วิตกกังวลไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2.2.3 การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) เป็นการใช้กระบวนการทางพฤติกรรมและการรู้คิดในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.2.4 การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่บุคคลเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.3 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มิเชล (1981) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty In Illness Scale [MUIS]) ในกลุ่มผู้ป่วยหลากหลายโรคที่แตกต่างกันและนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละกลุ่มซึ่งนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น โดยแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ 1980 ซึ่งเริ่มต้นมาจากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยเป็นการสัมภาษณ์จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปี ค.ศ 1981 ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นซึ่งเครื่องมือประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 2 ด้านคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และด้านการขาดความกระจ่างเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล โดยข้อคำถามมีทั้งความหมายด้านบวกและด้านลบ ได้ทำการตรวจสอบความตรงของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจากแพทย์ พยาบาลพบว่ามีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อจาก 54 ข้อนำไปหาค่าความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal consistency of the factor) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91 ส่วนปัจจัยด้านการทำนายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.64 จึงทำการสร้างข้อคำถามเพิ่มเติม 4 ข้อและนำไปวิเคราะห์หาปัจจัยซ้ำอีกครั้งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.72

ในปี ค.ศ 1989 Michel ได้สร้างแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสำหรับนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเรียกว่าแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel's Uncertainty In Illness Scale: Community Form: MUIS-C) ประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 32 ข้อ นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 396 คนพบว่ามีความตรงของเนื้อหาจำนวน 23 ข้อ ดังนั้นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนจึงประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (inconsistency of the information) และ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย ซึ่งข้อคำถามมีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 1,121 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.75-0.90 แบบประเมินความรู้สึกไม่

แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็ง แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ตัวเลือก โดยระดับที่ 1(ไม่เห็นด้วยเลย) ระดับที่ 2 (ไม่เห็นด้วย) ระดับที่ 3 (ไม่ตัดสินใจ) ระดับที่ 4 (เห็นด้วย) และระดับที่ 5 (เห็นด้วยมาก)

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	**ข้อความทางบวก**	**ข้อความทางลบ**
	คะแนน	**คะแนน**
เห็นด้วยมาก	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่ตัดสินใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยเลย	1	5

ใช้ในการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (inconsistency of the information) และ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ (unpredictability) การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้ง 23 ข้อ มีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายในด้านบวกจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23 โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจะถูกกลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนสูงแสดง ถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง คะแนนรวมต่ำแสดงถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ ซึ่งแบ่งระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ (ตามอันตรภาคชั้น) (ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง)

คะแนนรวม	**การแปลผล**
23 – 53 คะแนน	ระดับต่ำ
54 – 84 คะแนน	ระดับปานกลาง
85 – 115 คะแนน	ระดับสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในประเทศไทยมีการวัดด้วยแบบวัด 2 แบบได้แก่ แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับที่ใช้สำหรับวัดสำหรับผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ และแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชนซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ

ในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกนำมาศึกษาเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนและเป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำอีกไปจนถึงระยะรอดชีวิตอย่างถาวรโดยที่แน่ใจได้ว่าโรคจะไม่กลับมาเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และไม่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชน(Mishel's Uncertainty In Illness Scale: Community Form: MUIS-C) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ และคณะ (2552) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้ การตรวจสอบความตรง (validity) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาด้วยการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (English back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทย-อังกฤษ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีจำนวน 30 รายและนำไปใช้จริงในงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีจำนวน 260 ราย ได้ค่าความเชื้อมั่น (reliability) ของเครื่องมือเท่ากันคือ 0.82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2.4 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์สำคัญของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล ผ่านไปนานๆ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงเรื่องๆ (Rawl et al., 2002) การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงที่ยังคงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาซึ่งขึ้นอยู่กับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น อาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ อาการปวด หายใจลำบาก เหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น โดยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอยู่ 2 ประเด็นหลักๆ คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงและความตายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยอาการที่เกิดจาก

โรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นอาการที่มองไม่เห็น เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะ ไม่สม่ำเสมอ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิด มีลักษณะขึ้นๆลงๆ เนื่องด้วยลักษณะของโรคมีทั้งช่วงที่โรคสงบและมีการกำเริบของโรค นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยที่จบการรักษาไปแล้วไม่คุ้นเคยกับอาการที่เกิดขึ้นมาก่อนและไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายได้ว่าหลังการรักษาสิ้นสุดลงผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะมีอาการอะไรบ้าง ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากที่ผู้ป่วยขาดความรู้เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลมาก่อนว่าอาการอะไรบ้างที่ผู้ป่วยต้องเฝ้าสังเกตถ้าหากเกิดขึ้นต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจเพิ่มเติมเพื่อเฝ้าติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหรือบ่งบอกว่าโรคมีความรุนแรงขึ้น หรืออาการอะไรบ้างที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการเหล่านั้นที่เพียงพอ มีงานวิจัยหลายอันที่ยืนยันถึงอาการที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยพบว่าความรุนแรงของอาการที่มาก ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยยิ่งสูง ในผู้ป่วยมะเร็งที่หลังได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำเนื่องจากมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (Wonghongkul et al., 2006) ในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วพบว่าจะเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับบทบาทการเป็นภรรยาจากการที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อสรรหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ดังรายละเอียด

3.1 อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอายุเป็นตัวแปรอีกตัวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Ahadzadeh and Sharif 2018; Hansen et al., 2012; Ring et al., 2011) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตอายุน้อยจะเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพที่แตกต่างจากผู้สูงอายุ เช่นผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าและมักจะเป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่มีความรุนแรงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากจึงทำให้เพิ่มอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคที่สูงกว่า (Anders et al., 2009) เนื่องจากอายุเป็นตัวแปรที่สามารถส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุน้อยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงและเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการ

ปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ปุณรดา พวงสมัย, 2556) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในบางเรื่องที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุมาก เช่น ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับบทบาทต่าง ๆ และมีความกลัวการกลับมาของโรคสูงกว่า (Hall et al., 2014)

3.2 **ระดับการศึกษา** การศึกษาส่งผลต่อระดับสติปัญญาการที่บุคคลมีระดับการศึกษาสูงการรับรู้ และสามารถเข้าใจข้อมูลต่าง ๆที่ได้รับได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Orem, 1985) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น ทำให้มองเห็นสิ่งเร้าได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถทำนายและคาดเดาอาการและอาการแสดงที่อาจจะเกิดจากการเจ็บป่วยได้โดยพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยสามารถแสวงหาข้อมูลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและความเจ็บป่วยได้เข้าใจอาการที่เกิดขึ้นได้ (Sajjadi et al., 2016) ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิต

3.3 **การสนับสนุนทางสังคม** การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติและมีผู้ที่สนใจนำมาศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอย่างแพร่หลาย

3.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

พรพิมล วรวุฒิพุทธพงศ์ และสงคราม เชาว์ศิลป์ (2549) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลทางด้านร่างกายและอารมณ์ ที่ได้จากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นในสังคมบุคคลจะรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคนที่รักใคร่และคอยช่วยเหลือสนับสนุน ทางสังคมรวมทั้งสนับสนุนทางด้านสุขภาพด้วย

นฤมล คมกล้า (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยจนได้รับการตอบสนองความต้องการและการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดามาราดา ทีมสุขภาพที่ให้การดูแล เพื่อน พี่น้อง เป็นต้น

Caplan (1974) กล่าวว่า บุคคลต้องมีการปฏิสัมพันธ์กันซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติต้องมีการให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆด้านไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ ให้สิ่งของ ให้คำปรึกษาหรือข้อมูลต่าง ๆที่เป็นประโยชน์รวมทั้งการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้เกิดความมั่นคงและปลอดภัย

House and Kahn (1985) กล่าวว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะประกอบด้วยความรักความห่วงใย ไว้วางใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านต่าง ๆทำให้รู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ และเห็นคุณค่ารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความไว้วางใจ ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และทางด้านสิ่งของ

Weiss (1974) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการสนับสนุนช่วยเหลือ ปฏิสัมพันธ์ การประคับประคองกับคนในสังคมหรืออยู่ในเครือข่ายสังคมเดียวกัน

Cobb (1976) กล่าวว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมในการให้ข้อมูลทำให้เชื่อว่าเขาได้รับการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วน หนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Norbeck (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยลดความเครียดเนื่องจากทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าได้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความเครียดลดลง การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็น

Schaefer et al. (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้ระบุความหมายของการสนับสนุนทางสังคมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ไว้ดังนี้ เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลคำแนะนำ ได้รับการเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือแหล่งสนับสนุนต่าง ๆจากบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งทีมสุขภาพส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อช่วยลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.3.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ คือ มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานด้านวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องแบบเป็นทางการ เช่น ทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือ และกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เช่น พระสงฆ์ สมาคมและชมรมต่าง ๆ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์

กันอย่างไม่เป็นทางการ คือ มีความผูกผันและมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ มีการช่วยเหลือกันโดยที่ไม่เกี่ยวข้องทางด้านวิชาชีพแต่ช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ ได้แก่ คู่สามีภรรยา ญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูง เป็นต้นโดย House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้ความรักความเอาใจใส่และกำลังใจทำให้เกิดการมีคุณค่าในตนเอง แสดงความเห็นใจห่วงใย และยอมรับในตัวของผู้ป่วย

2. ด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ว่าจะด้วยวิธีการพูดหรือการแสดงออกทำให้สามารถนำไปเปรียบเทียบหรือประเมินได้

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านความรู้การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่

4. ด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของต่าง ๆ

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การที่บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมีความผูกพันลึกซึ้ง ได้ให้ข้อมูลแล้วทำให้เกิดความเชื่อว่าตนได้รับความรักความเอาใจใส่

2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมและบุคคลในสังคมก็รับรู้ได้ด้วยเช่นกัน

3. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) การที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความสำคัญได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ให้ความมั่นใจ ว่าจะสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่นได้ เป็นการให้ความรักความเอาใจใส่ ดูแลสนับสนุนเห็นอกเห็นใจมีความผูกพันใกล้ชิด

2. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่องเงิน เวลา รวมทั้งการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล

ข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งในระบบริการสุขภาพซึ่งช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้นการสนับสนุนด้านความรักและเอาใจใส่ได้รับความห่วงใยและกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน และนอกจากนั้นได้รับทราบข้อมูลคำแนะนำ และคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาจากครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นอย่างดีจะส่งผลให้เกิดการมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาและลดความเครียดลงได้ นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะนำมาเพื่อช่วยลดภาวะที่รู้สึกเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ (Mishel, 1988) ทำให้เข้าใจแนวทางการรักษาได้ชัดเจนขึ้น สร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน พบว่าหากผู้ป่วยมีความรู้และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองจะทำให้สามารถระบุความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความความเจ็บป่วยได้ (Sammarco, 2001) แหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและยังส่งผลทำให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจลดลงด้วยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่น่าเชื่อถือและมีความสำคัญคือทีมสุขภาพ (Mishel and Braden, 1987) การสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของความรู้ การสร้างสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ต่าง ๆได้สอดคล้องกับความเป็นจริงในอนาคต (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ, 2546)

3.3.3 ประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) สร้างขึ้นโดย Mitchell et al.(2003) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ (emotional) ด้านทรัพยากร (instrument) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information) และด้านการประเมินคุณค่า (appraisal) หาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 186 คนได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา หล่อตระกูล (2549) นำมาประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 526 คนได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .875

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีโรคเบาหวานวัยหมดประจำเดือนของกฤติกาพร ใยโนนตาล (2542) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ลักษณะของแบบสอบถาม

มีจำนวน 20 ข้อมี 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือวัตถุสิ่งของ และด้านการเงินหรือแรงงาน มีมาตรวัด 5 ระดับหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .88 และวนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .91

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักของสิริสุดา ซาวคำเขต (2541) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Blandt and Weinet (1985) แบ่งเป็น 5 ด้านมีจำนวน 25 ข้อหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .93

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Support Questionair: SSQ Part 2) ตามแนวคิดของ Schaefer และคณะ (1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย Hanucharurnkul (1988) หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76-0.97

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionair (PRO 85: Part 2) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Weiss (1974) โดยเครื่องมือ PRO 85: Part 2 สร้างขึ้นโดย Brandt and Weinert (1981) มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคลประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความเชื่อเหลือในสถานการณ์ต่าง ๆที่พบในการดำรงชีวิตจำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนนไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนนส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้ต้องอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.85-0.93

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer,Coyne, & Lazarus, 1981) แปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อแบ่งชนิดของการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน คือ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการซึ่งคลอบคลุมการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและ

บุคคลากรทางการแพทย์ลักษณะการตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับตั้งแต่ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด (4 คะแนน) ถึงไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย (0 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-60 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-20 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลางและ 41-60 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย กฤติกาพร ใยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House and Kahn (1985) แบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงานและด้านการประเมินเปรียบเทียบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อและข้อคำถามด้านลบ 3 ข้อลักษณะการตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็นคะแนนรวมทั้งฉบับคะแนนรวมสูง หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม โดย 1.00 -2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 3.68-5.0 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ สุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีให้เลือกตอบ 5 ระดับลักษณะของคำถามเป็นการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของคนในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ จุฬารักษ์ กวีวิธิชัย (อ้างในสุภาพร จงประกอบกิจ,2551) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อโดยวัดการสนับสนุนของผู้ป่วยจากบุคคลในสังคม 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มสมาชิกในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิดจำนวน 5 ข้อ และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) ของ Nuanchan Thaninsurat et al.,(2002) ที่ดัดแปลงจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินทั้งหมด 4 ด้านประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้าน

อารมณ์ ด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของต่าง ๆซึ่งได้จากครอบครัว เพื่อน บุคคลากรทางด้านสุขภาพ และบุคคลอื่นๆมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 7 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อและการสนับสนุนด้านสิ่งของต่าง ๆ 9 ข้อจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลากรทางด้านสุขภาพเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .77

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981) โดย จารุวรรณ ป้อมกลาง ได้นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.86 นำมาหาค่าความเที่ยงโดยนำไปใช้ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 30 รายได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7-0.8 (DeVellis, 1991) เมื่อนำไปใช้จริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .91

ในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ จารุวรรณ ป้อมกลางที่ได้พัฒนาปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) โดยใช้แนวคิดของ House (1981) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 ซึ่งอยู่ในระดับดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.4 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากองค์ความรู้ที่มีอยู่และจากการที่ได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่ามีการวิจัยกันอย่างแพร่หลายถึงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยมีการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเองหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงด้านลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยผ่านแบบแผนของอาการและอาการแสดง (Mishel and Braden, 1998) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Shana et al., 2008) การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความไม่แน่นอนของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการให้ข้อมูล สิ่งของ หรือด้านอื่น ๆส่งผลต่อขวัญกำลังใจ ทำให้

เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆที่ไม่สามารถคาดเดาได้ และมีการปรับตัวดีขึ้น (ปุณรดา พวงสมัย ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์ และจรรยา ฉิมหลวง, 2558) นอกจากนั้นยังพบว่าการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับเหมือนๆกันระหว่างกันช่วยให้บุคคลเข้าใจแง่มุมของความเจ็บป่วยการรักษาการดูแลตนเองในการอยู่รอดชีวิตซึ่งสามารถช่วยลดความไม่แน่นอนได้ (Hall, Mishel and Germino, 2014) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายอารมณ์และการทำหน้าที่รวมทั้งเกิดความผาสุกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Christopher et al. 2012) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Armer and Stewart, 2010)

3.4 ความทุกข์ทรมานจากอาการ

ความทุกข์ทรมานจากอาการบุคคลที่เป็นมะเร็งมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการขาดประสบการณ์ ขาดความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคการรักษารวมทั้งอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตได้ โดยจะแตกต่างกันตามบริบทของโรคและการรักษาที่ได้รับโดยแตกต่างตามปัจเจกบุคคล (Shaha et al., 2008) ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นรูปแบบของสิ่งกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เนื่องด้วยพยาธิสภาพของโรคมีช่วงที่สงบและมีการกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้โดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่นอกจากนั้นการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีความซับซ้อนและต้องได้รับการรักษาแบบผสมผสานเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ส่งผลทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระหว่างที่กำลังรักษาอยู่และคงอยู่แม้ว่าจะจบการรักษาไปแล้วโดยลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาที่เกิดขึ้นในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมนั้นมีลักษณะอาการที่ไม่แน่นอนไม่คงเส้นคงวา ทั้งความรุนแรง ระยะเวลาที่เกิด ความถี่ บริเวณหรือตำแหน่ง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดความไม่แน่นอนได้ นอกจากนั้นยังพบว่าประสบการณ์การเกิดอาการ ความไม่คุ้นเคยหรือรับทราบมาก่อน สาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ในการจัดการอาการ การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดจากการรักษาส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับที่สูง

3.4.1 ความหมาย

ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้าพบว่ามีความสัมพันธ์กับการถูกคุกคามเกิดความรู้สึกคลุมเครือจากอาการหรือความไม่สุขสบายต่างๆที่ผู้ป่วยต้องเผชิญภายหลังจบการรักษาโดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุของความไม่สุขสบายต่างๆได้ว่าเป็นอาการที่สามารถเกิด

ได้ภายหลังจบการรักษาหรือเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคหรือการรกลับมาเป็นซ้ำ (Mishel, 1990)

อภันตรี จันทะไทย (2018) ให้ความหมายของการรบกวนจากอาการว่า เป็นภาวะความไม่สุขสบายในด้านร่างกายและด้านจิตใจจากพยาธิสภาพของโรคและผลกระทบจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

McCorkle and Young (1978) คือ การรับรู้ต่อระดับความไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการซึ่งเกิดขึ้นจากตัวโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับที่ผ่านมา

Dodd et al. (2001) หมายถึง เป็นภาพรวมของความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในบุคคลโดยต้องใช้สติปัญญาในการวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลความรู้สึกต่าง ๆ แปลความหมายออกมามีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอาการ (Symptom experience) และกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการกับอาการ

Lenz et al. (1997) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลถึงระดับของความทุกข์ทรมานและหรือความไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ

Armstrong (2003) อาการเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลซึ่งมีการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการรบกวนจากอาการว่าเป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมถึงความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจจากอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังการรักษาที่ผ่านมา

3.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการ อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความรู้สึกเฉพาะตัว ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถระบุได้ถึง ระยะเวลาที่เกิด ความถี่ในการเกิด ความรุนแรง บริเวณหรือตำแหน่งที่เกิด นอกจากนั้นยังพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาการยังสามารถระบุได้ 3 มิติคือ อาการที่เกิดสามารถบ่งบอกได้ถึงความถี่ ระยะเวลาที่เกิด ความทุกข์ทรมานจากอาการสามารถบ่งบอกได้ถึงระดับความทุกข์ทรมานความหรือไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดอาการขึ้นส่วนประสบการณ์การเกิดอาการเป็นการตอบสนองส่วนบุคคลเมื่อเกิดอาการและเกิดความไม่สุขสบายจากอาการ (Rhodes and Watson, 1987)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al. (1997) อธิบายถึงปรากฏการณ์ของการเกิดอาการหรือกลุ่มอาการโดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ

1. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น พยาธิสภาพของโรค ความวิตกกังวล อารมณ์ สภาพครอบครัว เป็นต้น

2. อาการ เป็นความรู้สึกเฉพาะตัวโดยแต่ละอาการที่เกิดขึ้นมีหลายมิติ คือความรุนแรง (intensity) ระยะเวลา/ความถี่ที่เกิดอาการ (timing) ความทุกข์ทรมาน (distress) และคุณภาพหรือลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น (quality)

3. ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ มีทั้งทางด้านร่างกายและด้านการคิดตัดสินใจโดยผู้ที่มีอาการหลายๆอาการหรืออาการมีความรุนแรง มีความทุกข์ทรมานมากจะส่งผลให้การทำหน้าที่แย่ลง

แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์อาการของ Armstrong (2003) โดยระบุว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นประสบการณ์การรับรู้ส่วนบุคคลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกันโดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ

1. ปัจจัยนำเข้าซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ เช่น อายุเพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเกี่ยวกับโรค เช่น ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ

