ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2548.
ISBN 974-14-1972-4
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Lt. Masubol Wongpromchai

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2005

ISBN 974-14-1972 -4

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
โดย	เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตรจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ฤาชา)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย : ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษา :รศ. ดร. สุรีพร ธนศิลป์, 153 หน้า. ISBN 974-14-1972-4

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดีและศูนย์มหาวชิราลงกรณ จำนวน 150 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีของครอนบาคได้เท่ากับ .96, .95, .89, .93, .91, .25, .36, .32 และ .43 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Eta ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 66.43, SD = 13.94)

2. จำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.449, p < .05$)

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .201, p < .05$)

4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด ได้แก่ การนอนพัก การนวด การรับประทานอาหาร กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ การรับประทานยานอนหลับ และกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้แก่ การเข้านอนเร็ว การหากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต มาศอุบล วงศ์พรหมชัย

ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา สุรีพร ธนศิลป์

4777604636 : MAJOR Nursing Science

KEY WORD: QUALITY OF LIFE / SYMPTOM CLUSTERS / SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES / SOCIAL SUPPORT / BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

MASUBOL WONGPROMCHAI : RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF.SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 153 pp. ISBN 974-14-1972-4

This descriptive research aimed to study symptom clusters, symptom management strategies, social support, and quality of life in breast cancer patients undergoing chemotherapy and the relationships between symptom clusters, symptom management strategies, social support, and quality of life in breast cancer patients undergoing chemotherapy. The theoretical framework based on Symptom Management Model of Dodd et al. (2001). One hundred fifty breast cancer patients undergoing chemotherapy were recruited by using simple random sampling from the Out–Patients Department of Mahavajiralongkorn Cancer Center, Ramathibodi Hospital. The instruments were a Pain scale, Piper Fatigue Scale, Insomnia Severity Index, Beck Depression Inventory, Social Support Questionnaires, Self-Care Diary, and Quality of life. Cronbach's alpha coefficients of all instruments were .96, .95, .89, .93,.91, .25, .36, .32 ,and .43, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and Eta's correlation.

Major findings were as follows:

1. Breast cancer patients undergoing chemotherapy had perceived quality of life at a high level ($\overline{X}$ = 66.43, SD = 13.94).

2..Symptom clusters were significantly negative related to quality of life (r = -.449, p< .05).

3. Social support was significantly positive related to quality of life (r =.201, p< .05).

4. Self-care strategies for pain, insomnia, and fatigue were significantly negative related to quality of life (p< .05) .

5. Self-care strategies for depression were not related to quality of life.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department.....Nursing Science.....Student's signature Masubol Wongpromchai

Academic year .....2005.....Advisor's signature Sureep Th

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา ความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฦาชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการวิจัย หัวหน้าห้องเคมีบำบัด แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ที่เป็นที่รักยิ่งและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนพี่ชายและน้องสาวที่คอยเป็นกำลังใจ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยเป็นห่วง ไม่เคยทอดทิ้ง และคอยให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ และถือว่าเป็นเจ้าของงานวิจัยชิ้นนี้ร่วมกัน ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลมากมายวิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ
กิตติกรรมประกาศ.....ฉ
สารบัญ.....ช
สารบัญตาราง.....ฌ
สารบัญภาพ.....ญ
บทที่ 1 บทนำ
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
คำถามการวิจัย.....5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....5
ขอบเขตการวิจัย..... 10
คำจำกัดความในการวิจัย.....10
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา..... 16
ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด.....21
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....25
แบบจำลองการจัดการกับอาการ.....31
กลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....36
การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....42
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ
การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....50
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....56

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....57

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....58

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....69

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....70

การวิเคราะห์ข้อมูล.....70

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....71

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย..... 89

การอภิปรายผลการวิจัย.....91

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....102

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป 103

รายการอ้างอิง.....104

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....116

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 118

ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....127

ภาคผนวก ง ตารางการแจกแจงข้อมูลทางสถิติและการทดสอบ
ข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน.....141

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....150

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1. แผนการเก็บข้อมูลตามวันเวลาและสถานที่....58
2. ค่าความเที่ยงแบบสอบถาม....68
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะของโรค สูตรเคมีที่ได้รับ ค่าฮีโมโกลบิน....72
4. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด....75
5. จำนวนและร้อยละของแต่ละอาการ....76
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการ....78
7. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด....79
8. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด....80
9. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด....82
10. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด....83
11. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.84
12. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด....85
13. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกเป็นรายข้อ....145
14. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกเป็นรายข้อ.... 146
15. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกเป็นรายข้อ....147
16. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกเป็นรายข้อ....148
17. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกเป็นรายข้อ....149

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ หน้า

1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001).....32

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน คุกคามต่อความเป็นอยู่ของครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในเกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยพบว่าปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบมากที่สุดในเพศหญิง ในปี พ.ศ.2547 มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 1,368,030 ราย และเสียชีวิต 563,700 ราย (Jemal, Tiwari, Murray, et al., 2004 cited in Bender, Ergÿn, Rosenzweig, Cohen, Sereika, 2004) และจากสถิติผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติป่วยเป็นมะเร็งเต้านมสูงสุดเป็นอันดับ 2 คือ ร้อยละ 41.3 โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 30-65 ปีมากที่สุด (National Cancer Institute, 2004)

ในปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสงและฮอร์โมนบำบัด ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน การใช้เคมีบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นและนิยมใช้ร่วมกับการรักษาชนิดอื่นๆ โดยคำนึงถึงระยะของโรคเป็นสิ่งสำคัญ และต้องให้ยาร่วมกันหลายชนิดที่มีขนาดเพียงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย ทั้งนี้เพราะเชื่อว่ามะเร็งเต้านมมีลักษณะการดำเนินของโรคที่แพร่กระจายไปทั่วระบบ (Systemic disease) มากกว่าโรคที่จำกัดอยู่เฉพาะแห่ง (Localized disease) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องได้รับเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) และยังต้องได้รับยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ต้องเผชิญกับความรู้สึกกลัว กังวล และความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อบุทางเดินอาหารอักเสบ ท้องเสียหรือท้องผูก ไขกระดูกถูกกดทำให้ซีด ผมหรือขนร่วงหลุด ปวด และกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พินทุสร โชตนาการ, 2539)

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรมมีความหมายกว้าง การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุก (Well being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกเป็นปกติ (Sense of well being) ความสุข (Happiness) (Aaroson: 1988) การประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้อง และเหมาะสมนั้นควรประเมินในหลายมิติเพื่อให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการดูแล

ผู้ป่วยในปัจจุบัน คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย จะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Padilla and Grant, 1985)

แนวคิดของ Padilla and Grant (1985) กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม รวมทั้ง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ เป็นโครงสร้างหลายมิติวัดได้จากการรับรู้ความผาสุกทางร่างกาย เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขทางร่างกาย เนื่องจากองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขนั้น คือ การมีสุขภาพดี สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และนำไปสู่วิถีทางที่จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต ด้านความผาสุกทางจิตใจ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจในเรื่องการดำรงชีวิตรวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตที่สำคัญ เพราะเป็นการรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านรูปร่าง คุณลักษณะ และภาพลักษณ์ของตนเอง ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการยอมรับถึงผลข้างเคียงของการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความรู้สึกต่อสังคมรอบข้าง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขในเรื่องรายได้ การประกอบอาชีพ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วย การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานและค่าใช้จ่ายสูง อาจทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในเรื่องการประกอบอาชีพ สัมพันธภาพระหว่างนายจ้างและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำเป็นต้องลาหยุดงาน เพื่อมาตรวจและรับการรักษาเป็นประจำ ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถกลับไปทำงานได้หรืออาจต้องพักผ่อนระหว่างเวลาทำงาน เนื่องจากอ่อนเพลีย สิ่งต่างๆ ดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพและรายได้ ซึ่งทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การขับถ่าย การดำรงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่าง การมีเวลาเป็นส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น (มาลี วรลัคนากุล, 2535)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ศึกษาโดยมาลี วรลัคนากุล (2535) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร ธนศิลป์และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้

คุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน และเช่นเดียวกับการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2543) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพราะมะเร็งเป็นสัญลักษณ์แห่งความตายและผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน คะแนนคุณภาพชีวิตในเรื่องความรู้สึกอ่อนเพลียต่ำรองลงมา ทั้งนี้เพราะอาการอ่อนเพลียนั้นพบว่าเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด และเกิดจากร่างกายมีของเสียคั่งและการขาดเม็ดเลือดทุกชนิด (มาลี วรลัคนากุล, 2535)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเกิดอาการข้างเคียงต่างๆ มากมาย เช่น ปวด กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ซีด อ่อนเพลีย ผมร่วง เป็นต้น ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าอาการต่างๆ มักไม่เกิดเพียงอาการเดียวแต่มักเกิดหลายๆ อาการในเวลาเดียวกัน ที่เรียกว่า กลุ่มอาการ หมายถึง อาการอย่างน้อย สามชนิดหรือมากกว่าที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กันในผู้ป่วยโรคหนึ่งๆ หรือในภาวะหนึ่งๆ (จอนผะจง เพ็งจาด, 2547)

การศึกษากลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็ง Dodd, Miaskowski, West,et al. (2002) โดยศึกษาอาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการผิดปกติของการนอน พบว่า ร้อยละ 42 ไม่มีอาการ ร้อยละ 35 มีอาการอย่างน้อย 2 อาการหรือมากกว่า และพบความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับจำนวนและความรุนแรงของอาการ มีงานวิจัยในต่างประเทศที่พบกลุ่มอาการที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น อาการซึมเศร้ากับอาการปวด (Ciaramella, & Poli, 2001) อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และ อาการซึมเศร้า (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) อาการหายใจลำบาก อาการวิตกกังวล และอาการเหนื่อยล้า (Bruera, Schitz, Picher, et al., 2000) ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่พบว่ามีอาการเกิดขึ้นในทุกระยะของการเจ็บป่วย อาการที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 65 อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 32 อาการไอ ร้อยละ 34 อาการปวด ร้อยละ 29 และอาการไข้ร้อยละ 29 (Fontani, Ricci, Del Borgo, et al., 1997)

สำหรับกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งอยู่ในระยะลุกลาม พบอาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า ร้อยละ 64 พบอาการปวดร่วมกับอาการซึมเศร้า ร้อยละ 42 พบอาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการซึมเศร้า (Gaston et al., 1999 cited by Dodd, Miaskowski & Paul, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bender, Ergÿn, Rosenzweig, Cohen, & Sereik, (2005) ทำการศึกษากลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกจนกระทั่งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ผ่าตัดจนกระทั่งได้รับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มอาการประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า สมาธิในการรับรู้ลดลง และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ การสนับสนุนทางสังคม House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร เงินทอง และร่วมมือกันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shell and Kirsch (2001) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกจากช่วยลดปัญหาทางร่างกายในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ความรู้สึกไม่สุขสบายและอาการข้างเคียงจากการรักษาแล้วยังช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หมดหวัง ซึมเศร้า และหลีกหนีปัญหา อันจะช่วยนำพาผู้ป่วยมะเร็งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sammarco (2001) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Dodd, Jason, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys, et al. (2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ขึ้น ซึ่งมีผู้นำแบบจำลองไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังการศึกษาของพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ที่ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับน้อย ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ Dodd, Miaskowski, and Paul. (2001) ได้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ศึกษากลุ่มอาการที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในเรื่องการประเมินความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 7.3 และการศึกษาของสุรีพร ธนศิลป์และพิชญดาคงศักดิ์ตระกูล (2548) ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36 จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาเป็นอาการเดี่ยวๆ อาการใดอาการหนึ่ง ซึ่งการศึกษาเหล่านี้มีประโยชน์ทำให้เข้าใจในอาการของผู้ป่วยระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เห็นภาพรวมของอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย ซึ่งไม่สามารถสะท้อนปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆในผู้ป่วยได้ เนื่องจากอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งมักไม่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่เกิดขึ้นหลายๆอาการพร้อมกันหรือที่เรียกว่า กลุ่มอาการ และยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และการสนับสนุนทางสังคมว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไร โดยใช้แบบจำลองนี้ในบริบทของสังคมไทย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอันได้แก่ กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสังคม เศรษฐกิจของชาติอย่างมาก ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จะช่วยนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีกทางหนึ่งด้วย

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

2. กลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
4. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่างๆมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ ซึ่งเกิดจากปัจจัยทั้ง 3 ประการ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการของกลุ่มอาการ ซึ่งประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า โดย

ประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ชี้ถึงลางร้าย การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง โดยบุคคลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของอาการจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 2) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ โดยอาศัยตัวผู้ป่วยเองโดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดยจะมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่จะก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ ชะลอผลลัพธ์ทางลบด้านชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด มิใช่เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับกลุ่มอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ได้ตลอดเวลาจนเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ และ 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การจัดการกับอาการ คือคุณภาพชีวิตนั่นเอง

เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดตามกรอบแนวคิด และเป็นตัวแปรที่มีงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งรวมถึงเป็นตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทในการจัดการกับตัวแปรเหล่านั้น ซึ่งตัวแปรที่ผู้วิจัยคัดสรรมาใช้ในการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มอาการ เป็นปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการโดย Dodd et al. (2001: 671-673) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ โดยที่**กลุ่มอาการ**จะประกอบด้วย อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองต้องประสบตั้งแต่ 2- 3 อาการที่เกิดพร้อมๆกันและมีการเกี่ยวข้องกัน (Dodd, Miaskowski and Paul, 2001) ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ Cleeland et al. (2003) กลุ่มอาการที่มักเกิดพร้อมๆ กัน เป็นอาการที่ตอบสนองต่อการรักษา ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้าจะเพิ่มมากเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมาก จากการศึกษาของ Sarna (1993) พบว่า กลุ่มอาการ คือ อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปพบในผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า อาการปวด การนอนไม่หลับ ส่งผลทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ สอดคล้องกับ Blesch et al. (1991) ศึกษาถึงกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการอ่อนล้า อาการปวด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด พบว่า มีอาการอ่อนล้า ร้อยละ 99 และอาการอ่อนล้า

ร่วมกับอาการปวด อาการอ่อนล้าร่วมกับซึมเศร้า จากการศึกษาของ Armstrong et al. (2004) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม จะพบกลุ่มอาการ ซึ่งได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด อาการซึมเศร้า และภาวะหมดประจำเดือน โดยที่กลุ่มอาการเหล่านี้มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Redeker et al. (2000 cited in Ahlberg, Ekman, Wallgren, and Gaston-Johansson, 2004: 207) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ

อาการปวด อาการปวดส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในทุกด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Portenoy et al. (1994) ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ซึ่งขัดขวางการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน การทำงาน การนอนหลับ นอกจากด้านร่างกายแล้ว ในส่วนของจิตใจพบว่า อาการปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และกลัวอาการของโรคเลวลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan and Brent (2002) พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์และมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

อาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมะเร็งพบว่ามีอาการเหนื่อยล้าได้ทุกช่วงของการดำเนินของโรค หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิต เช่น ด้านร่างกายผู้ป่วยจะเหนื่อยง่าย ส่งผลถึงการทำหน้าที่ต่างๆ จะเห็นได้ว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดบ่อยที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ferrel et al., 1996: 1540; Smith, 1996: 772; Ream et al., 2002: 301) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) พบว่าประสบการณ์อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกรวม ทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัดได้

อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการนอนไม่หลับพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกชนิด ผู้ป่วยมีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน ทำให้เกิดต้องการหลับในกลางวันจนไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ ด้านจิตใจ พบว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับจะทำให้มีอารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจ นอกจากนี้การนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเฉื่อยชา หงุดหงิดง่าย ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการทำหน้าที่ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fortner et al. (2002) ที่ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ พบว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ และกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมอีกร้อยละ 29 รายงานว่าคุณภาพการนอนหลับแย่มาก และพบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อศึกษา

คุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การนอนหลับที่มีปัญหาทำให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีอาการปวดมากขึ้น ขาดพลังงาน พลังชีวิตในการดำรงชีพและพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจมากขึ้น

อาการซึมเศร้า เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบบ่อยมาก เนื่องมาจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตลอดจนเศร้าเสียใจที่ตนเป็นโรคที่คุกคามชีวิต และผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มีอาการซึมเศร้ามากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย (Ahlberg, Ekman, Wallgren, & Gaston-Johansson, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cella (1995) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาของ กนก รัตน์ สุขตุงคะ (2524: ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า โดยตัวผู้ป่วยเอง เป็นแนวคิดหนึ่งในการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดย Dodd et al. (2001: 673-674) กล่าวว่าการจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ ชะลอผลลัพธ์ทางลบทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจซึ่งผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ ด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพและการดูแลตนเอง

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์ (2544) พบว่า การจัดท่าที่เหมาะสมมากที่สุด เป็นวิธีที่ช่วยลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กไปยับยั้งเซลล์ เอส จี เป็นผลให้ประตูปิด จึงไม่มีการส่งกระแสความปวดไปยังสมองและใช้การบีบนวด การใช้ความร้อนประคบ การทำสมาธิ สวดมนต์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrell et al. (1993) เกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน พบว่าวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญความปวด คือ การสวดมนต์ต่อพระเจ้าซึ่งผู้ป่วยคิดว่ามีประโยชน์และเป็นที่พึ่งทางใจมาก

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (2543) พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการนอนมากถึงร้อยละ 70 เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุดคือ การนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฟังเพลง ส่วนการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำผลไม้ การอาบน้ำ และการนวด พบร้อยละ 20 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Graydon et al. (1994) พบว่า การนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุดในการลดอาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น การศึกษาของพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการพูดคุยกับคนรู้ใจ

มากถึงร้อยละ 93.3 และพยายามไปในที่ที่อากาศบริสุทธิ์ พบร้อยละ 88.3 เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าได้มาก

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของสุพร รุจิราวรรณ (2528) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกายและผลของการฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับ พบว่าทั้ง 2 วิธีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Graydon et al. (1994) พบว่าการออกกำลังกายสามารถลดอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้มากขึ้น และจากการศึกษาของ Decker, Cline-Elsen, & Gallagher (1992 cited in Berger et al., 2002) พบว่า การออกกำลังกาย การฝึกผ่อนคลาย และการจินตนาการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดให้ดีขึ้น

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาของสุรีย์พร กฤษเจริญ (2537) พบว่า อาการที่ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการแยกตัวอยู่คนเดียว การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการมีส่วนร่วมในสังคม ผู้ป่วยจะพยายามทำกิจกรรมให้เหมือนปกติหรือมากกว่าปกติ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม นอกจากจะได้รับความสบายใจแล้ว ผู้ป่วยยังรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้ เช่น ผู้ป่วยเข้ากลุ่มพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งด้วยกัน เนื่องจากทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม ถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมในแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการศึกษาของ Sammarco (2001) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ และ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

จากแนวเหตุผลดังกล่าวสามารถกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. กลุ่มอาการได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ และกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ศูนย์มหาวชิราลงกรณ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 150 ราย ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ถึง วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2549

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า กลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของมาลี วรลัคนากุล (2535) ตามแนวคิดของ Padilla & Grant (1985) ซึ่งแปลโดยสมจิต หนุเจริญกุล (1988) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ

1.1 ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดถึงความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

1.2 ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดถึงความสุขความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ทั้งการดำรงชีวิตโดยทั่วไปและเมื่อได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับเคมีบำบัด

1.3 ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดถึงการยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

1.4 การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดรวมถึงการอยู่ร่วมกับอาการแสดงต่างของตนหลังได้รับเคมีบำบัดได้

1.5 การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกอยากรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1.6 ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับเคมีบำบัดถึงปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเองหลังได้รับเคมีบำบัด ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม

2. กลุ่มอาการ หมายถึง ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองต้องประสบระหว่างได้รับเคมีบำบัด ตั้งแต่ 2- 3 อาการที่เกิดพร้อมๆกันและมีการเกี่ยวข้องกัน ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 **อาการปวด** หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้อาการปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคมะเร็ง หรือผลจากการบำบัดรักษาโรค ประเมินโดยมาตรวัดอาการปวดของ McCaferry & Pasero (1999)

2.2 **อาการเหนื่อยล้า** หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมาว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง วัดได้จากการประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ซึ่งสามารถประเมินได้ใน 4 ด้าน คือ

2.2.1 ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าและผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงาน และการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมว่ามีผลกระทบในระดับใด

2.2.2 ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่าอาการเหนื่อยล้านั้นเป็นอย่างไร เช่น เป็นเรื่องปกติหรือผิดปกติ เป็นคุณหรือเป็นโทษ เป็นต้น

2.2.3 ด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อตนเองว่ามีความแข็งแรง มีพละกำลัง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาในระดับใด

2.2.4 ด้านสติปัญญา เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถที่จะจดจำสิ่งต่างๆหรือความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด

2.3 **อาการนอนไม่หลับ** หมายถึง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือการนอนหลับไม่สนิท หรือคุณภาพการนอนไม่ดี โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะรายงานว่ามีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การวัดอาการนอนไม่หลับ ทั้ง 3 ด้านโดยใช้เครื่องมือ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

2.3.1 การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลานานกว่า 30 นาที)

2.3.2 การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยนอนหลับแล้ว มีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ

2.3.3 การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้าและไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำ หมายถึง อาการนอนไม่หลับนั้นมีความรุนแรงพอที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน

2.4 **อาการซึมเศร้า** หมายถึง ภาวะที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด โดยทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้าใจ หดหู่ หมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกต่อตนเองด้านลบ มีความคิดอยากตาย ส่วนด้านพฤติกรรมมีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัว และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย การกินและนอนหลับไม่ได้ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วัดได้จากแบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (The Beck's Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงในเอื้อมเดือน เนตรเขม, 2541)

3. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ หมายถึง การบรรเทาอาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยผู้ป่วยเอง ดังนี้

กลยุทธ์การจัดการกับอาการปวดโดยผู้ป่วยเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบรรเทาอาการปวด โดยใช้วิธีการนอนพัก นวด การเปลี่ยนท่าทาง การทำสมาธิ การฟังเพลง และการรับประทานยาแก้ปวดด้วยตัวเอง โดยการประเมินความถี่ในการใช้วิธีดังกล่าว จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นๆ มาก

กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยผู้ป่วยเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบรรเทาอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีการทำสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยานอนหลับด้วยตนเอง โดยการประเมินความถี่ในการใช้วิธีดังกล่าว จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นๆ มาก

กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบรรเทาอาการเหนื่อยล้า โดยใช้วิธีการนอนพัก เข้านอนเร็ว การออกกำลังกาย การพูดคุยกับคนรู้ใจ การไปในที่อากาศบริสุทธิ์ด้วยตนเอง โดยการประเมินความถี่ในการใช้วิธีดังกล่าว จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นๆ มาก

กลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบรรเทาอาการซึมเศร้า โดยใช้วิธีการพูดคุยกับคนรู้ใจ การออกกำลังกาย การหากิจกรรมทำ และการรับประทานยาซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยการประเมินความถี่ในการใช้วิธีดังกล่าว จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นๆ มาก

4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร เพื่อน ญาติ แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือแรงงานและการประเมินตัดสิน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดยกฤติกาพร ใยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

4.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงบอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4.3 การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ สิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

4.4 การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

5. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการให้ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์และมารับการรักษาเป็นประเภทผู้ป่วยนอก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้าใจ และ ตระหนักถึง กลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

2. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา
    1.1 อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม
    1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
    1.3 การจำแนกระยะการดำเนินของโรค
    1.4 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    1.5 ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านมและการได้รับเคมีบำบัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการกับอาการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการ
5. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
6. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. มะเร็งเต้านม