2. ประสบการณ์การเกิดอาการ แบ่งออกเป็น 4 มิติ ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และมิติด้านการให้ความหมายหลังเกิดอาการ

3. ผลลัพธ์ ผลลัพธ์หลังเกิดอาการไม่ว่าการปรับตัว คุณภาพชีวิต อารมณ์ การทำหน้าที่

3.4.3 แบบประเมินอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ

แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแบบย่อ (Memorial Symptom Assessment Scale Short Form: MSAS-SF) ของจิตรา ศิวรักษ์ ได้พัฒนาเพื่อนำมาใช้ประเมินอาการเฉพาะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบมากทั้งหมด 32 อาการโดยเลือกวัดมิติ 1 ใน 3 มิติของแบบสอบถาม MSAS คืออาการจากโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่สัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Symptom distress) 28 ข้อ และความถี่ในการเกิดอาการ (Frequency) ทางจิตใจ 4 ข้อในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.94 ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Chang et al. (2000) ซึ่งได้ทำการพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถาม Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS ที่สร้างโดย Portenoy et al. (1994) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับตามกระบวนการโดย นงลักษณ์ สุวิสษฎ์

แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งของ อภิรดี ลดาวรรษ์ และคณะ(2548) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 30 อาการสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความผิดปกติ หรือความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยประเมินความถี่ของการเกิดอาการความรุนแรง และอาการที่รบกวนการ

ดำเนินชีวิตประจำวันการประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนการประเมินความรุนแรงของอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับคือ 0-10 คะแนนโดยคะแนนน้อยที่สุด 0 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนนยิ่งมากยิ่งหมายความว่า อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมาก และคะแนนสูงสุด 10 คะแนน หมายถึงมีอาการรุนแรงมากจนทนไม่ไหว ส่วนการประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยให้ผู้ป่วยจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกโดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคือ อาการที่ถูกเลือกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอันดับ 1=5 คะแนน อันดับ 2=4 คะแนน อันดับ 3=3 คะแนน อันดับ 4=2 คะแนน และอันดับ 5=1 คะแนนและอาการที่ไม่ถูกเลือกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน=0 คะแนน

แบบประเมิน The M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) ใช้ในการประเมินอาการ 31 อาการ ว่าอาการนั้น ๆ ที่เกิดขึ้นรบกวนหรือไม่ ระดับการวัดแบ่งเป็น ไม่รบกวนเลย รบกวนเล็กน้อย ค่อนข้างรบกวน และรบกวนมาก ใช้วัดเพียงมิติของการถูกรบกวนจากอาการเท่านั้น ไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นได้ว่า มากหรือน้อยเพียงใด

The Cancer-and Cancer Treatment – related Symptom Scale (CTSS) ของ Schmid - Buchi และคณะ (2011) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการจากมะเร็งและอาการที่เกิดจากการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ในเดือนที่ผ่านมาแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านที่เกี่ยวกับอาการทางระบบทางเดินอาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านที่เกี่ยวกับความปวดและความผาสุก จำนวน 6 ข้อ ด้านที่เกี่ยวกับการเสียคุณค่าทางกายภาพและสังคม จำนวน 10 ข้อและด้านภาพลักษณ์จำนวน 5 ข้อ มีการหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่า 0.78-0.91

Memorial Symptoms Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย Portenoy et al. (1994) ซึ่งเป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามชนิดต่างๆ เช่นมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งรังไข่ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทั้งหมด 32 อาการ ใช้ประเมินอาการในหลายมิติ ประกอบด้วย การเกิดอาการ (Symptoms occurrence) ความรุนแรงของอาการ (Symptoms severity) ความถี่ของอาการ (Frequency) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Symptoms distress) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับตามกระบวนการโดย นงลักษณ์ สุวิสิษฎ์ (Suwisith, 2008) โดยนำไปใช้ในการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในมิติการมีอาการ ความถี่

ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน/การดำเนินชีวิตจากอาการเท่ากับ 0.89, 0.89, 0.91, 0.93 ตามลำดับ

The Symptom distress Scales (SDS) ใช้ประเมินทั้งหมด 13 อาการ โดยวัดเฉพาะมิติด้านความทุกข์ทรมานจากอาการเท่านั้นใช้การประเมินค่า Likert scale 5 ระดับ (ระดับ 1-5) แบบประเมินนี้ มีจุดอ่อนคือ วัดได้เฉพาะมิติความทุกข์ทรมานจากอาการเท่านั้น และอาการที่ประเมินมีน้อยไม่ครอบคลุม

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแบบย่อ (Memorial Symptom Assessment Scale Short Form: MSAS-SF) ของจิตรา ศิวรักษ์ ที่ใช้ประเมินอาการเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิตเหมือนกันและสามารถวัดได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบมากทั้งหมด 32 อาการโดยเลือกวัดมิติ 1 ใน 3 มิติของแบบสอบถาม MSAS คืออาการจากโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่สัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Symptom distress) 28 ข้อและความถี่ในการเกิดอาการ (Frequency) ทางจิตใจ 4 ข้อในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.94 ซึ่งอยู่ในระดับดี

3.4.4 ความสัมพันธ์ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังจบการรักษาซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมกันหลายๆ อาการตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไปและบางอาการมีความสัมพันธ์กันส่งผลให้มีอาการรุนแรงและเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการเพิ่มมากขึ้นโดยอาการที่พบได้บ่อยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เช่น อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ภาวะของข้อไหล่ติด ปวด แขนบวมเป็นต้น (Dodd et al., 2001) อาการหมดประจำเดือน ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน อาการช่องคลอดแห้ง ความต้องการทางเพศลดลง (ประทุม สร้อยวงศ์, 2547) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะหลังการรักษาครบมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มาคุกคามผู้ป่วยส่งผลทำให้ให้เกิดความคลุมเคลือเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและผลลัพธ์ของการรักษาซึ่งบางอาการผู้ป่วยคาดหวังว่าเมื่อจบการรักษาไปแล้วอาการน่าจะดีขึ้น (จิตรา ศิวรักษ์, 2555) โดยการรบกวนจากอาการส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมไม่สามารถบอกสาเหตุของการรบกวนจากอาการไม่สุขสบายนั้นได้ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย (Event familiarity) อาการที่รบกวนเหล่านี้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

เต้านมคาดหวังว่าอาการจะดีขึ้นหรือหายขาดเมื่อจบการรักษาแล้ว (Event congruence) สัมพันธ์ต่อความกลัวการกลับมาเป็นซ้ำส่งผลทำให้มีความยากลำบากในการปรับตัว (Christman, 1990) และโดยลักษณะอาการของโรคมะเร็งมีทั้งระยะที่โรคสงบและมีความรุนแรง ดังนั้นคนที่มีอาการคงที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอาการแปรปรวน (Mishel & Braden, 1998) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโดยอาการที่พบบ่อยและมีความรุนแรงคือ อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และอารมณ์แปรปรวนในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับอาการทางกายโดยอาการแสดงเกิดขึ้นนำมาก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเป็นสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเป็นระยะเวลานานตลอดการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการสามารถทำนายและส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มสูงมากขึ้นโดยอาการที่แสดงหลังจบการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมนั้นจะสัมพันธ์กับรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับโดยลักษณะความรุนแรงของอาการ ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลทางอ้อมให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนอกจากนั้นยังสามารถส่งผลโดยตรงต่อการปรับตัวได้ด้วย (Mishel, 1984) (Clayton, Mishel and Belyean, 2006) (Hancharoenkun et al.,1991) พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรง ของอาการข้างเคียงจากการรักษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความไม่แน่นอนได้ และพบว่าความรุนแรงของอาการส่งผลทางด้านบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Detprapon and colleagues (2009) พบว่าการเกิดอาการแสดงส่งผลโดยตรงทางด้านบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.5 ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

3.5.1 ความหมายของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

ความหมายโดยทั่วไปตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2534) ความกลัว (Fear) หมายถึงความรู้สึกหวาดกลัวว่าจะประสบกับสิ่งที่ไม่อยากให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลคาดว่าตนเองอาจจะต้องประสบ ซึ่งความกลัวของผู้ป่วยมะเร็งจะมีความแตกต่างจากความกลัวของบุคคลทั่วไป นั่นคือกลัวว่าโรคมะเร็งที่ตนเองเป็นอยู่จะกลับมาเป็นซ้ำ (Fear of cancer recurrence) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังนี้

Vickberg (2003) ได้ให้ความหมายของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำว่า เป็นความกลัวว่ามะเร็งจะกลับมาหรือเป็นอีกในอวัยวะเดิมหรือส่วนอื่นของร่างกาย

Hodges & Humphris (2009) เป็นความกังวลของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นซ้ำของมะเร็งในอนาคต

The National Cancer Institute (2013) กลัวว่ามะเร็งจะกลับมาที่เดิมหรือที่ส่วนอื่นในร่างกายหลังจบการรักษาหรือจนกระทั่งได้รับการตรวจติดตามแล้วพบว่าไม่พบการกลับมาของมะเร็ง

Northouse (1981) ว่าเป็นความกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่โรคกำลังสงบเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง

Lebel et al. (2013) ว่าเป็นลักษณะทางคลินิกเป็นความกลัวและกังวลเกี่ยวกับการกลับมาของมะเร็งอีกครั้งมี 5 องค์ประกอบคือ 1) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง 2) รูปแบบการเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวที่ผิดปกติ 3) การทำงานของร่างกายบกพร่อง 4) มีความทุกข์ทรมานที่มากเกินไป และ 5) ไม่สามารถวางแผนชีวิตในอนาคตได้

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมว่า เป็นความรู้สึกกลัวว่ามะเร็งจะกลับมาเป็นอีกครั้งที่เต้านมหรือที่อวัยวะอื่นในร่างกาย

3.5.2 แนวคิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

เป็นโครงสร้างทางด้านอารมณ์ที่มีหลากหลายมิติ โดยพบว่ามี 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการแสดงของโรค และปัจจัยกระตุ้นภายนอก (External Cues) เช่น การดูสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในด้านลบ Lee, Humphris, Dixon & Bebbington (1997) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1, 2 และ 3 มีโอกาสที่โรคกลับมาเป็นซ้ำภายใน 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 7, 11 และ 13 ตามลำดับหลังจาก 5-12 ปีพบว่าโอกาสที่โรคกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 4.3 เท่านั้น การกลับมาเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับ อายุ ระยะของโรคและระดับการแบ่งตัวของมะเร็งเต้านมความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Miller, 2012) โดยมีการรายงานว่าสามารถเกิดขึ้นได้ร้อยละ 55 ในผู้ป่วยหลังจบการักษา (Vickberg, 2003) พบว่ามีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และยังส่งผลทางด้านลบต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (Daniel, Hall, Rachel et al., 2019) โดยพบได้ตั้งแต่ระดับต่ำ ปานกลางจนถึงมากที่สุด สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยจบ

การรักษาในปีแรกไปจนกระทั่งตลอดการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย โดยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับต่ำนั้นอาจจะเกิดจากการกระตุ้นจากภายนอกได้ เช่น เกิดความกลัวก่อนที่จะถึงวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ หรือการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนใกล้ชิดเกี่ยวกับการเกิดมะเร็งเต้านมเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดความกลัวในระยะสั้น ๆ ได้และหายไปในเวลาอันสั้นเมื่อตรวจไม่พบความผิดปกติ ส่วนความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับปานกลางจนถึงมากจะพบว่าผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกได้บ่อยอาจจะมากกว่าหนึ่งครั้งในหนึ่งสัปดาห์โดยที่ไม่มีสิ่งที่มากระตุ้นก็ได้ เป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถที่จะควบคุมได้ ส่งผลต่อความทุกข์ทางด้านจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล, 2559) ทำให้เกิดความหดหู่ใจและส่งผลทางด้านลบกับคุณภาพชีวิต (Cho D and Lu Q, 2017) ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีปัจจัยหลายอย่างที่มากระตุ้น เช่น อายุ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 40 ปีจะกังวลและกลัวโรคกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (Vickberg, 2003; Mast, 1998) ระดับการศึกษา ความกลัวโรคกลับมาเป็นซ้ำส่งผลทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดความทุกข์ด้านจิตใจเพิ่มระดับความเครียดให้สูงขึ้นเนื่องจากเกิดความไม่แน่นอน กลัว กังวลว่ามะเร็งจะกลับมาเป็นซ้ำ (Vickberg, 2003) สัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ว่าเป็นอาการโดยทั่วไปทางโรคและการรักษาที่เคยได้รับหรือเป็นอาการที่แสดงถึงการกำเริบหรือบ่งบอกว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการปวด อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น (Vickberg, 2003; Mast, 1998) การเผชิญปัญหาโดยพบว่าหากผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและอยู่ในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Thewes, Lebel, Seguin Leclair, & Butow, 2016) ของมะเร็งที่มากขึ้นและการมองโลกในแง่ร้ายเป็นต้น (Dawson, Madsen, & Dains, 2016)

3.5.3 การประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

แบบสอบถามความกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ (Concerns about Recurrence Scale :CARS) เครื่องมือนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Vickberg เมื่อค.ศ. 2003 มีการประเมิน 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความกลัวโดยรวมซึ่งถามเกี่ยวกับความบ่อยของการคิด (frequency) ความเครียดที่เกิดขึ้น (potential for upset) ความสม่ำเสมอ (consistency) ความรุนแรงของความกลัว (intensity of fears) มีคำถามทั้งหมด 4 ข้อ และใช้การวัดแบบ ลิเกิร์ต 6 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 4-24 คะแนน 2) การประเมินธรรมชาติของความกลัวของผู้หญิงเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งจำนวน 26 ข้อซึ่งถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความกังวลเกี่ยวกับความเป็น

ผู้หญิง (womanhood worries) ความกังวลเกี่ยวกับบทบาท และความกังวลเกี่ยวกับความตายใช้การวัดแบบ ลิเกิร์ต 5 ระดับแต่ละข้อคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนนรวม 0-104 คะแนนในระดับสูงหมายถึง มีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งสูง คะแนนน้อยแสดงว่ามีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งน้อยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .93 (Vickberg, 2003)

แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Fear of Cancer Recurrence Inventory: FCRI) พัฒนาขึ้นโดย Simard and Savard เมื่อ ค.ศ. 2009 เป็นเครื่องมือที่วัดความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งในหลายมิติ สร้างขึ้นเพื่อจะใช้ในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดข้อคำถามพัฒนาจากพื้นฐานของความคิดและพฤติกรรม มีการวัดทั้งหมด 7 ด้านประกอบด้วยสิ่งกระตุ้น (triggers) ความรุนแรง (severity) ความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) ความพร่องในการทำกิจวัตร (functional impairment) ความเข้าใจ(insight) ความมั่นใจ (reassurance) และกลวิธีการเผชิญปัญหา (coping strategies) มีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อลักษณะคำตอบใช้การวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับจาก 0 ไม่เคยเลย (not at all or never) ถึง 4 ตลอดเวลา (a great deal or all the time) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-168 คะแนนสูงหมายถึงมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งในระดับสูงหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .71-0.94 และได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) (Fear of Cancer Recurrence Inventory Short Form: FCRI-SF) โดย Simard และ Savard (2015) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อลักษณะคำตอบใช้การวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับและนำมาใช้ในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.89
(Simard et al., 2015)

The Assessment of Survivor Concern (ASC) พัฒนาขึ้นโดย Gotay and Pagano (ค.ศ. 2007) ใช้วัดความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งและความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ข้อคำถามพัฒนาจากการสัมภาษณ์และข้อเสนอจากงานวิจัยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ 1) ด้านความกังวลเกี่ยวกับมะเร็ง (cancer worry) มีข้อคำถาม 3 ข้อ 2) ด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (health worry) มีข้อคำถาม 2 ข้อลักษณะคำตอบใช้การวัดแบบลิเกิร์ต 4 ระดับ ตั้งแต่ 4 มากที่สุด (very much) ถึง 1 ไม่มีเลย (not at all) คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งสูง (Gotay & Pagano, 2016)

จากการทบทวนลักษณะและองค์ประกอบของเครื่องมือวัดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำดังที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าแต่ละเครื่องมือมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันออกไปโดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) (Fear of Cancer Recurrence Inventory Short Form: FCRI-SF) โดย Simard และ Savard (2015) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะและวัดได้หลากหลายมิติ นอกจากนั้นยังมีความตรงและค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (Bell et al., 2017)

3.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้เป็นปกติโดยสามารถพบได้ร้อยละ 60-90 (Schover, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์ในระดับสูงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจหลังจบการรักษาเป็นปีหรือหลายปีส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Cho D and Lu Q, 2017) โดยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและการรบกวนจากอาการโดยผู้ป่วยจะเกิดความคลุมเครือไม่แน่นอนว่าอาการเหล่านั้นอาจจะเป็นอาการที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำ (Gil et al., 2004) เช่น อาการปวด เหนื่อยล่า เป็นต้น พบว่าในแต่ละเดือนจะมีตัวกระตุ้นอย่างน้อย 2 ตัวที่กระตุ้นที่เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลัวว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคจากการได้ยินหรือทราบว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหรือจากสื่อต่างๆรวมทั้งการนัดหมายจากแพทย์หรือช่วงที่รอฟังผลการตรวจ (Gil et al., 2004) บางครั้งความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำกลับเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการที่ผู้ป่วยพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Paorohit, 2006)

3.6 ความรอบรู้ทางสุขภาพ

บุคคลจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพของตัวเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนั้นต้องอาศัยทักษะและความสามารถในการที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพต่าง ๆ มีทักษะความรู้ ที่จะทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้ข้อมูลหรือสื่อทางด้านสุขภาพเพื่อที่จะเลือกตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนั้นต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมรอบ ๆตัว เช่น บุคคลรอบข้าง กระบวนการสื่อสารต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อช่วยส่งเสริม ช่วยเอื้อนำนวยต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เหล่านั้นคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ

3.6.1 ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) คือ ทักษะทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

องค์การอนามัยโลก (2018) คือ ทักษะต่าง ๆทางการรับรู้ทางสังคมที่กำหนอดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ที่จำทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อบำรุงรักษาส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

Nutbeam (2000) เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

Kickbusch (2008) เป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

Bostockand and Steptoc (2012) เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล เป็นสมรรถนะและทักษะต่าง ๆทางการรับรู้ และทางสังคมในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) การมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะทางการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและทักษะการตัดสินใจรวมถึงการมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตของตนเองและครอบครัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรครวมทั้งการรักษา อาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าติดตามความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงแหล่งความรู้ ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (สันติ ยอมประโคน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และเจริญ ชูโชติถาวร, 2014) เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัวทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Khamho, Wanitkun, Danaidutsadeekul and Thephamongkhol, 2018) และคงไว้ซึ่งภาวการณ์ทำหน้าที่ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่ง

ที่มีผลต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Dumenci et al., 2014) เป็นสิ่งที่จำเป็น ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ การที่บุคคลจะสามารถนำข้อมูลมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีได้ นั้นต้องอาศัยทักษะการเรียนรู้และทักษะทางสังคมในการเข้าถึงข้อมูลและใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถและแรงจูงใจของบุคคล (Backes AC and Kuo GM, 2012)

3.6.2 แนวความคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้สูงขึ้นเพื่อเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ทางสุขภาพที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยเกิดขึ้นจากการเรียนรู้การสื่อสาร ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) คือความสามารถในการอ่าน การฟัง การพูด การเขียน การดู การสืบค้นคิดใคร่ครวญด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือเพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลในการที่จะเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพให้กับตนเอง

2.ความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) คือ การทำความเข้าใจ รับรู้ การอ่าน และการใช้ข้อมูลที่เกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ โดยการคิดไตร่ตรอง ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ก่อนที่จะตัดสินใจนำสิ่งเหล่านั้นไปปฏิบัติ

3.ทักษะการสื่อสาร (communication skill) เป็นความสามารถในการเผยแพร่สื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้คนอื่นเข้าใจโดยใช้ทักษะทางด้านการสื่อสาร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) เป็นความสามารถที่จะเลือกวิธีปฏิบัติหรือปฏิเสธรวมทั้งการหลีกเลี่ยงเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลโดยมีทัศนคติเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรม

5.การจัดการตนเอง (self-management skill) เป็นความสามารถที่จะเลือกวิธีปฏิบัติหรือปฏิเสธรวมทั้งการหลีกเลี่ยงเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ของบุคคลในการจัดการอาการของโรค ด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม

6.การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy skill) ความสามารถในการตรวจสอบความน่า

เชื่อถือของข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยใช้ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการคิดวิเคราะห์สื่อที่นำเสนอและนำมาตีความคิดวิเคราะห์และประเมิน

โดยสามารถแบ่งระดับความรอบรู้ทางสุขภาพออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และ เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการเลือกข้อมูลทางสุขภาพ ค้นหาและใช้อุปกรณ์มีความสามารถในการรับรู้และจำประเด็นสำคัญรวมทั้งปฏิเสธหรือยอมรับที่จะปฏิบัติได้ ตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลและสามารถกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานในการพิจารณาข่าวสาร แยกแยะและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย มีความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องพร้อมทั้งสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีได้ มีการใช้เหตุผลหรือทำการวิเคราะห์ผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองก่อนที่จะเลือกหรือปฏิเสธเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นโดยสามรถประยุกต์และประเมินข้อมูลทางด้านสุขภาพและนำมาใช้และปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) มีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมีความสามารถในการวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบแหล่งข้อมูลได้อย่างมีเหตุผลสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดได้และเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคมทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3.6.3 แบบประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาโดย นภาพร วาณิชย์กุลและคณะเพื่อใช้วัดความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังจบการรักษา แบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ด้านประกอบด้วย ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ (5 ข้อ) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (4 ข้อ) ครอบครัวสุขภาพ (4 ข้อ) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) การ

ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) และความรับผิดชอบของตนต่อ (4 ข้อ) รวมทั้งหมด 29 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .76 - .9 ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 11 ระดับ (0-10) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .95

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) เป็นแบบวัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณนำมาใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนรวมไปถึงผู้ใหญ่ มีข้อคำถามทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจในตัวเลข 17 ข้อวัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ

แบบประเมิน The Cancer Health Literacy Test – 30 (CHLT-30) (Dumenci, et. al., 2014) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .88 คะแนนคือจำนวนคำตอบที่ถูกต้องทั้งหมดและช่วงระดับคะแนนจาก 0 ถึง 30 เวลาตอบสนองของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 10-15 นาที

Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในการการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย การพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษร เช่นการพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องใช้การเดาในคำศัพท์ที่ไม่สามารถอ่านออกนั้น

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส แบบประเมินนี้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ เกี่ยกับเรื่องของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเหล้า ซึ่งมีทั้งหมด 5 ตอนจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ประประยุกต์จากเครื่องมือ TOFHLA (Parker et al., 1995) เน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจเนื้อหาจำนวน 8 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน หากตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 8 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนตามแนวทางของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการทางสุขภาพ (2552) โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (7-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) และระดับต่ำ (0-4 คะแนน) แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาโดย นภาพร วาณิชย์กุลและคณะซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันโดยสามารถวัดได้ครอบคลุมทั้งหมด 7 ด้านประกอบด้วย ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ (5 ข้อ) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (4 ข้อ) ครอบครัวสุขภาพ (4 ข้อ) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) และความรับผิดชอบของตนต่อ (4 ข้อ) รวมทั้งหมด 29 ข้อ และมีค่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .76 - .9 และของแบบสอบถามเท่ากับ .95 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้

3.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจเหตุผลในการรักษา ไม่สามารถคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลทางด้านสุขภาพได้โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่มีอาการไม่คงที่ลักษณะทางด้านพยาธิและอาการแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งทำให้เกิดผลลัทธ์ทางสุขภาพที่ลดลง (Lin et al., 2015) เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังรุนแรงโรค การรักษา อาการแทรกซ้อนต่าง ๆมีความซับซ้อนยากที่จะเข้าใจบางครั้งผู้ป่วยอาจจะขาดข้อมูลในส่วนนี้ทำให้การตัดสินใจการรักษาการเข้าใจสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้น้อยส่งผลให้เกิดความคลุมเครือ มีการศึกษาถึงปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรวมทั้งความรอบรู้ทางสุขภาพโดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mock, 2013) ความรอบรู้ทางสุขภาพช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบผกผันโดยที่ความไม่แน่นอนมีแนวโน้มลดลงถ้ามีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยมีตัวแปรเกี่ยวกับระดับการศึกษาเข้ามาร่วมส่งเสริมโดยระดับการศึกษาสูงความรอบรู้ทางสุขภาพจะสูงตามด้วย (Reynolds, 2018)

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

พยาบาลถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การดูแล ส่งเสริม สนับสนุนผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยวิธีใดก็ตาม เช่นการทำผ่าตัด การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด เมื่อสิ้นสุดการรักษาไปแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงต้องได้รับการประเมินผลกระทบทางด้านจิตสังคม ด้านร่างกายที่อาจจะเกิดขึ้น ติดตามอาการ ภาวะแทรกซ้อน

จากโรคภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งเฝ้าติดตามการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ นอกจากนั้นยังคงต้องเฝ้าติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีความต่อเนื่อง ภายใต้องค์ความรู้ทางการพยาบาลที่มีและสามารถพัฒนาไปตามองค์ความรู้ทางการพยาบาลมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาไม่หยุดนิ่งเนื่องจากมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่เสมอเป้าหมายในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ป้องกัน บรรเทา ลดอาการทุกข์ทรมานจากผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic approach) และมีความต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพ ความสามารถของบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัวรวมถึงชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมดังนี้

4.1 บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังจบการรักษาไปแล้วยังคงได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคและการรักษาที่เคยได้รับ เช่น ภาวะแขนบวมจากทางเดินน้ำเหลืองอุดตันจากการผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองร่วมกับการฉายรังสี ผิวหนังที่เต้านมเปลี่ยนแปลงจากการฉายรังสี อาการอ่อนเพลีย มีภาวะกระดูกบาง ปวด มีโอกาสเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกจากการรับประทานยาต้านฮอร์โมน เป็นต้นเหล่านี้พยาบาลที่ดูแลผู้รอดชีวิตควรให้ความรู้และคำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยหรือแม้กระทั้งผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เพื่อให้สามารถดูแลส่งเสริมภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยเรื่อง การรับประทานอาการที่มีไขมันต่ำ การนอนหลับผักผ่อนให้เพียงพอและมีคุณภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเนื่องจากภาวะอ้วนส่งเสริมให้มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำได้สูงกว่าคนที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่สำคัญควรให้คำแนะนำเรื่องการสังเกตภาวะความผิดปกติของตนเองเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น การคลำเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น นอกจากนั้นควรให้คำแนะนำเรื่องการตรวจติดตามภาวะของโรคและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในกรณีได้รับยาต้านฮอร์โมนซึ่งผู้ป่วยอาจจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน 5-10 ปีเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการกระจายของโรคมะเร็ง ด้านการพยาบาล สอนเรื่องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบสงวนเต้านมหรือยังเหลือเต้านมอีกข้าง การบริหารไหล่เพื่อป้องกันภาวะไหล่ติด เป็นต้น

4.2 บทบาทในการเป็นผู้ประสานงานและส่งต่อ เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ การส่งต่อการประสานงาน ระหว่างทีมแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ระบบบริการสุขภาพชุมชน ถือว่ามีความสำคัญ แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะจบการรักษาไปแล้วยังต้องมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการและบางรายอาจจะต้องเข้ารับบริการใกล้บ้านโดยผ่านระบบการส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพซึ่งต้องมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นการตรวจติดตามโรค ภาวะแทรกซ้อน การรับยาต้านฮอร์โมนอยต่อเนื่อง การตรวจเต้านม ตรวจภายในกับสูตินรีแพทย์เพื่อเฝ้าติดตามเยื่อบุโพรงมดลูกที่อาจจะหนาตัวได้ก่อให้เกิด secondary cancer ได้ในผู้รอดชีวิตอายุน้อยที่ใช้ยาต้านฮอร์โมนในกลุ่มวัยที่ยังไม่หมดประจำเดือน ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการการมีบุตรส่งต่อให้ได้ปรึกษาแพทย์ทางด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

4.3 บทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการ (Manager) จัดหาแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อาจจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เช่น ส่งเสริมศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งแหล่งประโยชน์อื่นที่สำคัญและจำเป็น การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลเนื่องจากผู้รอดชีวิตยังต้องรับประทานยาต้านฮอร์โมนอย่างน้อย 5 ปีหรือ 10 ปีในรายที่ได้ประโยชน์ จัดระบบเพื่อให้สามารถปรึกษากับแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Tele Medicine) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ นอกจากนั้นยังจัดหาแหล่งสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เช่น เต้านมเทียม ผมปลอม เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ รวมถึงการออกแบบโปรแกรมในหน่วยงานสุขภาพที่มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้วางแผนการจำหน่ายโดยการทำ survivor care plan ร่วมกันเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.4 บทบาทการเป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health promotor for empowerment) ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหาการเผชิญความเครียด การลดความวิตกกังวล การดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ส่งเสริมสนับสนุนการทำบทบาททางสังคม สร้างความมั่นใจในการเข้าสู่สังคมจากการที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป ส่งเสริมบทบาทการเป็นภรรยา สร้างความมั่นใจ สนับสนุนเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้าสู่ช่วงการรอดชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพภาพ

5. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีการศึกษากันอย่างแพร่หลายทั้งในโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

สมพร ชินโนรส และคณะ (2001) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี พบว่าผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 65.49 และพบว่าการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงระดับความไม่แน่นอนจะต่ำกว่า

Crigger (1996) ได้ทำการศึกษาความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเพศหญิงโรคมัลติเพิ้ลสเคอโรซิสจำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

สมจิต บุญจันทร์และทิพาพร (2534) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 128 ราย พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลด้านลบต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร้อยละ 50

Miller (2015) ได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี จำนวน 25 ราย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากหลายปัจจัยเช่น เกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการดำเนินของโรคการรักษาและผลข้างเคียงที่มีความซับซ้อนจากการรักษาที่ได้รับ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเกิดความความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งการกลับมาเป็นซ้ำของโรคด้วยหลังการรักษาสิ้นสุดลงและพบว่าการสื่อสารจากพยาบาล ทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิ์ภาพรวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิตท่านอื่น จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้

Ahmadidarrehsima et al. (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านสถานภาพการสมรส อายุ ระยะเวลาที่ได้รับการ

วินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุตั้งแต่ 30-65 ปี จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรส อายุ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยแต่พบว่าประวัติ ครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

Sajjadi et al. (2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ชนิดของการรักษา การแพร่กระจายของโรคและตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมะเร็งที่จำนวน 420 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นเวลานานจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในช่วงเวลาไม่นานมาก พร้อมกับพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับสูงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะต่ำและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่วนเพศ สถานภาพสมรส อาชีพและชนิดของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและนอกจากนั้นในงานวิจัยนี้ยังได้อภิปรายถึงปัจจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นในแง่ธรรมชาติ ของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกันอาจจะส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและทำให้ผลการวิจัยต่างกันได้ด้วย

ปุณรดา พวงสมัย (2556) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 125 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากปรับตัวได้ไม่ดีทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและปัจจัยด้านการศึกษาไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการปรับตัวเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้กับตนเองได้และเกิดอาการท้อแท้ สิ้นหวังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับการปรับตัวซึ่งผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะปรับตัวได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และนอกจากนั้นยังพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

Mishel and Braden (1987) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 44 ราย ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงจะมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำและระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำจะส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในช่วงที่การรักษาจบสิ้นไปแล้วจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในอนาคตให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนได้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมได้ปกติ

Mishel and Braden (1988) ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบกรอบสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในรูปแบบของอาการ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ แหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนซึ่งประกอบไปด้วย การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 61 ราย พบว่าความคุ้นเคยในเหตุการณ์ ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ ช่วยลดความรู้สึกซับซ้อนในการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความคลุมเครือเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น

Mishel et al. (1984) ได้ทำการศึกษาอิทธิผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 54 รายพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงการมองโลกในแง่ดีต่ำส่งผลให้ เกิดภาวะทุกข์ทางด้านจิตใจ ส่งผลทำให้เจตคติในด้านการปรับตัวเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพมีปัญหา นอกจากนั้นยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Ahadzadeh, A. S., & Sharif, S. P. (2018) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายผลกระทบในด้านลบของการเกิดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในทุกกลุ่มอายุ จำนวน 135 รายพบว่า ผลของการเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและพบว่าการขาดข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของโรคมะเร็งเต้านมและแบบแผนการรักษา การกลับมาเป็นซ้ำของโรคมีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต

Tipaporn wonghongkul (2006) ได้ทำการศึกษาระดับของความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย รูปแบบของการเผชิญปัญหา ทำนายความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตมีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยทำให้ผู้ป่วย

สามารถปรับตัวได้และนอกจากนั้นยังพบว่าการมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้นจึงส่งผลให้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สูงมาก

Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. (2011) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยระหว่างอาการและอาการแสดงกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในช่วงที่กำลังทำการรักษาและหลังจบการรักษาไปแล้ว จำนวน 252 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในช่วงที่กำลังทำการรักษามีความรุนแรงของอาการมากกว่าและระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าในกลุ่มที่จบการรักษาไปแล้วนอกจากนั้นยังพบว่าอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะอาการ นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ภาวะแขนบวม ซึ่งทั้งหมดเป็นผลจากการรักษาและพบว่า รายได้ อาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่กำลังได้รับการรักษา

สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของระยะการรักษามีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง จากผลการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r = -.41) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ มี ความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r = -.47) ความรุนแรงของอาการ ข้างเคียง มี ความสัมพันธ์ ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r =.35) และความคุ้นเคยใน เหตุการณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r = -.34) และจากตัวแปรทั้ง 4 สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 50

อภิญญา พจนารถ และคณะ (2013) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จำนวน 30 รายโดยการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนทางด้านความรู้และการสร้างสิ่งแวดล้อม ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญลดความรู้สึกแปลกใหม่ไม่คุ้นเคยและลดความซับซ้อนของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อนและพบว่าการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความขัดข้องใจแลกเปลี่ยนความ

คิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆส่งเสริมผู้ป่วยให้แสวงหาข้อมูลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษามากยิ่งขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้ผ่านกรอบของตัวกระตุ้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

คริสต์แมน (1990) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี พบว่าความสัมพันธ์ของระยะรักษากับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r = .34)

จุฬาลักษณ์ กวีวิวิธชัย (2536) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีจำนวน 130 รายพบว่า อายุ แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปรับตัวได้โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามและขัดขวางความสมดุลของชีวิตทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสนทำให้ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคามได้ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากยิ่งทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยมีมุมมองทางด้านลบเกี่ยวกับโรคที่เป็น รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ได้รับผลกระทบจากการรักษาไม่ว่าจะเป็นเรื่องของภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความเป็นผู้หญิงจากการได้รับการตัดเต้านม กังวลเกี่ยวกับบทบาทของภรรยาและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคตเนื่องจากว่าไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือทำนายการดำเนินของโรคได้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและกังวลส่งผลด้านลบต่อการปรับตัว นอกจากนั้นยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

บุษบา ทาธง ศรีพรรณ กันธวัง และ อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาและคุ้นเคยกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและการรักษาเพราะเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาหลายครั้งทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในที่ไม่สูงมากและอีกทั้งยังได้รับแรงสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่เพียงพอทำให้เข้าใจแบบแผนของอาการ

ที่เกิดขึ้นและเด็กป่วยโรคมะเร็งเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาหลายครั้งแล้วทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัดรวมถึงอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจึงทำให้เด็กเข้าใจและคุ้นเคยกับเหตุการณ์สามารถที่จะคาดเดาเหตุการณ์และทำนายอาการและความรุนแรงได้ส่วนเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงรุนแรงหลายอาการที่ซับซ้อนทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์และความเจ็บป่วยได้

Hilton (1992) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะช่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆได้ดี

Sammarco (2001) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสังคมจะทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนลดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

นันท์นภัส เลี้ยงพันธุ์ (2017) ได้ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยด้านความเชื่อและการยอมรับในทีมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดา มารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 82 รายพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางอธิบายได้ว่าการที่บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลางเนื่องจากเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากทีมสุขภาพในระดับที่สูงจึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยเดียวที่ทำนายความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้เนื่องจากบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ชัดเจนจึงไม่สามารถทำนายอาการแสดงของโรคได้จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับที่สูง

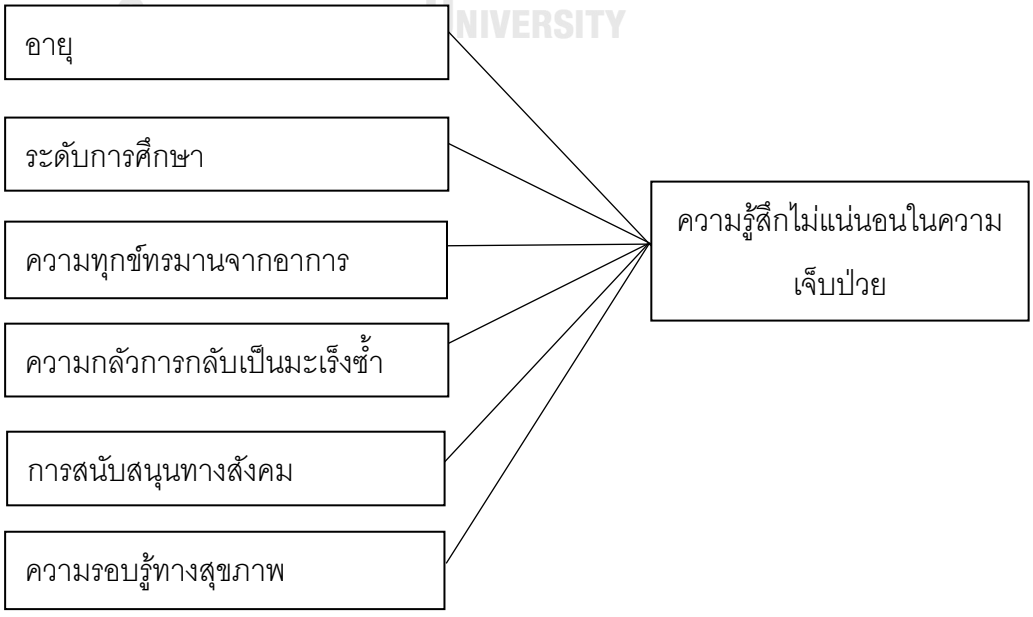
ชญาภรณ์ ตีวารี (2016) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยด้าน แบบแผนอาการแสดงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลจากทีมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน ราย พบว่าแบบแผนอาการแสดงของการเจ็บป่วย/การสนับสนุนด้านข้อมูลจากทีมสุขภาพ/ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย/ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของพ่อแม่เป็นปัจจัยที่สามารถ

ทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

ภัทราภรณ์ ทุ่งคำปั่น และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 18 รายที่รักษาหายขาดตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปพบว่าประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือระยะที่เริ่มรู้สึกถึงอาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้นของมะเร็งเต้านมพยายามแสวงหาข้อมูล ต่อมาเป็นระยะที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกกังวลกลัวความตายเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพยายามที่จะปรับตัว สุดท้ายเป็นระยะที่หายจากโรคแล้วแต่ยังรู้สึกกังวลและกลัวโรคกลับมาเป็นซ้ำพยายามปรับตัว ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ บทบาททางสังคมลดลง เกิดความห่างเหินกับเพื่อน

6. กรอบแนวคิด

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่ามีการศึกษาเฉพาะปัจจัยบางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแต่ยังไม่เห็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งหมด คือ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น ดังแสดงตามไดอะแกรมข้างล่างนี้



บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัย คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีถึง 60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ของโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีถึง 60 ปีจบการรักษาหลักโดยการทำผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มารับบริการที่คลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกว่องวานิช ชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทยและศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 135 คนที่มีคุณสมบัติดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปฐมภูมิ (Primary of cancer) ที่เต้านมและได้รับการรักษาหลักครบแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปซึ่งระบุในประวัติการรักษาของผู้ป่วยโดยได้มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาไว้
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาหรือความบกพร่องทางด้านการสื่อสารเข้าใจและอ่านภาษาไทยได้
3. ไม่มีโรคร่วมรุนแรงหรืออาการแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายจนไม่สามารถที่จะให้ข้อมูลได้
4. อายุตั้งแต่ 20 ปีถึง 60 ปี
5. ยินดีร่วมมือที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค
2. มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น ๆ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการของ Thorndike (Thorndike, 1978) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่พอซึ่งเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีผลต่อความตรงของผลการศึกษาและทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ

N> 10k+50

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร

ดังนั้น N > (10x7)+50 = 120

เพื่อป้องกันการถอนตัว (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 และนำมาทดสอบการแจกแจงของตัวแปรพบว่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ17 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 141 คนพร้อมทั้งพิจารณาตัด Outlier ออกโดยใช้ Boxplot เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 135 คนนำไปทดสอบการแจกแจงของตัวแปรด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test ระดับนัยสำคัญที่มากกว่า 0.05 พบว่าตัวแปรไม่มีการกระจายแบบปกติ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ไปหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method) เปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) อ้างอิงโดยใช้ทฤษฎี Central Limit Theorem (Munro, 2001) เพื่อให้การประมาณค่าทางสถิติมีความแม่นยำมากขึ้น กล่าวคือเมื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนตั้งแต่ 30 ขึ้นไปการประมาณการแจกแจงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจะมีการแจกแจงใกล้เคียงแบบปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงประชากรได้ โดยการสุ่มตัวอย่างซ้ำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำสั่ง Bootstrapping วิเคราะห์ค่าทางสถิติกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 135 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.เลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบครบวงจรตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครเนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาล

ขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเข้ารับการบริการเป็นจำนวนมากให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งในเขตกรุงเทพปริมณฑลและต่างจังหวัดทั่วประเทศจึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ มีประชากรหลากหลายสามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ (ธวัชชัย วรพงศธร, 2540) ดังนี้

1.1สังกัดกระทรวงกลาโหม (3) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จประปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.2 สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาวิจัยและนวัตกรรม (3) โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

1.3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (4) โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน

1.4 สังกัดกรุงเทพมหานคร (9) โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพรทวีศักดิ์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลบางขุนเทียน (สามารถ ตันอริยกุล, 2556) สำนักนายกรัฐมนตรี (1) ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

1.5 องค์กรอิสระ (1) ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2.สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลมา 2 สังกัดจากทั้งหมด 6 สังกัดใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ผลการสุ่มได้แก่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรอิสระ

3.สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดมาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตราภูร, 2553) ดังนี้

3.1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3.2 องค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งจำนวนเท่าๆ กันรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด 141 คน โดยสัดส่วนการเข้ารับบริการของประชากรในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและสถาบันมะเร็งแห่งชาติแต่ละเดือนประมาณ 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกแบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ข้อประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และแบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย เป็นส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกมีทั้งหมด 3 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ระยะของโรค ระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ และการรักษาที่ได้รับ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการสัมภาษณ์

2. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล (Mishel's Uncertainty In Illness Scale: Community Form: MUIS-C) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของ Mishel (1990) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ และคณะ (2552) ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้ การตรวจสอบความตรง (validity) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาด้วยการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (English back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทย-อังกฤษ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีจำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงในงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีจำนวน 260 ราย ได้ค่าความเชื้อมั่น (reliability) ของเครื่องมือเท่ากันคือ 0.82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยระดับที่ 1 (ไม่เห็นด้วยเลย) ระดับที่ 2 (ไม่เห็นด้วย) ระดับที่ 3 (ไม่ตัดสินใจ) ระดับที่ 4 (เห็นด้วย) และระดับที่ 5 (เห็นด้วยมาก) ใช้ในการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.1 ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ได้แก่ ข้อ 1, 3, 11, 12, 13,15, 17, 18 และ 20

2.2 ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 10, 22 และ 23

2.3 การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (inconsistency of the information) ได้แก่ ข้อ 2, 8, 9, 14, 16 และ 21

2.4 การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้

(unpredictability) ได้แก่ ข้อ 7 และ 16

ข้อคำถามทั้งหมดมีทั้งความหมายทางด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามที่มีความหมายในด้านลบมีทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23 โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจะถูกกลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	**ข้อความทางบวก คะแนน**	**ข้อความทางลบ คะแนน**
เห็นด้วยมาก	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่ตัดสินใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยเลย	1	5

การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้ง 23 ข้อ มีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน ผลคะแนนสูงแสดงถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง คะแนนรวมต่ำแสดงถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ ซึ่งแบ่งระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ (ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง) (Somjaivong et al., 2011)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คะแนนรวม	**การแปลผล**
23 – 53 คะแนน	ระดับต่ำ
54 – 84 คะแนน	ระดับปานกลาง
85 – 115 คะแนน	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของข้อคำถามและภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดของเครื่องมือรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการ

ตรวจสอบความชัดเจน ครอบคลุม ความตรงตามเนื้อหาโดยคะแนนความคิดเห็นแบ่งเป็นระดับคะแนน 4, 3, 2, 1 (ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหา และมีความสอดคล้องกับคำนิยามมากที่สุด ส่วนค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหา และไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยามเลย) นอกจากนั้นยังให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างในแต่ละข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งที่ดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยจำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 2 ท่าน ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับคำในข้อคำถามที่ 3 จากคำว่า “ข้าพเจ้าไม่แน่ใจว่าความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าจะดีขึ้นหรือแย่ลง” ปรับเป็น “ฉันไม่แน่ใจว่าโรคของฉันจะสงบหรือกำเริบขึ้นมาอีก” และข้อคำถามที่ 21 จากคำว่า “หมอไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ข้าพเจ้ารู้” ปรับเป็น “แพทย์ไม่ได้อธิบายระยะของโรคที่ชัดเจนให้ฉันรู้” หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ได้รับการปรับแก้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit และ Hungler (1999) ซึ่งค่า CVI แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยถือเอาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งผลจากการคำนวณพบว่าแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล มีค่า CVI เท่ากับ 0.85

Chulalongkorn University

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) (Fear of Cancer Recurrence Inventory Short- form: FCRI-SF) พัฒนาขึ้นโดย Simard และคณะ

(2015) ซึ่งได้ทำการพัฒนามาจากแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งของ Simard และคณะ (2009) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยอภันตรี และคณะ (2018) โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (Translation – Back translation process) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .84 เป็นการประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับโดยแบบประเมินมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	4	คะแนน
มาก	3	คะแนน
ปานกลาง	2	คะแนน
เล็กน้อย	1	คะแนน
ไม่มีเลย	0	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนของแบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึงความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับที่สูง การแปลผลคะแนนรวม (Simard et al., 2015)

คะแนนรวม	การแปลผล
0-12 คะแนน	ต่ำ
13-21 คะแนน	ปานกลาง
22-36 คะแนน	สูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของข้อคำถามและภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นนำเสนอเครื่องมือที่ปรับแก้ตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านทำการตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของแบบสอบถาม ผลปรากฏว่าผู้ทรงทั้ง 5 ท่านตรวจสอบแล้วให้แก้สรรพนามจาก “ คุณ” เป็น “ ฉัน” ให้ปรับโดยตัดกล่องระดับการให้คะแนนมาใส่กำกับไว้ในแต่ละข้อของแบบประเมิน ปรับข้อคำถามที่ 6 และ 7 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตามลำดับดังนี้ “ในความคิดของคุณ คุณมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำหรือไม่” เป็น “ในความคิดของฉัน ฉันมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็ง

ซ้ำ '' และ " บ่อยแค่ไหนที่คุณคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้การกลับเป็นมะเร็งซ้ำ'' เป็น " ความถี่ที่ฉันคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ " จากนั้นนำแบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit และ Hungler (1999) ซึ่งค่า CVI แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยถือเอาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งผลจากการคำนวณพบว่าแบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) มีค่า CVI เท่ากับ 0.88

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้รับการพัฒนาโดย นภาพร วาณิชย์กุล และคณะ ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ด้านรวมทั้งหมด 29 ข้อ ประกอบด้วย (1) ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ (5 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 13, 16, 20, 22 และ 28 (2) ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (4 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 9, 17, 23 และ 24 (3) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (4 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 1,3 ,7 และ 12 (4) ด้านครอบครัวสุขภาพ (4 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 8, 15, 19 และ 25 (5) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 6,11 ,14 และ 27 (6) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 4, 10, 21 และ 26 และ(7) ด้านความรับผิดชอบของตน (4 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 2, 5 ,18 และ 29 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .76 - .9 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .95 ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 11 ระดับ (0-10) โดยเริ่มจาก

ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงระดับคะแนนที่สูงสุดคือ 10 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **เห็นด้วยอย่างยิ่ง**

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านทำการตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของแบบสอบถามพิจารณาเสนอแนะให้ปรับข้อคำถามที่ 3 จาก “ คุณสามารถขอให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบอกข้อมูลที่ตรวจพบให้คุณเข้าใจได้ ” เป็น “ ฉันสามารถขอให้แพทย์บอกข้อมูลที่ตรวจพบให้ฉันเข้าใจ ” และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit และ Hungler (1999) ซึ่งค่า CVI แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยถือเอาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งผลจากการคำนวณพบว่าแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ มีค่า CVI เท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)โดยนำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย วนิดา รัตนานนท์ (2545) โดยทำการดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังจบการรักษาโดยจารุวรรณ ป้อมกลาง ลักษณะของแบบสอบถามจะใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 4 ด้าน 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมิน 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงินและการงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ให้คะแนนเท่ากับ
ไม่เป็นจริงเลย	1
เป็นจริงเล็กน้อย	2
เป็นจริงส่วนใหญ่	3
เป็นจริงมากที่สุด	4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านทำการตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของแบบสอบถามพิจารณาไม่มีการปรับแก้ในเนื้อหาหลัก และให้แก้ไขสรรพนามจาก “ คุณ’’ เป็น “ ฉัน”และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit และ Hungler (1999) ซึ่งค่า CVI แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยถือเอาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไม่น้อยกว่า .80 (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งผลจากการคำนวณพบว่าแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่า CVI เท่ากับ 0.86

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS-SF) ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแบบย่อของจิตรา ศิวรักษ์ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Chang และคณะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(2000) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยใช้มิติการรบกวนจากอาการความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิต (Distress dimension) ซึ่งอยู่ในแบบสอบถาม Memorial Symptom Assessment Scale ของ Portenoy และคณะ (1994) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับตามกระบวนการโดย นงลักษณ์ สุวิสษฎ์ (Suwisith, 2007) ที่มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อประกอบไปด้วยอาการทางกาย 35 อาการและทางด้านจิตใจ 4 อาการเพื่อนำมาใช้ประเมินอาการเฉพาะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบมากที่สุดโดยเลือกวัดมิติ 1 ใน 3 มิติของแบบสอบถาม MSAS คืออาการจากโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่สัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Symptom distress) และความถี่ในการเกิดอาการ (Frequency) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.94 ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย วิทยานิพนธ์ เรียนปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักไปแล้วจึงได้ตัดอาการบางอย่างที่ไม่สัมพันธ์กับอาการที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักไปแล้วทั้งหมด 19 อาการได้แก่ อาการชาหรือเจ็บแปลบปลายมือ/เท้า อึดอัดท้อง/มีลมในท้อง ท้องผูก ท้องเสีย มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เวียนศีรษะ คัน ไม่อยากอาหาร/ความยากอาหารลดลง รู้สึกง่วงนอน ไอ ไม่มีสมาธิ ผมร่วง ปากแห้ง น้ำหนักลดลง รสอาหารเปลี่ยนไป อาเจียน คลื่นไส้ กลืนลำบาก แผลในปาก และรวมอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาต้านฮอร์โมนคือ กลุ่มอาการของคนวัยหมดประจำเดือน คือ อาการช่องคลอดแห้ง มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากช่องคลอด ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน ความต้องการทางเพศลดลง และปวดตามข้อ (จิตรา ศิวรักษ์, 2555) จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 12 อาการโดยใช้ประเมินอาการทางร่างกายทั้งหมด 8 อาการและจิตใจ 4 อาการโดยนำมาใช้เพื่อประเมินมิติการเกิดอาการ (Symptoms occurrence) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Symptoms distress) ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติและความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยประเมินว่ามีอาการตามที่ระบุหรือไม่ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้ามีอาการให้ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตหรือไม่

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ดังนั้นคะแนนของความทุกข์ทรมานจากอาการจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 48 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมายและการให้คะแนน ดังนี้

ไม่มี	แทนด้วย	0	หมายถึง	ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการเลย
เล็กน้อย	แทนด้วย	1	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการเล็กน้อย
ปานกลาง	แทนด้วย	2	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง
มาก	แทนด้วย	3	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก
มากที่สุด	แทนด้วย	4	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด

เกณฑ์การแปลคะแนน โดยมีวิธีการคำนวณคะแนนความทุกข์ทรมานดังนี้ (Portenoy et al., 1994)

ลักกษณะการตอบ	คะแนน
ไม่เลย	0.8
เล็กน้อย	1.6
พอควร	2.4
ค่อนข้างมาก	3.2
มาก	4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย รวมถึงวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาไปแล้วปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักไปแล้ว จึงได้ตัดอาการบางอย่างที่ไม่สัมพันธ์กับอาการที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักไปแล้วทั้งหมด 19 อาการได้แก่ อาการชาหรือเจ็บแปลบปลายมือ/เท้า อึดอัดท้อง/มีลมในท้อง ท้องผูก ท้องเสีย มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เวียนศีรษะ คัน ไม่อยากอาหาร/ความยากอาหารลดลง รู้สึกง่วงนอน ไอ ไม่มีสมาธิ ผมร่วง ปากแห้ง น้ำหนักลดลง รสอาหารเปลี่ยนไป อาเจียน คลื่นไส้ กลืนลำบาก แผลในปาก และรวมอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาต้านฮอร์โมนคือ กลุ่มอาการของคนวัยหมดประจำเดือน คือ อาการช่องคลอดแห้ง มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากช่องคลอด ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน ความต้องการทางเพศลดลง และปวดตามข้อ (จิตรา ศิวรักษ์, 2555) จากนั้นได้พิจารณาเลือกเฉพาะอาการทั้งหมด 12 อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาโดยการทำผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีไป

แล้วซึ่งประกอบด้วยอาการทางร่างกายทั้งหมด 8 อาการคือ อาการปวด อ่อนล้า ผิวหนังที่เต้านมเปลี่ยนแปลง หายใจไม่อิ่ม แขนบวม กลุ่มอาการของคนวัยหมดประจำเดือน ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ และทางด้านจิตใจ 4 อาการ คือ รู้สึกเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด และกระวนกระวาย นอกจากนั้นผู้ทรงคุณวุฒิยังแนะนำให้แก้ไขคำว่า ‘‘ผิวหนังเปลี่ยนแปลง’’ เป็น “ผิวหนังที่เต้านมเปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมบวมแดง มีลักษณะหนาแข็งกว่าปกติ” และคำว่า “มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป’’ เป็นคำว่า “ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปร่างเต้านมเปลี่ยนไป หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับแก้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit และ Hungler (1999) ซึ่งผลจากการคำนวณพบว่าแบบสอบถามการรบกวนจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีค่า CVI เท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)โดยนำแบบสอบถามการรบกวนจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จบการรักษาหลักแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

สรุปการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าเครื่องมือส่วนใหญ่มีคุณภาพอยู่ในระดับดี โดย DeVellis (1991) มีเกณฑ์การให้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค คือ ค่าระหว่าง .65 - .70 ถือว่าอยู่ในระดับต่ำและยอมรับได้ ค่าระหว่าง .70 - .80 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้และค่าระหว่าง .80 – .90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินทั้งหมดมีค่าความเที่ยงมากกว่า .80 และเมื่อนำไปใช้จริงพบว่าค่าความเที่ยงที่ได้ มีความสอดคล้องกับค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดลองใช้

ตารางที่ 2 สรุปค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินที่ใช้	จำนวนข้อ	CVI	ค่าความเที่ยง	
			ฉบับ Try out (N=30)	ฉบับใช้จริง (N=135)
แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน	23	0.85	0.88	0.85
แบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ)	9	0.88	0.90	0.81
แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ	29	1.0	0.94	0.94
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	15	0.86	0.91	0.91
แบบสอบถามการรบกวนจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	12	1.0	0.86	0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล**

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทำการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.3 เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกว่องวานิช ชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานในการเข้าเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ด้วยตนเองโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวัน จันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-15.00 น. วันอังคารและวันพฤหัสบดี เก็บข้อมูลที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีถึง 60 ปีและได้รับการรักษาหลักครบแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอพบแพทย์ โดยเริ่มจากการเข้าไปแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการวิจัยในครั้งนี้ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุล แต่จะใช้การใส่รหัสแทนในเอกสารการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วจะทำการรวบรวมและทำลายทิ้งและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนเก็บข้อมูล

2.3 จัดหาสถานที่ ๆ เป็นส่วนตัวและเงียบสงบเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลอธิบายแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้โดยผู้ป่วยเลือกตอบตามความเป็นจริงและตรงกับความรู้สึกมากที่สุด หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อมูลที่สงสัยกับผู้วิจัยได้โดยตรง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 20-30 นาที โดยผู้ป่วยทำการอ่านแบบสอบถามและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวนทั้งหมด 93 ข้อ

2.4 หลังได้แบบสอบถามทุกชุดผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถามและหากพบว่าไม่สมบูรณ์ครบถ้วนผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบและขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

2.5 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ จำนวนทั้งหมด 2 แห่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ EC COA 1188/ 2022 IRB No.1033/2564 (วันที่รับรอง 31 สิงหาคม 2565) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติเอกสารรับรองเลขที่ EC COA 005/2565 เลขรหัสโครงการ 049_2021T_OUT732 (วันที่รับรอง 11 มีนาคม 2565) ได้รับความเห็นชอบให้เข้ารับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ คลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกว่องวานิช ชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

2. การให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะแบบสอบถามการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย เพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยและเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อให้เกิดความเท่าเทียมและยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกอย่างชัดเจน เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาก่อ ให้เกิดความเท่าเทียมกันในการที่จะถูกเลือก และผู้ป่วยมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล เคารพในการเป็นปัจเจกบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือแม้กระทั่งสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง รวมถึงมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจโดยที่ไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยรวมทั้งแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ

3. การให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ว่าท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายใดที่ต้องรับผิดชอบเนื่องจากผู้วิจัยจะไม่นัดหมายท่านนอกเหนือการนัดหมายปกติที่แพทย์นัดและไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยแต่ผลการศึกษาที่ได้จากท่านจะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรวมทั้งนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจะสอบถามข้อมูลจากท่านและให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจทำให้เสียเวลาบ้างขณะที่รอรับการบริการที่โรงพยาบาลเพื่อเฝ้าติดตามอาการ โดยอาจจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที อย่างไรก็ตามในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้มีความรู้สึกเบื่อหน่าย อึดอัด และเหนื่อยล้าเล็กน้อยจากการตอบแบบสอบถาม สามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยผู้วิจัยมีแนวทางช่วยเหลือเมื่อประสบเหตุการณ์ดังกล่าวไว้ดังนี้

3.1 กรณีเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีอาการปวด เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ผู้วิจัยจะทำการยุติการเก็บข้อมูลทันที พร้อมทั้งรายงานอาการให้พยาบาลประจำหน่วยงานให้ทราบเพื่อรายงานแพทย์ในลำดับต่อไป

3.2 กรณีเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และสภาวะจิตใจผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดหาสถานที่ปลอดโปร่งเป็นส่วนตัวพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกรับฟัง แสดงความเข้าอกเข้าใจและสร้างความมั่นใจไว้วางใจในการที่จะเก็บความลับของผู้ป่วยไว้ หากประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางด้านอารมณ์และจิตใจเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยรายงานอาการให้พยาบาลประจำหน่วยงานให้ทราบเพื่อรายงานแพทย์ในลำดับต่อไป หากไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ข้อมูลดังกล่าวจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์และไม่ถูกนำเสนอที่ใด รวมทั้งผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันทีด้วยเครื่องย่อยทำลายเอกสาร และไม่ส่งผลกระทบใดๆ กับการรักษาปกติที่ควรได้รับหากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที โดยผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม หรือหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง การวิจัยในครั้งนี้จะไม่สามารถบ่งบอกถึงตัวตนของผู้ป่วยได้โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้ป่วย ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เป็นไปในเชิงวิชาการ หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงจะให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ 5 ปี หลังจากนั้นจึงนำไปทำลายด้วยเครื่องย่อยทำลายเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามในแต่ละฉบับกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยการคำนวณหาค่าทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลความเจ็บป่วยได้แก่ ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1.3 การวิเคราะห์ปัจจัยตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ นำมาวิเคราะห์โดยหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 141 คนนำไปทดสอบการแจกแจงของตัวแปรด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าตัวแปรไม่มีการกระจายแบบปกติพิจารณาตัด Outlier ออกโดยใช้ Boxplot เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 135 คน อ้างอิงโดยใช้ทฤษฎี Central Limit Theorem (Munro, 2001) เพื่อให้การประมาณค่าทางสถิติมีความแม่นยำมากขึ้น กล่าวคือเมื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนตั้งแต่ 30 ขึ้นไปการประมาณการแจกแจงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจะมีการแจกแจงใกล้เคียงแบบปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงประชากรได้ โดยการสุ่มตัวอย่างซ้ำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำสั่ง Bootstrapping วิเคราะห์ค่าทางสถิติกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยใช้เกณฑ์การแปลผล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยใช้เกณฑ์การแปลผล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Burn and Grove (2003) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10-0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.30-0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.50 ขึ้นไป	มีความสัมพันธ์สูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางเดียวกันหรือตามกัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะการลดหรือเพิ่มในทางตรงกันข้าม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุ 20-60 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกว่องวานิช ชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทยและศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 135 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 3-4

ตอนที่ 2 การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 3 คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพดังตารางที่ 6-9

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังตารางที่ 10-11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยการหาจำนวน ร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา (N=135)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน) (N=135)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป		
อายุ (ปี)		
20-30	-	-
31-40	6	4.4
41-50	40	29.6
51-60	89	65.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	-	-
ประถมศึกษา	14	10.4
มัธยมศึกษา	13	9.6
อนุปริญญา	42	31.1
ปริญญาตรี	40	29.6
สูงกว่าปริญญาตรี	26	19.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 135 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 40 คนและ 31-40 ปีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 และ 4.4 ตามลำดับ การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญาจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือปริญญาตรีจำนวน 40 คน สูงกว่าปริญญาตรีจำนวน 26 คน ระดับประถมศึกษาจำนวน 14 คน และระดับมัธยมศึกษาจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6, 19.3, 10.4 และ 9.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ (N=135)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน) (N=135)	ร้อยละ
ข้อมูลความเจ็บป่วย		
ระยะของโรคก่อนเริ่มการรักษา		
ระยะที่ 1	57	42
ระยะที่ 2	55	40.7
ระยะที่ 3	23	17.0
ระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ		
3 — 6 เดือน	14	10.4
6 เดือน – 1 ปี	9	6.7
1 ปี – 2 ปี	23	17.0
2 ปี – 5 ปี	58	43.0
มากกว่า 5 ปี	31	23.0
การรักษาที่ได้รับ		
การผ่าตัดและเคมีบำบัด/ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า	11	8.1
การผ่าตัดและฉายแสง	6	4.4
การผ่าตัดและยาต้านฮอร์โมน	3	2.2
การผ่าตัด เคมีบำบัด/ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้าและฉายแสง	20	14.8
การผ่าตัด เคมีบำบัด/ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้าและยาต้านฮอร์โมน	15	11.1
การผ่าตัด ฉายแสงและยาต้านฮอร์โมน	29	21.5
การผ่าตัด เคมีบำบัด/ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้าฉายแสงและยาต้านฮอร์โมน	51	37.8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 135 คน ส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกก่อนได้รับการรักษา คือระยะที่ 1 จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาคือระยะที่ 2 จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 พบว่าสิ้นสุดการรักษามาแล้ว 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43 รองลงมาคือ มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด/ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า ฉายแสง และยาต้านฮอร์โมนคิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมาได้แก่ การผ่าตัด การฉายแสงและการรับประทานยาต้านฮอร์โมนคิดเป็นร้อย 21.5 ส่วนการรักษาที่พบน้อยที่สุดคือ การผ่าตัดร่วมกับการรับประทานยาต้านฮอร์โมนคิดเป็นร้อย 2.2

ตอนที่ 2 การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยการหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้าพิจารณาตามรายด้านและโดยรวม (N=135)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		คะแนนรวมเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง				
ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	9 - 45	13 - 42	26.43	5.84	2.94	ปานกลาง
ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	6 - 30	14 - 28	19.99	2.67	3.33	ปานกลาง
การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ	6 -30	10 - 27	16.71	3.67	2.79	ปานกลาง
การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้	2 – 10	2 - 9	5.91	1.71	2.53	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	**23 - 115**	**41 - 98**	**69.04**	**11.78**	**3.00**	**ปานกลาง**

*ค่าเฉลี่ยคำนวณจากค่าเฉลี่ยรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 69.04, S.D.=11.78) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 41-98 คะแนนจากคะแนนที่เป็นไปได้ 23-115 คะแนน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ($\bar{X}$=3.33) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ และการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ ($\bar{X}$=2.94, 2.79, 2.53) ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 3 การศึกษาความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6-9

ตารางที่ 6 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวม (N=135

ความทุกข์ทรมานจากอาการ	$\bar{x}$	S.D.	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง
ความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกายและจิตใจโดยรวม	9.8	6.7	0.8 - 26.4	0 - 48

จากตารางที่ 6 วิเคราะห์ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.7 มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.8 - 26.4 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 - 48 คะแนน

ตารางที่ 7 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวม (N=135)

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	$\bar{x}$	S.D.	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง
ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวม	16.70	6.40	0-36	4-35

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 7 วิเคราะห์ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.40 มีค่าคะแนนความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ระหว่าง 4-35 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 - 36 คะแนน

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=135)

การสนับสนุนทางสังคม	**คะแนนรวมเฉลี่ย**	**ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**	$\bar{x}$	S.D.
1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	13.84	2.66	3.46	0.66
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	10.41	1.62	3.47	0.54
3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงินการงาน	14.45	5.02	2.89	1.00
4. การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ	8.52	2.84	2.84	0.95
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	47.2	9.68	3.15	0.64

*ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$) คำนวณจากค่าเฉลี่ยรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

จากตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.2 (S.D.= 9.68) พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด ($\bar{x}$=3.47, 3.46 และ S.D.=0.54, 0.66) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงินการงานและด้านประเมินเปรียบเทียบ ($\bar{x}$=2.89, 2.84 และ S.D.=1.0, 0.95) ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=135)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	**คะแนนรวมเฉลี่ย**	**ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**	$\bar{x}$	S.D.
ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	38.5	7.90	7.71	1.58
การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ	33.7	6.49	8.43	1.62
ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากร สุขภาพ	34.1	5.20	8.52	1.30
ครอบครัวสุขภาพ	30.5	6.76	7.62	1.69
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	33.0	6.16	8.24	1.54
การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	32.3	5.94	8.08	1.49
ความรับผิดชอบของตน	34.8	4.57	8.70	1.14
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม	**237**	**35.1**	**8.17**	**1.21**

*ค่าเฉลี่ย $(\bar{x})$ คำนวณจากค่าเฉลี่ยรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรับผิดชอบของตน มากที่สุด ($\bar{x}$=8.7, S.D.=1.14) รองลงมาได้แก่ ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพและการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ ($\bar{x}$=8.52, 8.43 และS.D.=1.30, 1.62) ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method) **เปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน** (Pearson correlation coefficient) **อ้างอิงโดยใช้ทฤษฎี** Central Limit Theorem (Munro, 2001) **เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย ดังตารางที่** 10

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method) เปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) (N=135)

ปัจจัย	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน		สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	
	r	p-value	r	p-value
อายุ	-.021	.809	.040	.644
ระดับการศึกษา	-.391	.000	-.400	<.001
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	.319	.000	.324	<.001
ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	.355	.000	.380	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.148	.080	.120	.167
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	-.159	.060	-.157	.069

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

จากตารางที่ 10 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนทำการเปรียบเทียบกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -.391, -.400; p<.05) ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .319, .324;

p<.05) และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .355, .380; p<.05) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบ ความทุกข์ทรมานจากอาการและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ส่วนอายุ การสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

สรุปว่า การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 วิธีไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 60 ปีจบการรักษาหลักโดยการทำผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปที่มารับบริการที่คลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกว่องวานิช ชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทยและศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 135 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยช่วงระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนเมษายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามรวมทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล แบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .85, .88, 1.0, .86, และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบประเมินทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่ศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็ง

แห่งชาติ ได้ค่าประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88, .90, .94, .91 และ .86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยหาค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันอ้างอิงโดยใช้ทฤษฎี Central Limit Theorem (Munro, 2001)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 29.6 ระยะการดำเนินของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกก่อนได้รับการรักษา คือระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 42 พบว่าสิ้นสุดการรักษามาแล้ว 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43 ได้รับการรักษาแบบผสมผสานโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด/ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีและให้ยาต้านฮอร์โมนมากที่สุดคิดเป็นร้อย 37.8

2. ความทุกข์ทรมานจากอาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.7 มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.8-26.4 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-48 คะแนน อาการนอนไม่หลับเป็นอาการทางด้านร่างกายที่พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปคิดเป็นร้อยละ 43.7 ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุดอคือแขนบวม คิดเป็นร้อยละ 17 อาการทางด้านร่างกายที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปร่างเต้านมเปลี่ยนไป ($\bar{X}$ = 2.1, S.D.=1.0) รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับ ($\bar{X}$= 1.9, S.D.=0.8) และอาการปวด ($\bar{X}$=1.9, S.D.=0.6) พบว่าอาการทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ วิตกกังวล/กลุ้มใจคิดเป็นร้อยละ 46.7

รองลงมาคือ รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย คิดเป็นร้อยละ 45.9 พบว่าอาการทางด้านจิตใจที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ วิตกกังวล/กลุ้มใจ ($\bar{X}$=1.9, S.D.=0.6) รองลงมา คือรู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย ($\bar{X}$=1.8, S.D.=0.6)

3. ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.4 คะแนนมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-35 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมากที่สุด ($\bar{X}$=2.6, S.D.=1.0) รองลงมาคือกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ($\bar{X}$= 2.3 S.D.=1.1)

4.การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.68 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด ($\bar{X}$=3.47, 3.46 และ S.D.=0.54, 0.66) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงินการงานและด้านประเมินเปรียบเทียบ ($\bar{X}$=2.89, 2.84 และ S.D.=1.0, 0.95) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรักความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามที่เจ็บป่วย ได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่นใจขณะเจ็บป่วยมากที่สุด ($\bar{X}$=3.56, S.D.= 0.69) รองลงมาคือได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลการมาตรวจตามนัดหรือการติดต่อเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินจากบุคคลทางการแพทย์ ($\bar{X}$=3.54, S.D.= 0.60)

5. ความรอบรู้ทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรับผิดชอบของตน มากที่สุด ($\bar{X}$=8.7, S.D.=1.14) รองลงมาได้แก่ ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพและการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ ($\bar{X}$=8.52, 8.43 และS.D.=1.30, 1.62) ตามลำดับ

6. ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 41-98 คะแนน ($\bar{X}$=69.04, S.D.=11.78) จากค่าที่เป็นไปได้ 23-115 คะแนน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ($\bar{X}$=3.33) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ และการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ ($\bar{X}$=2.94, 2.79, 2.53) ตามลำดับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารจึงไม่เข้าใจในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์สื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S.D.= 0.63) รองลงมาคือไม่รู้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้งและไม่มั่นใจว่าการรักษาที่ได้รับอยู่นี้จะได้ผลหรือไม่มี ($\bar{X}$=4.35, 4.19 และ S.D.=0.68, 0.68) ตามลำดับ

7. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -.391, -.-400; p<.05)

8. ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =.319, .324; p<.05)

9. ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .355, .380; p<.05)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขออธิบายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผลการวิจัย พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.04 คะแนน (S.D.= 11.78) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างด้านความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$=3.33) รองลงมาคือด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($\bar{X}$=2.94) พิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารดังนั้นจึงไม่เข้าใจในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์สื่อสาร ($\bar{X}$=4.37, S.D.=0.63) รองลงมา คือไม่รู้จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้ง ($\bar{X}$=4.35, S.D.=0.68) และไม่มั่นใจว่าการรักษาที่ได้รับอยู่นี้จะได้ผลหรือไม่ ($\bar{X}$=4.19, S.D.=0.68)อภิปรายได้ว่า งานวิจัยนี้สามารถอธิบายทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981) ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยภาวะสุขภาพของตนเองจากการที่ไม่สามารถ

คาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญหรือที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาหลักโดยการทำผ่าตัดและได้รับการรักษาเสริมทั้งการให้ยาคมีบำบัด ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า ฉายรังสีร่วมกับการรับประทานยาต้านฮอร์โมน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน เพื่อต้องการหวังผลให้โรคหายขาดและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การรักษาที่ซับซ้อนหลายขั้นตอนทำให้เกิดความสับสนยากที่จะเข้าใจ ทำให้มองเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นไปในด้านลบ รับรู้ว่าโรคมีความรุนแรงดุร้ายจึงต้องใช้การรักษาร่วมกันหลายวิธี ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการรักษาหรือการมาตรวจในแต่ละครั้งไม่เข้าใจอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการปกติหรืออาการที่เกิดจากโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความคลุมเครือไม่ชัดเจน อีกประการหนึ่งผู้ป่วยหลังจบการรักษาพบว่าจะขาดการสื่อสารอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในช่วงเฝ้าติดตามโรคกลับมาเป็นซ้ำหลังการรักษาสิ้นสุดลงโดยแพทย์จะนัดติดตามอาการ 3-6 เดือนใน 2 ปีแรกและ 6-12 เดือนในปีที่ 2-5 และหลังจากนั้นจะนัดทุกปีหากไม่มีอาการผิดปกติสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าจบการรักษามาแล้วเกิน 2 ปีทำให้ได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพลดลงส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนหนึ่งของการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนของกลุ่มตัวอย่างเกิดจากการขาดข้อมูลไม่เข้าใจถ่องแท้ชัดเจนจากการที่ไม่ได้รับคำอธิบายจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรคการรักษา การดูแลตนเอง หรืออาการแทรกซ้อนทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองหรือจัดการอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นการที่ทีมสุขภาพใช้ภาษาในการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมหรือไม่คุ้นชินอาจจะเป็นอุปสรรคในการสื่อสารและการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้น ความคลุมเครือเกี่ยวกับผลตรวจรวมถึงอาการแทรกซ้อนในระยะยาวเช่น ปวดกระดูกอ่อนเพลีย เต้านมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น รวมถึงผลลัพธ์การรักษาว่าจะสามารถป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำได้หรือไม่จากข้อมูลยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีอาการทางด้านร่างกายหลงเหลืออยู่และมีความกังวลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานถึงแม้จะจบการรักษาไปแล้วเป็นเวลานานถึงแม้จะอยู่ในระกับต่ำแต่ก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความไม่แน่นอนได้ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จิตรา ศิวรักษ์ (2559) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่สิ้นสุดการรักษาหลักไปแล้ว 1 ปีอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$=53.61, SD=11.83) จากการที่ไม่สามารถบอกสาเหตุของอาการไม่สุขสบายต่างๆ (Symptom distress) ที่เผชิญอยู่ได้ ไม่มั่นใจและแน่ใจว่าต่อไป

จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้างรวมทั้งรูปแบบของอาการที่แสดงออกไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือความคาดหวังโดยผู้ป่วยคาดหวังว่าหลังจบการรักษามาแล้วเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปีน่าจะไม่มีอาการผิดปกติขึ้น นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยของ ปุณดา พวงสมัย และคณะ (2558) ที่สอดคล้องกันโดยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.8 มีความคิดเกี่ยวกับโรคในด้านลบเกิดความไม่มั่นใจในตนเองภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษา

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษากับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (r = .040, p>.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmadidarrehsima et al., (2018) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตจำนวน 50 ราย อายุเฉลี่ย 49.12 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูงแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ สมพร และคณะ (2001) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ต่างจากงานวิจัยของ Sajjadi et al., (2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ชนิดของการรักษา การแพร่กระจายของโรคและตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 420 คน ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่มีอายุมากจะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความสามาถในการดูแลตนเอง สัมพันธ์กับการรับรู้ การเรียนรู้ ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยทำงานที่ใกล้จะเกษียณอายุมีประสบการณ์ที่ได้พบเห็นการเจ็บป่วยจากบุคคลรอบข้าง ได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด คู่ชีวิต ลูกหลาน ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว ลดความเครียดความกังวลลงได้ ประกาย(ทิพย์ศิริวงศ์ และคณะ,2552) วิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.6 อภิปรายได้ว่าเมื่อ

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีการกระจายโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างอายุช่วง 20-30 ปีส่วนช่วงอายุ 31-40 ปีมีแค่ร้อยละ 4.4 ความสัมพันธ์ที่ได้อาจจะไม่ใช่ความสัมพันธ์จริงของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นเข้ามามีผลกระทบต่ออายุด้วย

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -.400) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ การศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยผู้ป่วยในการให้คำอธิบายต่อรูปแบบที่มากระตุ้น (Stimuli frame) ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2534) ระดับการศึกษาสูงทำให้สามารถเข้าถึงแสวงหาและวิเคราะห์แหล่งข้อมูลทางสุขภาพ ทำความเข้าใจ สื่อสารกับบุคคลอื่นและทีมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองมีความสามารถในการจัดการอาการเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า Wonghongkul et al., (2000) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง Sajjadi et al., (2016) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตจำนวน 420 คน ที่อิหร่านพบว่ามีระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.1 (S.D.=16.8) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ (r= .19, p < .001) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตชาวอิหร่านจะมีข้อจำกัดในการศึกษาเนื่องจากลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันสรุปได้ว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งการศึกษายังมีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติและวัฒนธรรม ศาสนาอีกด้วย Reynolds (2018) การศึกษามีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและสามารถทำนายความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ทั้งทางตรงและยังสามารถส่งผลทางอ้อมผ่านความรอบรู้ทางสุขภาพอีกด้วย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาร้อยละ 31.1 ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีรวมกันร้อยละ 49 ซึ่งถือว่าการศึกษาอยู่ในระดับสูงจึงสามารถเสาะแสวงหาแหล่งความรู้ มีความเข้าใจและทัศนคติในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดการเรียนรู้และสามารถตัดสินใจ สามารถพิจารณาสิ่งต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ (Srof & Velsor-Friedrich, 2006) ส่งผลต่อการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น มีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี ทำให้

มองเห็นสิ่งเร้าได้ชัดเจนมากขึ้น ทำนายและคาดเดาอาการและอาการแสดงที่อาจจะเกิดจากการเจ็บป่วยได้

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (r = .120; p>.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และแนวคิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (1988) แรงสนับสนุนเป็นส่วนประกอบหนึ่งที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นลดความคลุมเครือที่เกิดจากความสงสัย ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยความรุนแรงของอาการอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการรักษาและผลลัพธ์การรักษาลดความซับซ้อนของเหตุการณ์ทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจได้อย่างถ่องแท้ชัดเจนอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ขาดข้อมูลที่จำเป็น ไม่ได้รับคำอธิบายจากทีมสุขภาพทำให้เกิดความคลุมเครือ ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยหลายๆงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ Mishel and Braden (1988) ทดสอบกรอบสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในรูปแบบของอาการ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยแบบแผนการแสดงออกของความเจ็บป่วย การรักษาช่วยลดความคลุมเครือและความซับซ้อนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้น Mishel (1999) ศึกษาพบว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงโดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเหลือในแง่ของการให้ความหมายของเหตุการณ์โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พูดคุยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพลดความคลุมเครือ สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ งานวิจัยในประเทศไทยที่มีความแตกต่างกัน ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคการรักษาโดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอทำให้ไม่ทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคที่เป็น รวมทั้งแนวทางกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นรุนแรงจนเกินที่จะรักษาให้หายขาดได้ และมีโอกาสที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำได้ในอนาคต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยประเมิน

ตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองเป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเองการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากทีมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะช่วยลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง บุษบา ทาธง และคณะ (2012) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลางเนื่องจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนการรักษาจากทีมสุขภาพและบุคคลอื่นทำให้เกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และสามารถคาดเดาสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ(2020) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความรักความเอาใจใส่ ไม่ถูกทอดทิ้งการได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารคือ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากแพทย์และพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยได้ดีขึ้นมีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลงและจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ **อภิปรายได้ว่า** กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ถึงแม้จะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากสุดแต่ยังมีปัจจัยอย่างอื่นเข้ามามีอิทธิพลเพื่อลดความคลุมเครือไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่สูงสามารถเสาะแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพด้วยตนเองและมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองสูงและมีทักษะความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพรวมทั้งสามารถนำข้อมูลมาคิดวิเคราะห์เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นได้

ความทุกข์ทรมานจากอาการ จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.324) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Detprapon et al. (2009) พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการส่งผลโดยตรงทางด้านบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Mishel et al (1984) ได้ทำการศึกษาอิทธิผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 54 รายพบว่าการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Miller (2015) ได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี จำนวน 25 ราย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากความความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ต่างจากงานวิจัยของ Harrison et al. (1999) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าความไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานจากอาการ การวิจัยครั้งนี้พบว่าอาการทางด้านร่างกายที่พบมากที่สุดคืออาการนอนไม่หลับต่อมาคือภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป และเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือการที่มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปร่างเต้านมเปลี่ยนไป อาการทางด้านจิตใจที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ วิตกกังวล/กลุ้มใจซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ยังต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงโดยอาการเหล่านี้อาจจะเกิดขึ้นในช่วงที่กำลังรักษาอยู่และยังคงอยู่แม้จะจบการรักษาไปแล้ว (Long-term/Late effects) (Aziz & Rowland, 2003)หรืออาจจะเป็นอาการที่เกิดขึ้นมาใหม่หลังจบการรักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ สิ่งที่มาคุกคามผู้ป่วยส่งผลทำให้ให้เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและผลลัพธ์ของการรักษาซึ่งบางอาการผู้ป่วยคาดหวังว่าเมื่อจบการรักษาไปแล้วอาการน่าจะดีขึ้น (จิตรา ศิวรักษ์, 2555) สอดคล้องกับทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล การเกิดอาการจากโรคหรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานรบกวนผ่านกรอบตัวกระตุ้นส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการแทรกซ้อนจากทีมสุขภาพยิ่งส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนให้เพิ่มขึ้น

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (r=-157; p>.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความรอบรู้ทางสุขภาพยังมีน้อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง Mock (2013) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 25 รายพบว่ามีความสัมพันธ์กันทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน 82 รายพบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (r= -.24, p =.032) Reynolds (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r= -.25, p = .031) แต่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความรอบรู้ทางสุขภาพ (r = .39, p < .001) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรับผิดชอบของตนและทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพและการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน

ด้านสุขภาพจึงมีความสามารถในการตัดสินใจ มีทักษะ ความรู้คิดวิเคราะห์หาแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือจัดการกับภาวะแทรกซ้อนได้ โดยจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาจนถึงปริญญาซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Reynolds (2018) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเหมือนกันและผลการวิจัยพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ (r = .39, p < .001) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความสามารถในการแสวงหาแหล่งข้อมูลมีผลทำให้ลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดจากการรักษาที่ได้รับในช่วงที่เป็นผู้รอดชีวิต แสวงหาแหล่งความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนั้นยังมีทักษะการสื่อสารกับบุคคลากรทางสุขภาพรวมทั้งบุคคลอื่นในสังคมสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคการรักษารวมทั้งประสบการณ์การเกิดอาการทำให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีตามมาจะเห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพอาจจะมีหลายปัจจัยที่ส่งผลการระทบไม่ว่าจะเป็นอายุ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ เป็นต้น

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ จากงานวิจัยพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =.380) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gill et al. (2004) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 244 รายพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตัวกระตุ้นให้เกิดคือได้ยินคนอื่นพูดเกี่ยวกับโรคมะเร็งหรือมีอาการด้านร่างกายเกิดขึ้นเช่น อ่อนเพลีย ปวด เป็นต้น Miller (2015) ได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้รอดชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี จำนวน 25 ราย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการกลัวกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลังการรักษาสิ้นสุดลง การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งในระดับสูง เชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำและมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งอภิปรายได้ว่าถึงแม้จะผ่านการรักษามาแล้วหลายปีกลุ่มตัวอย่างยังกลัว กังวล การกลับมาเป็นซ้ำของโรคและมีความเชื่อตลอดระยะเวลาหลังการรักษาว่าเป็นไปได้และมีความน่าจะเป็นที่ตนเองอาจจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ตามกรอบแนวคิดของมิเชล (1988) ความคลุมเครือจากอาการที่แสดงเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิด

ความไม่แน่นอนโดยเฉพาะหากเหตุการณ์นั้นไม่สามารถคาดเดาได้มีความรุนแรงซับซ้อนส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานรบกวนมากส่งผลให้คิดและกังวลเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

สรุปจากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาอยู่ในแหล่งโครงสร้างการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ความทุกข์ทรมานจากอาการและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในแบบแผนของสิ่งกระตุ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมนั่นคือผลการศึกษานี้สนับสนุนกรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (1988) เพียงบางส่วนในการนำมาใช้ศึกษาในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อออกแบบการพยาบาลประเมินระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละช่วงแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. เพื่อให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเล็งเห็นความสำคัญของการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอแม้จะจบการรักษาไปแล้วก็ตามเพราะผู้ป่วยที่เป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังคงต้องการการสนับสนุนจากทีมสุขภาพซึ่งพบว่ามีความแตกต่างจากช่วงที่กำลังอยู่ในกระบวนการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เช่น กลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

2. นำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณะสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. http://www.pcko. moph.go.th/Health-Statistics/stratistics61.pdf.

กนธีร์ สังขวาสี. (2541). Cancer survivor. ใน กนธีร์ สังขวาสี (บรรณาธิการ), *Simplified gynecologic oncology* (หน้า 241-246). กรุงเทพมหานคร: หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยากองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

กริช โพธิสุวรรณ. (2545). มะเร็งเต้านม: บทบาทของศัลยกรรม. ใน สุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันธ์ (บรรณาธิการ), *โรคมะเร็ง: แนวทางการักษา Practical Points in Oncology* (หน้า 265-321). เชียงใหม่ธนบรรณการพิมพ์

จารุวรรณ ป้อมกลาง.(2556*). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43361

จิตรา ศิวรักษ์, (2559). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป*. วารสารโรคมะเร็ง, 32(1), 2-14.

จุฬาลักษณ์ กวีวิวิธชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล(CUIR). https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.1993.61

ชลิยา วามะลุน, นงค์นุช จิตภิรมย์ศักดิ์, สุรีย์ ธรรมมิกบวร, สมปอง พะมุลิลา, สุวรรณกิจ สมทรัพย์ และ เพชรไทย นิรมานสกุงพงศ์. (2553). ประสบการณ์ชีวิตและการจัดการของสตรีไทยอีสานที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: อุบลกิจออฟเซ็ทการพิมพ์.

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2533). *ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].มหาวิทยาลัยมหิดล (CUIR). https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2544/issue_02/03.pdf

ธัญลักษณ์ โอบอ้อม. (2548). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดเชียงใหม่*. ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย:

กรุงเทพฯ.

ธนิญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CUIR). http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30058

ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นฤมล คมกล้า. (2553). *ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/19077

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล. (2016). *ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง; Fear of cancer recurrence.* The Journal of Thailand Nursing and Midwifer Council, 31(3), 16–25. Retrieved from. https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJONC/article/view/61038

บุษบา ทาธง, ศรีพรรณ กันธวัง และ อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ. (2012). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.* วารสารพยาบาลสาร, 39(1), 77-90.

ปุณรดา พวงสมัย, ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์ และจรรยา ฉิมหลวง.(2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.*วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(2),187-200.

ประกายทิพย์ ศิริวงศ์, พัชนี ศรีสวัสดิ์ และ ปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ. (2552). *การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งก่อนผ่าตัด*. วารสารพยาบาลศิริราช, 3(1), 1-14.

ประทุม สร้อยวงค์. (2546). *อาการไม่สุขสบายความทุกข์ทรมานทางอารมณ์สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(CUIR). https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:32909

พรพิมล วรวุฒิพุทธพงศ์ และ สงคราม เชาว์ศิลป์. (2549). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(CUIR). https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9304/1/375574.pdf

พรศรี คิดชอบ. (2547). *รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม*. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ และ จรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

มนทกานต์ เพ็งสกุล. (2555). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (CUIR). http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/8817

วนิดา อารยะ. (2558). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/51038

วราภรณ์ แก้ววิลัย. (2547). *การบำบัดแบบเสริมในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CUIR). http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30375

วิยุดา เผื่อนสุข. (2553). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วิภาดา ตรงเที่ยง, ยุพิน ถนัดวณิชย์ และ วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2020). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(4), 25-37.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2561). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ2560*. *https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202016%20Revise%204%20Final.pdf.*

สันติ ยอมประโคน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และเจริญ ชูโชติถาวร. (2014). *อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(3), 64-73.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สมจิต หนุเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงสกุล. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา*. วารสารการพยาบาล, 40(1), 11-26.

อภิญญา พจนารถ, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และอัจฉรา สุคนธสรรพ์. (2013). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่*. วารสารการพยาบาล, 40(3), 75-84.

อภันตรี จันทะไทย, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ นพดล โสภารัตนาไพศาล. (2018). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี*. วารสารการพยาบาล, 36(4), 52-65.

Ahadzadeh, A. S., & Sharif, S. P. (2018). *Uncertainty and Quality of Life in Women With Breast Cancer: Moderating Role of Coping Styles*. *Cancer Nurs*, *41*(6), 484-490. https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000552

Ahmadidarrehsima, S., Rahnama, M., Afshari, M., Asadibidmeshki, E., & Kalantari, B. (2018). *Assessment of the Level of Uncertainty and the Factors Affecting it in Iranian Patients with Breast Cancer*. *La Prensa Medica*, *104*. https://doi.org/10.4172/0032-745X.1000312

American Cancer Society. (2019). *Cancer Facts & Figures 2019*. https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2019.html

Anders, C. K., Johnson, R., Litton, J., Phillips, M., & Bleyer, A. (2009). *Breast cancer before age 40 years*. *Seminars in oncology*, *36*(3), 237–249. https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2009.03.001

Armer, J. M., & Stewart, B. R. (2010). *Post-breast cancer lymphedema: incidence increases from 12 to 30 to 60 months*. *Lymphology*, *43*(3), 118-127.

Armstrong, T. S. (2003). *Symptoms experience: a concept analysis*. Oncology nursing forum, 30(4), 601–606. https://doi.org/10.1188/03.ONF.601-606

Aziz, N. M., & Rowland, J. H. (2003). *Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity*. *Seminars in radiation oncology*, *13*(3), 248–266. https://doi.org/10.1016/S1053-4296(03)00024-9

Barahmand, U., & Haji, A. (2014). The impact of intolerance of uncertainty, worry and irritability on quality of life in persons with epilepsy: irritability as mediator. *Epilepsy Res*, *108*(8), 1335-1344. https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2014.07.002

Bender, R., Augustin, T., & Blettner, M. (2005). *Generating survival times to simulate Cox proportional hazards models. Statistics in medicine*, *24*(11), 1713–1723. https://doi.org/10.1002/sim.2059

Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Horton, J., Balducci, L., & Lyman, G. H. (1998). *Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer*. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 16(5), 1689–1696. https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.5.1689

Caplan, G. (1974). Support system and community mental health. New York: Behavioral Publication. https://psycnet.apa.org/record/1974-26064-000

Chang, V.T., Hwang, S.S., Feuerman, M., Kasimis, B.S. & Thaler, H.T. (2000). The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF). Cancer, 89(5):11, 62–71.

Clayton, M. F., Mishel, M. H., & Belyean, M. (2006). *Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors*, Research in Nursing & Health, 29(1), 18-39.

Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314. http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Colleoni, M., Sun, Z., Price, K. N., Karlsson, P., Forbes, J. F., Thürlimann, B., & Goldhirsch, A. (2016). *Annual hazard rates of recurrence for breast cancer during 24 years of follow-up: results from the international breast cancer study group trials I to V*. Journal of clinical oncology, 34(9), 927.

Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *Eur J Oncol Nurs*, *12*(3), 217-226. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.11.005

Christman, N.J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotheraoy, Nursing Research, 39(1), 17-20.

Dawson, G., Madsen, L. T., & Dains, J. E. (2016). Interventions to Manage Uncertainty and Fear of Recurrence in Female Breast Cancer Survivors: A Review of the Literature. *Clin J Oncol Nurs*, *20*(6), E155-e161. https://doi.org/10.1188/16.Cjon.E155-e161

Detprapon, M., Sirapo-ngam, Y., Mishel, M. H., Sitthimongkol, Y., & Vorapongsathorn, T. (2009). *Testing the uncertainty in illness theory to predict quality of life in Thai patients with head and neck cancer*. Thai Journal of Nursing Research, 13(1), 1-15.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). *Advancing the science of symptom management.* Journal of advanced nursing, 33(5), 668–676. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x

Dumenci, L., Matsuyama, R., Riddle, D. L., Cartwright, L. A., Perera, R. A., Chung, H., & Siminoff, L. A. (2014). Measurement of cancer health literacy and identification of patients with limited cancer health literacy. Journal of health communication, 19 Suppl 2(0 2), 205–224. https://doi.org/10.1080/10810730.2014.943377

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2014). Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer: Are We Doing Better? *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *107*(1). https://doi.org/10.1093/jnci/dju335

Farncombe, M., Daniels, G., & Cross, L. (1994). *Lymphedema: the seemingly forgotten complication. Journal of pain and symptom management*, *9*(4), 269–276. https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90105-8

Feather, B. L., & Wainstock, J. M. (1989). *Perceptions of postmastectomy patients. Part The relationships between social support and network providers. Cancer nursing*, *12*(5), 293–300. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2804965/

Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives:1,525 voices of cancer. Oncology in Nursing Forum, 23(6), 907-916.

Fredette, S. L. (1995). *Breast cancer survivors: concerns and coping. Cancer nursing*, *18*(1), 35-46.

Galloway, S. C., & Graydon, J. E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information

needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nurs*, *19*(2), 112-117. https://doi.org/10.1097/00002820-199604000-00005

Gill, K. M., Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Germino, L. S., Porter, L., LaNey, I. C., & Stewart, J. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, *31*(3), 633-639. https://doi.org/10.1188/04.onf.633-639.

Gotay, C. C., & Pagano, I. S. (2007). Assessment of Survivor Concerns (ASC): a newly proposed brief questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, *5*, 15. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-15 .

Gray, N. M., Hall, S. J., Browne, S., Macleod, U., Mitchell, E., Lee, A. J., Johnston, M., Wyke, S., Samuel, L., Weller, D., & Campbell, N. C. (2011). *Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer*. *British journal of cancer*, *104*(11), 1697–1703. https://doi.org/10.1038/bjc.2011.155

Hall, D. L., Mishel, M. H., & Germino, B. B. (2014). Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, *22*(9), 2489-2495. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2243-y .

Harrison, D. E., Galloway, S., Graydon, J. E., Palmer-Wickham, S., & Rich-van der Bij, L. (1999). *Information needs and preference for information of women with breast cancer over a first course of radiation therapy*. Patient education and counseling, 38(3), 217–225. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00009-9

Hansen, B. S., Rørtveit, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., & Severinsson, E. (2012). Patient experiences of uncertainty — a synthesis to guide nursing practice and research. *J Nurs Manag*, *20*(2), 266-277. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01369.x

Hodges, L. J., & Humphris, G. M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psychooncology*, *18*(8), 841-848. https://doi.org/10.1002/pon.1346

Hanucharurnkul S. (1989). *Predictors of self-care in cancer patients receiving radiotherapy*. Cancer nursing, 12(1), 21–27.

Isikhan, V., Güner, P., Kömürcü, S., Ozet, A., Arpaci, F., & Oztürk, B. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. *Cancer Nurs*, *24*(6), 490-495. https://doi.org/10.1097/00002820-200112000-00012

Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. *J Clin Nurs*, *21*(7-8), 1014-1023. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x

Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion. DOI: 10.17226/10883*

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1927117

Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S., & McCallum, M. (2013). *Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use?. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *21*(3), 901–906. https://doi.org/10.1007/s00520-012-1685-3

Lenz, E.R., Pugh, L.C., Milligan, R.A., Gift, A. and Suppe, F. (1997) *The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update.* Advances in Nursing Science, 19, 14-27.https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003

Mast M. E. (1995). *Adult uncertainty in illness: a critical review of research*. Scholarly inquiry for nursing practice, 9(1), 3–29. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7777742/

McCorkle, R., & Young, K. (1978). *Development of a symptom distress scale*. *Cancer nursing*, *1*(5), 373–378. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/250445/

Melisko, M. E., Gradishar, W. J., & Moy, B. (2016). Issues in Breast Cancer Survivorship: Optimal Care, Bone Health, and Lifestyle Modifications. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, *35*, e22-29. https://doi.org/10.1200/edbk_159203

Miller, L. E. (2012). Sources of uncertainty in cancer survivorship. *J Cancer Surviv*, *6*(4), 431-440. https://doi.org/10.1007/s11764-012-0229-7

Miller, L. E. (2015). *Young Breast Cancer Survivors' Experiences of Uncertainty*. Journal of Applied Communication Research, 43(4), 429-449. DOI: 10.1080/00909882.2015.108360

Miller-Kleinhenz, J. M., Bozeman, E. N., & Yang, L. (2015). *Targeted nanoparticles for image-guided treatment of triple-negative breast cancer*: clinical significance and technological advances. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Nanomedicine and Nanobiotechnology*, *7*(6),797-816. https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wnan.1343

Mishel, M.H. (1981). *The Measurement of Uncertainty in Illness*. Nursing Research, 30(5), 258-263.http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002

Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty. A mediator between support and adjustment. *West J Nurs Res*, *9*(1), 43-57. https://doi.org/10.1177/019394598700900106

Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nurs Res*, *37*(2), 98-103, 127.

Mishel M. H. (1997). *Uncertainty in acute illness*. Annual review of nursing research, 15, 57–80. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9262787/

Mishel M. H. (1999). *Uncertainty in chronic illness. Annual review of nursing research*, 17, 269–294. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10418661/

Mock, M. S., & Sethares, K. (2013). Uncertainty and health literacy: *Correlates of self-care in older adults with heart failure one month after hospitalization. Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, *42*(4), 296.

Mullan F. (1985). Seasons of survival: *reflections of a physician with cancer.* The New England journal of medicine, 313(4), 270–273. https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2019, May 17). *Breast cancer screening and diagnosis.* https://www2.trikobe.org/nccn/guideline/breast/english/breast-screening.pdf

Nelson, J. P. (1996). Struggling to gain meaning: living with the uncertainty of breast

cancer. *ANS Adv Nurs Sci*, *18*(3), 59-76. https://doi.org/10.1097/00012272-199603000-00007

Norbeck, J. S. (1982). *The used of social support in clinicle practice.* Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, 20(12), 22-29. https://doi.org/10.3928/0279-3695-19821201-05

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Ogle, K.S., Swanson, G.M., Wood, N., & Azzouz, F (2002). *Cancer and comorbidity: redefining chronic disease*. Cancer Nurse, 88(1), 653-663.

Orem, D. E. (1985). Nursing: concepts of practice (3nd ed.). New York: McGraw-hill.

Partridge, A. H., & Winer, E. P. (2004). Long-term complications of adjuvant chemotherapy for early stage breast cancer. *Breast Dis*, *21*, 55-64. https://doi.org/10.3233/bd-2004-21108

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., & Norton, L. (1994). *The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress.* European journal of cancer (Oxford, England: 1990), 30A(9), 1326–1336. https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90182-1

Rawl, S. M., Given, B. A., Given, C. W., Champion, V. L., Kozachik, S. L., Kozachik, S. L., Barton, D., Emsley, C. L., & Williams, S. D. (2002). Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. Oncology nursing forum, 29(6), 967–975. https://doi.org/10.1188/02.ONF.967-975

Ring, N., Jepson, R., Hoskins, G., Wilson, C., Pinnock, H., Sheikh, A., & Wyke, S. (2011). Understanding what helps or hinders asthma action plan use: a systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Patient Educ Couns*, *85*(2), e131-143. https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.025

Rhodes, V. A., & Watson, P. M. (1987). *Symptom distress the concept: past and present. Seminars in oncology nursing*, *3*(4),242–247.

https://doi.org/10.1016/s0749-2081(87)80014-1

Sajjadi, M., Brant, J. M., Bahri, N., Abbaszadeh, A., & Rassouli, M. (2016). Uncertainty in Illness in Iranian Patients with Cancer and its Related Factors: A Cross-Sectional Study. *Austin Palliat Care. 2016*, *1*(1), 1002.

Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, *24*(3), 212-219.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *J Behav Med*, *4*(4), 381-406. https://doi.org/10.1007/bf00846149

Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D. (2008). Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: implications for supportive care. *J Nurs Scholarsh*, *40*(1), 60-67. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00207.x

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). *Cancer statistics, 2023*. Ca Cancer J Clin, 73(1), 17-48. DOI: 10.3322/caac.21763

Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development ar initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Suppo Care Cancer*, *17*(3), 241-251.https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakin G. (2013). *Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors*: *a systematic revie of quantitative studies. Journal of cancer survivorship : research and practice*, *7*(3 300–322. https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z

Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., & Sloan, R. (2011). *The Influence of Symptoms, Social Support, Uncertainty, and Coping on Health-Related Quality of Life Among Cholangiocarcinoma Patients in Northeast Thailand*. Cancer Nursing, 34(6), 434-442. DOI:10.1097/NCC.0b013e31820d0c3f

Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). *Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model*. *Nursing science quarterly*, *19*(4), 366–373. https://doi.org/10.1177/0894318406292831

Suwisith, N. (2007). *Symptom clusters and their influences on the functional status of women with breast cancer*. [Unpublished doctor dissertation]. Mahidol University.

Thewes, B., Lebel, S., Seguin Leclair, C., & Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, *24*(5), 2269-2276. https://doi.org/10.1007/s00520-015-3025-x

Tseng, H. C., Wang, H. H., Hsu, Y. Y., & Weng, W. C. (2004). Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *Kaohsiung J Med Sci*, *20*(2), 70-77. https://doi.org/10.1016/s1607-551x(09)70087-7

Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med*, *25*(1), 16-24. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2501_03

Weiss, R. (1974). *The provisions of social relationships*. In Z. Rubin (Ed.), Doing unto others (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). *Health literacy and functional health status among older adults*. Archives of internal medicine, 165(17), 1946–1952. https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946.

Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, *29*(3), 250-257. https://doi.org/10.1097/00002820-200605000-00014

Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). *The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer.* Cancer nursing, 23(6), 422–429. https://doi.org/10.1097/00002820-200012000-00004

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. ผศ.แพทย์หญิงลักษมี ชาญเวชช์	หัวหน้าศูนย์ดูแลคุณภาพชีวิต/โรงพยาบาลวัฒโนสถ (ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ)
2. ผศ.ดร.นภาพร วาณิชย์กุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์/คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร.นพมาศ พัดทอง	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ/คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. พว.ภรณี ผ่องนพคุณ	ผู้จัดการโครงการของสถาบันแห่งความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง/โรงพยาบาลวัฒโนสถ (ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ)
5. พว.เบญจรัตน์ ชีวพูนผล	พยาบาลชำนาญการพิเศษ 7 และผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรกรรม ประจำโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๔๑๙๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๒๐๗
โทรสาร ๐๒-๔๑๒๔๔๑๕

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๓๔๐๙
วันที่ ๖๙ ธันวาคม ๒๕๖๓
เรื่อง อนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๓/๑๑๖๔ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชย์กุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม" ของ นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดีอนุมัติให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชย์กุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉันทิกา จันทร์เปีย)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 64.11/ 1174

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 พฤศจิกายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พ.ว.เบญจรัตน์ ชีวพูนผล ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 ประจำศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ (เพื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ดรีนัย)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พว.เบญจรัตน์ ชีวพูนผล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร โทร. 09-0972-2609

ที่ อว 64.11/ 1163

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 พฤศจิกายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒโนสถ (ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลักษมี ชาญเวชช์	หัวหน้าศูนย์ดูแลคุณภาพชีวิต
2. พว.ภรณี ผ่องนพคุณ	ผู้จัดการโครงการของสถาบัน แห่งความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลักษมี ชาญเวชช์ และ พว.ภรณี ผ่องนพคุณ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร โทร. 09-0972-2609

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 E-mail:fonbox@chula.ac.th
ที่ พบ 1115 /2563 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2563
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

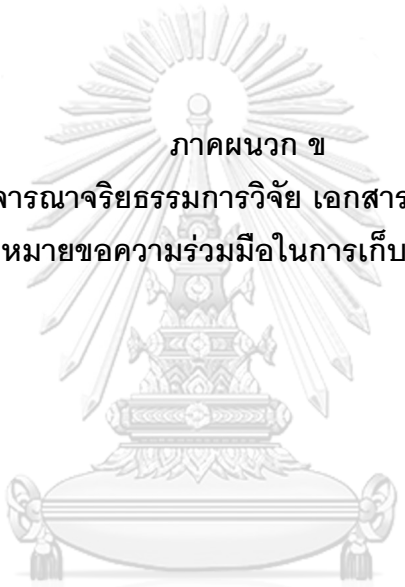
เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1153
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร โทร. 09-0972-2609

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Certificate of Approval

Research Committee of National Cancer Institute

Title of Project	Factors related to uncertainty in patients with breast cancer survivor
Project Number	049_2021T_OUT732
Principle Investigator	Ms.Pusharin Phromcrot
Affiliation	Chulalongkorn University
Date of Approval	March 11, 2022

We confirm that the prior mentioned project has been approved by the Research Committee of National Cancer Institute.

Signature of Chairman .....

(*Sakorn Bunnag*, M.D.)

Signature of Director .....

(*Sakorn Bunnag*, M.D.)

ใบรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

รหัสโครงการ 049_2021T_OUT732

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร

หน่วยงานที่สังกัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับรองโครงการ 11 มีนาคม 2565

คณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัยดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

-ลงนาม .....

(นายสกานต์ บุนนาค)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ลงนาม .....

(นายสกานต์ บุนนาค)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย	OF-EC-27

Certificate of Approval

From

Ethics Committee of National Cancer Institute, Thailand

EC COA 005/ 2022

Protocol Title	Factors related to uncertainty in patients with breast cancer survivor
Protocol Number	EC 64017
Principal Investigator	Ms.Pusharin Phromcrot
Affiliation	Chulalongkorn University
Research Site	National Cancer Institute
Document Approved	1.Research Protocol 2. Participant Information Sheet 3. Informed Consent Form 4. Questionnaire
Date of Approval	March 11, 2022

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, National Cancer Institute, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice

(Dr. Ekapob Sangariyavanich)
Chairman, Ethics Committee

(Dr.Sakarn Bunnag)
Director,National Cancer Institute

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย	OF-EC-27

เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เลขที่ 005/ 2565

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร
หน่วยงานที่สังกัด	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	EC 64017
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง	1.แบบโครงร่างการวิจัย 2.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3.ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ 4.แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	11 มีนาคม 2565

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....
(นายเอกภพ แสงอริยวนิช)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....
(นายสกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

COA No. 1188/2022

IRB No. 1033/64

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Expedited Review Approval

(COA No. 1188/2022)

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO UNCERTAINTY IN PATIENTS WITH BREAST CANCER SURVIVOR

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Phatcharin Phromcrot

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 4.0 Date 19/03/2022
2. Protocol Synopsis Version 4.0 Date 19/03/2022
3. Information sheet for research participant Version 4.0 Date 19/03/22
4. Informed consent for participating volunteers Version 1.0 Date 10/11/21
5. Questionnaire Version 4.0 Date 19/03/2022

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

6. Curriculum Vitae and GCP Training
   - Miss Phatcharin Phromcrot
   - Assoc.Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp
   - Assist.Prof. Kitwadee Saksornchi Athigakunagorn, M.D.

Signature ..... Signature .....

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)
Chairperson
The Institutional Review Board

(Associate Professor Wannarasmi Ketchart MD, PhD)
Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
The Institutional Review Board

Date of Approval : August 31, 2022
Approval Expire Date : August 30, 2023

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

COA No. 1188/2022

IRB No. 1033/64

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งด่วน

(COA No. 1188/2022)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 4.0 Date 19/03/2022
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 4.0 Date 19/03/2022
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 4.0 Date 19/03/22
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1.0 Date 10/11/21
5. แบบสอบถาม Version 4.0 Date 19/03/2022

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

6. Curriculum Vitae and GCP Training
   - Miss Phatcharin Phromcrot
   - Assoc.Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp
   - Assist.Prof. Kitwadee Saksomchi Athigakunagorn, M.D.

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงวรรณรัศมี เกตุชาติ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 31 สิงหาคม 2565
วันหมดอายุ : 30 สิงหาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 1/6

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ	นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถานที่ทำงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ แผนกสูติ นรีเวชชั้น 2 เลขที่ 33 สุขุมวิท ซอย 3 เขตวัฒนา กรุงเทพ 10110
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	โทร +66 20112368
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	(090) 9722609
	E - Mail address: PhatchariP@bumrungrad.com

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	โทร +66 2218-1153
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	(094) 4542882

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ	ผศ.พญ.กิตต์วดี ศักดิ์ศรชัย
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	โทร +66 2649-4000
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	(064) 165-5595

เรียน ผู้เข้าร่วมการทดสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม" โดยการตอบแบบสอบถามเพราะท่านเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีถึง 60 ปีและได้รับการรักษาครบแล้วอย่างน้อยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปโดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัดและแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาหรือความบกพร่องทางด้านการสื่อสารเข้าใจและอ่านภาษาไทยได้ ไม่มีโรคร่วมรุนแรงหรือ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การรบกวนจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่โดยจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ท่านลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อประกอบด้วย	
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)	จำนวน 2 ข้อ
แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยทำการบันทึกเอง)	จำนวน 3 ข้อ
2.2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	จำนวน 23 ข้อ
2.3 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ)	จำนวน 9 ข้อ
2.4 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ	จำนวน 29 ข้อ
2.5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
2.6 แบบสอบถามการรบกวนจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	จำนวน 12 ข้อ
รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด	93 ข้อ

3. หลังจากสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเก็บข้อมูลส่วนอื่นๆจากประวัติข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งเป็นรูปเล่มและหรือเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ และภายหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และ แจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้ท่านอาจจะไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการของท่านและสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือแจ้งล่วงหน้า การถอนตัวจากโครงการวิจัยของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆต่อตัวท่านและการบริการหรือต่อแผนการรักษาของท่านในอนาคตแต่อย่างใด

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่านโดยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกของท่านมากที่สุดหากเกิดข้อสงสัยขอให้ท่านสอบถามกับผู้ทำวิจัยได้ทันที และหากท่านเกิดความไม่สะดวกด้วยประการทั้งปวงที่จะตอบแบบสอบถามขอให้แจ้งต่อผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายใดที่ต้องรับผิดชอบเนื่องจากผู้วิจัยจะไม่นัดหมายท่านนอกเหนือการนัดหมายปกติที่แพทย์นัดและไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร ติดต่อได้ตามที่อยู่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ แผนกสูติ นรีเวชชั้น 2 เลขที่ 33 สุขุมวิท ซอย 3 เขตวัฒนา กรุงเทพ 10110 หมายเลขโทรศัพท์ 090-9722609, E-Mail:PhatchariP@bumrungrad.com หรือที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์โทร +66 0 2218 1128 Email : fonbox@chula.ac.th หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่.....)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ เช่น เลือด สารคัดหลั่ง อื่นๆ เป็นต้นจากผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยเด็ดขาด

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ

การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

ภาคผนวก ค
เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๙๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๑๑๕๙
วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๓
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๑๑๖๕ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางสาวจิตรา ศิวรักษ์ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ***แบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย*** เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ **โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕** ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu **เอกสารฉบับจริงส่งมายัง**

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา **ศาลายา ชั้น ๕** ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๙๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๗๖๐
วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๓
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๑๑๔๖ วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางสาวมณฑิรา คำห่อ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ***แบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย*** เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ **โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕** ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu **เอกสารฉบับจริงส่งมายัง**

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่ฯติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา **ศาลายา ชั้น ๕** ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๓-๕๓๗๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๑๖๕๘
วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๓
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๑๓๔๗ วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางสาวอภันตรี จันทะไทย ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ***แบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย*** เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ **โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕** ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu **เอกสารฉบับจริงส่งมายัง**

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา **ศาลายา ชั้น ๕** ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 757
วันที่ 18 กันยายน 2563
เวลา 13.28 น.
ผู้รับ ศิริไรยา

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร รหัสประจำตัว 6077341436
นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาคนอกเวลาราชการ
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 498/8 หมู่ 4 หมู่บ้านบุรีรมย์ ซอยบางปูนคร 2 ตำบลแพรกษาใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10280
โทรศัพท์ 090-9722609 Email: PhatchariP@bumrungrad.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียด ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ บุษบา สมใจวงษ์
4. อาจารย์ที่ปรึกษาฯ (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
5. ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

ลงนาม ..... **ผู้ยื่นคำร้อง**
(..นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร....)
...16.. / ..กันยายน..../ ...2563.....

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	**ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ**
.....เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป.....	.....ยินดีให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว.....
ลงนาม	ลงนาม ....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)	(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)
....16.. / ...กันยายน.. / ..2563....	....16.. / ...กันยายน.. / ..2563....

อนุญาต
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
...../ ~~23 กันยายน 2563~~ 22 กันยายน 2563 เวลา 09:47

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 758
วันที่ 18 กันยายน 2563
เวลา 13.31 น.
ผู้รับ ศิริไรยา

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร รหัสประจำตัว 6077341436

นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาคนอกเวลาราชการ

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 498/8 หมู่ 4 หมู่บ้านบุรีรมย์ ซอยบางปูนคร 2 ตำบลแพรกษาใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10280

โทรศัพท์ 090-9722609 Email: PhatchariP@bumrungrad.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระยะหลังการรักษาครบ
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ จารุวรรณ ป้อมกลาง
4. อาจารย์ที่ปรึกษาฯ (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต
5. ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม .... [signature] .... **ผู้ยื่นคำร้อง**

(....นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร.....)

.....16.../.... กันยายน...../ ...2563...

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
.....เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป.....	เห็นชอบให้ใช้เครื่องมือตามเสนอ
ลงนาม ..... [signature]	ลงนาม ..... [signature]
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)	(.....)
....16.. / ...กันยายน.. / ..2563....	23 กันยายน 2563 เวลา 18:10

[signature]

24 กันยายน 2563 เวลา 19:17

อนุญาต

[signature]

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

27 กันยายน 2563

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

[signature]

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

No.....

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 1/13

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา การรบกวนจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)	จำนวน	2	ข้อ
1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยทำการบันทึกเอง)	จำนวน	3	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	จำนวน	23	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ)	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ	จำนวน	29	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	15	ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรบกวนจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	จำนวน	12	ข้อ
รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด		93	ข้อ

2. ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านให้มากที่สุดและครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อ
3. การวิเคราะห์ข้อมูลจะแสดงเป็นภาพรวม โดยไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านแต่ประการใดหากแต่จะเป็นประโยชน์แก่ตัวท่านและส่วนรวมต่อไป
4. ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

นางสาวพัชรินทร์ พรมโคตร
นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033 | 64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 2/13

คำชี้แจง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)

1.อายุ (ปี) ☐ 20 – 30 ปี ☐ 31 – 40 ปี ☐ 41 – 50 ปี ☐ 51 – 60 ปี

2. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

2. แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย (สำหรับผู้ทำการวิจัย)

3. ระยะของโรค ☐ ระยะที่ 1 ☐ ระยะที่ 2 ☐ ระยะที่ 3

4. ระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาครบ ☐ 3-6 เดือน ☐ 6 เดือน-1 ปี ☐ 1 ปี -2 ปี ☐ 2 ปี -5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปี

5. การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

☐ ผ่าตัด ☐ เคมีบำบัด/ยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า
☐ ฉายแสง ☐ ยาต้านฮอร์โมน

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 3/13

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง:ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมายถูก √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในระยะ 7 วันที่ผ่านมา ถ้าเห็นด้วยกับประโยค ให้ทำเครื่องหมายที่ **เห็นด้วยมาก** หรือ เห็นด้วย ถ้าไม่เห็นด้วยก็ทำเครื่องหมายที่ **ไม่เห็นด้วยเลย** หรือ **ไม่เห็นด้วย** ถ้าตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรให้ทำเครื่องหมายที่ **ไม่ตัดสินใจ** ในประโยคนั้น ๆ กรุณาตอบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	ไม่ตัดสินใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
1.ฉันไม่รู้ว่าฉันมีความผิดปกติอะไร					
2.ฉันมีคำถามมากมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของฉันที่หาคำตอบไม่ได้					
3.ฉันไม่แน่ใจว่าโรคของฉันจะสงบหรือกำเริบขึ้นมาอีก					
4.ฉันไม่รู้ว่าจะเจ็บปวดมากแค่ไหน					
5.คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของฉันที่หมอและพยาบาลบอกทำให้ฉันยิ่งสับสน					
6.ฉันรู้จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้ง					
7.อาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากรักษาที่ฉันเคยได้รับเปลี่ยนแปลงไปมาอย่างคาดเดาไม่ได้					
8.ฉันเข้าใจคำอธิบายที่ได้รับทุกอย่าง					
9.สิ่งที่หมอบอกฉันนั้นสามารถตีความได้หลายอย่าง					
10.การรักษาของฉันซับซ้อนเกินกว่าที่ฉันจะเข้าใจ					
11.ยากที่จะรู้ว่าการรักษาที่ฉันได้รับจะช่วยฉันได้จริง					
12.เพราะความเจ็บป่วยของฉันคาดเดาอะไรไม่ได้ฉันเลยไม่สามารถวางแผนอนาคตได้					
13.ความเจ็บป่วยของฉันเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาอยู่เสมอบางวันก็ดีบางวันก็ไม่ดี					
14.ฉันได้รับความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยของฉัน					
15.ฉันไม่รู้แน่ชัดว่าต่อไปอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน					

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ธ.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 4/13

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	ไม่ตัดสินใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย
16.ผลการตรวจของฉันหลายอย่างไม่สอดคล้องกัน					
17.การรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผล					
18.ผลการรักษาทำให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตอยู่บ่อย ๆ					
19.ฉันแน่ใจว่าแพทย์จะตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ ของฉันอีก					
20.การรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้เป็นที่รู้กันว่าน่าจะได้ผล					
21.แพทย์ไม่ได้อธิบายระยะของโรคที่ชัดเจนให้ฉันรู้					
22.ฉันได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว					
23บุคคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารกับฉัน ดังนั้นฉันจึงเข้าใจในสิ่งที่บุคคลากรทางการแพทย์สื่อสาร					

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 5/13

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ)

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ในที่นี้ความหมายของการกลับเป็นโรคมะเร็งซ้ำ หมายถึงโอกาสที่ท่านจะกลับเป็นโรคมะเร็งหรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งในอวัยวะเดิมหรือในส่วนอื่นของร่างกาย โดยแบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ ความกลัวและกังวลว่าจะมีการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของโรคมะเร็งในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย (X) ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ฉันกลัวและกังวลว่าเป็นไปได้ที่จะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0	1	2	3	4
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

2. ฉันกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง

0	1	2	3	4
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

3. ฉันเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0	1	2	3	4
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

4. เมื่อฉันคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สิ่งนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดหรือภาพที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น ความตาย, ความทุกข์ทรมาน, ผลกระทบต่อครอบครัวของฉัน)

0	1	2	3	4
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

5. ฉันเชื่อว่าฉันหายแล้วและมะเร็งจะไม่กลับมาอีก

0	1	2	3	4
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หนังสือโครงการ 1023/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

6. ในความคิดของฉัน ฉันมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0	1	2	3	4
ไม่มีความเสี่ยงเลย	เสี่ยงเล็กน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงมาก	เสี่ยงมากที่สุด

7. ความถี่ที่ฉันคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0	1	2	3	4
ไม่คิดเลย	2-3 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	2-3 ครั้งต่อวัน	หลายครั้งต่อวัน