1.1 อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเพราะเป็นโรคที่ทำลายมนุษย์ได้เป็นจำนวนมากโรคหนึ่ง สำหรับในผู้หญิงไทยพบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่ง (National Cancer Institute, 2000: 28) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามการเจริญในแบบโลกตะวันตก (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2543) จากสถิติโรคมะเร็งของโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2546 - 2547 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้ป่วยใหม่เข้ามารับการรักษาจำนวน 545 คน และ 706 คน ตามลำดับ (สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช, 2546: 5; 2547:5) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมส่วนมากต้องดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยความไม่แน่นอน เนื่องจากธรรมชาติโรคมะเร็งเป็นโรคที่ควบคุมได้ยากและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำรวมถึงมีการแพร่กระจายของโรคได้สูง ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ด้วยตนเอง จำต้องพึ่งพาการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงที่มีอยู่เพียงไม่กี่แห่งในประเทศไทย ประกอบกับวิธีการรักษาที่ก่อให้เกิดความน่าสะพรึงกลัวต่อผู้ป่วยเนื่องจากอาการข้างเคียงต่างๆที่มีมากมาย ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับการเปลี่ยนแปลงและคุกคามอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาของความเจ็บป่วย

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่จากการสืบค้นข้อมูลของผู้วิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมน พันธุกรรม และสภาวะแวดล้อม โดยมักพบมะเร็งเต้านมได้บ่อยในผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-54 ปี และพบได้บ่อยขึ้นในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมได้ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่านี้ได้บ่อยขึ้น และมักพบมะเร็งเต้านมในผู้ที่มีประวัติมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยคือก่อนอายุ 12 ปี (early age of menarche) และหมดประจำเดือนช้าคือหลังอายุ 55 ปี (late age of menopause) การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากโดยเฉพาะมากกว่า 30 ปี ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาว จะมีอัตราเสี่ยงมากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า และอัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นถ้าบุคคลในครอบครัวเหล่านั้นเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุยังน้อยคือก่อนวัยหมดประจำเดือน หรือเป็นทั้ง 2 ข้างของเต้านม และอาจมีปัจจัยเสี่ยงจากองค์ประกอบอื่นๆ ได้อีก เช่น การได้รับรังสี หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (Groenwald et al., 1992; Gale and Charette, 1995: 179; Judkins and Akins, 2001: 527; วรชัย รัตนธราธร, 2541: 309; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 134)

1.3 พยาธิสรีรภาพของมะเร็งเต้านม

เนื่องจากมะเร็งเต้านมมีลักษณะของโรคที่เป็นการแพร่กระจาย (systemic disease) มากกว่าจะเป็นโรคที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (localized disease) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 29) ทำให้มะเร็งเต้านมมักลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองและสามารถลุกลามผ่านผนังหลอดเลือดแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ ได้ในที่สุด เริ่มแรกมะเร็งเต้านมจะก่อกำเนิดจากเซลล์เยื่อบุของท่อน้ำนม เมื่อก้อนมะเร็งโตขึ้นจะมีการลุกลามไปตามท่อน้ำนม (mammary duct) สามารถทะลุผ่าน basement membrane, mammary fat, underlying muscle, overlying skin และลุกลามเข้าสู่ท่อทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม สำหรับการแพร่กระจายทางกระแสเลือดสู่อวัยวะอื่นๆ เกิดขึ้นได้แม้ว่าก้อนมะเร็งจะมีขนาดเล็กและยังไม่มีการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองก็ตาม แต่การแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นจะยิ่งสูงมากขึ้นอย่างชัดเจนถ้ามีการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ร่วมด้วย อวัยวะที่พบว่ามีการกระจายไปได้บ่อยคือ ปอด กระดูก ตับ ต่อมหมวกไต รังไข่ และสมอง

1.3.1 อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม

อาการที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมักจะคลำพบก้อนที่เต้านมหรือพบก้อนที่รักแร้ได้โดยบังเอิญ รองลงมาคือ อาการเจ็บที่เต้านมโดยมีลักษณะการเจ็บแบบเสียดแทงเฉพาะที่ไม่ร้าวไปที่ใด เต้านมมีขนาดโตขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการดึงรั้งของหัวนม หัวนมมีแผล มีน้ำหรือเลือดออกจากหัวนมหรือมีหัวนมบอด หรือบางรายมาด้วยอาการมีก้อนหรือมีต่อมน้ำเหลืองในรักแร้หรือที่คอโต เป็นต้น (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 29)

1.4 การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการบ่งบอกถึงกายวิภาคของก้อนมะเร็ง แนวโน้มความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์โรค เพื่อตัดสินใจวางแผนการรักษาที่เหมาะสม การจำแนกนิยมใช้ UICC (Union International Contre Ie Center) Staging classification (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 138) ซึ่งจำแนกโดยพิจารณาจาก ขนาดของก้อนมะเร็ง (Tumor, T) การแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง (Node, N) และการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ (Metastasis, M) การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถจำแนกได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะ 0 , ระยะ 1, ระยะ 2, ระยะ 3, และระยะ 4 ดังนี้ (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 138-140)

ก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor,T)

T0		หมายถึง	ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง
Tis		หมายถึง	Carcinoma in situ: intraductal carcinoma, lobular carcinoma in situ หรือ Paget's disease of the nipple with no tumor
T1		หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 ซม.
	T1a	หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.5 ซม.
	T1b	หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 0.5 ซม.แต่ไม่เกิน 1 ซม.
	T1c	หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 1 ซม.แต่ไม่เกิน 2 ซม.
T2		หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 ซม.แต่น้อยกว่า 5 ซม.
T3		หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ซม.
T4		หมายถึง	ก้อนมะเร็งที่มีขนาดเท่าใดก็ได้ และมีการกระจายไปที่ผนังทรวงอกหรือผิวหนัง
	T4a	หมายถึง	ก้อนมะเร็งกระจายไปที่ผนังทรวงอก
	T4b	หมายถึง	พบอาการบวมหรือแผลบนผิวหนังเต้านม ก้อนมะเร็งเต้านมกระจายอยู่ในเต้านมข้างเดียวกัน
	T4c	หมายถึง	พบอาการของทั้ง T4a และ T4b
	T4d	หมายถึง	Inflammatory carcinoma (is a clinicopathologic entity characterized by diffuse brawny induration of the breast with an erysipeloid edge, usually without and underling palpable mass)

การกระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes, N)

Nx	หมายถึง	ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้ (เช่น อาจถูกตัดออกไปแล้ว)
N0	หมายถึง	ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง
N1	หมายถึง	มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน เคลื่อนที่ได้
N2	หมายถึง	มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน เคลื่อนที่ไม่ได้ มีการยึดติดกับโครงสร้างอื่น
N3	หมายถึง	มีการแพร่กระจายไปที่ internal mammary lymph nodes

การแพร่กระจายของก้อนมะเร็งสู่อวัยวะอื่น (Distant metastasis, M)

MX	หมายถึง	มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ แต่ไม่สามารถประเมินได้
M0	หมายถึง	ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ
M1	หมายถึง	มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ หรือ การแพร่กระจายสู่ Superclavicular lymph node ข้างเดียวกัน

การจำแนกระยะการดำเนินโรค (Stage grouping)

Stage 0	Tis	No	M0
Stage 1	T1	N0	Mo
Stage IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	Any N	M0
	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

1.5 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมี 4 วิธีดังนี้

เนื่องจากมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่มีพยาธิสภาพในลักษณะการแพร่กระจายมากกว่าเป็นโรคที่จะจำกัดเฉพาะที่จึงสามารถลุกลามผ่านผนังหลอดเลือดแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ได้ ดังนั้น การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงต้องใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการรักษาที่ทันสมัยจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น สำหรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพให้ผลดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา ฮอร์โมนบำบัด และเคมีบำบัด (กริช โพธิสุวรรณ, 2545: 309-316) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การผ่าตัด อาจเป็นการตัดเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมด (mastectomy) หรือตัดออกบางส่วน (quadrantectomy หรือ lumpectomy) ซึ่งอาจเรียกว่า breast conserving treatment

1.5.2 รังสีรักษา รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่ การให้รังสีภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก จึงเป็นการให้เพื่อ prophylactic treatment โดยอาศัยปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย (พรศรี คิดชอบ,2543: 308)

1.5.3 ฮอร์โมนบำบัด เป็นการระงับหรือสกัดบทบาทของ estrogen ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ ซึ่งมีการใช้ 3 แบบคือ 1) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม 2) การรักษามะเร็งเต้านมระยะแรกเพื่อป้องกันการคืนกลับมาใหม่ของโรค และ3) การป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการใช้ Antiestrogens (อาคม เชียรศิลป์, 2543: 328-343)

1.5.4 เคมีบำบัด ปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีลักษณะการแพร่กระจายไปทั่วระบบ ดังนั้นการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่จึงไม่สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปแล้วได้หมด จึงมีการนำเคมีบำบัดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นการรักษาแบบทั่วระบบโดยหวังผลให้เคมีบำบัดไปทำลายเซลล์มะเร็งที่หลบซ่อนอยู่ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยมีข้อบ่งชี้คือ จะให้รายที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

1.5.4.1 เคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมมีดังนี้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 35)

1.5.4.1.1 Cyclophosphamide, Adriamycin, 5-Flurouracil (CAF/FAC) *4-6 cycles

1.5.4.1.2 Adriamycin, Cyclophosphamide (AC) *4 cycles

1.5.4.1.3 Adriamycin, Cyclophosphamide (AC)*4 cycles ต่อไปให้ยา Pacilitaxel * 4 cycles

1.5.4.1.4 Cyclophosphamide, Epirubicin, 5-Flurouracil (CEF) *6 cycles

1.5.4.1.5 Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-Flurouracil (CMF) *6 months

1.5.4.1.6 Adriamycin (A) *4 cycles ต่อไปให้ยา Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-Flurouracil (CMF) *8 months

เคมีบำบัดทั้ง 6 สูตรข้างต้น แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มที่มีส่วนผสมของแอนทราซัยคลิน(Anthracycline containing regimens) ได้แก่ เคมีบำบัดสูตร CAF/FAC, AC, และ CEF และ 2) กลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของแอนทราซัยคลิน(Non-anthracyclin containing regimens) ได้แก่ เคมีบำบัดสูตร CMF การเลือกใช้เคมีบำบัดสูตรใด พิจารณาที่อัตราการตอบสนองที่ได้รับ (response rate) จากการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีพยาธิวิทยาเดียวกัน

และมีพิษ/ผลข้างเคียงน้อยไม่มีอันตรายถึงชีวิต รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการรักษา ซึ่งพิจารณาได้จากภาวะของโรคหายหมด (complete response) และระยะปลอดโรค/ระยะเวลาที่โรคสงบไม่แสดงอาการ (relapse free survival/time to progression) ยาวนานขึ้น

1.5.4.2 บทบาทของการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้นสามารถให้ได้ 3 วิธีหลักๆ คือ

1.5.4.2.1 Adjuvant therapy ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเฉพาะที่ไปแล้ว (locoregional treatment)

1.5.4.2.2 Neoadjuvant chemotherapy (Preoperative chemotherapy, Primary systemic therapy) ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด ซึ่งได้มีการใช้ยาเคมีบำบัดโดยวิธีดังกล่าวมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 รวมทั้งมีรายงานการให้ยาโดยวิธีดังกล่าวในผู้ป่วย Osteosarcomas และผู้ป่วย Head and Neck Cancers ด้วย

1.5.4.2.3 Advanced metastatic breast disease (MBC) ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดกับผู้ป่วยระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้ว สำหรับวิธีการให้ยาเคมีบำบัดวิธีที่ 4 คือ การให้ยาเคมีบำบัดเข้าไปยังบริเวณของรอยโรคโดยตรงนั้น (direct instillation) ไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (วรชัย รัตนธราธร, 2545: 337)

1.6 ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านมและการได้รับเคมีบำบัดต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยทั่วไปที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย และจิตสังคมจากภาวะของโรคและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผลกระทบที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1.6.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ตัวยาเคมีเมื่อเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวผิดปกติ จึงมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง จะเกิดอาการข้างเคียงซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายหลายๆ ระบบ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 133)

1.6.1.2 ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

1.6.1.2.1 คลื่นไส้อาเจียน เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้มาก โดยเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากการที่เคมีบำบัดไปกระตุ้น chemoreceptor trigger zone แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน ลักษณะของอาการคลื่นไส้อาเจียน มี 3 ลักษณะ (Sorrell, 1993 อ้างใน ทิพมาส ชินวงศ์, 2541: 33)

1) อาการคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลัน (acute nausea and vomiting) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับเคมีบำบัด และอาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

2) อาการคลื่นไส้อาเจียนเรื้อรัง (chronic or persistent nausea and vomiting) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับเคมีบำบัด 24 ชั่วโมง และมีอาการได้นานถึง 5-7 วัน

3) อาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน (anticipatory nausea and vomiting) เป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนการได้รับเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย โดยจะเกิดเมื่อเห็นได้กลิ่น หรือ นึกถึงสิ่งที่เกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด

1.6.1.2.2 เยื่อบุช่องปากหรือเยื่อบุหลอดอาหารอักเสบ เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุช่องปากและทางเดินอาหาร ทำให้การสังเคราะห์ DNA สำหรับเซลล์ใหม่ลดลง เซลล์เก่าหลุดลอกไปตามอายุแต่ไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทนจึงเกิดเป็นแผลได้ง่าย พบว่าเยื่อบุในช่องปากมีอาการบวมแดง เป็นแผล มีอาการปวด รับประทานอาหารได้น้อยลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

1.6.1.2.3 เบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยและนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ซึ่งผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร การได้กลิ่นอาหาร จากผลของยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะรู้สึกไวต่อรสขมขณะที่ความรู้สึกต่อรสเค็มและหวานลดลง

1.6.1.2.4 ท้องเสีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งภายใน 1 วัน เนื่องจากการถูกทำลายของ epitherial cell ในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ฝ่อในเยื่อบุของลำไส้ การย่อยและการดูดซึมจะเกิดขึ้นไม่เต็มที่

1.6.1.2.5 ท้องผูก (constipation) การถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็ง มักเกิดเมื่อได้รับการรักษาด้วยสารเคมีบำบัดในกลุ่มอัลคารอยด์ (Alkaloids) เนื่องจากในกลุ่มนี้จะมีผลต่อระบบประสาทและกล้าเนื้อเรียบ ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง

1.6.1.3 ระบบไขกระดูกถูกกด ภายหลังได้รับเคมีบำบัด 7-14 วัน จะเกิดภาวะไขกระดูกถูกกดจนทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดลดลง ไขกระดูกจะถูกกดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ใช้ และความแข็งแรงของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะไขกระดูกถูกกดจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำ และผู้ป่วยจะมีภาวะซีดจนมีอาการอ่อนเพลีย หรือเหนื่อยง่ายได้

1.6.1.4 เกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนัง ผม และขน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง คือ ผิวหนังแห้งและคัน มีสีคล้ำ มีความไวต่อแสง ทำให้ผมหรือขนร่วงง่าย อาการจะเกิดชั่วคราวไม่เกิน 1-2 เดือนภายหลังหยุดยาแล้ว 1 เดือนก็จะกลับเป็นปกติ

1.6.1.5 เกิดปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ ปัญหาที่พบบ่อยคือ มีการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดยา เป็นผลจากการระคายเคืองของยาต่อเยื่อบุหลอดเลือดในขณะที่ฉีดยาเข้าหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดอักเสบแข็ง หรือเกิดจากการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่ออ่อน เมื่อฉีดพลาดออกนอกหลอดเลือด เนื้อเยื่ออ่อนอักเสบและตาย ผลจากการอักเสบของเนื้อเยื่อนอกจากจะทำให้ทรมานจากความเจ็บปวดแล้ว ยังมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลได้

1.6.1.6 เกิดความผิดปกติระบบสืบพันธุ์ ยาเคมีบางชนิดมีผลต่อการผลิตสเปิร์มและฮอร์โมนในเพศหญิงอาจมีผลทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือนขณะได้รับการรักษา ส่วนในเพศชายอาจทำให้เป็นหมันชั่วคราวขณะรับการรักษา

1.6.1.7 อาการเป็นพิษต่ออวัยวะต่างๆ

1.6.1.7.1 พิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) และกล้ามเนื้อ (myopathy) เนื่องจากมีการเสื่อมสลายของใยประสาท (axon) จากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด เช่น วินคริสติน วินบลาสติน ทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเกิดการอักเสบโดยทั่วไป มีอาการเจ็บและชาตามปลายมือปลายเท้า อาจมีความรู้สึกเหมือนเข็มทิ่มตำเมื่อถูกสัมผัส ต่อมาจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่ขาและแขน ทำให้สูญเสียการทรงตัว บางรายอาจมีอาการสับสนและซึมลงระยะหนึ่ง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังหยุดยา

1.6.1.7.2 พิษต่อไต (renal toxicity) เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีพิษต่อไตโดยตรง ในขณะที่มีการขับของเสียจะมีการทำลายเนื้อเยื่อของไต ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะเป็นสีน้ำล้างเนื้อ หรือเกิดหลอดเลือดฝอยของไตตายเฉียบพลัน ทำให้เกิดภาวะไตวายได้จากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว ทำให้กรดยูริคตกผลึกในท่อไต

1.6.1.7.3 พิษต่อตับ (hepatatoxicity) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ที่ตับระดับของ SGOT, SGPT และ CPK จะเพิ่มขึ้นเกิดอาการตับแข็ง เนื้อตับตาย

1.6.1.7.4 พิษต่อปอด (lung toxicity) สารเคมีบำบัดอาจทำให้เกิด Pulmonary fibrosis เป็นผลทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากได้

1.6.1.8 มีอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 72-79 มีอาการเหนื่อยล้า บางคนอธิบายว่า อ่อนเพลีย (weakness) เนือยๆ (triedness) ไม่มีเรี่ยวแรง (lack of energy) หมดแรง (exhaustion) ซึ่งมีอาการที่เกิดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะในช่วงของการรักษาด้วยการฉายแสง การผ่าตัดและการใช้เคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีอาการเหนื่อยล้าภายหลังได้รับยา 3-4 วันไปจนถึง 10 วันหลังได้ยา และอาการจะลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นมากขึ้นอีกเมื่อรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งรูปแบบการเหนื่อยล้ายังแปรผันตามชนิดของยา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง นอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันได้

1.6.1.9 มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จะรู้สึกเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก มีการรับรสเปลี่ยนไปโดยจะไวต่อรสขมมากขึ้นและรับรสเค็มและหวานได้น้อยลง

1.6.1.10 มีอาการปวด ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการปวดร่วมด้วย โดยสาเหตุของอาการปวดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เกิดจากตัวของโรคมะเร็งเอง เช่น มีก้อนกระจายเข้าไปในกระดูก ก้อนแทรกเข้าไปในเส้นประสาท หลอดเลือด และหลอดน้ำเหลือง มีการอุดตันของก้อนที่ลำไส้ ท่อน้ำดี หรือมีการอักเสบติดเชื้อการตายของเนื้อเยื่อ เป็นต้น ประมาณร้อยละ 20 เป็นอาการปวดจากการรักษา เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี และการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการปวดได้ ได้แก่ พวกวินคริสติน วินบลาสติน ฯลฯ ส่วนอาการปวดอื่นๆ ที่เกิดเนื่องจากผลของยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการปวดแผลในปาก เจ็บคอ ปวดกระดูกจากการมีการเกาะของกรดยูริค หรือปวดจากยาเคมีบำบัดที่รั่วออกนอกหลอดเลือดมาทำลายเนื้อเยื่อ เป็นต้น

1.6.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม

เมื่อเกิดอาการทางกายแล้ว อาการดังกล่าวมักส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์สังคมของผู้ป่วยไม่มากก็น้อย สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.6.2.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินว่าเกิดอันตรายขึ้นกับตัวเอง และ รู้สึกว่าตนเองไม่มีโอกาสและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนาน มีลักษณะการดำเนินของโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตได้สูง

1.6.2.2 ความรู้สึกกลัว เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด วิธีการรักษาส่วนใหญ่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลง ยังใช้เวลาในการรักษานานและมีความไม่แน่นอนในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกลัวได้หลายลักษณะ เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวไม่สวย กลัวโรงพยาบาล กลัวเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง และกลัวอาการข้างเคียงจากการรักษา (Otto, 1994 อ้างใน ทิพมาส ชินวงศ์, 2541: 32)

1.6.2.3 ความวิตกกังวล ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่แน่นอนและขาดหลักประกันในความปลอดภัยของชีวิต เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รู้สึกโกรธ เศร้าโศก สูญเสีย กลัวจะไม่หายจากโรค กลัวความพิการ ทำให้รู้สึกไม่สบาย สิ้นหวัง หมดหวัง และจากภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่น่ารังเกียจ รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และกลัวการถูกทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก อารมณ์จะหงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่ายและซึมเศร้าได้

1.6.2.4 ความรู้สึกซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในโรงพยาบาลนานร้อยละ 17-25 มีอาการซึมเศร้า มักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่กลัวว่าจะเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยมักจะรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง รู้สึกผิด เศร้าใจ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง เก็บตัว พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความสนใจเรื่องต่างๆ น้อยลง และอาจฆ่าตัวตายได้ (วารีรัตน์ ถาน้อย, 2545: 10)

1.6.2.5 ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอาจรู้สึกว่าตนมีรูปร่างที่ไม่สวย ไม่แข็งแรง มีอาการอ่อนเพลีย ผมร่วง สีผิวเปลี่ยนและ มีจุดเลือด จ้ำเลือดตามตัว ซึ่งความรู้สึกนี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยวัยหนุ่มสาว อาจให้ความสำคัญกับความสวยงามของร่างกายมากกว่าวัยสูงอายุ เป็นต้น

สรุปผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ว่า หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

2.1 แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดี คือ เป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกลุ่มอายุ เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบันโดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีการพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535: 32-37) ปัจจุบันวงการสาธารณสุขไทยมีการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก รัฐบาลได้นำแนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: ฉ) มีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน ตามทัศนะและมุมมองของแต่ละบุคคล ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2539: 189, 271) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่า หมายถึง ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่มิได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization cited in Fayers and Machin, 2000: 3) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือ ภาวะที่มีความผาสุกสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2535: 34) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่าและชีวิตที่มีความหมาย

Burkhard (1985: 11-16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าคือ การที่บุคคลรับรู้คุณภาพในชีวิตตนเองว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุดี (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน/สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง,การทำให้บรรลุผล และการหาเวลาพักผ่อน

Ferrans and Power (1985: 15) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (sense of well being) ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มีความสำคัญ ต่อบุคคลนั้นๆ

Somchit Hanucharurnkul (1988: 10) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

Meeberg (1993: 34) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป,การประเมินสภาวะทางจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิตหรืออื่นๆ ภาวะทางกาย จิตสังคม และอารมณ์ที่บุคคลตัดสินในสุขภาพว่ายอมรับได้ และการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคลมีสภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม

Padilla and Grant (1985: 45) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Young and Longman (Young and Longman, 1983 cited in Padilla & Grant, 1985: 46) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

Zhan (1992: 797) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อน มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งร่วมกัน มีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

Ferrell (1998: 888) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being and symptoms) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

3. ความผาสุกด้านlสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ การมีความหวังและความเชื่อของบุคคลทางศาสนา หรือแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณของบุคคล

Ferrans (1997) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการดูแลรับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพตนเอง การที่ตนเองไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) เกี่ยวข้องกับเพื่อน เพื่อนบ้าน กำลังใจจากบุคคลนอกครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลนอกครอบครัว ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงิน สภาพบ้านที่พักอาศัย การศึกษาและการทำงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological/spiritual domain) เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิตส่วนตัว ความสงบสุขทางใจ ความศรัทธาในศาสนา ความหวังในการดำเนินชีวิต

4. ด้านครอบครัว (family domain) เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว บุตร คู่รัก/ คู่ครอง/ คู่สมรส สุขภาพของครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

Padilla and Grant (1985: 48) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วย 6 มิติ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา

รวมถึงความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องพบว่าคุณภาพชีวิตมี 6 องค์ประกอบคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย การมีกำลังวังชา ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตโดยทั่วไป ความพึงพอใจในการรับประทานอาหารและการนอนหลับ

3. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image concerns) ได้แก่ ความสามารถมองทวารเทียมบริเวณหน้าท้องของตนเอง แนวโน้มความวิตกกังวล และความสามารถในการปรับตัวอยู่ร่วมกลิ่นของทวารเทียม

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด (diagnosis/treatment: surgical) ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บปวด ความสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ (diagnosis/treatment: nutritional) ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหารหลังผ่าตัด ความพึงพอใจในน้ำหนักตัวหลังผ่าตัด

6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) ได้แก่ การรับรู้ปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมต่อการมีรูเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

จากความหมายของคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น สามารถ**สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต**ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดตามแนวคิดของ Padilla and Grant (1985) ดังต่อไปนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย การมีกำลังวังชา ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

2.ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต และเมื่อได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับเคมีบำบัด

3. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image concerns) ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง เช่น ผมร่วง การสูญเสียเต้านม และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้แก่ การรับรู้อาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากเคมีบำบัด และสามารถปรับตัวรับสภาพอาการที่จะเกิดขึ้นได้

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้สึกอยากรับประทานอาหารหลังได้รับเคมีบำบัด

6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคมภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม

2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชาชนมองการเป็นโรคเรื้อรังว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งด้วยเช่นกัน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตดังนี้

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จากการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2543) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) รายงานว่ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน รองลงมาคือ ผมร่วง เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบัดชนิด CMF ประกอบด้วย cyclophosphamide, metrotrexate, 5-fluorouracil ซึ่งยาเหล่านี้ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ผมร่วง (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 133) ในการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบัติ (2536: 82) พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยน เช่น การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะรับประทานอาหารรสจัด กลัวท้องเดิน แบบแผนการเข้าสังคม ผู้ป่วยไม่กล้าไปในที่ชุมชน กลัวการติดเชื้อ ไม่กล้าออกนอกบ้าน

2.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่กังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ไม่มั่นใจว่าจะหายจากโรค เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดอาการข้างเคียง เช่น ผมร่วง สีผิวเปลี่ยนแปลง ทำให้รู้สึกอาย ไม่มั่นใจในตนเองและมีอารมณ์แปรปรวน (ธนิญา น้อยเปรียง, 2545: 33) จากการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2543) พบว่า สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากผู้ป่วยมีกำลังใจดี มีความหวังว่าจะหายขาด มีที่พึ่งทางจิตใจหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้สบายใจ มีญาติพี่น้องและครอบครัวคอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ผู้ป่วยอาจจะต้องหยุดงานไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (สุธาทิพย์ อุปลาบัติ, 2536: 82) เหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตนั้นเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ (Meeberg, 1993: 33) การจะบอกว่าบุคคลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด จะต้องมีการประเมินจากการรับรู้ของบุคคลในบริบทของสังคม หรือสถานการณ์นั้นๆ (Haas, 1999: 738) มีนักวิชาการกล่าวถึงแนวคิดทางการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Meeberg (1993: 36-37; Zhan, 1992: 796) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ จำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ 1)ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งวัดได้ด้วยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาทหน้าที่ ความหมายของชีวิต เป็นต้น

Dow (1998 cited in King and Hinds, 1998: 179) กล่าวว่าสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น ประเมินได้ทางจิตพิสัย (Subjective) ซึ่งนักวิชาการนิยมประเมินผลกระทบจากการรักษา และอาการข้างเคียงของโรคและการรักษา

Padilla and Grant (1985) ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ อาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ โดย Padilla and Grant เริ่มสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตขึ้นในปีค.ศ.1983 (Padilla et al., 1983) และได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพการณ์ (concurrent validity) โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินที่สร้างขึ้น กับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษา พบว่าคะแนน คุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคที่ประเมินโดยแพทย์ ต่อมาใน ค.ศ.1985 Padilla and Grant (1985) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาเป็นครั้งที่สองเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 135 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 6 องค์ประกอบคือ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 6) ภาวะโภชนาการ และได้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.48-0.90 เมื่อนำเครื่องมือมาหาความตรงตามการจำแนก (discriminant validity) โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้มีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในมีคะแนนต่ำสุด ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้า

ท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำเป็นอันดับสองรองจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยใน แสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มต่างๆ และผู้มีสุขภาพดีได้

ต่อมา Somchit Hanucharurnkul (1988) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89 จากนั้นได้มีผู้นำเครื่องมือนี้มาศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยหลากหลายโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง คือ มาลี วรลัคนากุล (2535) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 76 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

จากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) เป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความครอบคลุมในทุกด้าน จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ที่แปลโดยสมจิต หนุเจริญกุล (1988) ได้มีผู้นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด คือ มาลี วรลัคนากุล (2535) ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

3. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model)

แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001: 668-676) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษา ซึ่งอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย

ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial function) (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการ ทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ และทำให้เขาค่อยๆ เข้าสู่ความเข้าใจในอาการของเขา จนกระทั่งเขาสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองการจัดการกับอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อคือ

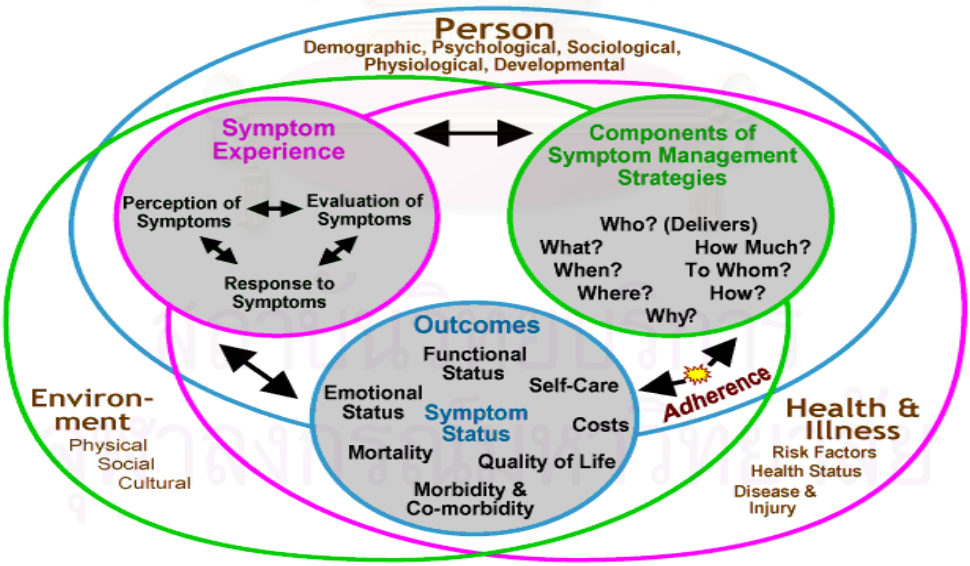
1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง

2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด เช่น เด็กทารก

4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัว หรือ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5. การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองซึ่งประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และจากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001: 676)

แบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย บุคคล (person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (health and illness) และสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. บุคคล (Person domain) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic) จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และสรีระวิทยา (physiological) เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้มีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการซึ่งรวมทั้งระดับของพัฒนาการ (developmental) ในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ

2. สุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคปอดแต่ละชนิดจะมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณภาพและปริมาณของการหายใจลำบาก (Janson and Carrier, 1986 cited in Dodd et al., 2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่มีกลยุทธ์ในการจัดการที่เหมือนกันแต่พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน (Hunt et al., 1998, Rankin, 1998 cited in Dodd et al., 2001)

3. สภาพแวดล้อม (environment domain) สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรด้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical) สังคม (social) และวัฒนธรรม (culture) ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล โดยสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal) วัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนนั้นๆ เชื้อชาติ โดยที่สถานที่มีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่นผู้ป่วยนอกที่กำลังได้รับการรักษามะเร็ง และมีเยื่อบุช่องปากอักเสบที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการดังกล่าวที่บ้าน (Beck, 1999; Dodd et al., 1999 cited in Dodd et al., 2001) และในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับ จะมีรูปแบบการนอนซึ่งยากลำบากเมื่ออยู่ในห้องทดสอบการนอนหลับเมื่อเปรียบเทียบกับการนอนที่บ้าน (Lee et al., 2000 cited in Dodd et al., 2001)

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ดังรายละเอียด

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง (severity) สาเหตุ (cause) ภาวะคุกคาม (treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่อ

อาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione and Dodd, 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001: 671) โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น

1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ (Larson et al., 1996: 273) มโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและหรือการรักษา เช่น ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนว่าทุกข์ทรมาน ลักษณะรุนแรงเหมือนใจจะขาด อาเจียนจนหมดไส้หมดพุง อาเจียนทั้งวันทั้งคืน ดังนั้นการรับรู้อาการจึงมีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความอ่อนแรงที่จะควบคุมการหายใจ มีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองของอาการปวดเพราะเขายังสามารถรับรู้ความรู้สึกได้ เป็นต้น แล้วบุคลากรทางสุขภาพรับรู้การตอบสนองของผู้ป่วยและสรุปการรับรู้ของพวกเขาและทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งเมื่อการรับรู้สอดคล้องตรงกันการจัดการก็จะไม่เกิดข้อขัดแย้ง แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องตรงกันปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (อภิรดี ลดาวรรษ์, 2547)

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง เป็นครั้งคราวหรือเป็นเรื้อรัง ความบ่อยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการและมีการศึกษาหาสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเฉียบพลันจึงมารับการรักษาช้า พบว่าการแสวงหาการรักษาอาจจะถูกขัดขวางจากปัญหาเศรษฐกิจหรือความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัวถึง 86.5% (Janson and Beker, 1998 cited in Dodd et al., 2001: 672) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกาย (physiologic) จิตใจ (psychologic) วัฒนธรรมสังคม (socioculture) และพฤติกรรม (behavioral component) โดยการตอบสนองต่ออาการทางร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมา เช่นใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง รอบ

ประจำเดือนเปลี่ยนและการนอนไม่หลับ การตอบสนองทางด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม อาจจะมีการตอบสนองโดยการเพิ่มการหายใจ (อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น) ซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าของระบบประสาทส่วนกลางส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของภาวะคุกคาม และการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกาย อาจจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองด้านลบของร่างกายด้านอื่นๆ การตอบสนองทางด้านจิตใจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบานการคิดหรือทัศนวิสัย เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความตั้งใจลดลง หรืออัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ การตะโกนและท่าทางที่สับสนหรือการทำหน้าที่ของบุคคลลดลง เช่น การหลีกหนีสังคม รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนไป หรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยน โดยอาจจะมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป

2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายในการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้กลยุทธ์ กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง (self care) โดยการใช้ยา (biomedical) โดยการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะมีเป้าหมาย เพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไหร่ (intervention dose) ใช้กับใคร (ผู้รับการปฏิบัติ) และใช้อย่างไร (delivered)

การปฏิบัติเป็นไปตามตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่นในการบริหารยาแก้ปวดที่เข้าฝั่นที่ให้ยาตามเวลานั้นเป็นการจัดการที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปที่กระดูก อย่างไรก็ตามมีข้อมูลในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้ยาเคมีบำบัดอย่างไรในการที่จะให้มีการยึดติด (adherence) กับการบำบัดยังมีน้อย ดังนั้นการปฏิบัติโดยทั่วไปจึงเป็นการจัดการศึกษาให้กับผู้ป่วยในเรื่องทักษะการดูแลตนเอง และการให้การสนับสนุน (Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001: 673)

การศึกษาของนักวิจัยในระยะยาวเป็นการศึกษาที่เผชิญหน้ากับปัญหาของการประเมินการเอาใจใส่มากแค่ไหนขณะที่มีการเพิ่มความสามารถในการเอาใจใส่ เช่น ในการทดสอบการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทางคลินิกแต่ละบ้าน ที่มีการปฏิบัติการออกกำลังกาย ในแต่ละบุคคล มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้เข้ากลุ่มที่ได้รับการติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุกๆสัปดาห์ แต่มาได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย (Dodd et al., 1999-2004) ผลของการวิจัยของแบบจำลองการจัดการ

กับอาการต่อกลวิธีการจัดการกับอาการ มีการเคลื่อนที่จากเป้าหมายเพียงแค่แต่ละบุคคลไปสู่สมาชิกครอบครัวและประสบการณ์แต่ก่อนที่เป็นเหมือนผู้รับการปฏิบัติ (Miaskowki et.al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001) เป้าหมายของผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นในการดูแลของพวกเขา กับการปฏิบัติในการดูแลตนเองในการที่จะบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตในการปฏิบัติทางคลินิก สมาชิกครอบครัวมีประโยชน์มากในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยเป็นบางครั้งหรือไม่ การใส่ใจเป็นความเชื่อที่หนักแน่นที่คงอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวของเขาเกี่ยวกับทางที่ดีที่สุดที่จะบรรเทาปวด

3. ผลลัพธ์ (outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลจากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์มุ่งที่ 8 ปัจจัย คือ 1. ค่าใช้จ่าย (costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน การที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel et al., 1993; Given et al., 1994) 2. สภาวะอารมณ์ (emotional status) 3. การดูแลตนเอง(self care) 4. ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) 5. คุณภาพชีวิต (quality of life) 6. อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) 7. อัตราการตาย (mortality) 8. สภาวะอาการ (symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน

ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนทานของผู้ป่วย ต้องการการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและกลับคืนภาวะปกติการปฏิบัติต่อเนื่องก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการซึ่งจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงจะเหมาะสมที่จะใช้ในการจัดการโดยตรงและต้องการการวัดผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง

จากแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกการดูแลรักษา และจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล

4. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการ (Symptom clusters) ในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการใช้ฮอร์โมน จะเกิดอาการข้างเคียงต่างๆ มากมาย เช่น อาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และมีแผลในปาก เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักไม่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่จะเกิดหลายๆ อาการในช่วงเวลาเดียวกัน หรือที่เรียกว่า “กลุ่มอาการ” โดยที่กลุ่ม

อาการ หมายถึง อาการอย่างน้อย สามชนิดหรือมากกว่าที่เกิดขึ้นพร้อมๆกันในผู้ป่วยโรคหนึ่งๆ หรือในภาวะหนึ่งๆ (จอนผะจง เพ็งจาด, 2547: 3) เช่น กลุ่มอาการที่พบภายหลังได้รับเคมีบำบัด และในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอาการที่เกิดขึ้นเหล่านั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการมีผลกระทบซึ่งกันและกัน และกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นตัวทำนายการดำเนินของโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001)

4.1 ความหมายของ Symptom Clusters

คำว่า Symptom Clusters มีบุคคลที่ให้ความหมายไว้มากมาย โดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความหมายดังนี้

คำว่า Symptom Clusters เป็นคำที่มาจากคำว่า Symptom และคำว่า Clusters นำมารวมกัน โดย Longman Dictionary (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า Symptom หมายถึง อาการ ลักษณะอาการ อาการของโรค และได้ให้ความหมายของคำว่า Clusters หมายถึง กลุ่ม ก้อน พวก จับเป็นกลุ่ม เมื่อนำคำว่า Symptom และ Clusters มารวมกันจะมีความหมายว่า กลุ่มอาการ

Blesch et al. (1991) และ Bower et al. (2000 cited in Armstrong, Cohen, Eriksen, and Hickey, 2004: 198) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ ว่าหมายถึง อาการที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่ามีอาการอ่อนล้ามากที่สุด ร่วมกับอาการปวด และอาการซึมเศร้า

Broeckel et al. (1998 cited in Armstrong, Cohen, Eriksen , and Hickey, 2004: 198) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ หมายถึง อาการมากกว่า 2 อาการที่เกิดพร้อมกัน และมีความสัมพันธ์กัน ดังที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จะมีอาการหมดประจำเดือน ร่วมกับอาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับ

Gaston et al.(1999 cited in Dodd, Miaskowski, and Paul, 2001: 466) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ ว่าหมายถึง อาการมากกว่า 3 อาการที่เกิดพร้อมกันและมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่า กลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่อยู่ในระยะลุกลาม มีอาการปวด เหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้า ร้อยละ 64 พบอาการปวดร่วมกับอาการซึมเศร้า ร้อยละ 42 พบอาการอ่อนล้าร่วมกับอาการซึมเศร้า

Dodd, Miaskowski, and Paul (2001: 465) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ ว่าหมายถึง อาการตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไปที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน โดยที่อาการเป็นการตอบสนองต่อการรักษา หรือ เป็นอาการข้างเคียงจากการรักษา

Jacobsen and Colleagues. (1999 cited in Armstrong, Cohen, Eriksen, and Hickey, 2004 : 199) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการว่า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ดังที่พบในผู้ป่วย

มะเร็งเต้านม พบอาการอ่อนล้าที่รุนแรงร่วมกับอาการรู้สึกหมดหวัง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปวด อาการนอนไม่หลับ และสมาธิค่อนข้างสั้น

สรุปได้ว่า กลุ่มอาการ (Symptom clusters) หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปหรือมากกว่านั้นที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆกัน และแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน อาการแต่ละอาการไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุเดียวกัน กลุ่มอาการ (Symptom clusters) นี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ดังนั้นกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าต้องประสบระหว่างได้รับเคมีบำบัด ตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไปเป็นอาการที่เกิดพร้อมๆ กันและมีความสัมพันธ์กัน

4.2 ลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการ (Symptom Clusters)

กลุ่มอาการ (Symptom clusters) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 2 อาการหรือมากกว่าเกิดขึ้นพร้อมๆกัน และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน (เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร) กลุ่มอาการนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องมาจากสาเหตุเดียวกัน (Dodd et al., 2004)

4.3 กลุ่มอาการ (Symptom Clusters) ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษาอาการต่างๆที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น สาเหตุของอาการต่างๆ อาจเกิดจากก้อนมะเร็งมีการเจริญเติบโตขึ้นหรือมะเร็งมีการแพร่กระจาย หรืออาการที่เกิดขึ้นเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า (Dodd, Miaskowski, and Paul, 2001: 465)

โดยพบว่าอาการปวด เป็นอาการที่พบได้บ่อย อาการปวดที่เกิดขึ้นจะเกิดจากการเติบโตผิดปกติของก้อนมะเร็งไปทำลายระบบประสาท ไปกดทับหรือแพร่กระจาย นอกจากนี้อาจเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท จากการผ่าตัด รังสีรักษา หรือยาเคมีบำบัด โดยมีลักษณะอาการปวดเหมือนไฟลวก เข็มแทง เป็นต้น (อภิรดี ลดาวรรย์, 2547: 39)

อาการเหนื่อยล้าที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักจะเกิดจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ การที่ก้อนมะเร็งมีการเติบโตผิดปกติจำเป็นต้องใช้พลังงานมากขึ้นในการเผาผลาญสารอาหาร ส่งผลให้มีการดึงพลังงานสำรองที่สะสมไว้มาใช้ เกิดความไม่สมดุลของสารอาหารและมีของเสีย คือ Lactic acid และ H+ มากขึ้น หรือสาเหตุจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลานานส่งผลให้กระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ จำนวนเม็ดเลือดลดลง ในกรณีเม็ดเลือดแดงจะเกิดภาวะซีด ซึ่งพบได้ประมาณ 50-60% ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในกรณีเม็ดเลือดขาว ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย หากมีอาการติดเชื้อจะเสริมให้อาการเหนื่อยล้ามากขึ้น

อาการนอนไม่หลับที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีสาเหตุมาจากหลายๆสาเหตุร่วมกับ ได้แก่ อาการปวด โดยพบว่าอาการปวดในโรคมะเร็งเกิดจากก้อนมะเร็งโตกดเบียดอวัยวะหรือเส้นประสาท การยืดขนาดของก้อนมะเร็งจะกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับสัมผัสเจ็บปวด เมื่อปลายประสาทรับความเจ็บปวดถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้า (Depolarization) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2534) อาการปวดจะรบกวนการนอนหลับได้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันมีผลต่อการนอนไม่หลับ (Mary, Thomas and Heiene, 2002: 152) และ Sarna (1993 cited in Mary, Thomas and Heiene, 2002: 152) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีความแปรปรวนของการนอนหลับมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับเคมีบำบัด

อาการซึมเศร้า เป็นอาการทางจิตใจที่พบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยบางรายจะนึกถึงความตายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคนรู้จักเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวจากสาเหตุต่างๆ เช่น กลัวการทรมาน กลัวรักษาไม่หาย กลัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทั้งจากการผ่าตัดเต้านม ซึ่งเต้านมเป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิง กลัวผมร่วงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด และในรายที่มีคู่สมรสอาจจะเกิดความวิตกกังวล กลัวสามีไปมีภรรยาใหม่ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 42) ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นไปนานๆ ผู้ป่วยจะเกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามากจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า นอกจากนี้การรักษาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ผิดหวัง รู้สึกไร้ค่า จะมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง เก็บตัว ไม่สนใจตัวเอง หากเกิดขึ้นมากๆอาจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (วารีรัตน์ ถาน้อย, 2545: 5)

4.4 แบบประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็ง

4.4.1 แบบประเมิน Symptom distress scale สร้างโดย McCorkle & Benoliel ในปี 1983 เป็นเครื่องมือประเมินความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยประเมินอาการ 11 อาการ โดยประเมินเฉพาะความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวด,เหนื่อยล้า, คลื่นไส้ ,อาเจียน, เบื่ออาหาร, อาการง่วงซึม,หายใจถี่,นอนไม่หลับ,ปากแห้ง,ท้องผูก/ท้องเสีย,ซึมเศร้า เป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีค่า 1 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน ถึง 5 ทุกข์ทรมานมากที่สุด

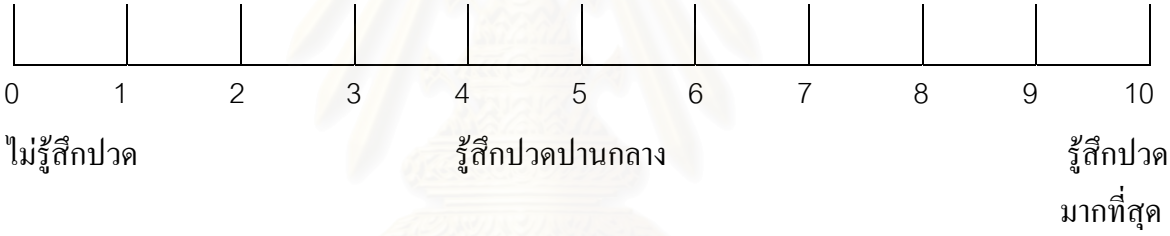
4.4.2 แบบประเมิน Edmonton symptom assessment scale (ESAS) สร้างโดย Bruera, Kuehn, & Miller ในปี 1991 เป็นแบบ visual analog scale ประเมินอาการ 9 อาการ แบบประเมินนี้เหมาะสำหรับประเมินอาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

4.4.3 แบบประเมิน M.D. Anderson symptom inventory (MDASI) สร้างโดย Cleeland et al ในปี 2000 เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแบบ numeric rating scale มีค่า 0 ไม่มีอาการถึง มีค่า 10 แย่มากที่สุด