8. ฉันใช้เวลามากแค่ไหนต่อวันในการคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0	1	2	3	4
ไม่คิดเลย	2-3 วินาที	2-3 นาที	2-3 ชั่วโมง	หลายชั่วโมง

9. นานแค่ไหนที่ฉันคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0	1	2	3	4
ฉันไม่คิดเกี่ยวกับมันเลย	2-3 สัปดาห์	2-3 เดือน	2-3 ปี	หลายปี

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งด้านม	หน้า 7/13

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามท่านเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในเรื่องการรับรู้ การทำความเข้าใจและการนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้จากการอ่าน การเขียน การฟัง ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของท่านหลังจบการรักษาและอยู่ในช่วงการเฝ้าติดตามภาวะของโรคกลับมาเป็นซ้ำ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ เมื่ออ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้ว ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านและกรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ← →เห็นด้วยอย่างยิ่ง									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ฉันเข้าใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล											
2	ฉันพยายามสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของฉัน											
3	ฉันสามารถขอให้แพทย์บอกข้อมูลที่ตรวจพบให้ฉันเข้าใจ											
4	ฉันรู้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล											
5	แม้ว่าฉันจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติแต่ฉันยังต้องดูแลสุขภาพตนเองให้ดีด้วย											
6	ฉันสามารถค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้จากหลายช่องทาง											
7	ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ											
8	ฉันพูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ											
9	ฉันรู้ว่าสิทธิการรักษาของฉันสามารถเข้ารับการบริการจากสถานพยาบาลใดบ้าง											
10	ฉันเลือกใช้ความรู้สุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ											
11	ฉันสามารถหาข้อมูลสุขภาพ ของสินค้า เพื่อรู้ประโยชน์											

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 8/13

ข้อ	ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ← → เห็นด้วยอย่างยิ่ง										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	และโทษก่อนซื้อ											
12	ฉันกล้าซักถามข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ											
13	เมื่อฉันป่วย คุณรู้ดีว่าคุณควรเลือกไปที่สถานีอนามัย/คลินิกหมอทั่วไป หรือ ควรไปโรงพยาบาล											
14	ฉันรู้วิธีหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว											
15	ฉันมีคนใกล้ชิดบอกความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน											
16	ฉันรู้ว่าจะทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลมาดูแลที่บ้านในเวลาที่ฉันต้องการ											
17	ฉันถามสิทธิการรักษา ก่อนรับการรักษา											
18	ฉันมีวิธีช่วยในการจดจำคำแนะนำจากแพทย์											
19	คนในบ้านทุกคนดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน											
20	ฉันค้นหาบริการสุขภาพที่ฉันต้องการ ได้ไม่ยากนัก											
21	ฉันรู้แหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือ											
22	ฉันรู้ว่าจะติดต่อหน่วยงานต่าง ๆในโรงพยาบาลได้อย่างไร											
23	ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่เป็นปัจจุบัน											
24	เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบอกสิทธิการรักษาของฉันทุกครั้งก่อนการรักษา											
25	ฉันสามารถหาคนมาช่วยดูแลสุขภาพยามต้องการ											
26	ฉันตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความรู้											
27	ฉันรู้จักแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย											

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 9/13

28	ฉันรู้ช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ											
29	ฉันเชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการปฏิบัติด้วยตนเอง											

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 10/13

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลใกล้ชิด หมายถึง คู่สมรส บุตร หลาน พ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โปรดใส่เครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย (0) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย
ไม่เป็นจริงเล็กน้อย (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเล็กน้อย
เป็นจริงส่วนใหญ่ (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงมากที่สุด (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย (0)	ไม่เป็นจริงเล็กน้อย (1)	เป็นจริงส่วนใหญ่ (2)	เป็นจริงมากที่สุด (3)
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1.ฉันได้รับความรักความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลใกล้ชิดในยามที่เจ็บป่วย				
2.ในยามที่ฉันเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย บุคคลใกล้ชิดแสดงออกถึงความห่วงใยฉัน เช่น บีบมือเบาๆ				
3.ฉันได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นใจขณะเจ็บป่วย				
4.บุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้อง มักจะมาเยี่ยมเยียนฉันเสมอเมื่อเจ็บป่วย				
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
5.ฉันได้รับข้อมูล เกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจาก บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน				
6.ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด หรือการติดต่อเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินจากบุคคลทางการแพทย์				
7.ฉันได้รับคำแนะนำและคำตักเตือน จากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อฉันปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง				

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 11/13

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย (0)	ไม่ค่อยจริงเล็กน้อย (1)	เป็นจริงส่วนใหญ่ (2)	เป็นจริงมากที่สุด (3)
การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงิน				
8.ฉันได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิด				
9.ฉันได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ ตลอดจนเครื่องใช้ต่าง ๆที่จำเป็นจากบุคคลใกล้ชิด				
10.ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรค				
11.ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ				
12.ฉันได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลากรทางการแพทย์เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ				
การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ				
13.ฉันได้รับคำยกย่องชมเชย จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อฉันปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่				
14.ความคิดเห็นและความสามารถของฉันเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์				
15.ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิด				

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 12/13

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรบกวนจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อวัดการเกิดอาการและการรบกวนจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยใช้วัดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นในระยะ 7 วันที่ผ่านมา หากท่านไม่มีอาการดังกล่าวที่ระบุให้ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องไม่มีอาการและหากท่านมีอาการดังกล่าวที่ระบุให้ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องมีอาการ และขอให้ท่านประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ ตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เกณฑ์ในการเลือกตอบมีดังนี้

ไม่มี (0) หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน

เล็กน้อย (1) หมายถึง อาการนั้นทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานเล็กน้อย

ปานกลาง (2) หมายถึง อาการนั้นทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานปานกลาง

มาก (3) หมายถึง อาการนั้นทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานมาก

มากที่สุด (4) หมายถึง อาการนั้นทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด

อาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ	ความทุกข์ทรมานของอาการ				
			ไม่มี (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1.ปวด							
2.อ่อนล้า ไม่มีแรงอยากนอนทั้งวัน							
3.ผิวหนังที่เต้านมเปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมบวมแดง มีลักษณะหนาแข็งกว่าปกติ เป็นต้น							
4.หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น							
5.แขนบวม							
6.กลุ่มอาการของคนวัยหมดประจำเดือน เช่น ช่องคลอดแห้ง มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากช่องคลอด ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน ความต้องการทางเพศลดลง							
7.ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปร่างเต้านมเปลี่ยนไป							
8.นอนไม่หลับ							
9.รู้สึกเศร้า							
10.วิตกกังวล/กลุ้มใจ							

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1033/64
วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2565

	แบบสอบถาม เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม	หน้า 13/13

อาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ	ความทุกข์ทรมานของอาการ				
			ไม่มี (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
11.รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย							
12.รู้สึกกระวนกระวาย							

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 1032/64
วันที่รับรอง : 31 ธ.ค. 2565

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้าจำแนกตามรายข้อและโดยรวมวิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้าจำแนกตามรายข้อและโดยรวม (N=135)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	$\bar{x}$	S.D.
ฉันไม่รู้ว่าฉันมีความผิดปกติอะไร	2.93	1.25
ฉันมีคำถามมากมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของฉันที่หาคำตอบไม่ได้	2.94	1.23
ฉันไม่แน่ใจว่าโรคของฉันจะสงบหรือกำเริบขึ้นมาอีก	3.90	1.01
ฉันไม่รู้ว่าจะเจ็บปวดมากแค่ไหน	3.27	1.17
คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของฉันที่หมอและพยาบาลบอกทำให้ฉันยิ่งสับสน	2.21	1.03
ฉันไม่รู้วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้ง	4.35	0.68
อาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากรักษาที่ฉันเคยได้รับเปลี่ยนแปลงไปมาอย่างคาดเดาไม่ได้	2.85	1.19
ฉันไม่เข้าใจคำอธิบายที่ได้รับทุกอย่าง	4.16	0.83
สิ่งที่หมอบอกฉันนั้นสามารถตีความได้หลายอย่าง	2.76	1.08
การรักษาของฉันซับซ้อนเกินกว่าที่ฉันจะเข้าใจ	2.17	0.95
ยากที่จะรู้ว่าการรักษาที่ฉันได้รับจะช่วยฉันได้จริง	2.47	1.12
เพราะความเจ็บป่วยของฉันคาดเดาอะไรไม่ได้ฉันเลยไม่สามารถวางแผนอนาคตได้	2.41	1.03
ความเจ็บป่วยของฉันเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาอยู่เสมอบางวันก็ดีบางวันก็ไม่ดี	2.42	1.14
ฉันได้รับความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยของฉัน	2.55	1.08
ฉันไม่รู้แน่ชัดว่าต่อไปอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน	3.16	1.23
ผลการตรวจของฉันหลายอย่างไม่สอดคล้องกัน	2.20	0.96

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	$\bar{x}$	**S.D.**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผล	2.35	1.12
ผลการรักษาทำให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตอยู่บ่อย ๆ	2.60	1.30
ฉันไม่แน่ใจว่าแพทย์จะตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ ของฉันอีก	3.06	1.10
การรักษาที่ฉันได้รับอยู่นี้ไม่รู้ว่าจะได้ผลหรือไม่	4.19	0.68
แพทย์ไม่ได้อธิบายระยะของโรคที่ชัดเจนให้ฉันรู้	2.10	1.00
ฉันไม่ได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอน	3.62	0.99
บุคคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารกับฉัน ดังนั้นฉันจึงไม่เข้าใจในสิ่งที่บุคคลากรทางการแพทย์สื่อสาร	4.37	0.63
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	**3.00**	**0.51**

ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมวิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2 -3

ตารางที่ 2 แสดง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกายในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (N=135)

อาการทางด้านร่างกาย	**ร้อยละ**	$\bar{x}$	S.D.	**ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ (%)**				
				ไม่มี	**เล็กน้อย**	**ปานกลาง**	**มาก**	**มากที่สุด**
ปวด	35.6	1.9	0.6	6.3	62.5	27.1	0	4.2
อ่อนล้า ไม่มีแรงอยากนอนทั้งวัน	32.6	1.7	0.5	13.6	61.4	22.7	2.3	0
ผิวหนังที่เต้านมเปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมบวมแดง มีลักษณะหนาแข็งกว่าปกติ เป็นต้น	25.9	1.5	0.7	42.9	31.4	25.7	0	0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อาการทางด้านร่างกาย	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ (%)				
				ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
หายใจไม่อิ่มหายใจตื้น	32.6	1.6	0.6	20.5	59.1	15.9	4.6	0
แขนบวม	17	1.4	0.7	43.5	39.1	13	4.4	0
กลุ่มอาการของคนวัยหมดประจำเดือน เช่น ช่องคลอดแห้ง มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากช่องคลอด ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน ความต้องการทางเพศลดลง	40	1.8	0.8	24.1	48.2	14.8	9.3	23.
ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปร่างเต้านมเปลี่ยนไป	43.7	2.1	1.0	15.3	45.8	17	10.2	11.9
นอนไม่หลับ	47.4	1.9	0.8	17.2	40.6	28.1	10.9	3.1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 แสดง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านจิตใจในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (N=135)

อาการทางด้านจิตใจ	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความทุกข์ทรมาน (%)				
				ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
รู้สึกเศร้า	33.3	1.7	0.6	15.6	55.6	24.4	4.4	0
วิตกกังวล/กลุ้มใจ	46.7	1.9	0.6	9.5	57.1	25.4	6.4	1.6
รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย	45.9	1.8	0.6	11.3	61.3	19.4	8.1	0
รู้สึกกระวนกระวาย	40.7	1.6	0.5	12.7	72.7	10.9	3.6	0

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายข้อ วิเคราะห์โดยการคำนวณหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายข้อ (N=135)

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (%)				
			ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ฉันกลัวและกังวลว่าเป็นไปได้ที่จะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	2.1	1.1	5.9	23.7	36.3	20.0	14.1
ฉันกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง	2.3	1.1	4.4	21.5	32.6	23.7	17.8
ฉันเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	2.6	1.0	0	17.0	27.4	34.1	21.5
เมื่อฉันคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสิ่งนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดหรือภาพที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น ความตาย ความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อครอบครัวของฉัน)	2.0	1.1	11.1	25.2	26.7	28.9	8.1
ฉันไม่เชื่อว่าฉันหายแล้วและมะเร็งจะไม่กลับมาอีก	2.1	1.1	6.7	17.0	44.4	16.3	15.6
ในความคิดของฉัน ฉันมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	1.8	1.0	6.7	29.6	44.4	13.3	5.9

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	$\bar{x}$	S.D.	ความถี่ของการคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (%)				
			ไม่คิดเลย	2-3 สัปดาห์	2-3 เดือน	2-3 ปี	หลายปี
ความถี่ที่ฉันคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	1.0	1.0	36.3	48.1	8.9	1.5	5.2
นานแค่ไหนที่ฉันคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	1.6	1.4	33.3	12.6	27.4	10.4	16.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	$\bar{x}$	S.D.	ความถี่ของการคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (%)				
			ไม่คิดเลย	2-3 วินาที	2-3 นาที	2-3 ชั่วโมง	หลายชั่วโมง
ฉันใช้เวลามากแค่ไหนต่อวันในการคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	1.1	1.1	39.3	22.2	28.9	5.2	4.4

การสนับสนุนทางสังคมในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายข้อ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายข้อ (N=135)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.
ฉันได้รับความรักความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลใกล้ชิดในยามที่เจ็บป่วย	3.56	0.69
ในยามที่ฉันเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย บุคคลใกล้ชิดแสดงออกถึงความห่วงใยฉัน เช่น บีบมือเบาๆ	3.39	0.83
ฉันได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นใจขณะเจ็บป่วย	3.56	0.69
บุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้อง มักจะมาเยี่ยมเยียนฉันเสมอเมื่อเจ็บป่วย	3.35	0.75
ฉันได้รับข้อมูล เกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน	3.48	0.57
ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด หรือการติดต่อเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินจากบุคคลทางการแพทย์	3.54	0.60
ฉันได้รับคำแนะนำและคำตักเตือน จากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อฉันปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	3.39	0.70
ฉันได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิด	2.75	1.17

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.
ฉันได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ ตลอดจนเครื่องใช้ต่าง ๆที่จำเป็นจากบุคคลใกล้ชิด	2.78	1.14
ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรค	2.77	1.13
ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.04	1.12
ฉันได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.13	1.06
ฉันได้รับคำยกย่องชมเชย จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อฉันปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่	2.78	1.00
ความคิดเห็นและความสามารถของฉันเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์	2.72	0.982
ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิด	3.01	1.05
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	**3.15**	**0.64**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95.0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

Correlations

				uncertainty	socialsupport	healthlitteracy	fearrecurrence
uncertainty	Pearson Correlation			1	-.120	-.157	.380**
	Sig. (2-tailed)				.167	.069	<.001
	N			135	135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		0	.000	-.005	-.001
		Std. Error		0	.084	.085	.073
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	.	-.273	-.311	.224
			Upper	.	.043	-.005	.518
socialsupport	Pearson Correlation			-.120	1	.432**	.016
	Sig. (2-tailed)			.167		<.001	.855
	N			135	135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		.000	0	-.003	.002
		Std. Error		.084	0	.063	.095
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.273	.	.307	-.168
			Upper	.043	.	.545	.207
healthlitteracy	Pearson Correlation			-.157	.432**	1	-.144
	Sig. (2-tailed)			.069	<.001		.096
	N			135	135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		-.005	-.003	0	.004
		Std. Error		.085	.063	0	.084
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.311	.307	.	-.309
			Upper	-.005	.545	.	.030
fearrecurrence	Pearson Correlation			.380**	.016	-.144	1
	Sig. (2-tailed)			<.001	.855	.096	
	N			135	135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		-.001	.002	.004	0
		Std. Error		.073	.095	.084	0
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	.224	-.168	-.309	.
			Upper	.518	.207	.030	.

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

c. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95.0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

					uncertainty	socialsupport	healthlitteracy	fearrecurrence
Spearman's rho	uncertainty	Correlation Coefficient			1.000	-.125	-.151	.378**
		Sig. (2-tailed)			.	.150	.081	<.001
		N			135	135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		.000	.001	.000	-.005
			Std. Error		.000	.090	.094	.076
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	.	-.289	-.319	.216
				Upper	.	.062	.029	.514
	socialsupport	Correlation Coefficient			-.125	1.000	.433**	-.030
		Sig. (2-tailed)			.150	.	<.001	.727
		N			135	135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		.001	.000	-.003	.003
			Std. Error		.090	.000	.064	.094
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.289	.	.301	-.226
				Upper	.062	.	.543	.166
	healthlitteracy	Correlation Coefficient			-.151	.433**	1.000	-.137
		Sig. (2-tailed)			.081	<.001	.	.114
		N			135	135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		.000	-.003	.000	.000
			Std. Error		.094	.064	.000	.091
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.319	.301	.	-.311
				Upper	.029	.543	.	.044
	fearrecurrence	Correlation Coefficient			.378**	-.030	-.137	1.000
		Sig. (2-tailed)			<.001	.727	.114	.
		N			135	135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		-.005	.003	.000	.000
			Std. Error		.076	.094	.091	.000
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	.216	-.226	-.311	.
				Upper	.514	.166	.044	.

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

c. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Correlations

				uncertainty	Education	Age
uncertainty	Pearson Correlation			1	-.400**	.040
	Sig. (2-tailed)				<.001	.644
	N			135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		0	.000	.002
		Std. Error		0	.073	.087
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	.	-.529	-.137
			Upper	.	-.253	.211
Education	Pearson Correlation			-.400**	1	-.036
	Sig. (2-tailed)			<.001		.675
	N			135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		.000	0	-.002
		Std. Error		.073	0	.078
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.529	.	-.187
			Upper	-.253	.	.108
Age	Pearson Correlation			.040	-.036	1
	Sig. (2-tailed)			.644	.675	
	N			135	135	135
	Bootstrap[c]	Bias		.002	-.002	0
		Std. Error		.087	.078	0
		BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.137	-.187	.
			Upper	.211	.108	.

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

c. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Confidence Intervals

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Intervals (2-tailed)[a] Lower	Upper
uncertainty - Education	-.400	<.001	-.533	-.248
uncertainty - Age	.040	.644	-.130	.208
Education - Age	-.036	.675	-.204	.133

a. Estimation is based on Fisher's r-to-z transformation.

Bootstrap

Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95.0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

Nonparametric Correlations

Correlations

					uncertainty	Education	Age
Spearman's rho	uncertainty	Correlation Coefficient			1.000	-.352**	.016
		Sig. (2-tailed)			.	<.001	.851
		N			135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		.000	.003	.000
			Std. Error		.000	.079	.088
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	.	-.483	-.155
				Upper	.	-.184	.196
	Education	Correlation Coefficient			-.352**	1.000	-.050
		Sig. (2-tailed)			<.001	.	.564
		N			135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		.003	.000	.001
			Std. Error		.079	.000	.089
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.483	.	-.211
				Upper	-.184	.	.122
	Age	Correlation Coefficient			.016	-.050	1.000
		Sig. (2-tailed)			.851	.564	.
		N			135	135	135
		Bootstrap[c]	Bias		.000	.001	.000
			Std. Error		.088	.089	.000
			BCa 95% Confidence Interval	Lower	-.155	-.211	.
				Upper	.196	.122	.

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Confidence Intervals of Spearman's rho

	Spearman's rho	Significance (2-tailed)	95% Confidence Intervals (2-tailed)[a,b] Lower	Upper
uncertainty - Education	-.352	<.001	-.495	-.190
uncertainty - Age	.016	.851	-.158	.190
Education - Age	-.050	.564	-.222	.125

a. Estimation is based on Fisher's r-to-z transformation.

b. Estimation of standard error is based on the formula proposed by Fieller, Hartley, and Pearson.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	พัชรินทร์ พรมโคตร
วัน เดือน ปี เกิด	29 ธันวาคม 2521
สถานที่เกิด	ขอนแก่น
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2557 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะทางมะเร็ง (4 เดือน) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านมะเร็งเต้านมสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประกาศนียบัตรแนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Counseling in Cancer Patients: Genetic Counseling)10 วัน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558
ที่อยู่ปัจจุบัน	498/8 ม.4 หมู่บ้านบุรีรมย์ถ.เทพารักษ์ต.แพรกษาใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด สมุทรปราการ 10280

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University