4.4.4 แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF) สร้างโดย Chang et al. ในปี 2000 เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วย โดยประเมินอาการทั้งหมด 28 อาการ และประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิด โดยกำหนดค่าคะแนนระดับความทุกข์ทรมานจาก 0-4 หมายถึง ไม่ทุกข์ทรมาน จนถึงทุกข์ทรมานมาก

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา Dodd et al (2001) ได้เสนอแบบประเมินกลุ่มอาการ โดยให้แยกประเมินแต่ละอาการ ประเมินความถี่ และความรุนแรงของอาการ ที่ผู้ป่วยประสบ ซึ่งสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกประเมินโดยใช้แบบประเมินในแต่ละอาการที่ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

1. แบบประเมินอาการปวดของ McCaffery & Pasero (1999) เป็นมาตรวัดแบบ Numeric Rating Scales (NRS) วัดความรุนแรงของอาการปวด มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด คะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาทตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการปวด



2. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบประเมินโดยข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 และด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 4, 5, 6 และ 7 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ Morin (1993) ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับ (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
15-21 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinical insomnia, moderate severity)
22-28 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinical insomnia, severe)

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ซึ่งครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลายและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูง คือ 0.86 (พัทรีญา แก้วแพง,2547)

3. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Scale) (Piper et al.,1998) ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง (Linear analogue scale) โดยปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ทางซ้ายมือกำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” ทางขวากำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ

แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1.ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อ

2.ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อ

3.ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อ

4.ด้านสติปัญญา ประกอบด้วย 6 ข้อ

Piper et al., (1998) นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.97 สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ ซึ่งครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลายและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูงมาก คือ อยู่ในระหว่าง 0.91-0.99 (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545)

4. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตจำนวน 15 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายจำนวน 6 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมด้านภาวะอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม

ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม ซึ่งประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดังนี้

คะแนน	ระดับอาการซึมเศร้า
0-9	ไม่มีอาการซึมเศร้า
10-15	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย
16-19	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง
20-29	มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง
30-63	มีอาการซึมเศร้ารุนแรง

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1961) ซึ่งครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งแบบประเมินนี้มีคำถามเกี่ยวกับทางจิตและทางกาย มีเนื้อหาครอบคลุมด้านภาวะอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรมและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูง คือ 0.92 (นิศารัตน์ เชตวรรณ , 2543) และเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูง คือ 0.90

5. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ (Caplan, 1974; House, 1981 cited in Sarason et al., 1990: 321) เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งถูกค้นพบเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1970 และมีผู้สนใจนำแนวคิดนี้มาศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health) ความเครียด (stress) และภยันตรายต่างๆที่มีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งในและต่างประเทศจนถึงปัจจุบัน (House and Kahn, 1985: 83-86; Weinert, 1987: 273) ในมุมมองของ Orem นั้น Orem กล่าวว่า (Orem, 1985: 175; 1991: 175-176) การดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา (dependent care) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือเพื่อการมีสุขภาพดีและความผาสุก (well being) จากสมาชิกในสังคมที่ให้การพึ่งพา การสนับสนุนที่ได้จากสมาชิกในครอบครัว,เพื่อนบ้านและบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข จะช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก (well being) ซึ่ง Somchit Hanucharurnkul (1988: 13) กล่าวว่าการดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพาดังกล่าวก็คือการสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง

มีผู้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันตามแนวคิดและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลดังนี้

Hubbard, Muhlenkamp and Brown (1984: 266) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

Weiss (1974: 17-26 cited in Brand and Weinert, 1981: 277-278) ได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่นว่าประกอบด้วย

1. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว

2. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลขาวสาร

4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

5. การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

Cobb (1976: 300 cited in Wortman, 1986: 2542) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความสนใจ ซึ่งมักจะได้จากบุคคลที่มีความใกล้ชิดกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Norbeck (1981: 264-269) กล่าวถึงสัมพันธภาพกับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

2. การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม

3. การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อกันจากความใกล้ชิดกัน หรืออยู่ในระบบขั้นต้นของเครือข่าย

4. สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ

5. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

6. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

Somchit Hanucharurnkul (1988: 13, 47) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การให้ความช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ การให้บริการ

House (1981 cited in Tilden, 1985: 200-201; House et al., 1985: 97-101) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส, เพื่อน, ระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม บางครั้งอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม บางครั้งอธิบายถึงการแบ่งหน้าที่กันในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem), ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (affect), ความไว้วางใจ (trust), ความห่วงใย (concerns), การได้รับฟังสิ่งต่างๆ (listening)

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

3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้เวลา สิ่งของหรือเงิน

4. การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back) การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (affirmation) รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปเป็น**ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม**ว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร เพื่อน ญาติ แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือแรงงานและการประเมินตัดสิน

5.1 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดรวมทั้งสร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal resources questionnaire) ของ Brandt and Weinert (1987) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านคือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับขวัญกำลังใจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.91-0.93 (n=100) (Weinert and Brandt, 1987)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (TheNorbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck (1981) โดยการพัฒนาเครื่องมือจาก Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อแบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92 (n=75)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดยกฤติกาพร ใยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของ Orem (1991) และ Thoist (1982 cited in Somchit Hanucharurnkul, 1988: 47) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากบุคคลผู้ให้การพึ่งพาจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การ

สนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทองและร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี ลักษณะของแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อโดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงานเพื่อให้ครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อ และด้านลบจำนวน 3 ข้อนำไปใช้ในสตรีโรคเบาหวานวัยหมดระดู จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 210 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 หลังจากนั้นวนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 130 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

6. ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิต

Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) กล่าวว่า กลุ่มอาการประกอบด้วยอาการตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไป โดยทำการศึกษากลุ่มอาการที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งกลุ่มอาการที่ทำการศึกษา ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ พบว่าอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จากการศึกษาของ Armstrong et al.,(2004) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม จะพบกลุ่มอาการ ซึ่งได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด อาการซึมเศร้า และภาวะหมดประจำเดือน โดยที่กลุ่มอาการเหล่านี้มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Redeker et al.(2000 cited in Ahlberg, Ekman, Wallgren, and Gaston-Johansson, 2004:207) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาดังกล่าวได้ทำการศึกษากลุ่มอาการในลักษณะของสภาวะอาการ โดยรายงานผลเป็นความรุนแรงของแต่ละอาการไม่ได้รายงานเป็นภาพรวมของกลุ่มอาการ ทั้งนี้การศึกษากลุ่มอาการสามารถศึกษาเป็นประสบการณ์ของกลุ่มอาการได้ ดังที่ Dodd et al.,(2001) เสนอไว้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษากลุ่มอาการในประเด็นของประสบการณ์ของกลุ่มอาการ

อาการปวดกับคุณภาพชีวิต

ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการปวดร่วมด้วย (Schmitt, 1993 cited in Nicassio et al., 2002) โดยสาเหตุของอาการปวดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) เกิดจากตัวของโรคมะเร็งเอง เช่นมีก้อนทูมบุกรุกเข้าไปในกระดูก การที่ก้อนทูมแทรกเข้าไปในเส้นประสาท หลอดเลือด

และหลอดน้ำเหลือง มีการอุดตันของก้อนทูมที่ลำไส้ ท่อน้ำดี หรือมีการอักเสบติดเชื้อการตายเป็นต้น ประมาณร้อยละ 19 เป็นอาการปวดที่เกิดจากผลของการรักษาเช่น การผ่าตัด รังสีรักษา และการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการปวดได้ ได้แก่ พวกวินคริสติน วินบลาสติน เป็นต้น (นรินทร์ วรวุฒิ, 2537) ส่วนอาการปวดอื่นๆ ที่เกิดเนื่องจากผลของยาเคมีบำบัดได้แก่ อาการเจ็บแผลในปาก เจ็บคอ ปวดกระดูกจากมีการเกาะของกรดยูริก หรือเจ็บปวดจากการที่ยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกหลอดเลือดมาทำลายเนื้อเยื่อ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการได้รับเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับพักผ่อน ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงส่งผลถึงคุณภาพชีวิต (Maryse Brousseau, 2003: 437) สอดคล้องกับการศึกษาของนิยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และโขมพักตร์ มณีวัต (2545) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดพบว่า มีปัญหานอนหลับไม่เพียงพอ การศึกษาของ Wang et al. (1999 cited in Sandblom et al., 2001: 497) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีอาการปวดมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน

อาการนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิต

การนอนหลับที่เพียงพอมีความสำคัญต่อร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในการสะสมพลังงานไว้ (Hart et al., 1990) ขณะหลับกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว อวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อนจากการทำกิจกรรมขณะตื่น มีการใช้พลังงานลดลง ประกอบกับระบบประสาทซิมพาเธติคจะเพิ่มการทำงานมากขึ้น การไหลเวียนเลือดไปที่สมองมากขึ้น มีการสะสมพลังงานของสมองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่าและไม่รู้สึกอ่อนล้าขณะตื่น (Gall, 1996: 31) แต่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มักรายงานว่า นอนไม่หลับตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ทำให้รู้สึกอ่อนล้าต้องนอนพักในเวลากลางวัน ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เหมือนปกติส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fortner และคณะ (2002: 471-480) ที่ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 คนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆจำนวน 50 คน พบว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ และพบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

อาการเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งพบว่ามีอาการอ่อนล้าได้ทุกช่วงของการดำเนินของโรค หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิต เช่น ด้านร่างกายผู้ป่วยจะเหนื่อยง่าย ส่งผลถึงการทำหน้าที่ต่างๆ จะเห็นได้ว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดบ่อยที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งมิติด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Ferrel et al., 1996: 1540; Smith, 1996: 772; Ream et al., 2002: 301) ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้าและความทุกข์ทรมานทางจิตใจน้อย จะพบว่ามีการทำหน้าที่ด้านต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ahlberg et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Broeckel et al. (1998) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับความเหนื่อยล้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 และมีคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากความอ่อนล้าที่ระดับ <.05 จากการศึกษาของสุรีพร ธนศิลป์และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องประสบกับอาการเหนื่อยล้าและภาวะการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลถึงคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้ามาก คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง

อาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต

เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบบ่อยมาก เนื่องมาจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตลอดจนเศร้าเสียใจที่ตนเป็นโรคที่คุกคามชีวิต และอาการซึมเศร้ามากในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย (Ahlberg et al ., 2004) จากการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขตุงคะ (2524: ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลายรายที่รายงานว่าความซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นขณะได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยไม่สนใจที่จะทำกิจวัตรต่างๆส่งผลคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Pasacreta, 1997: 215) ผู้ป่วยมะเร็งจะพบอาการซึมเศร้า ร้อยละ24 ซึ่งอาการซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการรักษา และเพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (McDaniel et al., 1995 cited in Ahlberg et al., 2004: 206) สอดคล้องกับการศึกษาของ David Cella (1998) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

กลยุทธ์การจัดการกับอาการ มีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ โดยตัวผู้ป่วยเองดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์ (2544) พบว่า การจัดท่าที่เหมาะสมมากที่สุด เป็นวิธีที่ช่วยลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กไปยับยั้งเซลล์ เอส จี เป็นผลให้ประตูปิด จึงไม่มีการส่งกระแสความปวดไปยังสมองและใช้การบีบนวด การใช้ความร้อนประคบ การทำสมาธิ สวดมนต์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrell et al. (1993) เกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน พบว่าวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญความปวด คือ การสวดมนต์ต่อพระเจ้า ซึ่งผู้ป่วยคิดว่ามีประโยชน์และเป็นที่พึ่งทางใจมากที่สุด และจากการศึกษาของอภิรดี ลดาวรรษ์ (2547:118) พบว่าการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่รับประทานยาแก้ปวด อาจเนื่องจากประสิทธิภาพของยาและการรักษาแผนปัจจุบันสามารถลดอาการปวดได้

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของ Graydon et al. (1994) พบว่า การนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุดในการลดอาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ แสดงให้เห็นว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (2543) พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการนอนมากถึงร้อยละ 70 เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุดคือ การนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฟังเพลง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกจันทร์ ขันทะมะ (2548) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันจะใช้วิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ทุกวิธีการ แต่วิธีที่ใช้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ในเวลากลางคืน (ร้อยละ 96.55) ทำกิจกรรมที่ไม่ออกแรงมาก เช่น อ่านหนังสือ วาดรูป ฟังเพลงและอื่นๆ (ร้อยละ 91.40) นอนหลับในเวลากลางวัน อย่างน้อย ½ - 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.90) และจากการศึกษาของ Mock et al.(1997 cited in Fleishman, 2004) พบว่า การเดินออกกำลังกายสามารถลดอาการเหนื่อยล้าได้

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของสุพร รุจิราวรรณ (2528) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกายและผลของการฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับ พบว่าทั้ง 2 วิธีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Graydon et al. (1994) พบว่าการออกกำลังกายสามารถลดอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้มากขึ้น และจากการศึกษาของ Decker, Cline-Elsen, & Gallagher (1992 cited in Berger et al., 2002) พบว่า การออกกำลังกาย การฝึกผ่อนคลายและการจินตนาการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดให้ดีขึ้น

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาของสุรีย์พร กฤษเจริญ (2537) พบว่า อาการที่ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการแยกตัวอยู่คนเดียว การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการมีส่วนร่วมในสังคม ผู้ป่วยจะพยายามทำกิจกรรมให้เหมือนปกติหรือมากกว่าปกติ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม นอกจากจะได้รับความสบายใจแล้ว ผู้ป่วยยังรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้ เช่น ผู้ป่วยเข้ากลุ่มพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งด้วยกัน เนื่องจากทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากการศึกษาของกนกจันทร์ ขันทะมะ (2548) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันจะใช้วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยให้กำลังใจตนเองและคิดในทางที่ดีว่าสุขภาพจะดีขึ้นเรื่อยๆ (ร้อยละ 95.10) ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการที่ต้องรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้เด็กเกิดความคิดในทางลบต่อตนเองจึงเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น การคิดในทางที่ดีว่าสุขภาพจะดีขึ้นเรื่อยๆ จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง จึงช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ส่วนการผ่อนคลายความตึงเครียด ด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 90.20) และเมื่อไม่สบายใจจะพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด

(ร้อยละ 83.30) และจากการศึกษาของ Pinto และ Maruyama (1999 cited in Fleishman, 2004) พบว่า การออกกำลังกายสามารถลดอาการซึมเศร้า อาการเหนื่อยล้า และภาวะน้ำหนักเกินได้ในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม

การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (health) การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well being) หรือคุณภาพชีวิตทั้งในบุคคลสุขภาพดีและผู้ที่เจ็บป่วย ส่วยใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Wortman, 1984: 2339-2341) ซึ่งสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Lindsey et al (1985: 150)ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังเช่น งานวิจัยของ Somchit Hanucharurnkul (1988) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย งานวิจัยของ Sammarco (2001) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ และผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์(2545) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ โดย House (1981 cited in Wortman, 1986: 2344) กล่าวว่า บุคคลผู้ให้ การสนับสนุนทางสังคมมี 9 กลุ่มได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน นายจ้าง เพื่อนร่วมงาน ผู้ให้บริการในบ้าน เช่น ผู้ดูแล (caregivers) หรือแม่บ้าน, กลุ่มช่วยเหลือตนเองและทีมสุขภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกจันทร์ ขันทะมะ (2548) ศึกษาถึงอาการไม่พึงประสงค์ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการแต่ละอาการ ลักษณะอาการที่ไม่พึงประสงค์ การจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวน 64 คน พบว่า อาการที่ไม่พึงประสงค์ในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยในภาพรวม คือ 1) อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง 2) ผมร่วง 3)คลื่นไส้อาเจียน เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทุกระยะการรักษา ลักษณะอาการที่ไม่พึงประสงค์ ในด้านความถี่ที่เกิดขึ้นตลอดเวลามากที่สุด คือ 1) ผมร่วง 2) ผิวหนังแห้งคัน 3) มีแผลในปาก อาการที่รุนแรงมากที่สุด คือ 1) อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง 2) ผมร่วง 3)มีแผลในปาก การ

จัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไข้ และอ่อนเพลีย ไม่มีแรง วิธีที่ได้ผลทุกครั้งมากที่สุด คือ นอนพัก รับประทานยาลดไข้ นอนหลับพักผ่อนเต็มที่ในเวลากลางคืนประมาณ 6-8 ชั่วโมง สำหรับอาการมีแผลในปาก ผมร่วง และผิวหนังแห้งคัน วิธีที่ได้ผลทุกครั้งมากที่สุด คือ ใช้แปรงที่มีขนอ่อนนุ่มแปรงทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดโดยการสวมหมวก ใช้ยาโพกศีรษะ และใช้โลชั่นทาผิวหนังเพื่อป้องกันผิวหนังแห้งแตก และความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า อาการอ่อนเพลีย อาการมีแผลในปาก อาการซึมเศร้า อาการผมร่วง อาการผิวหนังแห้งคัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอายุเด็กระยะการรักษา รายได้ข้างครอบครัวมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการที่ไม่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นันทา เล็กสวัสดิ์, พิชาณี แสนมโนวงศ์, ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และเพชรา หาญศิริวัฒนกิจ (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 80 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม และรายด้านทางร่างกาย และทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและวิญญาณอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนชุดของการให้เคมีบำบัดที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

มาลี วรลัคนากุล (2535: ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 76 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ และความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ส่วนอายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ได้ศึกษาประสบการณ์ความปวดและวิธีจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 80 ราย พบว่า ความปวดขณะประเมินอยู่ในระดับน้อย ความปวดที่มากที่สุดใน 7 วัน อยู่ในระดับรุนแรง เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีผลต่อความปวด ตำแหน่งปวดที่พบมากที่สุด คือ ท้อง ลักษณะของความปวดที่พบ คือ ปวดเมื่อย ปวดจี๊ด และปวดแปลบ โดยการเคลื่อนไหวทำให้ปวดเพิ่มขึ้น และขณะนอนพัก / จำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ปวดน้อยลง สำหรับวิธีจัดการกับความปวด พบว่า ใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่นๆที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดมากที่สุด และวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การนวด ผลการจัดการกับความปวดเป็นที่น่าพอใจ ทุกคนได้รับการบริหารยาโดยวิธีรับประทานและได้ยาตามเวลา ร้อยละ 72 รวมทั้งมีระดับของการได้รับยาบรรเทาปวด 50 % เมื่อวิเคราะห์

เพิ่มเติม พบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดกับคะแนนการรบกวนต่อการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กัน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลัวปัญหาต่างๆจากการใช้ยาแก้ปวด

เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความทุกข์ทรมานจากอาการและความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ระยะของโรคมะเร็ง สูตรเคมีบำบัด ภาวะซีด และภาวะโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

พัทรีญา แก้วแพง (2547) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 170 ราย พบว่า อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77 ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่ 3 ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับ สามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย พบว่า ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย และโดยพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะการทำหน้าที่มากกว่ามะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่

รวิวรรณ คำเงิน (2545) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.4 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 60 ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย และด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพและมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยที่สุด

วนิดา รัตนานนท์ (2545) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำนวน 130 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุรีพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการอาการเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 คน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36

อภิรดี ลดาวรรษ์ (2546) ได้ศึกษาอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในภาคใต้ จำนวน 354 ราย โดยใช้แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก (ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน) ตามความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) เบื่ออาหาร และ 5)เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ นอกจากนี้ยังพบว่า อาการนอนไม่หลับ และกลืนอาหารลำบาก ไม่พบความถี่และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรก แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดอันดับอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันสูงสุดใน 5 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2)ใช้ยาแผนปัจจุบัน 3) ใช้วิธีการผ่อนคลาย และ 4) ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการกับอาการของโรคมะเร็งด้วยตนเอง มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการว่าเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

Armstrong et al. (2004) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีเนื้องอกที่สมองระยะแรก โดยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากฐานข้อมูล PubMed และ CINAHL โดยไม่จำกัดปีที่ศึกษา จำนวน 10 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด และจำนวน 7 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกที่สมองระยะแรก พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมี

บำบัด กลุ่มอาการที่พบ ได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด อาการซึมเศร้า และภาวะหมดประจำเดือนจะพบในในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด สำหรับในผู้ป่วยเนื้องอกที่สมองระยะแรกนั้น งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ อาการที่แสดงในผู้ป่วยเนื้องอกในสมองระยะแรกค่อนข้างน้อย จึงเป็นข้อจำกัดในขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มอาการที่พบมาก คือ อาการปวดศีรษะ อาการชัก อาการซึม อาการคลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความดันในศีรษะของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยเนื้องอกที่สมอง มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตเช่นกัน

Dodd, Miaskowski, Paul (2001) ศึกษากลุ่มอาการและผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ ต่อภาวะการทำหน้าที่ ระหว่างได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 93 ราย ใช้แบบประเมิน The Quality of life-Cancer (QOL-CA) ประเมินกลุ่มอาการ (อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ) แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) วัดภาวะการทำหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.4 ปี (SD=14.6) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 45 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 27 อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า (SD=2.78) ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบประเมินที่วัดอาการนั้นใช้จากแบบสอบถามในด้านเกี่ยวกับอาการในแบบประเมิน QOL-CA

Fortner et al. (2002) ศึกษาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆจำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แยยสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อประเมินคุณภาพการนอนและ Rank 36 Item Health Survey (SF-36) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผุ้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ และกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมอีกร้อยละ 29 รายงานว่าคุณภาพการนอนหลับแย่มาก ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับมากที่สุดคือ ต้องการเข้าห้องน้ำ และอาการปวด ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การตื่นระหว่างนอน การไอหรือกรนเสียงดัง และพบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การนอนหลับที่มีปัญหาทำให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีอาการปวดมากขึ้น ขาดพลังงาน พลังชีวิตในการดำรงชีพและพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจมากขึ้น

Gift, Jablonski, Stommel, and Given (2004) ศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนอาการที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 220 ราย โดยใช้แบบประเมิน

Physical Symptom Experience วัดความรุนแรงของอาการทั้งหมด 37 อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็ง และใช้แบบประเมิน Medical Outcome Study SF-36 วัดสภาวะอาการและคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ อาการอ่อนล้า คลื่นไส้ อ่อนแรง ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด รสชาดเปลี่ยน และอาเจียน ซึ่งระยะของโรคมะเร็ง จำนวนอาการที่เกิดร่วมกัน และการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับการรายงานกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นได้

Susan, William, and Andrea (2005) ศึกษากลุ่มอาการประกอบด้วย อาการปวด อาการนอนไม่หลับและอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แบบผ่านตัวกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับผ่านผลกระทบจากอาการปวดต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 84 รายที่มีอาการปวด โดยใช้แบบประเมิน Brief Pain Inventory-Short Form เพื่อวัดอาการปวด แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index เพื่อวัดคุณภาพการนอน แบบประเมิน The Profile of Mood States เพื่อวัดอาการเหนื่อยล้า พบว่าอาการปวด อาการนอนไม่หลับและอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยอาการนอนไม่หลับเป็นตัวกลางระหว่างอาการปวดและอาการเหนื่อยล้า อาการปวดรุนแรงมากจะส่งผลถึงอาการนอนไม่หลับและทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงทุกระยะการดำเนินของโรคที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอก

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงทุกระยะการดำเนินของโรค ขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ที่มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

2.2 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลรามาธิบดี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ ตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไป

2.3 ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี ไม่มีประวัติโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน และไม่มีอาการทางจิตประสาท

2.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978: 184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$N \geq 10 K + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ K = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา)

$N \geq (10 \times 10) + 50$ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 150 คน

4. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลที่มีสถิติของการเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมสูง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผู้วิจัยทำการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลรามาธิบดี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงทุกระยะการดำเนินของโรคที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทั้งสองโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม 2548 ถึง 2 มีนาคม 2549 ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่นัดมารับเคมีบำบัดและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

4.2 สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling) ในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 1 คนเว้น 1 คนจนกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน

ตารางที่ 1 แผนการเก็บข้อมูลตามวัน เวลาและสถานที่

วัน	เวลา	สถานที่
จันทร์	8.00-16.00	หน่วยเคมีบำบัด รพ.รามาธิบดี
อังคาร	8.00-16.00	หน่วยเคมีบำบัด รพ.รามาธิบดี
พฤหัสบดี	8.00-16.00	หน่วยเคมีบำบัด ศูนย์มหาวชิราลงกรณ
ศุกร์	8.00-16.00	หน่วยเคมีบำบัด รพ.รามาธิบดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ครั้งที่ของการมารับเคมีบำบัด ค่าฮีโมโกลบิน และการใช้ยาระงับปวด ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจับเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

2. แบบประเมินอาการปวด

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิดเกี่ยวกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

2. แบบประเมินอาการปวดของ McCaffery & Pasero (1999) เป็นมาตรวัดแบบ Numeric Rating Scales (NRS) วัดความรุนแรงของอาการปวด มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด คะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาทตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 1 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีเพียงข้อเดียว และใช้มาตรวัดความรุนแรงของอาการปวด จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง มีค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาทตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 = ไม่รู้สึกปวด, 5 = รู้สึกปวดปานกลาง, 10 = ปวดมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลคะแนนอาการปวดจากคะแนนที่ได้ คะแนนมาก หมายถึง มีอาการปวดมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีอาการปวดน้อย โดยแบ่งระดับอาการปวดออกเป็นดังนี้

คะแนน	ระดับอาการปวด
0	ไม่รู้สึกปวด
1- 4	ปวดน้อย
5- 6	ปวดปานกลาง
7- 10	ปวดมาก

3. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

ใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทรีญา แก้วแพง (2547) การวัดโดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 ด้านโดยข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ

ประเมินอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย 4 ด้านจำนวน 7 ข้อคำถามดังนี้

1. การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1

2. การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2

3. การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3

4. มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 4, 5, 6 และ 7

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับประกอบด้วย 7 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดยนำคะแนนรวมที่ได้เป็นคะแนนของอาการนอนไม่หลับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน Morin (1993) แบ่งระดับอาการนอนไม่หลับไว้ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับ
8-14 คะแนน	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ
15-21 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง
22-28 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

4. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

ใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Scale) (Piper et al.,1998) ซึ่งแปลโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง (Linear analogue scale) โดยปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ทางซ้ายมือกำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” ทางขวากำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ

แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 4 ด้านจำนวน 22 ข้อคำถามดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-6

2. ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามได้แก่ ข้อคำถามที่ 7-11

3. ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามได้แก่ ข้อคำถามที่ 12-16

4. ด้านสติปัญญา ประกอบด้วย 6 ข้อคำถามได้แก่ ข้อคำถามที่ 17-22

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าประกอบด้วย 22 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้ง 0 ถึง 220 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้า

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนโดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้า ออกมาเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002) คือ 1) ไม่มีอาการเหนื่อยล้า 2) เหนื่อยล้าเล็กน้อย 3) เหนื่อยล้าปานกลาง 4) เหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง อาการเหนื่อยล้ามาก และคะแนนเฉลี่ยที่น้อย หมายถึงมีอาการเหนื่อยล้าน้อย ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับอาการเหนื่อยล้า
0	ไม่มีอาการเหนื่อยล้า
0.01-3.99	เหนื่อยล้าเล็กน้อย
4.00-6.99	เหนื่อยล้าปานกลาง
7.00-10.00	เหนื่อยล้ามาก

5. แบบประเมินอาการซึมเศร้า

ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงในเอื้อมเดือน เนตรเขม, 2541) ประกอบด้วย 21 ข้อ คำถามเกี่ยวกับอาการแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนโดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตจำนวน 15 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือก 4 ข้อ คะแนนข้อคำถามมีตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 -63 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงถึงอาการซึมเศร้ามากคะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงมีอาการซึมเศร้าน้อย โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดังนี้

คะแนน	ระดับอาการซึมเศร้า
0-9	ไม่มีอาการซึมเศร้า
10-15	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย
16-19	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง
20-29	มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง
30-63	มีอาการซึมเศร้ารุนแรง

6 . แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life index ของ Padilla and Grant (1985) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล (1988) ซึ่งมาลี วรลัคนากุล (2535) นำมาปรับข้อคำถามใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 14 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น (Linear analog Scale) ซึ่งยาว 100 มิลลิเมตร โดยเพิ่มตัวเลข 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 บนเส้นตรง โดยมีข้อความกำกับไว้ตรงตำแหน่งที่ 0 และ 100 เพื่อบอกความรู้สึกของผู้ตอบ โดยที่ตำแหน่งต้น

หรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ในการตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 19 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้ง 0 ถึง 1900 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต

เกณฑ์การแปลผลคะแนน สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-1900 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตยิ่งสูง หาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 19 พิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของมาลี วรลัคนากุล (2535) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0-33	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
>33-66	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
>66-100	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

7. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยกฤติกาพร ใยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งวนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ

1.ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5

2.ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 6-10

3.ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน จำนวน 5 ข้อได้แก่ ข้อ 11-15

4.ด้านการประเมินเปรียบเทียบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-20

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

5 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

4 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

3 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

2 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

1 หมายถึง รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

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

1 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

2 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

3 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

4 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

5 หมายถึง รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การแปลผลคะแนน เป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ คะแนนรวมสูง หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตนะ (2544: 25) ดังนี้ อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนกลุ่ม

= 5-1 / 3

= 1.33

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-2.33	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
2.34-3.67	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
3.68-5.0	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

8. แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) โดยผู้ป่วยเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเครื่องมือ Self-care Diary ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) นำมาดัดแปลงและสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

2. สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการอาการปวด กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยเอง ดังรายละเอียด

8.1 แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวดโดยผู้ป่วยเอง มีจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ	5
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัติน้อยมาก	เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	เมื่อเกิดอาการปวดฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 6 ถึง 30 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้ง 6 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวดโดยผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการปวดมาก คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวดน้อย โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามอิงเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538: 77) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.0	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดมากที่สุด
3.50-4.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดมาก
2.50-3.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดปานกลาง
1.50-2.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดน้อย
1.00-1.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดน้อยที่สุด

8.2 แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยผู้ป่วยเอง มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ	5
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัติน้อยมาก	เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 5 ถึง 25 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับมาก คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับน้อย โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามอิงเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538: 77) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-6.0	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับมากที่สุด
3.50-4.50	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับมาก
2.50-3.50	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับปานกลาง
1.50-2.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับน้อย
1.00-1.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับน้อยที่สุด

8.3 แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเอง มีจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ	5
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัติน้อยมาก	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 6 ถึง 30 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้ง 6 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามาก คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อย โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามอิงเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538: 77) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-7.0	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด
3.50-4.51	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามาก
2.50-3.51	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าปานกลาง
1.50-2.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อย
1.00-1.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อยที่สุด

8.4 แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยเอง มีจำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ	5
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัติน้อยมาก	เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 4 ถึง 20 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้ามาก คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าน้อย โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามอิงเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538: 77) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-8.0	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้ามากที่สุด
3.50-4.52	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้ามาก
2.50-3.52	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าปานกลาง
1.50-2.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าน้อย
1.00-1.49	ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 8 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) โดยผู้ป่วยเอง นำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน

ผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิในแบบประเมินอาการซึมเศร้า ดังนี้

ข้อความเดิม	ข้อความที่ปรับแก้ไข
9. (1) ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง (3) ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส	9. (1) ฉันเคยคิดฆ่าตัวตายบ้างแต่ไม่ทำจริง (3) ฉันจะฆ่าตัวตายทันทีเมื่อมีโอกาส
14. (1) ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ (2) ฉันรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยบทของฉันที่ทำให้ไม่น่ามองอีกต่อไป	14. (1) ฉันวิตกว่าฉันดูทรุดโทรมและไม่น่าสนใจ (2) ฉันรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นต่อรูปลักษณ์ของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
16. (3) ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย	16. (3) ฉันไม่สามารถนอนหลับได้เลย

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) โดยผู้ป่วยเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน และการใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 คนดังรายละเอียดในตารางที่ 2

โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีความเที่ยง .80 ขึ้นไป แต่หากกรณีเป็นแบบวัดใหม่ควรมีความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burn & Grove, 2001) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาและที่นำมาใช้มีค่าความเที่ยงส่วนใหญ่เป็นที่ยอมรับได้ โดยแบบสอบถามของผู้อื่นที่ผู้วิจัยนำมาใช้มีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป ส่วนแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง ได้แก่ แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และแบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วย เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 คนมีค่าความเที่ยงต่ำกว่า .70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากค่าความแปรปรวนของคะแนนกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และกลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าน้อย และจำนวนข้อคำถามในแต่ละชุดมีจำนวนน้อยจึงอาจส่งผลให้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้ลดลง

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	
	ทดลองใช้ 30 คน	เก็บข้อมูลจริง 150 คน
1. อาการนอนไม่หลับ	.96	.96
2. อาการเหนื่อยล้า	.95	.94
3. อาการซึมเศร้า	.89	.85
4. การสนับสนุนทางสังคม	.93	.96
5. คุณภาพชีวิต	.91	.89
6. กลยุทธ์การจัดการอาการปวด(94 คน)	.25	.24
7. กลยุทธ์การจัดการอาการนอนไม่หลับ(106 คน)	.36	.38
8. กลยุทธ์การจัดการอาการเหนื่อยล้า(150 คน)	.32	.33
9. กลยุทธ์การจัดการอาการซึมเศร้า(96 คน)	.43	.46

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เป็นขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าห้องเคมีบำบัดของโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดแล้วสุ่มตัวอย่างประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จนได้กลุ่มตัวอย่าง ครบ 150 คน

5. เข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6. หลังจากให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามขณะที่นั่งรับยาเคมีบำบัดที่ห้องเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบประมาณ 45-60 นาที ระหว่างที่ตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

7. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง

8. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนตรวจสอบความครบถ้วนของข้อคำตอบ

9. ดำเนินการดังเช่นข้อ 3-6 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานกับพยาบาลประจำห้องเคมีบำบัดโดยแจ้งข้อมูลให้พยาบาลทราบเพื่อการประเมินกลุ่มตัวอย่างต่อไปและเพื่อรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมของการวิจัย โดยก่อนการเก็บข้อมูล โครงร่างวิจัยจะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังคำนึงถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยได้อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยอย่างละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดในการรายงานผลการวิจัยจะไม่มีการรายงานผลเป็นรายบุคคลหรือระบุชื่อบุคคลแต่อย่างใดแต่จะรายงานผลเป็นภาพรวม และใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง หากมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆจะต้องได้รับความเห็นชอบจาก กลุ่มตัวอย่างก่อนเสมอ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-FW (Statistical Package for the Social Science for Window) ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย และ การสนับสนุนทางสังคม

4. วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตขอผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการ กับคุณภาพชีวิตขอผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยสถิติ Eta และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003: 333)

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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่รับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาธิบดีและศูนย์มหาวชิราลงกรณ จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำอธิบาย จำแนก 12 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และการสนับสนุนทางสังคม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-9

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10-12

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะของโรค สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ค่าฮีโมโกลบิน แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n= 150)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-30 ปี	4	2.70
31-40 ปี	22	14.70
41-50 ปี	56	37.30
51-60 ปี	68	45.30
สถานภาพสมรส		
โสด	31	20.70
คู่	110	73.30
หม้าย	9	6.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	53	35.30
มัธยมศึกษา	40	26.70
ปริญญาตรี	57	38.00
ศาสนา		
พุทธ	138	92.00
อิสลาม	7	4.70
คริสต์	5	3.30

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	55	36.60
รับจ้าง	30	20.00
ค้าขาย	28	18.70
รับราชการ	25	16.70
เกษตรกร	12	8.00
รายได้		
0-10,000 บาท	79	52.70
10,001-15,000 บาท	27	18.00
15,001-20,000 บาท	20	13.30
20,000 บาทขึ้นไป	24	16.00
สิทธิการรักษา		
เบิกต้นสังกัดได้	58	38.70
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	50	33.30
ประกันสังคม	24	16.00
ชำระเงินเอง	16	10.70
อื่นๆ (ประกันชีวิต)	2	1.30
ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	10	6.70
ระยะที่ 2	75	50.00
ระยะที่ 3	39	26.00
ระยะที่ 4	26	17.30
สูตรเคมีที่ได้รับ		
Anthracyclin containing regimen	98	65.30
Non- Anthracyclin containing regimen	52	34.70

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ประเมินผล
ค่าฮีโมโกลบิน			
8-9.99 กรัม/ เดซิลิตร	6	4.00	ซีดปานกลาง
10-11.99 กรัม/ เดซิลิตร	83	55.30	ซีดเล็กน้อย
> 12 กรัม/ เดซิลิตร	61	40.70	ไม่มีภาวะซีด

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 45.30 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มีสภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.30, 38.00, และ 92.00 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งคือ ร้อยละ 63.40 อยู่ในวัยทำงาน โดยประกอบอาชีพต่างๆ ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ และ เกษตรกร ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 36.70 เป็นแม่บ้าน สำหรับรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่คือร้อยละ 52.00 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 0-10,000 บาทและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.70 มีสิทธิการรักษาแบบเบิกต้นสังกัด

กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งอยู่ในระยะการดำเนินของโรคระยะที่ 2 และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรที่มีส่วนผสมของแอนตราซัยคลินคิดเป็นร้อยละ 65.30 โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.30 มีภาวะซีดเล็กน้อย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 150) จำแนกตามรายด้าน

คุณภาพชีวิตรายด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	79.88	12.02	สูง
ด้านความผาสุกทางจิตใจ	73.18	14.56	สูง
ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	70.16	23.08	สูง
ด้านความผาสุกทางร่างกาย	61.74	17.54	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ	49.68	28.97	ปานกลาง
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	28.4	31.28	ต่ำ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	66.43	13.94	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.94 สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านนั้นพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 79.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.02 จัดอยู่ในคุณภาพชีวิตระดับสูง ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 31.28 จัดอยู่ในคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการนอนไม่หลับ ความซึมเศร้า อาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n= 150)

อาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาการปวด		
ไม่มีอาการปวด	56	37.30
มีอาการปวด	94	62.70
ระดับน้อย	40	26.70
ระดับปานกลาง	27	18.00
ระดับมาก	27	18.00
$\bar{X}$ = 2.90 SD = 2.94 ระดับน้อย		
อาการนอนไม่หลับ		
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ	44	29.00
มีอาการนอนไม่หลับ	106	71.00
ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	47	31.00
ระดับปานกลาง	45	30.00
ระดับรุนแรง	14	10.00
$\bar{X}$ = 11.77 SD = 7.41 ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ		
อาการเหนื่อยล้า		
ไม่มีอาการเหนื่อยล้า	0	0.00
มีอาการเหนื่อยล้า	150	100.00
ระดับน้อย	36	24.00
ระดับปานกลาง	84	56.00
ระดับมาก	30	20.00
$\bar{X}$ = 5.19 SD = 1.99 ระดับปานกลาง		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 (ต่อ)

อาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาการซึมเศร้า		
ไม่มีอาการซึมเศร้า	54	36.00
มีอาการซึมเศร้า	96	64.00
ระดับเล็กน้อย	50	33.30
ระดับเล็กน้อย - ปานกลาง	24	16.00
ระดับปานกลาง - รุนแรง	19	12.70
ระดับรุนแรง	3	2.00
$\bar{X}$ = 12.99 SD = 6.85 ระดับเล็กน้อย		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีอาการปวดร้อยละ 62.70 โดยมีอาการปวดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 26.70 มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 71 โดยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 31.00 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 64.00 โดยพบว่ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 33.30 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 150)

อาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวน 1 อาการ		
- อาการเหนื่อยล้า	19	12.66
จำนวน 2 อาการ	24	16.00
- อาการเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับ	10	6.68
-อาการเหนื่อยล้าและอาการปวด	7	4.66
- อาการเหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้า	7	4.66
จำนวน 3 อาการ	49	32.70
- อาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ	20	13.36
- อาการเหนื่อยล้า อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ	19	12.66
- อาการเหนื่อยล้าอาการปวด และอาการซึมเศร้า	10	6.68
จำนวน 4 อาการ		
- อาการเหนื่อยล้า อาการปวด อาการนอนไม่หลับและอาการซึมเศร้า	58	38.64

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีอาการเหนื่อยล้าเพียงอาการเดียว ร้อยละ 12.70 จำนวน 2 อาการโดยพบอาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการนอนไม่หลับมากที่สุด ร้อยละ 6.68 จำนวน 3 อาการพบอาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับมากที่สุด ร้อยละ 13.36 และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาการทั้ง 4 อาการพบมากที่สุด ร้อยละ 38.64

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน (n = 150)

อาการเหนื่อยล้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านร่างกายและจิตใจ	5.88	2.72	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา/อารมณ์	5.35	2.49	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง	4.96	2.37	ปานกลาง
ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า	4.58	1.97	ปานกลาง
อาการเหนื่อยล้าโดยรวม	5.19	1.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอาการเหนื่อยล้าเฉลี่ยเท่ากับ 5.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 และเมื่อพิจารณาอาการเหนื่อยล้ารายด้านพบว่า มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้านเช่นกัน และมีอาการเหนื่อยล้าเฉลี่ย เรียงจากค่าสูงสุดไปหาค่าต่ำสุด ดังนี้คือ อาการเหนื่อยล้าด้านร่างกายและจิตใจ อาการเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและอารมณ์ อาการเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรมและความรุนแรง อาการเหนื่อยล้าด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า เท่ากับ 5.88, 5.35, 4.96, และ 4.58 ตามลำดับ โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.72, 2.49, 2.37, และ 1.97 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์การจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดตามจำนวนที่ผู้ป่วยมีอาการ จำแนกตามรายอาการและรายข้อ

กลยุทธ์การจัดการกับอาการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
อาการปวด (n = 94)			
1. นอนพัก	4.35	0.52	มาก
2.เปลี่ยนท่าทาง	4.09	0.43	มาก
3.หายใจเข้าออก/ จินตนาการ/ สมาธิ	3.48	1.01	ปานกลาง
4.รับประทานยาแก้ปวด	3.37	0.95	ปานกลาง
5.ฟังเพลง	1.59	0.86	น้อย
6.นวด	1.20	0.64	น้อยที่สุด
อาการนอนไม่หลับ (n = 106)			
1.สมาธิ/ สวดมนต์/ ฝึกผ่อนคลาย	3.85	0.84	มาก
2.อ่านหนังสือ/ดูโทรทัศน์	3.76	0.71	มาก
3.ออกกำลังกาย	3.71	0.81	มาก
4.ไม่นอนกลางวัน	3.41	0.71	ปานกลาง
5.รับประทานยานอนหลับ	3.01	1.32	ปานกลาง
อาการเหนื่อยล้า (n = 150)			
1.นอนพัก/งีบหลับกลางวัน	4.87	4.15	มากที่สุด
2.ไปในที่อากาศบริสุทธิ์	4.31	0.53	มาก
3.เข้านอนเร็วกว่าปกติ	4.29	0.58	มาก
4.พูดคุยกับคนรู้ใจ	3.85	0.62	มาก
5.ออกกำลังกาย	3.61	0.87	มาก
6.ทำตัวให้ยุ่งเพื่อที่จะไม่ได้คิดว่าเหนื่อยล้า	2.77	0.90	ปานกลาง
อาการซึมเศร้า (n = 96)			
1.พูดคุยกับคนรู้ใจ	4.22	0.52	มาก
2.ออกกำลังกาย	3.77	0.65	มาก
3.หากิจกรรมทำให้ยุ่ง	3.32	0.70	ปานกลาง
4.รับประทานยาซึมเศร้า	1.00	0.00	น้อยที่สุด

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ โดยแยกรายอาการ พบว่า อาการปวดผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีการนอนพักมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .52 และใช้วิธีการนวดน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .64 อาการเหนื่อยล้าผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยใช้วิธีการนอนพัก/งีบหลับกลางวันมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.15 และใช้วิธีการทำตัวให้ยุ่งเพื่อที่จะไม่คิดว่าเหนื่อยล้าน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .90 อาการนอนไม่หลับผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีสวดมนต์/สมาธิ/ฝึกการผ่อนคลาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .84 และใช้วิธีการรับประทานยานอนหลับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.32 อาการซึมเศร้าผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยเลือกใช้วิธีการพูดคุยกับคนรู้ใจมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .52 และใช้วิธีการรับประทานยาซึมเศร้าน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรายด้านและโดยรวม จำนวน 150 คน (n = 150)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านวัสดุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน	4.01	0.58	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.72	0.64	มาก
ด้านข้อมูลการสนับสนุนทางอารมณ์	3.41	0.37	ปานกลาง
ด้านการประเมินตัดสิน	3.27	0.39	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.64	0.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39 แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านวัสดุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการประเมินตัดสิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.39 แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10-12

3.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า อากรซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 10

3.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Eta ดังแสดงในตารางที่ 11

3.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product - moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 150)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อาการปวด	-.457*
อาการนอนไม่หลับ	-.412*
อาการเหนื่อยล้า	-.705*
อาการซึมเศร้า	-.808*
การสนับสนุนทางสังคม	.201*

*p <.05

จากตารางที่ 10 พบว่าอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยที่อาการปวดและอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง อาการเหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.457, -.412, -.705 และ -.808 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดในระดับต่ำ

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 150) ด้วยสถิติ Eta และทดสอบความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการ 1 อาการและผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 อาการ โดยใช้สถิติ Independence t-test

จำนวนอาการ	คุณภาพชีวิตเฉลี่ย	SD	ค่า Eta	t-test
อาการ 1 อาการ (n = 19)	82.82	8.48	-.449*	-6.118
กลุ่มอาการ (n = 131)	64.05	12.95		

*p <.05

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 82.82(±8.48) คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการมากกว่า 2 อาการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.05(±12.95) คะแนน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยสถิติ Eta พบว่าจำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (r =-.449) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 อาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = -6.118)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ตามจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแต่ละอาการ จำแนกตามรายวิธี

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การจัดการกับอาการปวด (n = 94)	
1. นอนพัก	-.294*
2. นวด	-.249*
3. เปลี่ยนท่าทาง	-.448
4. หายใจเข้าออก/จินตนาการ/สมาธิ	-.197
5. ฟังเพลง	.179
6. รับประทานยาแก้ปวด	-.340*
การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ (n =106)	
1. การออกกำลังกาย	.081
2. อ่านหนังสือ/ดูโทรทัศน์	-.179
3. รับประทานยานอนหลับ	-.193*
4. สมาธิ/สวดมนต์/ฝึกผ่อนคลาย	-.094
5. ไม่นอนกลางวัน	.098
การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า (n = 150)	
1.นอนพัก/งีบหลับในช่วงกลางวัน	-.054
2. เข้านอนเร็วกว่าปกติ	-.232*
3. การออกกำลังกาย	.008
4. ไปในที่อากาศบริสุทธิ์	-.067
5. หากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง	-.190*
6.พูดคุยกับคนรู้ใจ	-.052
การจัดการกับอาการซึมเศร้า (n = 96)	
1.พูดคุยกับคนรู้ใจ	-.173
2.หากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง	.025
3.รับประทานยาซึมเศร้า	.020
4. การออกกำลังกาย	.152

*p <.05

จากตารางที่ 12 พบว่า การจัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีการนอนพัก การนวด และการรับประทานยาแก้ปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.294, -.249, และ -.340 ตามลำดับ การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีรับประทานยานอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.193 การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยใช้วิธีเข้านอนเร็วกว่าปกติ และการหากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.232 และ -.190 ตามลำดับ โดยที่การจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่พบว่ามีวิธีใดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ถึง 2 มีนาคม พ.ศ. 2549 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
4. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพศหญิง ที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ศูนย์มหาวชิราลงกรณ เนื่องจากสถาบันแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับการรักษาจากทั่วประเทศจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลรามาธิบดีและศูนย์มหาวชิราลงกรณ ตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไป
3. ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี ไม่มีประวัติโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน และไม่มีอาการทางจิตประสาท
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) โดยผู้ป่วยเอง ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการปวด การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และการจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยเอง เท่ากับ .96, .94, .85, .89, .96, .24, .38, .33 และ .46 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-FW (Statistical Package for the Social Science for Window) ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย และ การสนับสนุนทางสังคม

4. วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตขอผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการ กับคุณภาพชีวิตขอผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยสถิติ Eta โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003: 333)

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

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 82.60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.30 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.00 และนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.00 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 63.40 อยู่ในวัยทำงาน โดยประกอบอาชีพต่างๆ ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ และเกษตรกร ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 36.70 เป็นแม่บ้าน สำหรับรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 52.00 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 0-10,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.70 มีสิทธิการรักษาแบบเบิกต้นสังกัด

กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งอยู่ในระยะการดำเนินของโรคระยะที่ 2 และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรที่มีส่วนผสมของแอนตราซัยคลินคิดเป็นร้อยละ 65.30 โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.30 มีภาวะซีดเล็กน้อย

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 66.43, SD = 13.94) สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านนั้นพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=79.88, SD = 12.02) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์รับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 28.40, SD = 31.28)

3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไป ร้อยละ 87.30 โดยพบอาการทั้ง 4 อาการ ร้อยละ 38.64 คือ อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า พบอาการ 3 อาการร่วมกัน ร้อยละ 32.70 แบ่งเป็น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการซึมเศร้า ร้อยละ 13.36 อาการเหนื่อยล้า อาการปวดและอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 12.66 อาการเหนื่อยล้า อาการปวดและอาการซึมเศร้า ร้อยละ 6.68 พบอาการ 2 อาการร่วมกัน ร้อยละ 16.00 แบ่งเป็น อาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 6.68 อาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการปวด ร้อยละ 4.66 อาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการซึมเศร้า ร้อยละ 4.66

4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีนอนพักมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.52) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีสมาธิ/ สวดมนต์/ ฝึกผ่อนคลาย มากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.85, SD = 0.84) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยใช้วิธีนอนพัก/ งีบหลับกลางวัน มากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.87, SD = 4.15) และกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยใช้การพูดคุยกับคนรู้ใจมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.22 , SD = 0.52)

5. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.39) โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านวัสดุสิ่งของการเงินหรือแรงงานรับรู้ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.01, SD = 0.58) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการประเมินตัดสินรับรู้ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.27, SD = 0.39)

7. อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่า อาการเหนื่อย

ล้าและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = -.705, r = -.808) อาการปวดและอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = -.457, r = -.412) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = .201) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. จำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (r=-.449) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\overline{X}$ = 82.82, 64.05 ตามลำดับ; t-test = -6.118)

9. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีการนอนพัก การนวด และการรับประทานยาแก้ปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = -.294, -.249, และ -.340 ตามลำดับ) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีรับประทานยานอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = -.193) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยใช้วิธีเข้านอนเร็วกว่าปกติ และการหากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r = -.232 และ -.190 ตามลำดับ) โดยที่กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 66.43, SD = 13.94) สนับสนุนแนวคิดของ Padilla & Grant (1985) ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ในยามเจ็บป่วย หรือเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Somchit Hanucharurnkul (1988) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา มีคะแนนชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 66.00 สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี วรลัคนากุล (2535) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.47 สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี เสนีย์ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรีพร ธนศิลป์และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับสูง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม 1 เดือนนั้นเป็นระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมได้ไม่นาน และมาได้รับการผ่าตัดเต้านม ซึ่งปัจจุบันการรักษาพยาบาลมีมาตรฐานสูง เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จะมีการสอนการการปฏิบัติตนล่วงหน้า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การบริหารข้อไหล่อย่างถูกวิธี รวมทั้งการแพทย์ก็ก้าวหน้า การทำการผ่าตัดเต้านมไม่สร้างความทุกข์ทรมานเหมือนแต่ก่อน รวมทั้งมียาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถบริหารข้อไหล่ได้ดีและอาการปวดแผลลดลงได้มากทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 12.7 มีอาการเพียง 1 อาการ ร้อยละ 86.70 มีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป โดยพบอาการเหนื่อยล้าเพียงอาการเดียว ร้อยละ 12.70 มีอาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 6.68 อาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 13.36 พบอาการทั้ง 4 อาการ ร้อยละ 38.64 สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, West, et al. (2002) ที่ศึกษากลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็ง 117 คน โดยมีอาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการผิดปกติของการนอน พบว่า

ร้อยละ 35 มีอาการอย่างน้อย 2 อาการหรือมากกว่า ร้อยละ 11.10 มีอาการปวด ร้อยละ 6.80 มีอาการผิดปกติของการนอน ร้อยละ 6.00 มีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 9.40 พบอาการปวดและอาการผิดปกติของการนอน ร้อยละ 6.80 มีอาการเหนื่อยล้าและอาการผิดปกติของการนอน และการศึกษาของ Given และคณะ (2001 cited in Dodd, Miaskowki, Lee, 2004) ในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง จำนวน 826 คน พบว่า กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมี ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 36 มีอาการอย่างน้อย 2 อาการ ร้อยละ 36 มีอาการทั้ง 3 อาการ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยแยกเป็นประสบการณ์ในแต่ละอาการนั้น กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้อาการปวดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 2.90, SD = 2.94) ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” ($\overline{X}$ = 11.77, SD = 7.4) ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 5.19, SD = 1.19) และประสบการณ์การมีอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 12.99 , SD = 6.85) โดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินความรุนแรง (severity) สาเหตุ (cause) ภาวะคุกคาม (treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีสำคัญ เพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทั้งสองทางระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับอาการกับการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001: 671) โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น และทำให้มีการรับรู้อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้สามรถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดในระดับน้อย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับอยู่ในระยะของการมีอาการนอนไม่หลับ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาของเพียงใจ ดาโลปการ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี

บำบัด กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าน้อย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้อาการปวดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 26.70 ($\overline{X}$ = 2.90, SD = 2.94) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับจะช่วยในการกำจัดเซลล์มะเร็งออกจากร่างกาย แต่อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อบุหลอดเลือดในขณะฉีดยาเข้าหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดอักเสบแข็ง หรือเกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่ออ่อน เมื่อฉีดพลาดออกนอกหลอดเลือด เนื้อเยื่ออ่อนอักเสบได้ (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2537) ซึ่งอาการปวดที่เกิดจากผลการรักษามะเร็ง พบได้ร้อยละ 19 (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของพรจันทร์ สัยละมัย (2541) ศึกษาอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า มีอาการปวดอยู่ในระดับน้อยค่อนไปปานกลาง ร้อยละ 35.8

อาการนอนไม่หลับโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” ($\overline{X}$ = 11.77, SD = 7.4) เมื่อแบ่งตามระดับอาการนอนไม่หลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในงานวิจัยครั้งนี้ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.00 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด “มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง” คิดเป็นร้อยละ 30.00 คล้ายคลึงกับการศึกษาของพัทรีญา แก้วแพง (2547) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.12 อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ

เมื่อพิจารณาอาการนอนไม่หลับในแต่ละมิติย่อย ได้แก่ อาการนอนหลับยาก(Difficulty in initiating sleep, DIS) อาการหลับๆ ตื่น ๆ กลางดึก (Difficulty in maintaining sleep, or having intermittent awakening during the night, DMS) และ อาการตื่นเร็วกว่าปกติ (Early morning awakening, EMA) พบว่าผู้ป่วยมีอาการทั้ง 3 มิติเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ อาการนอนหลับยากอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.70 , SD = 1.19) อาการหลับ ๆ ตื่น ๆ กลางดึก อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.95 , SD = 1.23) และอาการตื่นเร็วกว่าปกติ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.47 , SD = 1.10) จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่เกิดได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สามารถแบ่งออกเป็น 3 มิติได้แก่ อาการนอนหลับยาก อาการหลับ ๆ ตื่นๆ ขึ้นกลางดึก และอาการตื่นเร็วกว่าปกติ นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการนอน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน

อาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 5.19, SD = 1.19) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าสืบเนื่องมาจาก กลไกการเกิดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดได้จาก 3 สาเหตุดังนี้ 1) ด้านร่างกาย/โรคมะเร็ง (Physiological mechanism) ลักษณะของเซลล์มีการแบ่งตัวและเจริญเติบโตมากผิดปกติ จึงต้องการพลังงานมากขึ้นในการเผาผลาญสารอาหาร ส่งผลให้มีการดึงพลังงานสำรองที่สะสมไว้มาใช้ จึงเกิดความไม่สมดุลของสารอาหารและมีของเสีย คือ Lactic acid และ H+ มากขึ้น ซึ่ง Lactic acid มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ เซลล์ในขณะที่ H+ จะขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน ในขั้นตอนปฏิกิริยาระหว่างแอกตินกับไมโอซิน ส่งผลให้แรงที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (Piper, 1986 อ้างในเพียงใจ ดาโลปการ, 2545) 2) พิษและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด มีการกดการทำงานของไขกระดูก ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ จำนวนเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ ลดลง ในกรณีที่เป็นเม็ดเลือดแดง จะเกิดภาวะซีด ซึ่งจะนำมาซึ่งอาการเหนื่อยล้าได้ เพราะเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่นำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง เมื่อออกซิเจนไม่เพียงพอประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อจะเบาบางและอ่อนแรง เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาในที่สุด ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดความไม่สมดุลของสารอาหารและเกลือแร่ ในขณะที่พยาธิสภาพของโรคมีความต้องการสารอาหารปริมาณมาก จึงต้องมีการดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้มากขึ้นจนพลังงานค่อยๆ หมดไป 3) ด้านจิตใจ (Psychlogical distress) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคามตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม บางรายจะนึกถึงความตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกลัวจากสาเหตุต่างๆ เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทั้งจากการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะที่มีความสำคัญสำหรับเพศหญิงและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น ผมร่วง สาเหตุเหล่านี้นำมาซึ่งอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรที่มีส่วนผสมของแอนทราซันคลิน ร้อยละ 65.30 ซึ่งเคมีบำบัดสูตรนี้มักเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น และคะแนนอาการเหนื่อยล้าเฉลี่ยรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายและจิตใจ ($\overline{X}$ = 5.88, SD = 2.72) 2) ด้านสติปัญญา / อารมณ์ ($\overline{X}$ = 5.35, SD = 2.49) 3) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ($\overline{X}$ = 4.96, SD = 2.37) 4) ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า ($\overline{X}$ = 4.58, SD = 2.37) โดยเมื่อพิจารณาระดับของอาการเหนื่อยล้าทั้ง 4 ด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ระดับของอาการเหนื่อยล้าโดยรวมของงานวิจัยครั้งนี้ต่ำกว่าระดับความเหนื่อยล้าในงานวิจัยของ Bower et al. (2000) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากกลุ่มตัวอย่าง 1,597 คน พบว่าระดับความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาของ Bower et al. (2000) ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวตะวันตกที่มีวัฒนธรรม ความเชื่อศาสนา แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้

อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 12.99, S.D. = 6.85) อธิบายได้ว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต ผลกระทบของโรคและการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางที่ไม่ดี ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย อาจเป็นผลต่อเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.3 มีสถานภาพสมรสคู่ เมื่อเป็นโรคมะเร็งต้องเดินทางมารักษา คนในครอบครัวช่วยจัดหาพาหนะมาให้ พามาส่ง หรือมาเป็นเพื่อน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานบ้านได้ คนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานในบ้านให้ ซึ่งแสดงถึงความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่ามีคนห่วงใย จึงไม่เกิดอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของรวิวรรณ คำเงิน (2545) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า และผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าสืบเนื่องมาจาก อาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย การเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอธิบายได้ด้วยทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม (Cognitive Behavior Theory) ที่กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าเข้ามาซึ่งในกรณีนี้ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลผลสิ่งเร้านั้น ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะแตกต่างกันในแต่ละคน แม้สิ่งเร้าที่ได้รับจะเป็นสิ่งเดียวกันเนื่องจากแต่ละคนมีโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive structure) ที่มีความเฉพาะแตกต่างกัน โครงสร้างทางปัญญาได้มาจากการพัฒนา ถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้นในช่วงของการพัฒนาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับสภาพอารมณ์ของตนเองซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ดีจะประเมินสภาพเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษามะเร็งอย่างเป็นจริง แต่ถ้าปรับตัวไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยประเมินสภาพเหตุการณ์ในชีวิตบิดเบือนจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Beck, 1967 อ้างในเอื้อมเดือน เนตรเขม, 2541: 14-15) โดยพบว่าอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (Endicott, 1984 อ้างในเพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 103) และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 3 คนมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง อาจเป็นผลต่อเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนต่างมีภาระในครอบครัวค่อนข้างมาก มีบุตรและคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานาน มีรายได้ค่อนข้างน้อย ซึ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งเร้าเข้ามาในชีวิตเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวรับกับสภาพเหตุการณ์ในชีวิตบิดเบือนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับอาการหลากหลายวิธีการในการจัดการกับอาการใดอาการหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างจะจัดการกับอาการตามการรับรู้อาการและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการนั้น จึงมีการเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไปตามภูมิหลังองค์ประกอบของแต่ละบุคคล สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบ เช่น องค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นต้น ที่มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) เมื่อพิจารณารายอาการ พบว่าอาการปวดผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีการนอนพักมาก ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.52) และใช้วิธีการนวดน้อยที่สุด ($\overline{X}$ = 1.20, SD = 0.64) จากการวิเคราะห์ที่ผู้ป่วยใช้วิธีการนวดนี้น้อยที่สุด เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้มะเร็งกระจายและกลัวว่าจะเกิดกระดูกหักได้ ขัดแย้งกับการศึกษาของผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ที่ศึกษาประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวด พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดมากที่สุด และวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดที่ใช้มากที่สุด คือ การนวด ร้อยละ 58.84 และการศึกษาของอภิรดี ลดาวรรษ์ (2547) ที่ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการปวดโดยการรับประทานยาแก้ปวด อาจเนื่องจากประสิทธิภาพของยาแผนปัจจุบัน สามารถรักษาให้ผู้ป่วยหายจากการทรมานได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น การนอนหลับพักผ่อน อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ สวดมนต์ ฟังเพลง เป็นต้น

อาการนอนไม่หลับผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีสวดมนต์/สมาธิ/ฝึกการผ่อนคลายมาก ($\overline{X}$ = 3.85, SD = 0.84) และใช้วิธีการรับประทานยานอนหลับในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.01, SD = 1.32) จากการวิเคราะห์ที่ผู้ป่วยใช้วิธีรับประทานยานอนหลับน้อย เนื่องจากกลัวว่าจะติดยาและต้องใช้ยาตลอดสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ ชุณหสวัสดิกุล (2543) พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการทำสมาธิ ในขณะที่ตนมีอาการปวดจนนอนไม่หลับ หลังทำสมาธิช่วยให้หลับได้ และอาการปวดลงได้บ้าง

ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับมาก($\overline{X}$ = 3.95 , SD = 0.65) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับ คือ ใช้วิธีการนอนพัก/งีบหลับในช่วงกลางวัน ($\overline{X}$ = 4.87 , SD = 4.15) อยู่ในระดับมาก และใช้วิธีการพยายามไปในที่อากาศบริสุทธิ์ ($\overline{X}$ = 4.31, SD = 0.53) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การพยายามทำตัวให้ยุ่งเพื่อที่จะไม่คิดว่าเหนื่อยล้า ($\overline{X}$ = 2.77 , SD = 0.90) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (2544) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเองโดยการนอนหลับและพักผ่อนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การออกกำลังกาย เดินเล่น ปลูกดอกไม้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard and Ream (1997:35-43) ในผู้ป่วย

มะเร็งจำนวน 129 คนพบว่า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุด คือ การเปลี่ยนแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เช่น การเดินเล่น การทำกิจกรรมเบาๆ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของ Richard and Ream (1997)นี้ทำในประเทศตะวันตกที่มีความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม ทำให้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าแตกต่างกันกับการทำการศึกษาในครั้งนี้

อาการซึมเศร้าผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยเลือกใช้วิธีการพูดคุยกับคนรู้ใจมาก ($\overline{X}$ = 4.22 , SD = .52) และใช้วิธีการรับประทานยาซึมเศร้าน้อยที่สุด ($\overline{X}$ = 1.00 , SD = .00) เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดร้อยละ 73.3 มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เมื่อไม่สบายใจจะพูดคุยเพื่อเป็นการระบายความรู้สึกกับคนรู้ใจ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกจันทร์ ขันทะมะ (2548) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันจะใช้วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยให้กำลังใจตนเองและคิดในทางที่ดีว่าสุขภาพจะดีขึ้นเรื่อยๆ (ร้อยละ 95.10) ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการที่ต้องรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้เด็กเกิดความคิดในทางลบต่อตนเองจึงเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น การคิดในทางที่ดีว่าสุขภาพจะดีขึ้นเรื่อยๆ จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง จึงช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ส่วนการผ่อนคลายความตึงเครียด ด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 90.20) และเมื่อไม่สบายใจจะพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด (ร้อยละ 83.30)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.39) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความตาย ความเจ็บปวด การสูญเสียหน้าที่ สูญเสียความภาคภูมิใจ โดยเฉพาะเมื่อเกิดกับเต้านมทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเป็นหญิง กลัวการถูกทอดทิ้งจากสามี และเกิดความเครียดขึ้น (Lerman et al., 1990 อ้างในเพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 102) การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญกับคนรอบข้าง มีคุณค่า พร้อมที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ทำให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับคำกล่าวของ Lazarus and Folkman (1984 อ้างในเพียงใจ ดาโลปการ, 2545:103) ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดช่วยลดความเครียดและลดผลกระทบความเครียดต่อภาวะสุขภาพได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็น

แหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจในการจัดการกับความเครียด จากการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ การสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิดอาการต่างๆของผู้ป่วยลดลงได้ และผลการศึกษาครั้งนี้ในรายด้านพบว่าด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน มีคะแนนสูงที่สุด($\overline{X}$ = 4.01, SD = 0.58) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ กรณีที่คุณไม่สามารถไปรับการรักษาจากแพทย์ด้วยตนเอง บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือคุณ ($\overline{X}$ = 4.05, SD = 0.61) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ เมื่อคุณมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือคุณได้ ($\overline{X}$ = 3.89, SD = 0.74) อยู่ในระดับมาก ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\overline{X}$ = 3.72, SD = 0.64) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ คุณพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกับผู้ป่วยคนอื่นๆที่มารับบริการในคลินิก ($\overline{X}$ = 4.02, SD = 0.56) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ($\overline{X}$ = 3.73, SD = 0.75) อยู่ในระดับมาก ด้านข้อมูลสนับสนุนทางอารมณ์ ($\overline{X}$ = 3.41, SD = 0.37) อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด ($\overline{X}$ = 4.32, SD = 0.66) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัวสนใจเมื่อคุณเจ็บป่วย ($\overline{X}$ = 2.13, SD = 0.85) อยู่ในระดับเล็กน้อย ด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านประเมินตัดสิน ($\overline{X}$ = 3.27, SD = 0.39) อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ คุณมีคนที่ยอมรับฟังความคิดเห็น หรือคำแนะนำจากคุณ($\overline{X}$ = 3.75, SD = 0.69) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คนใกล้ชิดสนใจในการดูแลสุขภาพของคุณ ($\overline{X}$ = 2.21, SD = 0.77) อยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 73.3 เมื่อเป็นโรคมะเร็งต้องเดินทางมารักษา คนในครอบครัวช่วยจัดหาพาหนะมาให้ พามาส่ง หรือมาเป็นเพื่อน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานบ้านได้ คนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานในบ้านให้ ซึ่งแสดงถึงความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวอีกทางหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ที่ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่าคะแนนสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน โดยมีจำนวน 160 คนและมีสถานภาพคู่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 75 จึงทำให้มีคะแนนสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับเดียวกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

5.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (r= -.449) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเดียวมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไปและพบว่า อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยอาการปวดและอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ (r= -.457 และ -.412) และอาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง (r = -.705 และ -.808) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการรับรู้ถึงอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้ามากจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือ อาการทั้ง 4 อาการเป็นปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการ โดย Dodd et al. (2001: 671-673) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ การรับรู้อาการเป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลและนำไปสู่ข้อสังเกตของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยปฏิบัติ การประเมินอาการโดยบุคคลจะประเมินอาการจากความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ความสามารถในการรักษา ผลของอาการคุกคามต่อชีวิตเขาอย่างไร การตอบสนองต่ออาการจะรวมถึงทางกาย จิต พฤติกรรม โดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างมิติของประสบการณ์การมีอาการคือ การรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ การตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Fasione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al, 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะคุกคาม จะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจำนวนอาการที่มากขึ้นและประเมินอาการว่ารุนแรงยิ่งขึ้นและคุกคามต่อชีวิต ทำให้การทำหน้าที่ลดลงส่งผลถึงคุณภาพชีวิตลดลงเช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ที่ทำการทดสอบแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 88 คน โดยเป็นมะเร็งปอด 5 คน มะเร็งเต้านม 41 คน มะเร็งลำไส้ 25 คน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 7 คน

และมะเร็งอื่นๆ อีก 12 คน โดยศึกษาในกลุ่มอาการที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และพบว่าความรุนแรงของอาการเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 7.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaston-Johansson และคณะ (1999 cited in Dodd , Miaskowki, Lee, 2004) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด 127 คน โดยที่อาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันเองและมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร ธนศิลป์และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) ที่ทำการทดสอบแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 120 คน โดยศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36 และพบว่าความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

5.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าเป็นแนวคิดหนึ่งในกลยุทธ์การจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดย Dodd et al. (2001: 671-673) กล่าวว่าการจัดการกับอาการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายเพียงผลลัพธ์เดียวหรือมากว่าหนึ่งผลลัพธ์ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ ชะลอผลลัพธ์ทางลบทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด เช่น ผลตรวจทางการแพทย์เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดจนเป็นที่พอใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการ ด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพและการดูแลตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีการนอนพัก การนวด และการรับประทานยาแก้ปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.294, -.249, และ -.340 ตามลำดับ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีรับประทานยานอนหลับ มี

ความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.193 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยใช้วิธีเข้านอนเร็วกว่าปกติ และการหากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.232 และ -.190 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้กลวิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองที่มาก จะทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากรบกวนการดำรงชีวิตปกติของผู้ป่วย

สำหรับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอาจเนื่องจาก กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการขึ้นอยู่กับ ความรู้ ประสบการณ์ วัฒนธรรม และความเชื่อของแต่ละบุคคลในการเลือกปฏิบัติแตกต่างกันไป (อรนุช ประดับทอง ,2545: 92) ซึ่งแต่ละวิธีอาจไม่ใช่วิธีที่ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงไม่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และข้อคำถามที่สร้างขึ้นนั้นเป็นข้อคำถามที่วัดเชิงปริมาณแต่ไม่ได้ถามว่าวิธีไหนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้หมด หรืออาจใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

5.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในระดับต่ำ ($r = .201$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก การสูญเสียหน้าที่ สูญเสียความภาคภูมิใจ โดยเฉพาะเมื่อเกิดกับเต้านมทำให้สูญเสียความเป็นหญิงและเสน่ห์ทางเพศ กลัวการทอดทิ้งจากสามีและเกิดความเครียดขึ้น(Lerman et al., 1990 อ้างอิงในเพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อให้เกิดความน่าสะพรึงกลัวจากผลข้างเคียงของการรักษาที่จะตามมามากมาย เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลนำไปสู่ความไม่พึงพอใจในชีวิตได้ และการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านวัสดุสิ่งของและแรงงาน และด้านการประเมินตัดสิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญกับคนรอบข้าง ไม่ถูกทอดทิ้งให้เดียวดาย มีความมั่นใจในตนเอง พร้อมที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับ

อาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมในแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดย Dodd et al. (2001: 671) กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การจัดการกับอาการ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender, 1996) การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง ร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกคนมีอาการเหนื่อยล้า และพบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้น คือจะต้องพัฒนาโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยป้องกันและจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในด้านความรักความผูกพันให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งสามีควรเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การพยาบาลกับผู้ป่วย เช่น ขณะให้ยาเคมีบำบัดควรให้ญาติ หรือสามีเข้ามาอยู่ใกล้ๆ เพื่อเป็นกำลังใจ ปลอบใจ ซึ่งเป็นการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย ควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตัดสิน โดยพยาบาลและครอบครัวควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของตนเองให้มากที่สุด การให้ความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ รักษาบทบาทความเป็นภรรยา ความเป็นมารดาได้เหมือนก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง นอกจากนี้การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น พยาบาลเป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยรายเก่าที่มีประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดมาแล้ว เป็นการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยรายใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการเพียง 1 อาการจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากว่า 2 อาการ และกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น มีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยแยกเป็น 2 อาการ พบอาการเหนื่อยล้ากับอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 6.68 อาการเหนื่อยล้ากับอาการปวด ร้อยละ 4.66 อาการเหนื่อยล้ากับอาการซึมเศร้า ร้อยละ 4.66 อาการจำนวน 3 อาการ พบอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการซึมเศร้า ร้อยละ 13.36 อาการเหนื่อยล้า อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 12.66 และ อาการครบ 4 อาการ พบมากที่สุด ร้อยละ 38.64 ควรมีการศึกษาว่ากลุ่มอาการใดมีคุณภาพชีวิตอย่างไร และควรมีการศึกษากลุ่มอาการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541. **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนกจันทร์ ขันทะมะ. 2548. **อาการที่ไม่พึงประสงค์และการจัดการกับอาการของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กริช โพธิสุวรรณ. 2545. มะเร็งเต้านมบทบาทของศัลยกรรม. ในสุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันธ์. (บรรณาธิการ), **โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.** หน้า 337. เชียงใหม่: ธนวรรณการพิมพ์.

กุสุมาลย์ รามศิริ. 2543. **คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2535. พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. **สารสภาการพยาบาล** 7(3): 32-37.

จอนพะจง เพ็งจาด. 2547. Theoretical perspective in symptom management. **ในรายงานการสัมมนาเรื่อง Symptom Management: Quality of care.** หน้า 1-7 ณ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร.

จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉลาด แสงอาทิตย์. 2546. **ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทิพมาส ชินวงศ์. 2541. **การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธนิญา น้อยเปรียง. 2545. **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นฤมล ศาสตร์สุข. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทา เล็กสวัสดิ์, พิชาณี แสนมโนวงศ์, ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และเพชรา หาญศิริวัฒนกิจ. 2543. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพนธ์ พวงวารินทร์. 2537. Pain and the Nerveous System. ในสุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์. (บรรณาธิการ), **The Principle of pain: Diagnosis and management.** หน้า 7-20. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนภาพพิมพ์จำกัด.

นิยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โขมพักตร์ มณีวัต. 2545. คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล 17(1): 45-61.

นิศารัตน์ เชตวรรณ. 2543. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. 2543. **คู่มือการนอนไม่หลับรักษาด้วยธรรมชาติบำบัด.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมทรรศ์.

บังอร ฤทธิ์อุดม. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2544. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูต. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. 2544. Breast Cancer. ในวิชาญ หล่อวิทยา (บรรณาธิการ), **Manual of Radiation Oncology.** หน้า 133-164. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.

ปราณีย์ เสนีย์. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคล และความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. 2544. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, สมจิต หนุเจริญกุล, และวรชัย รัตนธราธร. 2544. แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. **รามาธิบดีสาร** 7(2): 97-107.

ผ่องรัตน์ รัตนไทย. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรจันทร์ สัยละมัย. 2541. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรศรี คิดชอบ. 2543. รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม.การรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน. ในสุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, สุมิตร วงศ์เกียรติขจร.(บรรณาธิการ), **มะเร็งเต้านม.** หน้า 308 -314. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดี.

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิณทุสร โชตนาการ. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรสรรค์ โรจนกิตติ. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัทรีญา แก้วแพง. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลี วรลัคนากุล. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ. 2539. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณวิภา สาครินทร์. 2538. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. **วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด.** 20: 340-348.

รวิวรรณ คำเงิน. 2545. **ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2539. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

โรงพยาบาลศิริราช, แผนกสถิติและเวชระเบียน. 2546-2547. **สถิติโรคมะเร็ง.** โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร.

วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารีรัตน์ ถาน้อย. 2545. การเจ็บป่วยเรื้อรัง..แนวทางการช่วยเหลือครอบครัว. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 16 (2): 3 -16.

วรชัย รัตนาธร. 2545. มะเร็งเต้านมบทบาทของยาเคมีบำบัด.ในสุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันธ์. (บรรณาธิการ), **โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.** หน้า 347. เชียงใหม่: ธนวรรณการพิมพ์.

ศิริไท พฤกษะศรี. 2546. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สถาพร ลีลานันทกิจ. 2537. **แผนการรักษาและบำบัดเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งก่อนส่งคลินิกระงับปวด.** กรุงเทพมหานคร: คลินิกระงับปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สถาพร ลีลานันทกิจ. 2537. Palliative Care. **วารสารโรคมะเร็ง** 22 (2): 51-59.

สุพร รุจิราวรรณ. 2528. **ผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกายและผลของการฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่อการนอนไม่หลับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธาทิพย์ อุปลาบัติ. 2536. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่: ธนวรรณการพิมพ์.

สุรชัย เกื้อศิริกุล. 2544. การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ. **คลินิก** 17 (1) : 5-10.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์และคณะ. 2547. **มะเร็งเต้านม.** กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

สุรีพรย์ กฤษเจริญ. 2537. การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 14(1): 30-47.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2545. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9.** กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

อภิรดี ลดาวรรษ์. 2547. **การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อรนุช ประดับทอง. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำภาพร พัววิไลและกันยา นภาพงษ์. 2000. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล** 4 (2): 218-233.

เอื้อมเดือน เนตรเขม. 2541. **ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren, A., & Gaston- Johansson, F. 2004. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. **Journal of Advanced Nursing** 45 (2): 205-213.

Armstrong, T.S., Cohen, M.Z., Eriksen, L.R., & Hickey, J.V. 2004. Symptom clusters in oncology patients and implication for symptom research in people with primary brain tumor. **Journal of Nursing Scholarship.** 45 (2): 197-206.

Beck, A.T. 1967. **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.** New York: Hoecer medical division.

Bender, C.M., Ergÿn, F. S., Rosenzweig, M.C., Cohen, S.M., & Sereika, S.M. 2004. Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. **Cancer Nursing** 28(3): 219 – 225.

Berger, A.M., & Higginbotham, P. 2000. Correlation of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. **Nursing Research** 50(1): 42-52.

Berger, A.M., VonEssen, S., Kuhn, B.R., Piper, B.F., Farr, L., Agrawal, S. et al. 2002. Feasibility of a sleep intervention during adjuvant breast cancer chemotherapy**. Oncology Nursing Forum** 29(10): 1431-1441.

Brandt, P.A., & Weinert, C. 1981. The PRQ-A social support measure. **Nursing Research** 30(5): 277-280.

Bruera, E., Schitz, B., & Pither, J., et al., 2000. The frequency and correlates of dypnea in patients with advanced cancer. **Journal of Pain and Symptom Management** 19: 357-362.

Burkhardt, C.S. 1985. The impact of arthritis on quality of life. **Nursing Research** 31(1): 11-16.

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

Ciaramella, A., & Poli, P., 2001. Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type, and treatment**. Psychology Oncology** 10: 156-165.

Cleeland et al. 2003. Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokine-immunologic model of cancer symptoms. **Cancer** 97(11): 2919-2925.

Closs, S.J. 1999. Assessment of sleep in hospital patient : Review of methods. **Journal of Advanced Nursing** 13: 2737-2744.

Cella, D.F. 1995. Measuring quality of life in palliative care. **Seminars in Oncology** 22 (Suppl. 3): 73-81.

Davidson, J.R., MacLean, A.W., Brundage, M.D., & Schulze, K. 2002. Sleep disturbance in cancer patients. **Social Science & Medicine** 54: 1309-1321.

Dodd, et al. 2001. Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing** 33(5): 668-676.

Dodd, M.J., Miaskowski, C., & Lee, S.A., 2004. Occurrence of symptom clusters. **Journal of the National Cancer Institute Monographs.** 32: 76-78.

Dodd, M.J., Miaskowski, C., & Paul, S.M., 2001. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 28(3): 465-470.

Dodd, M.J., Miaskowski, C., & West, C. et al, 2002 .The prevalence of symptom clusters and comorbidities in oncology outpatients. **Oncology Nursing Forum** 29: 340.

Dow, K. 2000. **Breast cancer.** Florida: University of Central Florida.

Engstrom, C.A., Strohl, R.A., Rose, L., Lewandoweski, L. & Stefanek, M.E. 1999. Sleep alteration in cancer patients. **Cancer Nursing** 22(2): 143-148.

Ferrans, C.E., & Power, M.J. 1985. Quality of life index: Development and psychometric properties. **Advanced in Nursing Science** 8(1): 15-24.

Ferrell, B.R., Grant, M., Dean, G.E., Funk, B., & Ly, J. 1996. Bone tired: The experience of fatigue and its impact on quality of life. **Oncology Nursing Forum** 21(10): 1539-1547.

Ferrell, B.R. 1998. Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. **Oncology Nursing Forum** 25(5): 887-895.

Fleishman, S.B. 2004. Treatment of symptom clusters: Pain, depression, and fatigue. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 32: 119-123.

Fontani, M., Ricci, F., & Del Borgo, C., et al., 1997. Multicenter study on the Prevalence of symptoms and symptomatic treatment in HIV infection. **Journal of Palliative Care** 13(2): 9-13.

Fortner, V., Stepanski, E.J. , Wang, S.C., Kasprowicz, S., & Durrence, H.H. 2002. Sleep and quality of life in breast cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management** 24(5): 471-480.

Gift, A.G., Jablonski, A., Stommel, M., & Given, W. 2004. A clusters of symptoms over time in patients with lung cancer. **Nursing Research** 52(6): 393-399.

Given, C.W., Given, B., Azzouz, F., Kozachik, S., & Stommel, M. 2001. Predictors of pain and fatigue in the year following diagnosis among elderly cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management** 21(6): 456-466

Graydon, J.E. 1994. Women with breast cancer: Their quality of life following a course of radiation therapy. **Journal of Advanced Nursing** 19(4): 617-622.

Grond , S., Zech, D., Diefenbach, C., et.el. 1994. Prevalence and pattern of symptom in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients to a pain clinic. **Journal of Pain and Symptom Management** 9: 372-382.

Hanucharurnkul, S. 1988. **Social support, self care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.** Docteral dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI.

Hass, B.K. 1999. A Multidisciplinary concept analysis of quality of life. **Western Journal of Nursing Research** 21(6): 728-742.

Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F., & Brown, N. 1984. The Relationship between social support and self-care practices. **Nursing Research** 33(5): 266-269.

House, J.S., & Kahn, R.L. 1985. Measures and concepts of social support. Ins. Cohen and S.L. Syme (ed), **Social support and health,** pp. 83-107. Orlando: Academic

King, C.R., & Hinds, P.S. 1998. **Quality of life: From nursing and patients perspectives** Boston: Jones and Bartlett.

Larson, P.J., Kohlman, V.C., & Dodd, M.J., et al. 1994. A model of symptom management. **IMAGE : Journal of Nursing Scholarship** 26(4): 272-276.

Lacks, P., & Morin, M.C. 1992. Recent advance in the assessment and treatment of insomnia. **Journal of Consulting Clinical Psychology** 60(4): 586-594.

Lee, E.H., Chung, B.Y., Park, H.B., & Chun, K.H. 2004. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. **Journal of Pain and Symptom Management** 27(5) : 425-433.

Mary, E.C., Thomas, H.S., & Helene, J.M. 2002.. Patterns of symptom distress in adults receiving treatment for lung cancer. **Journal of Palliative Care** 18(3): 150-160.

McCaffery, M., & Pasero, C . 1999. **Pain clinical Manaul.** 2nd ed. St.Louis: Mosby.

Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 18(1): 32-38.

Morin, C.M. 1993. **Psychological Assessment and management.** New York: The Guilford Press.

Miaskowski, C., & Lee, A. 1999. Pain, fatigue, and sleep disturbance in oncology outpatirnts receiving radiation therapy for bone metastasis : A pilot study. **Journal of Pain and Symptom Management** 17(5): 320-332.

National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health. 2000**. Cancer registry.**

Nicassio, P.M., Moxham, E.G., Schuman, C.E., & Gevirtz, R.N. 2002. The contribution of pain, report sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. **Pain** 100(3): 271-279**.**

Norbeck, J. S., Lindsey, A., & Carrieri., 1981. The development of instrument to measure social support. **Nursing Research** 30(6): 264-269.

Orem, D.E. 1991. **Nursing : Concept of practice.** 4th ed. St.Louis: Mosby.

Orem, D.E. 2001. **Nursing : Concept of practice.** 6th ed. St.Louis: Mosby.

Padilla , et al. 1983. Quality of life index for patients with cancer. **Research in Nursing and Health** 6(3): 117-126.

Padilla, G.V., & Grant, M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **Advanced in nursing science** 8(1): 45-60.

Pasacreta, J.V. 1997. Depression phenomena, physical symptom distress, and function status among women with breast cancer. **Nursing Research** 46(4): 214-221.

Piper, et al. 1998. The revised piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 17-23.

Portenoy, R.K., & Thaler, H.T., et al. 1994. Symptom prevalence, characteristics and distress in cancer populaton. **Quality of Life Research** 3: 183-189.

Polit, D.F., & Beck, C.T. 2004. **Nursing research: Principles and methods.** 3rd. Philadelphia: Lippincott Williums & Wilkins.

Ream, E., & Richardson, A. 1999. From theory to practice: Designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer**. Oncology Nursing Forum** 26(8): 1295-1303.

Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. 2002. Facilitating patients' coping with fatigue during chemotherapy-Pilot outcomes**. Cancer Nursing** 25(4): 300-308.

Sarna, L. 1993. Correlates of symptom distress in women with lung cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs.** 32: 76-78.

Sarna, L. 1998. Effectiveness of structured nursing assessment of symptom distress in advanced lung cancer. **Oncology Nursing Forum** 25(6): 1041-1048.

Sarason, B., Sarason, I.G., & Pierce, G. 1990. **Social support: An interactional view.** NewYork: A Wiley-Interscience Publication John Wiley and sons.

Sammarco, A. 2001. Psychological stage and quality of life of women with breast cancer. **Cancer Nursing** 24(4): 272-277.

Schultz, A. A., and Winstead-Fry,P. 2001. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. **Cancer Nursing** 24(1): 12-19.

Shell, J.A., and Kirsch, S. 2001. Psychosocial issues,outcomes,and quality of life. In Otto, Shirey E. **Oncology Nursing.** pp. 948-972. St Louis: A Hartcourt Health Sciences.

Sureeporn Thanasilp, and Phichayada Kongsaktrakul. 2005. Factors Predicting Quality of life of Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy. **Thai Journal Nursing Research** 9(4): 306-314.

Susan, C.M., & Brent, J.S. 2002. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. **Oncology Nursing Forum** 29(10): 1421-1428.

Susan, L.B., William, N.D., & Andrea B. 2005. Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: Using a mediation model to test a symptom cluster. **Oncology Nursing Forum** 32(3): E48-E55.

Thorndike, R.M. 1978. **Correlational procedures for research.** New Yor : Gardner.

Ventafridda, V. & Twycross, R.G. 1990. Cancer pain. In J.J. Bonica (Ed.), **The Management of pain** 2nd ed. London: Lea & Febiger.

Weinert, C. 1987. A social support measure: PRQ 85. **Nursing Research** 36(5): 273-277.

Winningham, M.L., et al. 1994. Fatigue and the cancer experience: The state of knowledge. **Oncology Nursing Forum** 21(1):23-35.

Zhan ,L. 1992. Quality of life: Conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing** 17(7): 795-800.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

นาวาเอกนายแพทย์จตุรงค์ ตันติมงคลสุข	อายุรแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. ธิราภรณ์ จันทร์ดา	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
นางสาวแม้นมนา จิระจรัส	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง
นางสาววนิดา รัตนานนท์	พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ. 0512.11/ 2034 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนาวาเอกนายแพทย์ จตุรงค์ ตันติมงคลสุข อายุรแพทย์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นาวาเอกนายแพทย์ จตุรงค์ ตันติมงคลสุข
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

ที่ ศธ. 0512.11/ 2034

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา อาจารย์พยาบาลภาควิชาพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

ที่ ศธ. 0512.11/ 2034 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. อาจารย์ ดร. ธิราภรณ์ จันทร์ดา อาจารย์ประจำงานพยาบาลอายุรศาสตร์
2. นางสาวแม้นมนา จิระจรัส พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. ธิราภรณ์ จันทร์ดาและ นางสาวแม้นมนา จิระจรัส
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

ที่ ศธ. 0512.11/ 2034 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางสาววนิดา รัตนานนท์ พยาบาลวิชาชีพ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาววนิดา รัตนานนท์
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

ที่ ศธ. 0512.11/ 2088

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 70 คน ณ หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วยเอง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ. 0512.11/ 2088

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 80 คน ณ หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วยเอง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

ที่ ศธ. 0512.11/ 2181

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1 ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วยเรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ณ หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วยเอง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

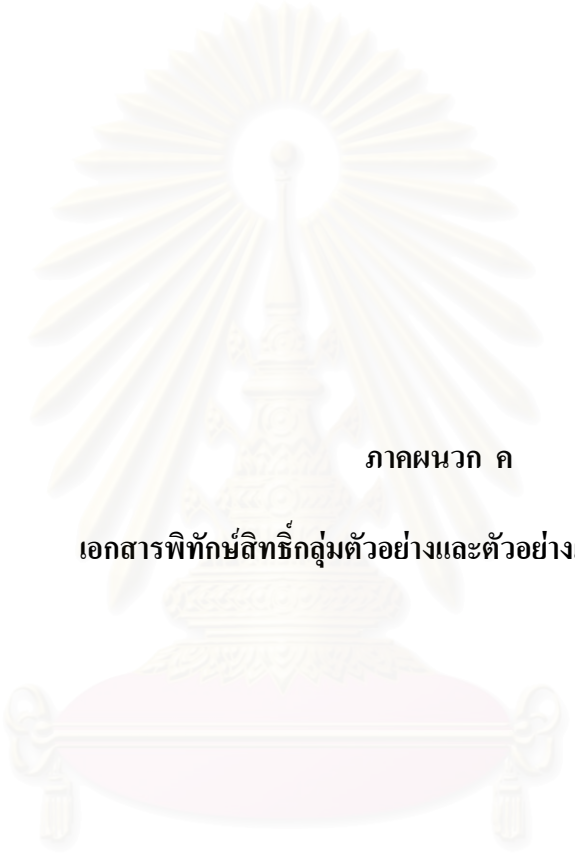
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป)
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร . 0-2218-9825 โทรสาร . 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย โทร. 0-1821-7463

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Q054h/48_Exp

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก
ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ ..1105..... /2548

วันที่ 21 ธันวาคม 2548

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด" [RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES SOCIAL SUPPORT , AND QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูลนั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2548 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัยมายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(อาภรณ์ภิรมย์ เกตุปัญญา)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

กรมแพทย์ทหารบก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ใบรับรอง 040/2549

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย	:	ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS WITH CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY
ผู้วิจัยหลัก	:	เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย
หน่วยงาน	:	คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

☑ อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 30 มีนาคม 2549 วันหมดอายุ 30 พฤศจิกายน 2549

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๐๗๖๕/๒๕๔๘

ชื่อโครงการ	ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๒-๔๘-๐๕ ข
ชื่อหัวหน้าโครงการ	เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

ลงนาม _____
รองคณบดี รักษาราชการแทน (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ครรชิตเทพ ตันเผ่าพงษ์)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันที่รับรอง ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๔๘

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยโดยละเอียด

2. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำรับรองของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกหรือสะเทือนใจ และยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อบริการการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

....

สถานที่/วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

....

สถานที่/วันที่ (เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย)

ลงนามผู้ทำวิจัย

....

สถานที่/วันที่ (.....)

ลงนามพยาน

....

สถานที่/วันที่ (.....)

ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1.ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2.ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.สถานที่ปฏิบัติงาน ตึกศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-8217463 E-mail: masubol_w@yahoo.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

4.3 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่เกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาทีในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

5. รายละเอียดและขั้นตอนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

โดยที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการอ่อนล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบสอบถามกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย

9. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 150 คน

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินสำหรับงานวิจัยเรื่อง

“ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด”

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (X)หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ…..... ปี

2. ระดับการศึกษา (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษา
(3) ปริญญาตรี (4) สูงกว่าปริญญาตรี

3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่
(3) หม้าย (4) หย่า

4. ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์
(3) อิสลาม (4) อื่นๆ.....

5. อาชีพ (1) ค้าขาย (2) รับราชการ
(3) เกษตรกร (4) รับจ้าง (5) อื่นๆ.....

6. รายได้ (1) 0 – 10,000 (2) 10,000-15,000
(3) 15,000 – 20,000 (4) 20,000 ขึ้นไป

7.สิทธิการรักษา (1) เบิกต้นสังกัด (2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(3) ประกันสังคม (4) ชำระเงินเอง (5) อื่นๆ.....

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1.ระยะของโรคมะเร็ง

(1) ระยะที่ 1 (2) ระยะที่ 2 (3) ระยะที่ 3 (4) ระยะที่ 4

2. สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ

(1) Anthracycline containing regimen (2) Non Anthracycline containing regimen

3.ครั้งที่ของการมารับยาเคมีบำบัด.....

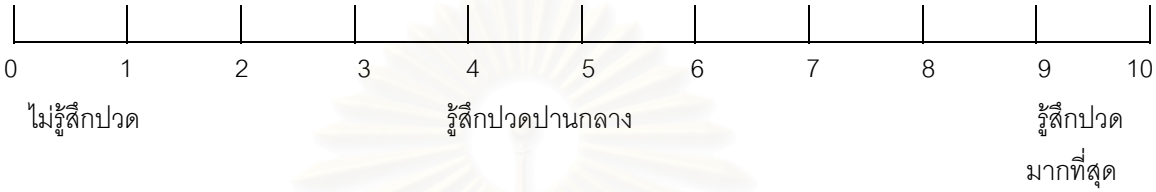
4.ค่าฮีโมโกลบิน.....

5.ยาระงับปวด (1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวด

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดของท่านในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

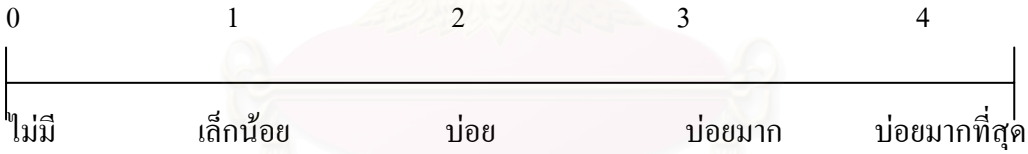
ท่านรู้สึกเจ็บปวดมากน้อยเพียงใด**ในช่วง 1 เดือนที่ผ่าน**มา



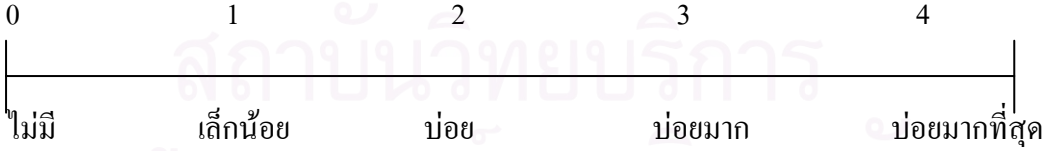
ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

1. **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา**ในเวลากลางคืนท่านพยายามนอนแต่ไม่หลับ

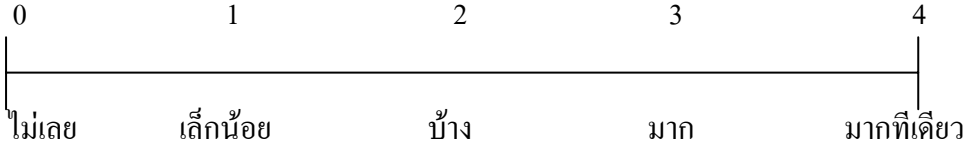


2. **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา**เมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



.

.7. ท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับอยู่ในระดับใด



ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 22 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า โดยครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการเหนื่อยล้า การประเมินอาการเหนื่อยล้า การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลเลย มีผลมากที่สุด

.

.

.

.

.

.

.

.

22. ระดับความคิดอ่าน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สมองปลอดโปร่ง สมองไม่ปลอดโปร่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 21 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่าน**<u>ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</u>** ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลยหน้าข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้น

1. (0) ฉันไม่รู้สึกซึมเศร้า
   (1) ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง
   (2) ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
   (3) ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนไม่ไหวอีกแล้ว
2. (0) ฉันรู้สึกไม่ค่อยท้อแท้ต่ออนาคต
   (1) ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
   (2) ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังต่ออนาคตอีกต่อไป
   (3) ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถทำมันให้ดีขึ้น

.
.
.
.
.
.

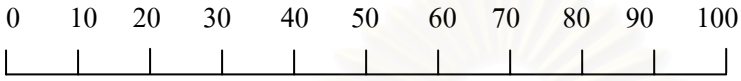
20. (0) ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
    (1) ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
    (2) ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
    (3) ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้

21. (0) ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
    (1) ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
    (2) ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
    (3) ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

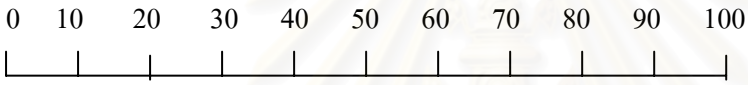
ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 19 ข้อ ข้อความแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่านในขณะที่ท่านกำลังรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับ **<u>ความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</u>**มากที่สุด

1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด



2. ท่านนอนหลับได้เพียงพอกับที่ต้องการมากน้อยเพียงใด



.

.

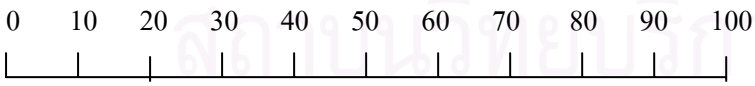
.

.

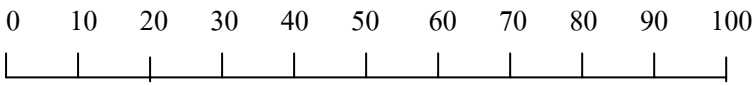
.

.

18. ท่านมีเวลาเป็นของตัวเองเพียงพอกับที่ต้องการมากน้อยเพียงใด



19. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มากน้อยเพียงใด (-)



ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล รวมทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในยามที่เจ็บป่วย

เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบแล้ว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับมากที่สุด (1)	ได้รับมาก (2)	ได้รับปานกลาง (3)	ได้รับเล็กน้อย (4)	ไม่ได้รับ (5)
1. คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
2.เมื่อคุณมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ คุณสามารถพึ่งพาผู้ใดได้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
19.คนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของคุณ					
20.คนใกล้ชิดสนใจในการดูแลสุขภาพของคุณ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 8 แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วยเอง

ส่วนที่ 8.1 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดโดยผู้ป่วยเอง

โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านที่ท่านปฏิบัติ เพื่อลดอาการปวดและระบุว่าท่านใช้วิธีการเหล่านี้แล้วสามารถลดอาการปวดมากน้อยเพียงใด โดยกา (✓) ลงในช่องท้ายข้อความนั้น

<u>วิธีการปฏิบัติ</u>

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อเกิดอาการปวดฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย

ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง

ปฏิบัติส่วนใหญ่ หมายถึง เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ

เมื่อเกิดอาการปวดฉันใช้วิธีการดังต่อไปนี้	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติน้อยมาก (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัติส่วนใหญ่ (4)	ปฏิบัติเป็นประจำ (5)
1.นอนพัก					
2.นวด					
3.เปลี่ยนท่าทาง					
4.หายใจเข้าออก/ จินตนาการ/ สมาธิ					
5.ฟังเพลง					
6.รับประทานยาแก้ปวด					

กลยุทธ์ที่ท่านใช้จัดการกับอาการปวดด้วยตัวท่านเองนอกเหนือจากวิธีการดังกล่าวคือวิธีใดบ้างและทำอย่างไรบ้างได้ผลมากน้อยอย่างไรบ้างโปรดระบุ……..

.....

.....

.....

ส่วนที่ 8.2 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเอง

โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านที่ท่านปฏิบัติ เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและระบุว่าท่านใช้วิธีการเหล่านี้แล้วสามารถลดอาการเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด โดยกา (✓) ลงในช่องท้ายข้อความนั้น

<u>วิธีการปฏิบัติ</u>

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย

ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง

ปฏิบัติส่วนใหญ่ หมายถึง เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ

เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการดังต่อไปนี้	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติน้อยมาก (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัติส่วนใหญ่ (4)	ปฏิบัติเป็นประจำ (5)
1.นอนพัก / งีบหลับในช่วงกลางวัน					
2.เข้านอนเร็วกว่าปกติ					
3.พยายามออกกำลังกาย					
4.พยายามไปในที่อากาศบริสุทธิ์					
5.พยายามทำตัวให้ยุ่งเพื่อที่จะไม่คิดว่าเหนื่อยล้า					
6.พูดคุยกับคนรู้ใจ					

กลยุทธ์ที่ท่านใช้จัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยตัวท่านเองนอกเหนือจากวิธีการดังกล่าวคือวิธีใดบ้างและทำอย่างไรบ้างได้ผลมากน้อยอย่างไรบ้างโปรดระบุ.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 8.3 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยผู้ป่วยเอง

โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านที่ท่านปฏิบัติ เพื่อลดอาการนอนไม่หลับและระบุว่าท่านใช้วิธีการเหล่านี้แล้วสามารถลดอาการนอนไม่หลับมากน้อยเพียงใด โดยกา (✓) ลงในช่องท้ายข้อความนั้น

<u>วิธีการปฏิบัติ</u>

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย

ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง

ปฏิบัติส่วนใหญ่ หมายถึง เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ

เมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับฉันใช้วิธีการดังต่อไปนี้	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติน้อยมาก (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัติส่วนใหญ่ (4)	ปฏิบัติเป็นประจำ (5)
1.พยายามออกกำลังกาย					
2.อ่านหนังสือ / ดูโทรทัศน์					
3.รับประทานยานอนหลับ					
4.สมาธิ / สวดมนต์/ ฝึกผ่อนคลาย					
5.ไม่นอนกลางวัน					

กลยุทธ์ที่ท่านใช้จัดการกับอาการนอนไม่หลับด้วยตัวท่านเองนอกเหนือจากวิธีการดังกล่าวคือวิธีใดบ้างและทำอย่างไรบ้างได้ผลมากน้อยอย่างไรบ้างโปรดระบุ……..

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 8.4 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยเอง

โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านที่ท่านปฏิบัติ เพื่อลดอาการซึมเศร้าและระบุว่าท่านใช้วิธีการเหล่านี้แล้วสามารถลดอาการซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด โดยกา (✓) ลงในช่องท้ายข้อความนั้น

<u>วิธีการปฏิบัติ</u>

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย

ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง

ปฏิบัติส่วนใหญ่ หมายถึง เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ

เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าฉันใช้วิธีการดังต่อไปนี้	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติน้อยมาก (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัติส่วนใหญ่ (4)	ปฏิบัติเป็นประจำ (5)
1.พูดคุยกับคนรู้ใจ					
2.หากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง					
3.รับประทานยาซึมเศร้า					
4.ออกกำลังกาย					

กลยุทธ์ที่ท่านใช้จัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตัวท่านเองนอกเหนือจากวิธีการดังกล่าวคือวิธีใดบ้าง และทำอย่างไรบ้างได้ผลมากน้อยอย่างไรบ้างโปรดระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

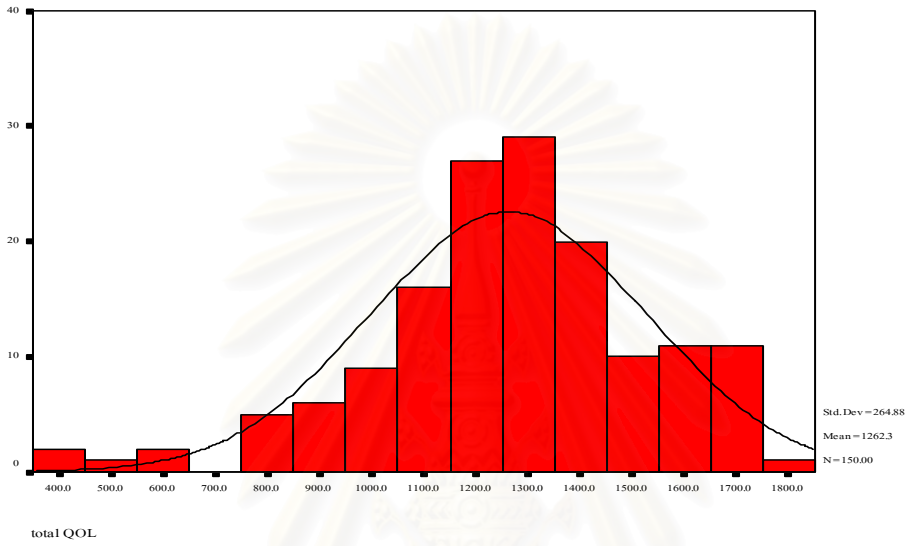
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

1.ทดสอบการแจกแจงคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ว่าสุ่มได้จากประชากรโดยมีการกระจายแบบปกติ ทดสอบได้ 2 วิธีคือ

1.1 ทดสอบจากการสร้างแผนภาพและกราฟ

1.1.1 Histogram



1.1.2 Leave plot

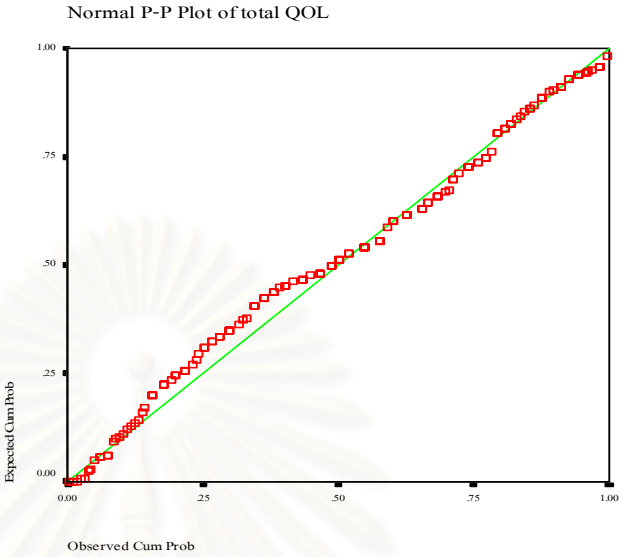
TOTALQU Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
5.00	Extremes (=<620)
2.00	7 . 56
5.00	8 . 34455
8.00	9 . 12345678
14.00	10 . 01444666788999
16.00	11 . 0123344556666778
35.00	12 . 000111222333344444555566777889999999
21.00	13 . 000233444444556677778
14.00	14 . 00122223344599
13.00	15 . 0011234556888
12.00	16 . 012225577789
4.00	17 . 0222
1.00	18 . 3

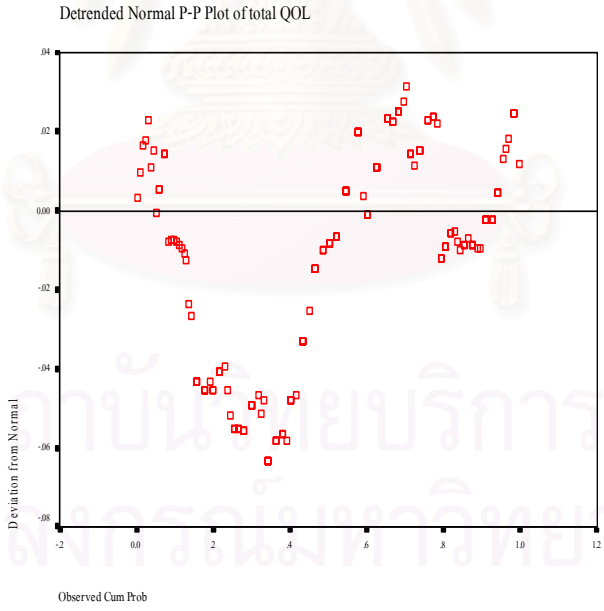
Stem width: 100.00

Each leaf: 1 case(s)

1.1.3 Normal Probability Plot

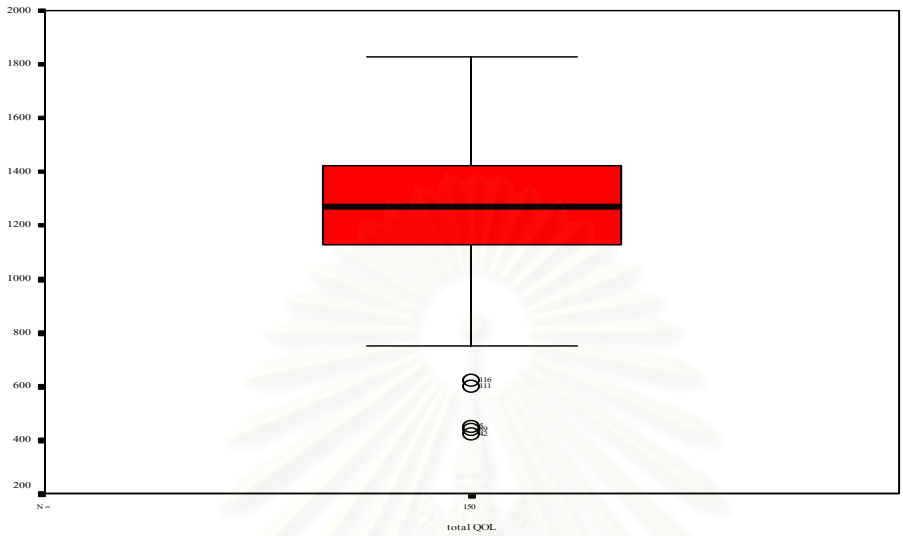


1.1.4 Deterended Normal Plot



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.1.5 Box Plot



1.2 ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov โดยตั้งสมมติฐาน

Ho : คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบปกติ

H1 : คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายไม่เป็นแบบปกติ

Tests of Normality

Kolmogorov – Smirnov	Statistic	df	Sig.
TOTALQU	.074	150	.069

ค่าสถิติจากการคำนวณไม่ตกในพื้นที่วิกฤต จึงยอมรับสมมติฐาน Ho แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกระจายเป็นแบบปกติ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คะแนนอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 150 คน (n = 150) จำแนกตามรายข้อ

อาการเหนื่อยล้ารายข้อ	$\bar{X}$	SD
1.น่าพอใจ/ไม่น่าพอใจ	6.28	2.63
2. สดชื่น/เหนื่อยหน่าย	6.23	2.99
3.กระฉับกระเฉง/ไม่มีเรี่ยวแรง	5.99	3.16
4. ตื่นตัว/ง่วงเหงาหาวนอน	5.97	3.17
5. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ทุกข์ทรมาน	5.79	2.40
6. ผ่อนคลาย/ตึงเครียด	5.73	2.72
7. มีชีวิตชีวา/เซื่องซึม	5.64	2.90
8. ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนความสามารถในการทำงาน	5.61	2.69
9. แข็งแรง/อ่อนแอ	5.59	3.36
10.ใจเย็น/ใจร้อน	5.53	3.28
11. ร่าเริง/ซึมเศร้า	5.47	2.69
12. สมองปลอดโปร่ง/สมองไม่ปลอดโปร่ง	5.41	3.63
13. ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพลิดเพลิน	5.35	2.74
14. ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง	5.35	2.66
15. ท่านคิดว่าอาการเหนื่อยล้ามีความรุนแรง	5.31	2.70
16.จำอะไรได้ดี/จำอะไรไม่ค่อยได้	5.20	3.78
17. เป็นคุณ/เป็นโทษ	4.93	2.24
18. มีสมาธิ/ไม่มีสมาธิ	4.76	3.65
19. ปกติ/ไม่ปกติ	4.50	3.01
20. ไม่เป็นอันตราย/เป็นอันตราย	4.07	2.28
21. ยอมรับได้/ยอมรับไม่ได้	3.14	2.26
22 . ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการมีเพศสัมพันธ์	2.38	2.91

2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 150 คน (n = 150)

อาการนอนไม่หลับรายข้อ	$\bar{X}$	SD
1.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ	1.95	1.23
2. ท่านพอใจกับการนอนหลับของตัวท่านเองในระดับใด	1.91	1.18
3.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในเวลากลางคืนท่านพยายามนอนแต่ไม่หลับ	1.71	1.19
4. ท่านคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของท่านมีผลต่อการดำเนินชีวิตในระดับใด	1.58	1.16
5. ท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับอยู่ในระดับใด	1.58	1.10
6. การนอนไม่หลับของท่านส่งผลจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ในระดับใด	1.57	1.12
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นเร็วกว่าที่เคย	1.47	1.10
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	11.77	7.41

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 150 คน (n = 150)

อาการซึมเศร้า	X	SD
1.ความสนใจทางเพศ	1.93	1.25
2.ความสามารถในการนอนหลับ	1.14	0.38
3.ความรู้สึกว่าตนเองแย่กว่าแต่ก่อน	0.99	0.81
4.ความรู้สึกเหนื่อย	0.97	0.57
5.การลดลงของน้ำหนัก	0.89	0.70
6.ความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร	0.88	0.84
7.ความรู้สึกอยากร้องไห้	0.85	0.51
8.ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	0.78	0.71
9.ความรู้สึกเศร้าใจ	0.69	0.50
10.ความรู้สึกอยากร้องไห้	0.85	0.51
11.ความผิดหวังในตนเอง	0.49	0.35
12.ความสามารถในการทำงาน	0.59	0.57
13.ความรู้สึกพึงพอใจ	0.54	0.53
14.ความสนใจต่อผู้อื่น	0.53	0.47
15..ความผิดหวังในตนเอง	0.49	0.35
16.ความรู้สึกท้อแท้	0.48	0.34
17.ความรู้สึกผิด	0.45	0.29
18ความคิดอยากฆ่าตัวตาย	0.38	0.17
19.ความสามารถในการตัดสินใจ	0.31	0.11
20.ความรู้สึกล้มเหลว	0.31	0.11
21. ความคิดตำหนิตนเอง	0.27	0.07
อาการซึมเศร้าโดยรวม	12.99	6.85

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 150 คน (n = 150)

การสนับสนุนทางสังคมรายข้อ	$\bar{X}$	SD
1.คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด	4.32	0.66
2.บุคคลใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อนคุณ	4.16	0.64
3.เมื่อมีปัญหาคุณสามารถปรับทุกข์กับคนใกล้ชิดได้	4.13	0.68
4.คนในครอบครัวคุณช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน	4.13	0.64
5.กรณีที่คุณไม่สามารถไปรับการรักษาด้วยตนเองได้ ญาติให้ความช่วยเหลือคุณ	4.05	0.61
6.คนใกล้ชิดคอยจัดหาสิ่งของที่คุณชอบให้	4.03	0.68
7.คุณพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยคนอื่นๆ	4.02	0.56
8.คนใกล้ชิดสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของคุณ	4.00	0.62
9.คนใกล้ชิดจัดโอกาสให้คุณได้พักผ่อนหย่อนใจ	3.98	0.69
10.เมื่อคุณมีปัญหาการเงินบุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือคุณได้	3.89	0.74
11.คุณมีคนที่รับฟังความคิดเห็นจากคุณ	3.75	0.69
12 .คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาลในการดูแลสุขภาพ	3.73	0.75
13.คนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของคุณ	3.70	0.65
14.คุณได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลหลังได้เคมีบำบัด	3.65	0.75
15.คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาลในการดูแลหลังได้เคมีบำบัด	3.64	0.81
16.คุณได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ของโรคที่เป็นอยู่	3.60	0.79
17.เมื่อคุณมีอารมณ์ร้าย คนใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณ	3.43	0.72
18.เมื่อคุณมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจคุณไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้(-)	2.38	0.79
19.คนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของคุณ (-)	2.21	0.77
20.สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเมื่อคุณเจ็บป่วย (-)	2.13	0.80
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.64	0.39

5. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n = 150) จำแนกตามรายข้อ

คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง(-)	86.60	22.28	สูง
2.ความรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์หรือมีคุณค่า	85.93	14.97	สูง
3.มีเวลาเป็นของตัวเองเพียงพอ	82.73	12.94	สูง
4.คุณภาพชีวิตโดยรวม	80.53	15.74	สูง
5.ความสุข	78.13	16.76	สูง
6.การติดต่อกับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัว	78.00	17.57	สูง
7.ความพึงพอใจในชีวิต	76.64	19.29	สูง
8.ความสามารถในการทำงานบ้านหรืองานประจำ	75.65	21.32	สูง
9.ความเจ็บปวด(-)	75.40	29.52	สูง
10.กำลังชา	72.27	20.4	สูง
11.การพักผ่อนหย่อนใจหรือสังสรรค์กับบุคคลคุ้นเคย	72.19	18.1	สูง
12 . สุขภาพ	68.60	21.7	สูง
13.อาการคลื่นไส้อาเจียน(-)	64.93	29.35	ปานกลาง
14.รับประทานอาหารได้เพียงพอกับที่ต้องการ	59.17	29.82	ปานกลาง
15. การนอนหลับได้เพียงพอ	52.47	29.37	ปานกลาง
16 .ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(-)	44.67	24.29	ปานกลาง
17. ความอร่อยของการรับประทานอาหาร	40.20	33.26	ต่ำ
18. ความรู้สึกอ่อนเพลีย(-)	39.73	24.43	ปานกลาง
19.ความพอใจกับรูปร่างหน้าตา	28.40	31.28	ต่ำ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย เกิด 25 ธันวาคม พ.ศ.2517 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อ พ.ศ.2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2547

ประสบการณ์ในการทำงานได้เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งนายทหารพยาบาลประจำแผนกศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย