

คุณภาพชีวิตและ ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวกมลรัตน์ มลารัตน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION IN BREAST CANCER PATIENTS
IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss. Poomarin Malarat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
หลังได้รับการผ่าตัด

โดย

นางสาวภูมิรินทร์ มัลลรัตน์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์นายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อธิศร ภัทราศุภชัย)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์นายแพทย์ ธีรพล สุคนธาภิรมย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์นายแพทย์ ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา)

ภุมรินทร์ มาลารัตน์ : คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง
ได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (QUALITY OF LIFE AND
DEPRESSION IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER SURGERY IN
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ. ที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์หลัก : อ.นพ ภัทร พิทยรัตน์เสถียร ,107 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ของคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดที่มารับการตรวจ
คลินิก ศัลยกรรมผู้ป่วยนอก แผนกเคมีบำบัด และ แผนกรังสีรักษา และ มะเร็งวิทยาโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ จำนวน 203 รายเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต
แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหาและความเที่ยง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 , 0.79 ; 0.85ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi - square

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 73.48$, S.D = 12.80)
2. ความซุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับร้อย
ละ 7.39
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 92.61 ($\bar{X} = 14.68$, S.D = 6.81)
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต คือ อาชีพ ผลข้างเคียงจากการรักษา คือ
อาการปากแห้ง อาการท้องผูก อาการอ่อนเพลีย อาการ มีแผลเรื้อรังที่ระพุงแค้น อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และ การสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ ผลข้างเคียงจากการรักษา คือ อาการข้อไหล่
ติด หรือ แข็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....อุทวิเศษ.....มาลารัตน์.....

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....Ab.kaw.....

ปีการศึกษา.....2550.....

4974911930 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : QUALITY OF LIFE , DEPRESSION , BREAST CANCER

POOMARIN MALARAT : QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION IN
BREAST CANCER PATIENTS AFTER SURGERY IN KING

CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL . THESIS PRINCIPAL ADVISOR :

NUTTORN PITYARATSTIAN , M.D., 107 pp

The purpose of descriptive study was to study quality of life and depression and related factors affecting breast cancer patients after surgery. Two hundred and three subjects were recruited from out-patient surgery clinic, day care clinic and radiology clinic in King Chulalongkorn Memorial Hospital. All Subject completed demographic questionnaire and questionnaires assessing quality of life (WHOQOL-BREF-THAI) , depression (HRSR), and Social support (PRQ Part II) with the reliability alpha coefficients of 0.90 , 0.79 , 0.85 respectively . The statistics was mean, standard deviation , and Chi-Square tests.

The results of this study were

1. Quality of life of breast cancer patients in this study was in intermediate level (mean scores 73.48 , S.D = 12.80).
2. Prevalence of depression in breast cancer patients after surgery were 7.39 %
3. Depression scores in breast cancer patients were within the normal range, i.e most patients did not have depression.(mean scores 14.68 , S.D = 6.81)
4. Occupation category and side effects after operation , and social support could significantly predict quality of life in breast cancer patients .
5. Side effects after operation could significantly predict depression in breast cancer patients .

Department :Psychiatry.....Student ' s Signature :*พญ.กนกพร นพรัตน์*.....
Field of Study : Mental Health.....Principle Advisor ' Signature.....*N. Pityaratstian*.....
Academic year.....2007.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของอาจารย์นายแพทย์ ฌัทร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และให้กำลังใจ ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา ที่กรุณาให้ คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในเจตนาและความกรุณาของทุกๆท่านเป็นอย่างดี ขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ในการเก็บข้อมูลรวบรวม ข้อมูลจาก คุณธีรวดี แก่นจันทร์หอม เจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก แผนกเคมีบำบัด และ แผนกรังสีรักษา และ มะเร็งวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการให้ข้อมูล และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ท้ายนี้ขอขอบคุณ นางอรพินธ์ กังสรานุกุลด์ นางอำภา พโลศิลป์ นางสาวิง พโลศิลป์ และ นายคมสันต์ เอกศรีสกุล ซึ่งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

ผู้วิจัยระลึกถึงในพระคุณของทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้น และที่ไม่อาจกล่าวนามได้ในที่นี้ ตลอดไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
	สารบัญ.....	ช
	สารบัญตาราง.....	ฅ
	บทที่	
1	บทนำ.....	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	คำถามการวิจัย.....	2
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
	ขอบเขตการวิจัย.....	3
	ข้อจำกัดการวิจัย.....	4
	คำจำกัดความที่ใช้.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม.....	8
	แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	9
	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม	11
	การประเมินผลคุณภาพชีวิต.....	13
	แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	14
	ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม	18
	การประเมินผลภาวะซึมเศร้า.....	19
	แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	
	ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	21
	การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	24
	การประเมินผลการสนับสนุนทางสังคม.....	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
รูปแบบการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	80
ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	88
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก.....	98
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	107

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	36
ตารางที่ 2	แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์....	39
ตารางที่ 3	แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (รวมกลุ่ม).....	42
ตารางที่ 4	แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	45
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	47
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	48
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีจำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคม.....	50
ตารางที่ 8	แสดงจำนวนและร้อยละภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	54
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	55
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคม.....	57

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.....	63
ตารางที่ 13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.....	67
ตารางที่ 14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi -square Test. และ The Fisher's exact test.....	69
ตารางที่ 15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	73

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and Rationale)

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย ติดต่อกัน 8 ปี ตั้งแต่ปี 2542 ปีละกว่า 50,000 ราย โรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ชายได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และลำไส้ ส่วนผู้หญิงพบมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือมะเร็งเต้านม ในปี 2547 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศประมาณ 18,000 ราย ส่วนใหญ่เป็นหญิง พบในผู้ชายน้อยมากปีละประมาณ 10 ราย โดยตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ 5,592 ราย จังหวัดที่พบบ่อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร ลำปาง เสียชีวิตปีละประมาณ 2,000 ราย จากการสำรวจอัตราการตรวจมะเร็งเต้านมของผู้หญิงทั่วประเทศอายุ 15-44ปี ล่าสุดในปี 2549 พบมีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น ในปีนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ทุกจังหวัด รณรงค์ให้ผู้หญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนตั้งเป้าหมายให้ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80¹

เป้าหมายของการพัฒนาประเทศไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเฉพาะแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ คือ สุขภาพดีถ้วนหน้าเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี การวัดคุณภาพชีวิตในการแพทย์สามารถนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ซึ่งเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการทางการแพทย์ คือ การพัฒนาผู้ป่วยให้ดีขึ้นเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ในเรื่องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ได้จำกัดอยู่แค่คนที่มีความสุขที่ดี แต่ยังรวมถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคทั้งทางร่างกายหรือโรคทางจิตใจ โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงและน่าสะพรึงกลัว มีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความกังวลและซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยที่สุด² ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้หญิง ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถใช้กลไกทางจิต หรือ มีการสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นทางสังคม หรือ การอยู่ร่วมกับคู่สมรสและญาติ เฉกเช่นกับโรค ผู้ป่วยก็สามารถที่จะเผชิญกับโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ได้ โดยจะเห็นได้จากการวิจัยของรพีพรรณ³ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและดี และปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญคือการอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและญาติ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วย มักจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดหรือทำความเข้าใจกับ โรคและความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ผู้ป่วยจะปฏิเสธ และไม่ยอมรับการรักษา ต่อต้าน หมดหวัง บางครั้งจะเกิดความโกรธ คิดโทษตัวเอง โทษครอบครัว พระเจ้า และจะคิดหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือตามความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วิถีชีวิตของแต่ละคนมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หวังให้มีชีวิตอยู่ แต่เมื่อทำแล้วโรคร้ายนั้นยังคงอยู่ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นจริง และต้องอยู่กับมันต่อไป โดยจะแสดงปฏิกิริยา การแยกตัวเอง และโกรธ เกลียดตัวเอง บางครั้งอาจเกิดอาการ ซึมเศร้า จนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย สุดท้ายเมื่อหมดหนทาง ผู้ป่วยก็จะเริ่มเรียนรู้ด้วยตนเองว่าต้องปรับตัวและวิถีชีวิตให้เข้ากับสภาพในขณะนั้นให้ได้ โดยระยะนี้ผู้ป่วยอาจต้องช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มองเห็นว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในระยะนี้ ดังที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่า ทุกระยะผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้นซึ่งถ้าหากไม่สามารถที่จะใช้กลไกทางจิตที่ดีหรือมีการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีก็จะกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก นอกจากสภาพจิตใจที่ เปลี่ยนไป ยังมีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวผลร้ายที่จะเกิดกับตนทั้งอาการข้างเคียงจากการรักษา การกลับเป็นซ้ำ ของโรค เป็นต้น

จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยต้องการทำวิจัยขึ้น เพื่อต้องการทราบถึงภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเป็นอย่างไร และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ที่ผ่านมามี การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ ศึกษาภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ ไม่ได้เจาะจงภาวะของอาการแต่เป็นการมองภาพรวมที่กลุ่มอาการมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมองเห็นถึงประโยชน์จากการทำวิจัยครั้งนี้เพื่อตระหนัก เข้าใจ ถึง สภาวะอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่จะแสดงออกมาทางด้านพฤติกรรม ที่อาจจะเนื่องมาจากการที่ ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง จึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมซึ่งจะช่วย ในการเข้าไปร่วมกับผู้ป่วยที่จะเผชิญปัญหา และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยัง ช่วยป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเช่นกัน

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก1. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็น อย่างไร

คำถามรอง 1. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

ปัญหาการวิจัย

1. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานการวิจัย ไม่มี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบบรรยายเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลา

(Cross – Sectional Descriptive Study)

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยหญิง โรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจตามนัดที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก ตึก ภ.ปร ชั้น 6 แผนกเคมีบำบัด และ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ตึกอำนวยการ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เลือกสถาบันนี้เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมมารับการรักษาพยาบาลจากทั่วประเทศจึงถือเป็นตัวแทนประชากรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดได้

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ภาระหนี้สิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน ระยะของมะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ การรักษาอื่นที่เข้าร่วมกับการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิต

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดครอบคลุม 4 ด้านคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงของวงจรประจำเดือน การเป็นหมัน การนอนหลับ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well – being) ได้แก่ ความรู้สึกมีประโยชน์ การมีความสุข ความพึงพอใจ การสามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้
3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well - being) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well - being) ได้แก่ การมีความหวังและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด คือ ภาวะจิตใจ หม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย รู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า มีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย ซึ่งมีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตอาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ จนได้รับการวินิจฉัยว่าซึมเศร้า การประเมินเปรียบเทียบที่พัฒนาขึ้นโดย ดวงใจ กสานติกุล ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. อาการทางกาย
2. ความกระตือรือร้น
3. อาการทางความคิด
4. อาการทางอารมณ์

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดของ ไวเนิร์ต ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

1. ด้านความรักและความผูกพัน
2. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
3. ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น
4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ

ประโยชน์ที่ได้รับ

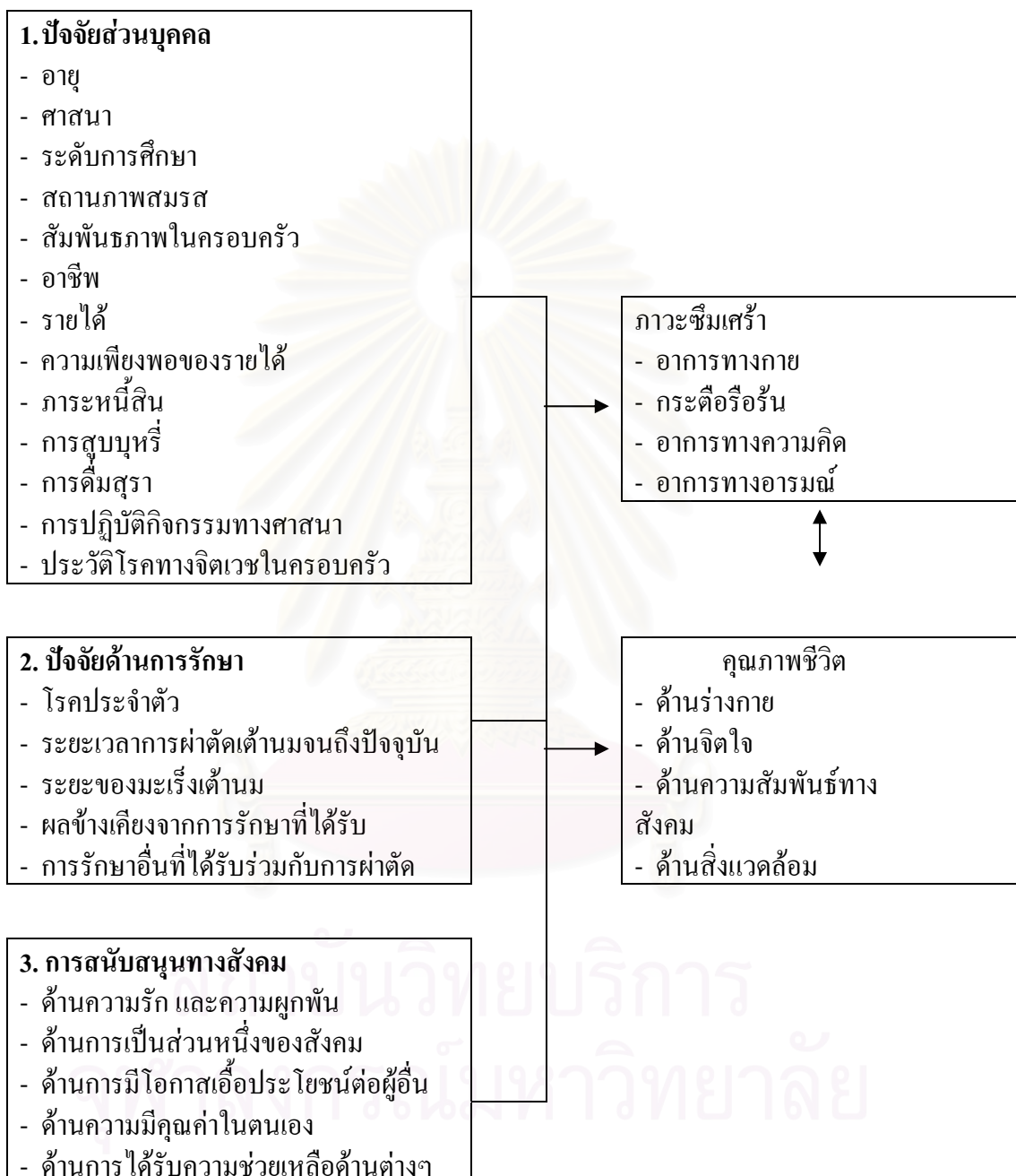
1. เป็นแนวทาง สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู และ ตระหนักถึง ภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่ออิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ในทีมบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป
2. เป็นแนวทางที่จะจัดวางวิชาการให้ความรู้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอเสนอผลจากการศึกษาค้นคว้าต่างๆ ดังกล่าวตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

2. คุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การประเมินคุณภาพชีวิต

3. ภาวะซึมเศร้า

แนวคิดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การประเมินภาวะซึมเศร้า

4. การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมและการผ่าตัดจากข้อมูลหลักฐานที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันทำให้สามารถสรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ระหว่างการผ่าตัด การฉายรังสี การรักษาด้วยเคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การผ่าตัด เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านมเฉพาะที่ มานับร้อยปี วิธีการผ่าตัดทำได้หลายรูปแบบ ดังนี้⁴⁻⁷

1.1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิง (Radical mastectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งตัดกล้ามเนื้อ pectoralis major, minor และตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย ผู้ป่วยมักมีแขนบวมได้ง่ายเนื่องจากน้ำเหลืองจากแขนไหลกลับไม่สะดวก

1.1.2 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (Modified radical mastectomy, MRM) เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมกันมากในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการรักษาที่สมบูรณ์แบบที่สุดคือการตัดเต้านมทิ้งทั้งหมด เป็นการป้องกันการเกิดซ้ำ ตัดกล้ามเนื้อออกเฉพาะ pectoralis minor และการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกเพื่อดูระยะของโรคมะเร็งและเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาวางแผนให้การรักษาพยาบาล

1.1.3 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple mastectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเต้านม ที่ตัดเต้านมออกทั้งหมดแต่ไม่เลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออก การผ่าตัดวิธีนี้มักใช้ร่วมกับรังสีรักษา

1.1.4 การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast conservation surgery) เป็นการผ่าตัดเต้านมเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเต้านมที่อยู่ข้างๆรวมทั้งเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกร่วมกับการใช้ รังสีรักษาโดยมีจุดประสงค์เพื่อผลทางด้านจิตใจและความสวยงาม

2. รังสีรักษาและความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องสามารถควบคุมโรคเฉพาะที่และป้องกันหรือลดการแพร่กระจายของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ในส่วนของการควบคุมโรคเฉพาะที่นั้นรังสีรักษาได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ ประกอบกับปัจจุบันแนวโน้มของวิธีการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการตัดเต้านมออก ซึ่งในกรณีเช่นนี้รังสีรักษาเข้ามามีบทบาทมากขึ้นที่จะเป็นการรักษาหลักภายหลังการผ่าตัดแล้ว โดยมีจุดประสงค์ของการฉายรังสี คือเพื่อทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatics และพบว่าการใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดสามารถลดการกลับเป็นซ้ำลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

3. ฮอร์โมนบำบัด

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมนบำบัดเริ่มมีมาประมาณร้อยปีเศษมาแล้วด้วยความเชื่อที่ว่าต้นเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านม คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้นหากตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้างระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง มีผลทำให้ก้อนมะเร็งยุบลงและหายไป ด้วยความรู้จากการศึกษาระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านมในอดีตทำให้ปัจจุบันมีการนำฮอร์โมนมารักษาผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านมโนหลายรูปแบบ⁹ ดังนี้ 1) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม 2) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค 3) การป้องกันมะเร็ง (Chomopreventive) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็ง¹⁰

4. การรักษาด้วยเคมีบำบัด

เนื่องจากมะเร็งเต้านมถือเป็นโรคที่มีการแพร่กระจาย (systemic disease) และส่วนใหญ่เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งนั้นมักมีการแพร่กระจายซึ่งมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (micrometastasis) ไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือเข้าสู่กระแสเลือดแล้วพบว่าแม้คลำต่อมน้ำเหลืองรอบบริเวณรักแร้ๆ ไม่ได้แต่เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปแล้วถึงร้อยละ 90¹¹ โดยการมีเซลล์มะเร็งลุกลามไปเพียง 1-3 node จะมีMicrostasis แล้วถึงร้อยละ 25-30¹² ดังนั้นการผ่าตัดหรือการฉายรังสีซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่ (local regional control) จึงไม่เพียงพอที่จะรักษามะเร็งเต้านมได้ จำเป็นต้องให้การรักษาแบบทั่วระบบ (systemic treatment) คือการให้เคมีบำบัดร่วมด้วย ซึ่งแต่เดิมการให้เคมีบำบัดในมะเร็งเต้านมจะกระทำในรายที่ตรวจพบว่าการแพร่กระจายของโรคหรือในรายที่มีการลุกลามเฉพาะที่ของโรคที่รุนแรง แต่ปัจจุบันเคมีบำบัดถูกนำมาใช้มากขึ้นทั้งเพื่อการรักษาดังกล่าวข้างต้นและเพื่อการรักษาเสริม (adjuvant treatment) โดยหวังผลทำลาย micrometastasis ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราการปลอดโรค (disease free survival) รวมทั้งเพิ่มอัตราการรอดชีวิตแก่ผู้ป่วย¹³

2. คุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดี คือเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกลุ่มอายุเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบันโดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน¹⁴ คำว่า “คุณภาพชีวิต” มีความหมายกว้าง เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาทั้งในยามที่มีภาวะสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย¹⁵ ปัจจุบันวงการสาธารณสุขไทยมีการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก รัฐบาลได้นำแนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ 2545-2549) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁶ มีผู้สนใจศึกษาและให้

ความหมายคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกันตามทัศนะและมุมมองของแต่ละบุคคลดังนี้

องค์การอนามัยโลก¹⁷ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

จริยาวัตร คมพยัคฆ์¹⁴ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า และชีวิตที่มีความหมาย

อำภาพร พัววิไล และกันยา นภาพงษ์¹⁸ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก รับรู้ มีประสบการณ์ ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของตนมีอยู่และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ

Burkhardt¹⁹ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตตนเองว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคล มีภาวะสุขภาพกาย และด้านวัตถุ (Physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ชุมชน กิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง การทำให้บรรลุผลและการหาเวลาพักผ่อน

Somchit Hanucharumkul²⁰ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ความผาสุก (well-being) ความสุข (Happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

Padilla และ Grant²¹ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Ferrell²² กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงของวงจรประจำเดือน การเป็นหมัน การนอนหลับ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความรู้สึกมีประโยชน์ การมีความสุข ความพึงพอใจ การสามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้

3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well - being) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัวสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well - being) ได้แก่ การมีความหวังและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง การได้รับการผ่าตัดเต้านม และได้รับผลข้างเคียงจากการผ่าตัด ย่อมส่งผลต่อความผาสุกด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกันดังจะกล่าวถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ในด้านร่างกาย จิตใจ การรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนหลังการผ่าตัดเต้านมการตอบสนองต่อการผ่าตัด และผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และความผาสุกในการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ภายหลังกลับไปดำรงชีวิตในสังคม อาการที่พบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้แก่ รู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณหน้าอก (chest wall tightness) รวมถึงอาการปวดแปลบ บางครั้งเหมือนถูกเข็มตำบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณข้างรักแร้ข้างที่ทำผ่าตัดที่ไม่หายไปแม้กลับบ้านไปแล้ว²³ ท่อน้ำเหลืองอุดตัน (lymphadema) และแขนบวม (arms swelling) จากการตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดเต้านมทันที หรืออาจพบหลายเดือน หรือ หลายปีหลังจากผ่าตัด อาการแขนบวมนี้ นำมาซึ่งการเกิดอันตราย หรือการบาดเจ็บของแขนได้²⁴ ตลอดจนการรับรู้ทางประสาทสัมผัสแขนข้างที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนไป (sensory change) โดยเฉพาะมีอาการชาตื้นแขนด้านใน เป็นเพราะเส้นประสาทที่มัลติปลิวหนังกบริเวณนี้ (intercostobrachia nerve) ถูกตัดขาด อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นเองแต่อาจจะไม่หายไปทั้งหมด รวมถึงอาการของข้อไหล่แข็งขยับได้น้อยลง (impaired arm mobility) เกิดขึ้นเพราะช่วงแรกหลัง ผ่าตัดผู้ป่วยเจ็บแผลจึงไม่ขยับแขนและไหล่ข้างนั้น และดึงแขนมาแนบลำตัวตลอดเวลาติดต่อกันหลายวัน ทำให้ข้อไหล่ยึด อาการดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม (mastectomy) ภายหลังกลับไปดำรงชีวิตในสังคมเป็นอย่างยิ่ง²⁵

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคม

การสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดเต้านม (mastectomy) ทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก หลังการผ่าตัดการสูญเสียเต้านมนั้นทำให้ผู้ป่วยยากที่จะทำใจยอมรับได้ กลับกลายเป็นภาวะวิกฤติสำหรับชีวิต ผู้ป่วยส่วนมากจะแสดงอาการ โศรกเศร้า หดอาด้อยตายและสิ้นหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว และ การเข้าสังคม²⁶ รวมทั้งพบว่า ในผู้ป่วยที่มีอายุ

น้อย การมีแผลเป็นขนาดใหญ่จากการถูกตัดเต้านมและการสูญเสียเต้านมล้วนสร้างความทุกข์อย่างใหญ่หลวงแก่ผู้ป่วย ทั้งจากการมีร่างกายไม่สมบูรณ์เหมือนเดิมแล้วยังกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค และวิตกกังวลกลัวการถูกรังเกียจจากเพื่อนชาย ²⁷ หากผู้ป่วยแต่งงานแล้วหลังสูญเสียเต้านมจะมีความวิตกกังวล กลัวสามีเบื่อหน่าย และรังเกียจ ทำให้จิตใจผู้ป่วยสับสน เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ และมีอารมณ์แปรปรวน ²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shell et al ²⁹ ที่ศึกษาใน ผู้ป่วยมะเร็ง โดยทั่วไปพบว่าภายหลังการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้แก่ โกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล หมดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ บางรายมีความคิดที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งโดยพยายามหาทางที่จะรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ตามความเชื่อ และแรงชักจูง เช่น ยาหม้อ น้ำมันต์ หรือ โสยศาสตร์ เป็นต้น เมื่อพยายามแล้วไม่ได้ผลก็จะท้อแท้ สิ้นหวัง ความทุกข์ ของผู้ป่วยมะเร็งนั้น เป็นความทุกข์ที่จะต้องเผชิญคำพียงยากที่ผู้อื่นจะเข้าใจ ความทุกข์นี้จึงหนักยิ่งกว่าความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายหลายเท่า ³⁰ จากการศึกษาของ Cimprich and Ronis ³¹ ซึ่งทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน และจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อยๆ โดย 3 เดือน แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานทั้งจากการสูญเสียความตั้งใจ (concentration) เมื่อความตั้งใจสูญเสียไปจะส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจ (decision making) เกี่ยวกับการรักษา การดูแลตนเอง การรับรู้ความผาสุกและการปรับตัวต่อสถานการณ์ในชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ Shell et al ²⁹ ที่พบว่า การป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้นส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจาก ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นค่อนข้างสูง เมื่อประกอบกับการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ทำงานได้น้อยลง หรือ ไม่ได้ทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัว และการกลับเข้าทำงานและโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ²⁸ ทำให้เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ป่วยอีกประเด็นหนึ่ง นอกจากนี้ยังกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวความเจ็บปวดทรมาน และกลัวผลของการรักษาต่อเนื่อง เหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หรือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ³²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาล้วนแสดงถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับที่ Padilla และ Grant ²¹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมอาการ อันที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปดำรงชีวิตในสังคมปกติแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

1.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตนั้นเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ³³ การจะบอกว่าบุคคลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด จะต้องมีการประเมินจากการรับรู้ของบุคคลในบริบทของสังคม หรือสถานการณ์นั้น ๆ³⁴ มีนักวิชาการกล่าวถึงแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Dow³⁵ กล่าวว่าสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น ประเมินได้ทางด้านจิตพิสัย (Subjective) ซึ่งมีนักวิชาการนิยมประเมินผลกระทบจากการรักษา และ อาการข้างเคียงของโรค และการรักษา

Padilla และ Grant²¹ ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ อาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ โดย Padilla และ Grant เริ่มสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตขึ้นในปี ค. ศ 1983 (Padilla และ Grant 1983)³⁶ และได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพการณ์ (concurrent validity) โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินที่สร้างขึ้น กับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษา พบว่าคะแนน คุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคที่ประเมินโดยแพทย์ ต่อมาในปีค . ศ 1985 Padilla และ Grant²¹ ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาเป็นครั้งที่ 2 เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 135 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษา 6) ภาวะโภชนาการ และได้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.48 – 0.90 เมื่อนำเครื่องมือมาหาความตรงตามการจำแนก (discriminant Validity) โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี และ กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็น ผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุดกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในมีคะแนนต่ำสุด ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนอยู่ในระดับกลาง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ที่หน้าท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำเป็นอันดับ 2 รองจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยใน แสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ และ กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีได้

Meeberg³³ ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งวัดได้ด้วยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาทหน้าที่ ความหมายของชีวิต เป็นต้น

ต่อมา Somchit Hanucharurnkul (1988)²⁰ ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant (1985) ดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และ มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 ราย และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89 จากนั้นได้มีผู้นำเครื่องมือนี้มาศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยหลากหลายโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาเพื่อทำการศึกษาในงานวิจัย ครั้งนี้

2. ภาวะซึมเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจ หม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย รู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า มีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย ซึ่งมีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตอาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ จนได้รับการวินิจฉัยว่าซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในทางการแพทย์ต่างๆไปบางที่เรียกว่า “ไข้หวัดทางจิต”³⁷ คนส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้งซึ่งไม่จำเป็นต้องทำการรักษาแต่อย่างใด แต่เมื่อภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นอย่างรุนแรงมีผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิต หรือเกี่ยวข้องกับเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ³⁸ การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นจะเกิดมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัย ซึ่งมีผู้รวบรวมไว้ได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า อายุก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าคนอายุมากกว่า 60 ปี เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนที่อายุต่ำกว่า รวมทั้งอาจมีภาวะซึมเศร้า

ในระยะเวลาที่ยาวนาน และเป็นอย่างชนิดเรื้อรังมากกว่าอีกด้วย ระดับทางสังคมและเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ในทางกลับกันคือคนที่มีความเศรษฐานะต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้มีหลายรายงานขัดแย้งกันในเรื่องสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนที่แยกกันอยู่หรือหย่ากับคู่สมรส ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (high risk) ได้แก่ ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีเศรษฐานะต่ำ งานที่ทำอยู่ในระดับต่ำ (low status job) ปั่นแม่บ้าน ต้องดูแลเด็กเล็ก การแต่งงานที่ไม่มีความสุข เป็นต้น แต่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จำนวนบุตร ระดับของการติดต่อกันในสังคม (degree of social interchange) และการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเองก็สามารถเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ภาวะซึมเศรฐาลดน้อยลงได้เช่นกัน³⁹ ภาวะซึมเศร้าจึงไม่ได้เกิดจากภาวะของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียว ปัจจัยในด้านสิ่งแวดล้อมก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากหรือน้อยแตกต่างกันด้วย

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า⁴⁰

อาการหลักของภาวะเศรฐารุนแรง คือ มีอารมณ์เศรฐาหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (Anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ
2. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลง และผอมลง
3. อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ต้นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (Initial Insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆ ทั้งคืน (Total Insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (Depressive Insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (Terminal Insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก
4. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (Agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (Retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (Poverty of Speech) อยู่ในท่าไหล่ก้ม, คอดก, สีหน้าเฉยเมยหรือหน้ามัวคิ้วขมวดมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน
5. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

6. อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น จี้ลืมเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิ เป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม
7. อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมึนแต่รู้สึกกลัวตายคิดถึง หรือ ฝันถึงญาติ หรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้บ่อยในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย
8. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือ มีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลมาจากที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมา ซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น
9. อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 % หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆนาๆ กลัวไปหมด
10. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยผู้ชาย มีอารมณ์ทางเพศ หรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน
11. อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (Hypochondriasis) ผู้ป่วยมักไม่ทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

นอกจากนี้สามารถแบ่งภาวะซึมเศร้า ตามความรุนแรงได้ 3 ระยะ ⁴¹

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เศร้าบางครั้งมีสาเหตุ แต่บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุ ร้องไห้และมีความคิดฆ่าตัวตาย บางครั้งอาการที่แสดงให้เห็นได้แก่ วิตกกังวลปวดศีรษะ กลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobias) นอนไม่หลับ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีผลกระทบต่อครอบครัว การงาน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์น้อย ร้องไห้ไม่มีสาเหตุ รู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกเจ็บปวดในจิตใจ พุดลำบาก คิดซ้ำ มีอาการย้ำคิด

ย้ำทำ (obsessive and compulsive symptom) มีความคิดในด้านลบ 3 อย่าง (cognitive triad) ไม่มีความต้องการทางเพศเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในกลุ่มสมรส หรือ ปัญหาทางเพศเกิดขึ้น

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีความเศร้าลึกมากขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ความเศร้ามาจากภายในตัวบุคคลนั้น (endogenous) ปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ไม่ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน (delusion and hallucination)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากจะเป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาช่วยในการอธิบาย ทฤษฎีดังกล่าวสนับสนุนการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า การตอบสนองการรักษา การแสดงออกหรือการหายไปของตัวบ่งชี้ทางชีวภาพรวมทั้งในรูปแบบของพฤติกรรม (behavior patterns)³⁹ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ทางด้านจิตสังคม (psychosocial) และทางด้านชีวภาพ (biochemical)⁴²

1. ทฤษฎีทางด้านจิตสังคม ได้แก่

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory) อธิบายถึงประสบการณ์จากการสูญเสียที่สำคัญ (significant loss) อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือ มโนภาพ ทั้งจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก งานอาชีพ หรือจากการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญที่ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูญเสียในอดีตแล้วไม่ได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างสมบูรณ์ ความโกรธถูกเก็บไว้ภายใน แล้วกลับมาปรากฏให้เห็นในภายหลัง บุคคลจะแสดงความโกรธเกลียดตัวเอง (self - loathing) ละอายใจ นอกจากนี้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของบุคลิกภาพในการเผชิญกับภาวะเครียด และการพัฒนาการทางด้านจิตใจ (psychodynamic) ก็เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีจิตวิเคราะห์นี้

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความนึกคิด (cognitive theory) อธิบายว่าผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอย่างไม่มีเหตุผล มีความคิดเกี่ยวกับตนเอง หรือมองตนเองในแง่ลบ และคาดหวังอนาคตในด้านลบ⁴³ กล่าวถึงความนึกคิดของภาวะซึมเศร้า 3 อย่าง (The cognitive triad of depression) ประกอบด้วย 1. การรับรู้ตนเองในด้านลบ มองตนเองผิดปกติไร้ค่า และไม่พึงปรารถนา (undesirable) 2. เคยมีประสบการณ์ในแง่ลบ พบกับพ่ายแพ้ ถูกลงโทษ 3. คาดหวังว่าจะต้องพบกับความยากลำบาก ความเศร้าใจ และความล้มเหลว บางท่านให้ข้อสรุปว่าเป็นการมองในแง่ลบทั้งที่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และ อนาคต⁴⁴

1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (learning theory , behavior theory or social culture) ว่าเกิดจากประสบการณ์ในครั้งที่ผ่านมา บุคคลตกอยู่ในอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ รวมทั้งขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดความกลัวต่อภาวะการสูญเสียของตนเอง

2. ทฤษฎีทางด้านชีวเคมี เป็นการอธิบายขบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าทางด้านชีวเคมี แต่ยังไม่มีการตอบโดยเฉพาะได้แก่

2.1 ทฤษฎีแคทีโคลามีน (catecholamine theory) เกี่ยวกับสารสำคัญบางชนิดในสมอง (neurotransmitter) ทำงานได้ลดลง ได้แก่พวกโดปามีน (dopamine) นอร์อีปีเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) และสารอื่น ๆ

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม เช่น ในพวกฝาแฝด เป็นต้น

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับฮอร์โมน เช่น พวกคอร์ติซอล (cortisol hormone) และไทรอยด์ฮอร์โมน (thyroid hormone)

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับระดับการแลกเปลี่ยนของโซเดียม และ โปแตสเซียม ใน เซลล์สมอง

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะได้³⁹ มีเพียงทฤษฎีที่น่าเชื่อถือดังกล่าวมาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้น สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมออก จึงไม่สามารถอธิบายโดยเฉพาะได้เช่นเดียวกันคงอธิบายได้เพียงว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก เป็นผลมาจากการต้องสูญเสียเต้านมไป ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าของตนลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำได้ไม่เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาคนอื่น⁴⁵ นอกจากนี้ยังรวมกับความกลัวการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ที่มักคอยเตือนในเรื่องของความตายและความไม่สวยงาม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความเป็นเพศหญิงอีกด้วย⁴⁶ ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมออกจึงน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าชนิดที่เกิดขึ้นเพื่อตอบโต้กับสภาพการณ์ภายนอก (exogenous or reactive depression) เช่นการสูญเสียหรือ การเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหันในวิถีชีวิตจนทำให้ปรับตัวไม่ทัน⁴¹ ร่วมกับความโศกเศร้า (grief) อันเป็นขบวนการตอบสนองต่อการสูญเสีย⁴⁷ สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งคงสามารถอธิบายได้แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะเมื่อรวมเอาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เข้ามาด้วย

ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม⁴² ดังนี้คือ

ทางด้านร่างกาย (physiological change) มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มีสาเหตุ นอนไม่หลับ หรือ นอนหลับมากเกินไป รับประทานอาหารได้น้อยหรือมากเกินไป ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวช้า ท้องผูก ประจำเดือนมาผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง

ทางด้านจิตใจ (psychological or cognition change) มีสมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลก ๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ มีความกังวลสูง คิดซ้ำซากในเรื่องเดียวกัน หมดหวังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (emotional change) มีความวิตกกังวล โกรธ สับสน หมดหวัง เศร้า มีความรู้สึกลดบางอย่าง (inadequate) หงุดหงิด เศร้า เบื่อหน่าย

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (social change) สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบสังคมแยกตัว

2.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า

วิธีการประเมินเป็น 3 วิธี คือ

1. การใช้แบบประเมินตนเอง (self – rating scale) ได้แก่ แบบวัดปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย (Health Report (HRSR) scale) : The Diagnostic Test for Depression in Thai Population), แบบสอบถามเอ็มเอ็มพีไอ (MMPI – The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) เป็นต้น
2. การประเมินโดยผู้รักษา (Physician – rated scale) ได้แก่ แบบสำรวจความซึมเศร้าของแฮมมิลตัน (The Hamilton Rated scale for Depression) เป็นต้น
3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective behavioral measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสังเกตและวัดได้ มีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า ความถี่ ของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ และบันทึกไว้ ได้แก่ การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่ใช้เคลื่อนไหว เป็นต้น

แบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบด้วยตนเอง

ดวงใจ กษานติกุล , น.พ .นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ และ คณะ ⁴⁸⁻⁴⁹ ด้วยตนเอง เรียกว่า แบบประเมินปัญหาสุขภาพ (Health- Related Self -Report) ไม่เรียกว่า แบบวัดโรคซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชักนำ หรือ ปิดบังอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ ให้ตรวจวัดหาความเครียด

หรือโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ใช้สะดวก และแปลผลง่ายกับประชากรไทย โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามนำร่องเป็นเวลา 2 ปีเพื่อเลือกสรรอาการที่สำคัญที่พบบ่อยในคนไทย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ได้คำถามทั้งหมด 20 ข้อ แยกเป็น อาการทางกาย (Vegetative) ความกระตือรือร้น (Motivation) อาการทางความคิด (Cognitive) และทางอารมณ์ (Psychological) 3 ข้อ (รู้สึกไม่สบายใจ, ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมายและ รู้สึกตัวเองมีคุณค่า) คิดคะแนนตามความถี่จาก 0 ถึง 3 (0) และ บ่อย ๆ (3) ข้อด้านบวกจะคิดคะแนนกลับกัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนปกติในชุมชน 890 ราย และ ผู้ป่วย 405 ราย ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุ ระหว่าง 15 -60 ปี (อายุเฉลี่ย 34 ปี เท่านั้น) และมีสถานภาพด้านอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจะถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อดูความแตกต่างจากคะแนนคือกลุ่มความวิตกกังวล กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้า กลุ่มโรคประสาทรุนแรง และ กลุ่มโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM III-R)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีคะแนนมัชฌิมสูงสุด (39.00 ± 11.58) กลุ่มวิตกกังวลมีคะแนนต่ำสุด (21.6 ± 9.82) กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้าอยู่ระดับกลาง ๆ (28.8 ± 8.76) คะแนนของหญิงและชายไม่แตกต่างกันนัก ในขณะที่คะแนนของกลุ่มคนปกติอยู่ที่ (13.6 ± 7.33)

ข้อความที่เป็น Objective Signs (คนอื่นทักว่าดูเครียด ซึมหมองคล้ำ และพยายามฆ่าตัวตาย) ช่วยมากในการบ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อความทางด้านบวก 3 ข้อ ก็ช่วยมากในการแยกบุคคลทั่วไปจากผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน และ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ด้วยวิธีครอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนี้เท่ากับ 0.91

จุดตัดของคะแนนที่ 30 บ่งบอกว่า ผู้ตอบน่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง Major Depression (specificity 90.2%, sensitivity 85.3%) จุดตัดของคะแนนที่ 25 บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะเครียด ซึมเศร้า หรือ โรคทางจิตประเภทอื่น ๆ (specificity 93.4%, sensitivity 75.1%) ที่ควรได้รับการตรวจและรักษาตั้งแต่ป่วยระยะแรก ๆ

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถาม HRSR มาใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้

3. การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งถูกค้นพบเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ 1970 และมีผู้สนใจนำแนวคิดนี้มาศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health) ความเครียด (stress) และภัยอันตรายต่างๆ ที่มีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งในและต่างประเทศจนถึงปัจจุบัน ⁵⁰⁻⁵¹

Weiss ⁵² ได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่นว่าประกอบด้วย

1. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และ โดดเดี่ยว
2. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
3. การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance / Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือ แบ่งปัน ด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล ข่าวสาร
4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น
5. การได้มีโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึงพิงได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

Cobb ⁵³ ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

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

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าผู้นั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นเป็นสมาชิก หรือ เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Norbeck ⁵⁴ กล่าวถึงสัมพันธภาพกับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นเพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต
2. การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม
3. การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อกันจากความใกล้ชิดกัน หรืออยู่ในระบบขั้นต้นของเครือข่าย
4. สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ
5. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์
6. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

Somchit Hanucharurnkul ²⁰ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล
2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญการให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้ความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือ การให้สิ่งของ การให้บริการ

House⁵⁰ ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน ระหว่างสมาชิกในองค์กรสังคม บางครั้งอธิบายถึงการแบ่งหน้าที่กันในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem) , ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (affect) , ความไว้วางใจ (trust) , ความห่วงใย (concerns) , การได้รับฟังสิ่งต่าง ๆ (listening)
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ , ข้อเท็จจริง , แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือ แนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย
3. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน หรือ แรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านการแบ่งเบาภาระงาน , ให้ความช่วยเหลือ หรือ เงิน
4. การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม(Appraisal support) ได้แก่การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back) , การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (affirmation) รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือ โดยตรงหรือ โดยอ้อมก็ได้

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁵⁰ ดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของ Thoist⁵⁵ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากบุคคลผู้ให้การพึ่งพาจะช่วยให้บุคคลผู้ให้การพึ่งพาจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ความกังวลที่มีอยู่ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทองและร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดี

3.2 การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนมากไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (health) การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well – being) หรือคุณภาพชีวิตทั้งในบุคคลสุขภาพดี และ ผู้ที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง⁵⁶ ซึ่งสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Lindsey et al⁵⁷ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดังเช่นงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดังเช่นงานวิจัยของ Somchit Hanucharurnkul²⁰ ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย งานวิจัยของ Sommarco⁶³ ที่ศึกษาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ และมีงานวิจัยที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาเชิงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมด้วยเช่นกันดังเช่นในงานวิจัยของ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ ทิพากร ตั้งอานวย⁵⁸ ที่ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดย House⁵⁰ กล่าวว่าบุคคลผู้ให้ การสนับสนุนทางสังคมมี 9 กลุ่ม ได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน นายจ้าง เพื่อนร่วมงาน ผู้ให้บริการในบ้าน เช่น ผู้ดูแล (caregivers) หรือ แม่บ้าน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และ ทีมสุขภาพ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความสามารถในการพยากรณ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดรวมทั้งสร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) ของNorbeck⁵⁹ โดยพัฒนาเครื่องมือจาก Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และ เห็นคุณค่า และ ด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test – retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85 – 0.92

(N =75)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal resources questionnaire) ของแบรนท์และไวเนอร์⁶⁰ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือ ช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความยกย่อง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยรวมซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0.91 – 0.93 (N=100)⁶¹

การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (health) , การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well being) หรือ คุณภาพชีวิตทั้งในบุคคลสุขภาพดี และ ผู้ที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง⁵⁶ ซึ่งสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Lindsey et al⁵⁷ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และ ปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังเช่น งานวิจัยของ Sammarco⁶² ที่ศึกษาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งด้านมวัยผู้ใหญ่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งด้านมวัยหลังผ่าตัด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นันทา เล็กสวัสดิ์⁶³ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 80 ราย ที่ห้องตรวจพิเศษ ศัลยกรรม 1 การพยาบาลผู้ป่วยนอก และฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ โดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทางร่างกายและทางด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านวิญญาณ อยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนชุดของการให้เคมีบำบัดที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งมีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01

ภักจิรา รัชตะสังข์⁶⁴ ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมหมวกไตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 162 คน พบว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งต่อมหมวกไตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คิดเป็นร้อยละ 27.8 และร้อยละ 19.1 ตามลำดับ

มาลี วรลัคนากุล⁶⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 76 ราย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้และความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ส่วน อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

รวีวรรณ คำเงิน⁶⁶ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.4 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 60 ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย และด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพและมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นน้อยที่สุด

วนิดา รัตนานนท์⁶⁷ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 130 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 ต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Berard RM, Boermeester F, Viljoen G⁶⁸ ศึกษาความชุก การประเมิน การจัดการของภาวะ ซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกมะเร็งวิทยา จำนวน ผู้ป่วย 456 ราย โดยเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็ง ศีรษะ คอ และมะเร็งต่อม้ำเหลือง โดยใช้แบบสอบถาม HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) และ BDI (Beck Depression Inventory) พบว่า มีความชุกของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 14 %



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ระหว่าง คุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ต่อ ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการการตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม ตึก ภ. ป.ร. ชั้น 6 แผนกเคมีบำบัด ชั้น 6 ตึกอำนวยการ และ แผนกรังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ชั้น 1 ตึกอำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม
2. ได้รับการผ่าตัดเต้านมในช่วงเวลา 3 เดือน – 1 ปี
3. รู้สึกตัวดี อ่านออกเขียนได้
4. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่มีคุณสมบัติดังกล่าว โดยเก็บข้อมูล ทุกวัน จันทร์ อังคาร และ วันพฤหัสบดี ไม่มีการจำกัดโควตาในแต่ละวัน จนกว่า ครบ 203 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$\text{โดยใช้สูตร} \quad n = \frac{Z^2 pq}{D^2} \quad 69$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = ความชุกของภาวะ Depression 0.14 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากการศึกษา ของ Berand RM และคณะ ⁶⁸

q = 1 - p มีค่าเท่ากับ 0.86

d = ค่าความคาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.14)(0.86)}{(0.05)^2}$$

$$n = 185$$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดขึ้นอีก 10 % เท่ากับ 203 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ⁷⁰ เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด จน ครบจำนวน 203 คน โดยศึกษาตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2551 – 31 มีนาคม 2551 เหตุผลที่เลือกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจาก เป็น โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มารับการรักษาพยาบาลจากทั่วประเทศ จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 สร้างแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลที่ครอบคลุมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว ระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน ระยะของโรค ผลข้างเคียงที่ได้รับ การรักษาอื่นที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามที่วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหันรินทร์กุล และคณะ⁷¹ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งหมด 4 ด้าน คือ

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ข้อ 13, 14, 25
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อที่ 1 และ ข้อที่ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL –BREF – THAI ข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราวัดส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

ตอบ	ไม่เลย	ให้คะแนน	1	คะแนน
	เล็กน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
	ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
	มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
	มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

ตอบ	ไม่เลย	ให้คะแนน	5	คะแนน
	เล็กน้อย	ให้คะแนน	4	คะแนน
	ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
	มาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
	มากที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดย สุวัฒน์ มหันตนิรันดรกุล และคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL – BREF THAI โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาจึงได้ ค่าความเชื่อมั่น โดย มีค่า Cronbach 's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

และค่าความเที่ยงตรง validity เท่ากับ 0.65 หลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.90

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้เท่าไรห้สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีการแบ่งคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า เป็นแบบวัดปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย แบบตอบด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัด Health Related Self Report (HRSR) : The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population ของพ.ญ ดวงใจ กษานติกุล และ คณะ⁴⁹ ใช้วัดภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับ อาการ รวมทั้งข้อความที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ (objective sing)คือคำถามว่าถูกคนอื่นตำหนิหรือครียด ซึม หมองคล้ำ และพยายามฆ่าตัวตาย

แบบสอบถามมีข้อความด้านบวก 3 ข้อ 5 , 10 และ 15 (รู้สึกสบายใจ ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) ซึ่งแยกจากบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ส่วนที่เหลือเป็นข้อความด้านลบ จำนวน 17 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 3.1 กลุ่มอาการทางกาย (Vegative Symptom) มี 4 ข้อ ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า
- 3.2 ความกระตือรือร้น (Motivation Symptom) มี 4 ข้อ ได้แก่ รู้สึกเบื่อไม่อยากพูดคุย อยากอยู่เฉยๆ ชีวิตไม่มีความสุข พยายามฆ่าตัวตาย
- 3.3 กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive Symptom) มี 4 ข้อ ได้แก่ คิดมาก วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ ดำหนดตัวเอง
- 3.4 กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Psychological or mood Symptom) มี 5 ข้อ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ ร้องไห้ เบื่อหน่ายทุกอย่าง คิดอยากตาย คนอื่นทักว่าเครียด ซึม หมองคล้ำ

การให้คะแนนมี ค่าคะแนน 4 ระดับ คือ 0-1-2-3 มีเกณฑ์ การให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	มีค่าคะแนน	เท่ากับ 0
บางครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)	มีค่าคะแนน	เท่ากับ 1
ค่อนข้างบ่อย (2-3 วันต่อสัปดาห์)	มีค่าคะแนน	เท่ากับ 2
บ่อยครั้ง (เกือบทุกวัน)	มีค่าคะแนน	เท่ากับ 3

คำถามด้านบวกกลับกันเป็นตรงกันข้าม คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน เนื่องจากข้อสุดท้ายจะให้คำตอบเพียง เคย หรือ ไม่เคย จึงให้คะแนน 3 ถ้าตอบ เคย และ ให้คะแนน 0 ถ้าตอบไม่เคย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

The reliability coefficient (Cronbach ' coefficient alpha) ของสเกลนี้ คือ 0.91 ใช้คะแนนตัดที่ 30 จะได้ค่า specificity ร้อยละ 90.2 ค่า sensitivity ร้อยละ 85.3 สำหรับ major depression และตัดคะแนนที่ 25 จะได้ค่า specificity ร้อยละ 93.4 สำหรับภาวะซึมเศร้าปานกลาง หลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.79

การแปลผล

การแปลผลคือคะแนนรวมตั้งแต่ 25 – 29 คะแนน บ่งบอกถึงอารมณ์ซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ หรือ มากกว่า 30 คะแนน บ่งถึงอารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรง สำหรับในงานวิจัยนี้ใช้ค่าคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปเป็นเกณฑ์ว่ามีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire, PRQ 85 Part II) ของ ไวเนิร์ต⁷² ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จิรภา หงษ์ตระกูล⁷⁹ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมชุดนี้ ประกอบด้วย 25 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต 7 อันดับ โดยระดับคะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยแบบสอบถามชุดนี้ ประเมินใน 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านความรักและความผูกพัน 2. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3. ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง 5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ

การให้คะแนน : การให้คะแนนแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยให้คะแนนดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	3	5	6	8	9	11	12	13
14	15	17	18	19	20	21	22	23	25

ให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย = 3

เฉยๆ = 4 ค่อนข้างเห็นด้วย = 5 เห็นด้วย = 6 เห็นด้วยอย่างมาก = 7

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

4	7	10	16	24
---	---	----	----	----

ให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก = 7 ไม่เห็นด้วย = 6 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย = 5

เฉยๆ = 4 ค่อนข้างเห็นด้วย = 3 เห็นด้วย = 2 เห็นด้วยอย่างมาก = 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ค่าความตรงตามเนื้อหา (Validity) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของจิรภา หงษ์ตระกูล⁷³ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 และ เพียงใจ คาโลปการ⁷⁴ นำคะแนนสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.08 ผลการคำนวณ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.00 หลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.82

ค่าความเที่ยง (Relibility) เพียงใจ คาโลปการ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจำนวน 30 คน ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ 0.93 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 160 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุมเอกสารทางราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านหัวหน้าภาควิชาเพื่อยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
4. แนะนำตัวกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและวิธีการทำแบบสอบถามอย่างละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นความลับจะไม่นำข้อมูลที่ได้ไปทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใดๆทั้งสิ้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง
5. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหากมีข้อสงสัยใดๆก็สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
6. เมื่อได้แบบสอบถามคืนผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลหากข้อมูลของตัวอย่างบางตัวไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
7. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package For The Social Science)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สถิติที่ใช้คือ Chi-Square

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีตัวแปรพยากรณ์ คือ ปัจจัยพื้นฐาน ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มา รับการตรวจตามนัดที่ คลินิกศัลยกรรมเต้านม ภ. ป. ร. ชั้น 6 , แผนกเคมีบำบัด ตึกอำนวยการชั้น 1 , แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ตึกอำนวยการชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 203 คนตอบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ตอนที่ 3 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ตอนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการศึกษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ $\bar{X} = 48.63$		
Mode = 49 SD. =10.65		
21 - 30 ปี	6	3.0
31 - 40 ปี	42	20.7
41 - 50 ปี	74	36.5
51 - 60 ปี	51	25.1
61 - 70 ปี	26	12.8
71 - 80 ปี	4	2.0
ศาสนา		
พุทธ	195	96.1
คริสต์	6	3.0
อิสลาม	2	1.0
อื่นๆ	0	0.0
รวม	203	100
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	4.9
ประถมศึกษา	22	10.8
มัธยมศึกษา	31	15.3
อนุปริญญา	21	10.3
ปริญญาตรี	113	55.7
อื่นๆ	6	3.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง
ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	30	14.8
หย่าร้าง	14	6.9
คู่	143	70.4
แยกกันอยู่	7	3.4
หม้าย	9	4.4
อาชีพ		
รับราชการ	55	27.1
รัฐวิสาหกิจ	14	6.9
เอกชน	14	6.9
เกษตรกรกรรม	2	1.0
ค้าขาย	26	12.8
ว่างงาน	1	0.5
รับจ้าง	28	13.8
แม่บ้าน	51	25.1
อื่นๆ	12	5.9
รายได้โดยรวม		
ต่ำกว่า 5,000 บ /ค	4	2.0
5,001 – 15,000 บ /ค	41	20.2
15,001 – 25,000 บ /ค	76	37.4
25,001 – 35,000 บ /ค	49	24.1
35,001 – 45,000 บ /ค	16	7.9
45,001 บาทขึ้นไป	17	8.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง
ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	92	45.3
ไม่เพียงพอ	111	54.7
ภาระหนี้สิน		
มีหนี้สิน	141	69.5
ไม่มีหนี้สิน	62	30.5
สัมพันธภาพในครอบครัว		
อยู่กันอย่างราบรื่น	94	46.3
ทะเลาะกันรุนแรงบางครั้ง	36	17.7
ต่างคนต่างอยู่	14	6.9
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	52	25.6
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยๆ	7	3.4
ประวัติโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	202	99.5
มี	1	0.5
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	203	100.0
สูบ	0	0
พฤติกรรมการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	203	100.0
ดื่ม	0	0
กิจกรรมทางศาสนา		
ลดลง	58	28.6
เท่าเดิม	104	51.2
เพิ่มขึ้น	41	20.2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	152	74.9
มี	51	25.1
ระยะเวลาการผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน		
3-6 เดือน	87	42.9
6-9 เดือน	56	27.6
9-12 เดือน	60	29.6
ระยะของมะเร็งเต้านม		
1	40	19.7
2	81	39.9
3	61	30.0
4	21	10.3
การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด		
เคมีบำบัด	157	77.3
ฮอร์โมนบำบัด	5	2.5
ฉายแสง	36	17.7
อื่นๆ	5	2.5
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
ตั้งคมต่ำ	27	13.3
ปานกลาง	143	69.1
สูง	33	17.6

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.5 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.1 ช่วงอายุ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.7 ช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.8 ช่วงอายุ 21 – 30 คิดเป็นร้อยละ 3 และ ช่วงอายุ 71 – 80 คิดเป็นร้อยละ 2 ศาสนาที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.1 รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 3 และ ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 1 พบว่า ระดับวุฒิการศึกษาที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.3 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 10.8 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 10.3 ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 4.9 และ อื่นๆ เช่น ระดับปริญญาโทร้อยละ 3 สถานภาพสมรสที่มีจำนวนมากที่สุด คือ สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมา คือ โสด คิดเป็นร้อยละ 14.8 สถานภาพสมรสหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 6.9 สถานภาพสมรสหม้าย คิดเป็นร้อยละ 4.4 และสถานภาพสมรสแยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 3.4 อาชีพที่มีจำนวนมากที่สุด คือ อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 27.1 รองลงมา คือ อาชีพ แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.1 อาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 13.8 อาชีพ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 12.8 อาชีพ รัฐวิสาหกิจ และ เอกชน คิดเป็นร้อยละ 6.9 อาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 5.9 อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 1.0 และ อาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 0.5 รายได้โดยรวมต่อเดือนมากที่สุด คือ 15001 – 25000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.4 รองลงมา คือ 25001 – 35000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24.1 5001 – 15000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 20.2 45001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 8.4 35001 – 45001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 7.9 และ ต่ำกว่า 5000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 2.0 พบว่ามีจำนวนคนในกลุ่มที่ไม่เพียงพอต่อรายได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.7 และ จำนวนคนในกลุ่มที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 45.3 พบว่า มีจำนวนคนในกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.5 และ จำนวนคนในกลุ่มที่ไม่มีภาระหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 30.5 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่กันอย่างราบรื่นมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.3 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ทะเลาะกันรุนแรงบ้างแต่ไม่รุนแรงคิดเป็นร้อยละ 25.6 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ทะเลาะกันรุนแรงบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 17.7 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ต่างคนต่างอยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.9 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ทะเลาะกันรุนแรงบ่อย ๆ คิดเป็นร้อยละ 3.4 พบว่า จำนวนคนที่ไม่ได้ประวัติโรคทางจิตเวชมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.5 และ จำนวนคนที่มีประวัติโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 0.5 พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านการรักษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.9 และจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 25.1 ระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 3 – 6 เดือนมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 ระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 9 - 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 29.6 และระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 6 – 9 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ระยะของมะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุดคือระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 30.0 ระยะของมะเร็ง

เต้านมที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 19.7 และ ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 10.3 การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัดที่พบมากที่สุด คือเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 77.3การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด แบบฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และ การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัดแบบฮอร์โมนบำบัด และ อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.5

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดเป็นจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 69.10 รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17.60 และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จำนวน 27 คิดเป็นร้อยละ 13.30



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจึงได้ทำการจัดกลุ่มใหม่เพื่อให้มีปริมาณเพียงพอและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ $\bar{X} = 48.63$		
Mode = 49 SD. =10.65		
• 21 – 40 ปี	48	23.60
• 41 – 60 ปี	125	61.60
• 61 – 80 ปี	30	14.80
ศาสนา		
• พุทธ	195	96.10
• คริสต์	6	3.00
• อิสลาม	2	1.00
ระดับการศึกษา		
• ต่ำกว่าปริญญาตรี	84	41.40
• ตั้งแต่ปริญญาตรี	119	58.60
สถานภาพสมรส		
• เดี่ยว (โสด , หม้าย , หย่าร้าง , แยกกันอยู่)	60	29.60
• คู่	143	70.40
อาชีพ		
• งานประจำ	83	40.90
• งานไม่ประจำ	120	59.10

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้โดยรวมของครอบครัว		
• ต่ำกว่า 15,000 บ / ค	45	22.20
• 15,000 – 25,000 บ / ค	76	37.40
• 25,000 – 35,000 บ / ค	49	24.10
• มากกว่า 35,000 บ / ค	33	16.30
ความเพียงพอของรายได้		
• เพียงพอ	92	45.30
• ไม่เพียงพอ	111	54.70
ภาระหนี้สิน		
• มีหนี้สิน	141	69.50
• ไม่มีหนี้สิน	62	30.50
สัมพันธภาพในครอบครัว		
• สัมพันธภาพดี	146	71.90
• มีปัญหาสัมพันธภาพ	57	28.10
ประวัติโรคทางจิตเวช		
• ไม่มี	202	99.50
• มี	1	0.50
พฤติกรรมทางศาสนา		
• ลดลง	57	28.60
• เท่าเดิม	104	51.20
• เพิ่มขึ้น	41	71.40

ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 คนนั้น มีอายุสูงสุด 77 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุโดยเฉลี่ย 48.63 ปี โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.65 อายุที่มีค่าอยู่ตรงกลางของกลุ่มคือ 48 ปี และอายุที่มีจำนวนซ้ำกันมากที่สุดได้แก่อายุ 49 ปี ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.60 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.60 และ ช่วงอายุ 61 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.80 ศาสนาที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.10 รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 3.00 และศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 1.00 กลุ่มตัวอย่างมี ระดับวุฒิการศึกษาที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ระดับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.60 รองลงมา คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 41.40 ในด้านสถานภาพสมรสที่มีจำนวนมากที่สุด คือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.40 รองลงมา คือสถานภาพเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 29.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพงานไม่ประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.10 รองลงมา คือ อาชีพงานประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.90 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25,001 – 35,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24 . 10 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มที่ไม่เพียงพอต่อรายได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.70 และ จำนวนคนในกลุ่มที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 45.30 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.50 และ จำนวนคนในกลุ่มที่ไม่มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 30.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีสัมพันธภาพดีในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.90 มีปัญหาสัมพันธภาพคิดเป็นร้อยละ 28.10 กลุ่มตัวอย่างที่พบมีประวัติในครอบครัวที่มีโรคทางจิตเวชจำนวน 1 คน คือ โรคสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 0.050 และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเท่าเดิมจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.20 รองลงมาคือ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาลดลง และเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 28.60 และ 20.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
• ไม่มี	152	74.90
• มี	51	25.10
ระยะเวลาการผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน		
• 3 – 6 เดือน	87	42.90
• 6 – 9 เดือน	56	27.60
• 9 – 12 เดือน	60	29.60
ระยะของมะเร็งเต้านม		
• ระยะที่ 1 และ 2	121	59.60
• ระยะที่ 3 และ 4	82	40.40
การรักษา ร่วมกับการผ่าตัด		
• เคมีบำบัด	157	77.30
• ฮอว์โมนบำบัด	5	2.50
• ฉายแสง	36	17.70
• อื่นๆ	5	2.50
ผลข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา		
• เบื่ออาหาร	76	37.40
• แขนบวม	76	37.40
• นอนไม่หลับ	73	36.00
• น้ำหนักลด	65	32.00
• ข้อไหล่แข็ง , ติด	50	24.60
• อ่อนเพลีย	46	22.70

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
● คลื่นไส้ อาเจียน	42	20.70
● ปากแห้ง	33	16.30
● เหนื่อยหอบ	32	15.80
● ชาปลายมือปลายเท้า	28	13.80
● ปัสสาวะแสบขัด	25	12.30
● ท้องผูก	23	11.30
● ปวดท้อง ท้องเสีย	19	9.40
● มีไข้สูง	16	9.40
● คันตามผิวหนัง	16	7.90
● ผม่วง	12	5.90
● เป็นลิว มีขนขึ้น	5	2.50
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม		
สังคม		
ระดับต่ำ	27	13.3
ระดับปานกลาง	143	69.10
ระดับสูง	33	17.6

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.90 และจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 25.10 โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.10 และ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.00 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 3 – 6 เดือน มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.90 ระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 9 - 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 29.60 และระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 6 – 9 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.60 กลุ่มตัวอย่างมีระยะของมะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุด คือระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 39.90 ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 30.00 ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 19.70 และระยะของมะเร็งเต้านมที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 10.40 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัดที่พบมากที่สุด คือเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 77.30 การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด แบบฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 17.70 และ การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัดแบบ

ฮอร์โมนบำบัด และ อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.50 จากผลข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาพบว่า อาการแขนขวม และ เบื่ออาหารพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.40 รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 36.00 และกลุ่มอาการที่พบน้อยที่สุด คือ อาการเป็นสิว มีขนขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.50

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คุณภาพชีวิต	จำนวน (203 คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี	50	24.6
คุณภาพชีวิตดี	153	75.4

ค่าเฉลี่ย = 73.48

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.80

คะแนนสูงสุด = 101

คะแนนต่ำสุด = 52

จากตารางที่ 5 พบว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 24.6 และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 75.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีจำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
• 21 - 40 ปี	7	14.00	41	26.80
• 41 - 60 ปี	33	66.00	92	60.13
• 61 - 80 ปี	10	20.00	20	13.07
การศึกษา				
• ต่ำกว่าปริญญาตรี	28	56.00	91	59.48
• ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	22	44.00	62	40.52
สถานภาพสมรส				
• คู่	39	78.00	104	67.97
• เดี่ยว	11	22.00	49	32.03
อาชีพ				
• งานประจำ	14	28.00	69	45.10
• งานไม่ประจำ	36	72.00	84	54.90
รายได้				
• ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	9	18.00	36	23.53
• 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน	25	50.00	51	33.33
• 25,001 - 35,000 บาทต่อเดือน	8	16.00	41	26.80
• มากกว่า 35,001 บาทต่อเดือน	8	16.00	25	16.34
สัมพันธภาพในครอบครัว				
• สัมพันธภาพดี	32	64.00	114	74.51
• มีปัญหาสัมพันธภาพ	18	36.00	39	25.49
พฤติกรรมทางศาสนา				
• ลดลง	18	36.73	39	25.49
• เท่าเดิม	31	63.27	114	74.51

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีจำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของมะเร็งเต้านม				
● ระยะที่ 1 และ 2	32	64.00	89	58.17
● ระยะที่ 3 และ 4	18	36.00	64	41.83
ศาสนา				
● พุทธ	50	100.00	145	94.77
● คริสต์	0	0	6	3.92
● อิสลาม	0	0	2	1.31
ความเพียงพอของรายได้				
● เพียงพอ	22	44.00	70	45.75
● ไม่เพียงพอ	28	56.00	83	54.25
ภาระหนี้สิน				
● มีหนี้สิน	35	70.00	106	69.28
● ไม่มีหนี้สิน	15	30.00	47	30.72
ประวัติโรคทางจิตเวช				
● ไม่มี	50	100.00	152	99.35
● มี	0	0	1	0.65

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีจำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
• ไม่มี	37	74.00	115	75.16
• มี	13	26.00	38	24.84
ระยะเวลาการผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน				
• 3-6 เดือน	21	42.00	66	43.14
• 6-9 เดือน	18	36.00	38	24.84
• 9-12 เดือน	11	22.00	49	32.03
การรักษาอื่น				
• เคมีบำบัด	42	84.00	115	75.16
• ฮอร์โมนบำบัด	1	2.00	4	2.61
• ฉายแสง	6	12.00	30	19.61
• อื่นๆ	1	2.00	4	2.61
มีไข้สูง				
• ไม่มี	45	90.00	142	92.81
• มี	5	10.00	11	7.19
น้ำหนักลด				
• ไม่มี	38	76.00	100	65.36
• มี	12	24.00	53	34.64
คลื่นไส้อาเจียน				
• ไม่มี	39	78.00	122	79.74
• มี	11	22.00	31	20.26
นอนไม่หลับ				
• ไม่มี	31	62.00	99	64.71
• มี	19	38.00	54	35.29

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีจำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

ปัจจัยด้านการรักษา	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัสสาวะแสบคัด				
• ไม่มี	45	90.00	133	86.93
• มี	5	10.00	20	13.07
เป็นสิ่ว มีขนขึ้น				
• ไม่มี	48	96.00	150	98.04
• มี	2	4.00	3	1.96
เหนื่อยหอบ				
• ไม่มี	47	94.00	124	81.05
• มี	3	6.00	29	18.95
อ่อนเพลีย				
• ไม่มี	45	90.00	112	73.20
• มี	5	10.00	41	26.80
คันตามผิวหนัง				
• ไม่มี	45	90.00	142	92.81
• มี	5	10.00	11	7.19
ปากแห้ง				
• ไม่มี	37	74.00	133	86.93
• มี	13	26.00	20	13.07
ชาปลายมือปลายเท้า				
• ไม่มี	45	90.00	130	84.97
• มี	5	10.00	23	15.03
เบื่ออาหาร				
• ไม่มี	34	68.00	93	60.78
• มี	16	32.00	60	39.22

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีจำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

ปัจจัยด้านการรักษา	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปวดท้อง ท้องเสีย				
• ไม่มี	47	94.00	137	89.54
• มี	3	6.00	16	10.46
มีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม				
• ไม่มี	41	82.00	143	93.46
• มี	9	18.00	10	6.54
ผมร่วน				
• ไม่มี	49	98.00	142	92.81
• มี	1	2.00	11	7.19
แขนบวม				
• ไม่มี	34	68.00	93	60.78
• มี	16	32.00	60	39.22
ข้อไหล่แข็ง หรือติด				
• ไม่มี	33	66.00	120	78.43
• มี	17	34.00	33	21.57
ท้องผูก				
• ไม่มี	38	76.00	142	92.81
• มี	12	24.00	11	7.19
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ	8	16.00	19	12.42
ระดับปานกลาง	40	80.00	103	67.32
ระดับสูง	2	4.00	31	20.26

จากตาราง ที่ 6 - 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะมีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 60.13 ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.77 การศึกษาค่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 59.48 สถานภาพสมรสเดี่ยว ร้อยละ 67.97 มีอาชีพงานไม่ประจำ ร้อยละ 54.90 มีรายได้ 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.33 มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 74.51 มีพฤติกรรมทางศาสนาเท่าเดิม ร้อยละ 74.51 กลุ่มที่ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 99.35 กลุ่มที่ไม่เพียงพอของรายได้และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 54.25 และ 69.28 กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.16 ระยะเวลาการผ่าตัด 3 – 6 เดือน ร้อยละ 43.14 การได้รับการรักษาแบบเคมีบำบัด ร้อยละ 75.16 ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ไม่มีอาการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.26 , ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.32 และระดับต่ำ ร้อยละ 12.41

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จะมีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 66.00 นับถือศาสนาพุทธ 50 คน ร้อยละ 100 การศึกษาค่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 56.00 สถานภาพสมรสเดี่ยว ร้อยละ 78.0 มีอาชีพงานไม่ประจำ ร้อยละ 72.0 มีรายได้ 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.00 มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 64.0 มีพฤติกรรมทางศาสนาเท่าเดิม ร้อยละ 63.27 กลุ่มที่ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 100 กลุ่มที่ไม่เพียงพอของรายได้และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 56.0 และ 70.0 กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.0 ระยะเวลาการผ่าตัด 3 – 6 เดือน ร้อยละ 42.00 การได้รับการรักษาแบบเคมีบำบัด ร้อยละ 75.16 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 80 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 80

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (203 คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	188	92.61
มีภาวะซึมเศร้า	15	7.39

ค่าเฉลี่ย = 14.68

คะแนนต่ำสุด = 0

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 29

คะแนนสูงสุด = 29

จากตารางที่ 8 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ
7.39 และไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 92.61

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
• 21 - 40 ปี	42	22.34	6	40.00
• 41 - 60 ปี	116	61.70	9	60.00
• 61 - 80 ปี	30	15.96	0	0
การศึกษา				
• ต่ำกว่าปริญญาตรี	111	59.04	8	53.33
• ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	77	40.96	7	46.67
สถานภาพสมรส				
• คู่	131	69.68	12	80.00
• เดี่ยว	57	30.32	3	20.00
อาชีพ				
• งานประจำ	76	40.43	7	46.67
• งานไม่ประจำ	112	59.57	8	53.33
รายได้				
• ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	42	22.34	3	20.00
• 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน	69	36.70	7	46.67
• 25,001 - 35,000 บาทต่อเดือน	46	24.47	3	20.00
• มากกว่า 35,001 บาทต่อเดือน	31	16.49	2	13.33
สัมพันธภาพในครอบครัว				
• สัมพันธภาพดี	137	72.87	9	60.00
• มีปัญหาสัมพันธภาพ	51	27.13	6	40.00

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมทางศาสนา				
• ลดลง	54	28.88	3	20.00
• เท่าเดิม	133	71.12	12	80.00
ระยะของมะเร็งเต้านม				
• ระยะที่ 1 และ 2	115	61.17	6	40.00
• ระยะที่ 3 และ 4	73	38.83	9	60.00
ศาสนา				
• พุทธ	180	95.74	15	100.00
• คริสต์	6	3.19	0	0
• อิสลาม	2	1.06	0	0
ความเพียงพอของรายได้				
• เพียงพอ	88	46.81	4	26.67
• ไม่เพียงพอ	100	53.19	11	73.33
ภาระหนี้สิน				
• มีหนี้สิน	130	69.15	11	73.33
• ไม่มีหนี้สิน	58	30.85	4	26.67
ประวัติโรคทางจิตเวช				
• ไม่มี	187	99.47	15	100.00
• มี	1	0.53	0	0

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
• ไม่มี	142	75.53	10	66.67
• มี	46	24.47	5	33.33
ระยะเวลาการผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน				
• 3-6 เดือน	81	43.09	6	40.00
• 6-9 เดือน	53	28.19	3	20.00
• 9-12 เดือน	54	28.72	6	40.00
การรักษาอื่น				
• เคมีบำบัด	144	76.60	13	86.67
• ฮอว์โมนบำบัด	4	2.13	1	6.67
• ฉายแสง	35	18.62	1	6.67
• อื่นๆ	5	2.66	0	0
มีไข้สูง				
• ไม่มี	173	92.02	14	93.33
• มี	15	7.98	1	6.67
น้ำหนักลด				
• ไม่มี	128	68.09	10	66.67
• มี	60	31.91	5	33.33
คลื่นไส้อาเจียน				
• ไม่มี	147	78.19	14	93.33
• มี	41	21.81	1	6.67
นอนไม่หลับ				
• ไม่มี	119	63.30	11	73.33
• มี	69	36.70	4	26.67

ตารางที่ 10 (ต่อ)แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยด้านการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปีศาจแสบซัด				
• ไม่มี	164	87.23	14	93.33
• มี	24	12.77	1	6.67
เป็นลิว มีขนขึ้น				
• ไม่มี	183	97.34	15	100.00
• มี	5	2.66	0	0
เหนื่อยหอบ				
• ไม่มี	157	83.51	14	93.33
• มี	31	16.49	1	6.67
อ่อนเพลีย				
• ไม่มี	144	76.60	13	86.67
• มี	44	23.40	2	13.33
คันตามผิวหนัง				
• ไม่มี	172	91.49	15	100.00
• มี	16	8.51	0	0
ปากแห้ง				
• ไม่มี	158	84.04	12	80.00
• มี	30	15.96	3	20.00
ขาปลายมือปลายเท้า				
• ไม่มี	160	85.11	15	100.00
• มี	28	14.89	0	0
เบื่ออาหาร				
• ไม่มี	117	62.23	10	66.67
• มี	71	37.77	5	33.33

ตารางที่ 10 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการรักษา	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปวดท้อง ท้องเสีย				
• ไม่มี	169	89.89	15	100.00
• มี	19	10.11	0	0
มีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม				
• ไม่มี	171	90.96	13	86.67
• มี	17	9.04	2	13.33
ผมร่วง				
• ไม่มี	177	94.15	14	93.33
• มี	11	5.85	1	6.67
แขนบวม				
• ไม่มี	119	63.30	8	53.33
• มี	69	36.70	7	46.67
ข้อไหล่แข็ง หรือติด				
• ไม่มี	146	77.66	7	46.67
• มี	42	22.34	8	53.33
ท้องผูก				
• ไม่มี	165	87.77	15	100.00
• มี	23	12.23	0	0
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ	25	13.30	2	13.33
ระดับปานกลาง	130	69.15	13	86.67
ระดับสูง	33	17.55	0	0

จากตารางที่ 9 - 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 61.70 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.74 การศึกษาค่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 59.04 สถานภาพสมรสเดี่ยว ร้อยละ 69.68 มีอาชีพงานไม่ประจำ ร้อยละ 59.57 มีรายได้ 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.70 มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 72.87 มีพฤติกรรมทางศาสนาเท่าเดิม ร้อยละ 71.12 กลุ่มที่ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 99.47 กลุ่มที่ไม่เพียงพอของรายได้และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 53.29 และ 69.15 กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.53 ระยะเวลาการผ่าตัด 3 – 6 เดือน ร้อยละ 43.09 การได้รับการรักษาแบบเคมีบำบัด ร้อยละ 76.60 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 17.55 ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.15 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 13.30

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 60.00 นับถือศาสนาพุทธ 50 คน ร้อยละ 100 การศึกษาค่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรสเดี่ยว ร้อยละ 80.0 มีอาชีพงานไม่ประจำ ร้อยละ 53.33 มีรายได้ 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.67 มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 60.0 มีพฤติกรรมทางศาสนาเท่าเดิม ร้อยละ 80.00 กลุ่มที่ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 100 กลุ่มที่ไม่เพียงพอของรายได้และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 73.33 เท่ากัน กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 ระยะเวลาการผ่าตัด 3 – 6 เดือน และ 9 – 12 เดือน ร้อยละ 40.00 การได้รับการรักษาแบบเคมีบำบัด ร้อยละ 86.67 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.33

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการรักษาและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด.

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตไม่ดี (N = 50)		คุณภาพชีวิตดี (N = 153)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ							
• 21 - 40 ปี	7	14.58	41	85.42	4.04	2	0.13
• 41 - 60 ปี	33	26.40	92	73.60			
• 61 - 80 ปี	10	33.33	20	66.67			
การศึกษา							
• ต่ำกว่าปริญญาตรี	28	23.53	91	76.47	1.88	1	0.74
• ตั้งแต่ปริญญาตรี	22	26.19	62	73.81			
สถานภาพสมรส							
• คู่	39	27.27	104	73.73	1.82	1	0.21
• เดี่ยว	11	18.33	49	81.67			
อาชีพ							
• งานประจำ	14	16.87	69	83.13	4.56	1	0.04 *
• งานไม่ประจำ	36	30.00	84	70.00			
รายได้							
• ต่ำกว่า 15,000	9	20.00	36	80.00	5.14	3	0.16
• 15,001-25,000	25	32.89	51	67.11			
• 25,001-35,000	8	16.33	41	83.67			
• มากกว่า 35,001	8	24.24	25	75.76			

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตไม่ดี (N = 50)		คุณภาพชีวิตดี (N = 153)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สัมพันธภาพในครอบครัว							
● สัมพันธภาพดี	32	21.92	114	78.08	2.06	1	0.20
● มีปัญหา สัมพันธภาพ	18	31.58	39	68.42			
พฤติกรรมทางศาสนา							
● ลดลง	18	31.58	39	68.42	2.31	1	0.14
● เท่าเดิม	31	21.38	114	78.62			
ระยะของมะเร็งเต้านม							
● ระยะที่ 1 และ 2	32	26.45	89	73.55	0.53	1	0.51
● ระยะที่ 3 และ 4	18	21.95	64	78.05			
ศาสนา							
● พุทธ	50	25.64	145	74.36	2.72	2	0.26
● คริสต์	0	0	6	100.00			
● อิสลาม	0	0	2	100.00			
ความเพียงพอของรายได้							
● เพียงพอ	22	23.91	70	76.09	0.05	1	0.87
● ไม่เพียงพอ	28	25.23	83	74.77			
ภาระหนี้สิน							
● มีหนี้สิน	35	24.82	106	75.18	0.01	1	1.00
● ไม่มีหนี้สิน	15	24.19	47	75.81			
ประวัติโรคทางจิตเวช							
● ไม่มี	50	241.75	152	75.25	0.33	1	1.00
● มี	0	0	1	100.00			

* P<0.05 , **P < 0.01

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการรักษา	คุณภาพชีวิตไม่ดี (N = 50)		คุณภาพชีวิตดี (N = 153)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โรคประจำตัว							
• ไม่มี	37	24.34	115	75.66	0.03	1	0.85
• มี	13	25.49	38	74.51			
ระยะเวลาการผ่าตัด							
จนถึงปัจจุบัน							
3-6 เดือน	21	24.14	66	75.86	2.99	2	0.22
6-9 เดือน	18	32.14	38	67.86			
9-12 เดือน	11	18.33	49	81.67			
การรักษาอื่น							
เคมีบำบัด	42	26.75	115	73.25	1.72	3	0.63
ฮอร์โมนบำบัด	1	20.00	4	80.00			
ฉายแสง	6	16.67	30	83.33			
อื่นๆ	1	20.00	4	80.00			
มีไข้สูง							
• ไม่มี	45	24.06	142	75.94	0.41	1	0.54
• มี	5	31.25	11	68.75			
น้ำหนักลด							
• ไม่มี	38	27.54	100	72.46	1.96	1	0.22
• มี	12	18.46	53	81.54			
คลื่นไส้อาเจียน							
• ไม่มี	39	24.22	122	75.78	0.07	1	0.84
• มี	11	26.19	31	73.81			
นอนไม่หลับ							
• ไม่มี	31	23.85	99	76.15	0.12	1	0.74
• มี	19	26.03	54	73.97			

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการรักษา	คุณภาพชีวิตไม่ดี (N = 50)		คุณภาพชีวิตดี (N = 153)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	ปัสสาวะแสบคัด						
• ไม่มี	45	25.28	133	74.72	0.33	1	0.80
• มี	5	20.00	20	80.00			
เป็นสิ่ว มีขนขึ้น							
• ไม่มี	48	24.24	150	75.76	0.65	1	0.60
• มี	2	40.00	3	60.00			
เหนื่อยหอบ							
• ไม่มี	47	27.49	124	72.51	4.76	1	0.04*
• มี	3	9.38	29	90.63			
อ่อนเพลีย							
• ไม่มี	45	28.66	112	71.34	6.06	1	0.01*
• มี	5	10.87	41	89.13			
คันตามผิวหนัง							
• ไม่มี	45	24.06	142	75.94	0.41	1	0.54
• มี	5	10.87	11	68.75			
ปากแห้ง							
• ไม่มี	37	21.76	133	78.24	4.62	1	0.05*
• มี	13	39.39	20	60.61			
ชาปลายมือปลายเท้า							
• ไม่มี	45	25.71	130	74.29	0.8	1	0.48
• มี	5	17.86	23	82.14			
เบื่ออาหาร							
• ไม่มี	34	26.77	93	73.23	0.83	1	0.40
• มี	16	21.05	60	78.95			

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการรักษา	คุณภาพชีวิตไม่ดี (N = 50)		คุณภาพชีวิตดี (N = 153)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปวดท้อง ท้องเสีย							
• ไม่มี	47	25.54	137	74.46	0.88	1	0.42
• มี	3	15.79	16	84.21			
มีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม							
• ไม่มี	41	22.28	143	77.72	5.83	1	0.02 *
• มี	9	15.79	10	52.63			
ผมร่วง							
• ไม่มี	49	25.65	142	74.35	1.82	1	0.30
• มี	1	8.33	11	91.67			
แขนบวม							
• ไม่มี	34	26.77	93	73.23	0.83	1	0.40
• มี	16	21.05	60	78.95			
ข้อไหล่แข็ง หรือติด							
• ไม่มี	33	21.57	120	78.43	3.14	1	0.09
• มี	17	34.00	33	66.00			
ท้องผูก							
• ไม่มี	38	21.11	142	78.89	10.6	1	0.003 *
• มี	12	52.17	11	47.83			
ปัจจัยด้านการสนับสนุน							
ทางสังคม							
ระดับต่ำ	8	29.63	19	70.37	7.35	2	0.03 *
ระดับปานกลาง	40	27.97	103	72.03			
ระดับสูง	2	4.06	31	93.94			

* P<0.05 , **P < 0.01

จากตารางที่ 11 – 12 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาชีพ อาการเหนื่อยหอบ อาการอ่อนเพลีย อาการปากแห้ง อาการมีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม และอาการท้องผูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว ระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน ระยะของโรค การรักษาอื่นที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ							
• 21 - 40 ปี	42	87.50	6	12.50	4.23	2	0.12
• 41 - 60 ปี	116	92.80	9	7.20			
• 61 - 80 ปี	30	100.00	0	0			
การศึกษา							
• ต่ำกว่าปริญญาตรี	111	93.28	8	6.72	0.19	1	0.79
• ตั้งแต่ปริญญาตรี	77	91.67	7	8.33			
สถานภาพสมรส							
• คู่	131	91.61	12	8.39	0.71	1	0.56
• เดี่ยว	57	95.00	3	5.00			
อาชีพ							
• งานประจำ	76	91.57	7	8.43	0.22	1	0.79
• งานไม่ประจำ	112	93.33	8	6.67			
รายได้							
• ต่ำกว่า 15,000	42	93.33	3	6.67	0.60	3	0.89
• 15,001 - 25,000	69	90.79	7	9.21			
• 25,001 - 35,000	46	93.88	3	6.12			
• มากกว่า 35,001	31	93.94	2	6.06			

ตารางที่ 13(ต่อ)แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	สัมพันธภาพในครอบครัว						
● สัมพันธภาพดี	137	93.84	9	6.16	1.14	1	0.37
● มีปัญหาสัมพันธภาพ	51	89.47	6	10.53			
พฤติกรรมทางศาสนา							
● ลดลง	54	94.74	3	5.26	0.54	1	0.56
● เท่าเดิม	133	91.72	12	8.28			
ระยะของมะเร็งเต้านม							
● ระยะที่ 1 และ 2	115	95.04	6	4.96	0.59	1	0.17
● ระยะที่ 3 และ 4	73	89.02	9	10.98			
ศาสนา							
● พุทธ	180	92.31	15	7.69	0.66	2	0.71
● คริสต์	6	100.00	0	0			
● อิสลาม	2	100.00	0	0			
ความเพียงพอของรายได้							
● เพียงพอ	88	95.65	4	4.35	2.27	1	0.18
● ไม่เพียงพอ	100	90.09	11	10.98			
ภาระหนี้สิน							
● มีหนี้สิน	130	92.20	11	7.80	0.12	1	1.00
● ไม่มีหนี้สิน	58	93.55	4	6.45			
ประวัติโรคทางจิตเวช							
● ไม่มี	187	92.57	15	7.43	0.08	1	1.00
● มี	1	100.00	0	0			

* P<0.05 , **P < 0.01

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi - square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการรักษา	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	โรคประจำตัว						
• ไม่มี	142	93.42	10	6.58	0.58	1	0.54
• มี	46	90.20	5	9.80			
ระยะเวลาการผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน							
• 3-6 เดือน	81	93.10	6	6.90	0.97	2	0.62
• 6-9 เดือน	53	94.64	3	5.36			
• 9-12 เดือน	54	90.00	6	10.00			
การรักษาอื่น							
• เคมีบำบัด	144	91.72	13	8.28	2.86	3	0.41
• ฮอร์โมนบำบัด	4	80.00	1	20.00			
• ฉายแสง	35	97.22	1	2.78			
• อื่นๆ	5	100.00	0	0			
มีไข้สูง							
• ไม่มี	173	92.51	14	7.49	0.03	1	1.00
• มี	15	93.75	1	6.25			
น้ำหนักลด							
• ไม่มี	128	92.75	10	7.25	0.01	1	1.00
• มี	60	92.31	5	7.69			
คลื่นไส้อาเจียน							
• ไม่มี	147	91.30	14	8.70	1.94	1	0.31
• มี	41	97.62	1	2.38			

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการรักษา	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	นอนไม่หลับ						
• ไม่มี	119	91.54	11	8.46	0.60	1	0.59
• มี	69	94.52	4	5.48			
ปัสสาวะแสบคัด							
• ไม่มี	164	92.13	14	7.87	0.47	1	0.70
• มี	24	96.00	1	4.00			
เป็นลิว มีขนขึ้น							
• ไม่มี	183	92.42	15	7.58	0.40	1	1.00
• มี	5	100.00	0	0			
เหนื่อยหอบ							
• ไม่มี	157	91.81	14	8.19	1.00	1	0.47
• มี	31	96.88	1	3.13			
อ่อนเพลีย							
• ไม่มี	144	91.72	13	8.28	0.80	1	0.52
• มี	44	95.65	2	4.35			
คันตามผิวหนัง							
• ไม่มี	172	91.98	15	8.02	1.39	1	0.61
• มี	16	100.00	0	0			
ปากแห้ง							
• ไม่มี	158	92.94	12	7.06	0.17	1	0.72
• มี	30	90.91	3	9.09			

ตารางที่ 14 (ต่อ)แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการรักษา	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ชาปลายมือปลายเท้า							
• ไม่มี	160	91.43	15	8.57	2.59	1	0.23
• มี	28	100.00	0	0			
เบื่ออาหาร							
• ไม่มี	117	92.13	10	7.87	0.11	1	0.79
• มี	71	93.42	5	6.58			
ปวดท้อง ท้องเสีย							
• ไม่มี	169	91.85	15	8.15	1.67	1	0.37
• มี	19	100.00	0	0			
มีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม							
• ไม่มี	171	92.93	13	7.07	0.30	1	0.64
• มี	17	89.47	2	10.53			
ผมร่วง							
• ไม่มี	177	92.67	14	7.33	0.01	1	1.00
• มี	11	91.67	1	8.33			
แขนบวม							
• ไม่มี	119	93.70	8	6.30	0.59	1	0.58
• มี	69	90.79	7	9.21			
ข้อไหล่แข็ง หรือติด							
• ไม่มี	146	95.42	7	4.58	7.19	1	0.01*
• มี	42	84.00	8	16.00			
ท้องผูก							
• ไม่มี	165	91.67	15	8.33	2.07	1	0.22
• มี	23	100.00	0	0			

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยด้านการสนับสนุน ทางสังคมตามระดับ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	ระดับต่ำ	25	92.59	2			
ระดับปานกลาง	130	90.91	13	9.09			
ระดับสูง	33	100.00	0	0			

****P < 0.01 * P < 0.05**

จากตาราง 13 – 14 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาการข้อไหล่แข็งหรือติด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว ระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน ระยะของโรค ผลข้างเคียงที่ได้รับ การรักษาอื่นที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระดับคุณภาพชีวิต	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 188)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 15)		χ^2	df.	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	44	23.4	6			
คุณภาพชีวิตที่ดี	144	76.6	9	60.00			

* P<0.05 , **P < 0.01

จากตารางที่ 31 พบว่า คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.6 จำนวน 144 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 60.00 จำนวน 9 คน

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 23.4 จำนวน 44คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 40.00 จำนวน 6คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และ อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด โดยมี

วัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ. จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ามาใช้บริการแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก ชั้น 6 ตึก ภปร. , แผนกเคมีบำบัด ตึกว่องวานิชย์ชั้น 6, แผนกรังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ตึกว่องวานิชย์ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Population to be sample)

พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม
2. ได้รับการผ่าตัดเต้านมในช่วงเวลา 3 เดือน – 1 ปี
3. รู้สึกตัวดีอ่านออกเขียนได้
4. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
5. ได้รับความยินยอมและร่วมมือจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

ตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตามคุณสมบัติในการคัดเลือกที่กำหนดไว้ในประชากรตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 สร้างแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลที่ครอบคลุมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว ระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน ระยะของโรค ผลข้างเคียงที่ได้รับ การรักษาอื่นที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามที่วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁷¹ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งหมด 4 ด้าน คือ

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ข้อ 13, 14, 25
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า เป็นแบบวัดปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย แบบตอบด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัด Health Related Self Report (HRSR) : The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population ของพ.ญ ดวงใจ กสานติกุล และ น.พ. นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ และ คณะ⁷² ใช้วัดภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับ อาการรวมทั้งข้อคำถามที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ (objective sing)คือคำถามว่าถูกคนอื่นทักว่าดูเครียด ซึม หมองคล้ำ และพยายามฆ่าตัวตาย แบบสอบถามมีข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ 5 , 10 และ 15 (รู้สึกสบายใจ ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) ซึ่งแยกจากบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ส่วนที่เหลือเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 17 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการทางกาย (Vegative Symptom) มี 4 ข้อ ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า
2. ความกระตือรือร้น (Motivation Symptom) มี 4 ข้อ ได้แก่ รู้สึกเบื่อไม่อยากพูดคุย อยากรอยู่เฉย ชีวิตไม่มีความสุข พยายามฆ่าตัวตาย
3. กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive Symptom) มี 4 ข้อ ได้แก่ คิดมาก วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนีดตัวเอง
4. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Psychological or mood Symptom) มี 5 ข้อ ได้แก่ รู้สึกหดหู ร้องไห้ เบื่อหน่ายทุกอย่าง คิดอยากตาย คนอื่นทักว่าเครียด ซึม หมองคล้ำ

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire , PRQ 85 Part II) ของ ไวเนิร์ต⁷³ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จิรภา หงษ์ตระกูล⁷⁹ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมชุดนี้ ประกอบด้วย 25 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต 7 อันดับ โดยระดับคะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยแบบสอบถามชุดนี้ ประเมินใน 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านความรักและความผูกพัน 2. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3. ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง 5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุมเอกสารทางราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านหัวหน้าภาควิชาเพื่อยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกศัลยกรรมเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
4. แนะนำตัวกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและวิธีการทำแบบสอบถามอย่างละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นความลับจะไม่นำข้อมูลที่ได้ออกไปทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใดๆทั้งสิ้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง
5. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหากมีข้อสงสัยใดๆก็สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
6. เมื่อได้แบบสอบถามคืนผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลหากข้อมูลของตัวอย่างบางตัวไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
7. นำข้อมูลที่ได้ออกมาทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 11.5 (Statistical Package for the Social Science Version 11.5) ในการประมวลผลข้อมูล โดยดำเนินการด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ Chi-square & fisher's exact.
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า โดยใช้ Chi-square test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 คนนั้น มีอายุสูงสุด 77 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุโดยเฉลี่ย 48.63 ปี โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.65 อายุที่มีค่าอยู่ตรงกลางของกลุ่มคือ 48 ปี และอายุที่มีจำนวนซ้ำกันมากที่สุดได้แก่อายุ 49 ปี ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.6 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.6 และ ช่วงอายุ 61 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.8 ศาสนาที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.1 รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 3 และ ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับวุฒิการศึกษาที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ระดับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.6 รองลงมา คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 41.4 ในด้านสถานภาพสมรสที่มีจำนวนมากที่สุด คือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมา คือ สถานภาพเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 29.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพงานไม่ประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมา คือ อาชีพงานประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.9 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25001 – 35000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24.1 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มที่ไม่เพียงพอต่อรายได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.7 และจำนวนคนในกลุ่มที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 45.3 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.5 และ จำนวนคนในกลุ่มที่ไม่มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 30.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีสัมพันธ์ภาพดีในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.9 มีปัญหาสัมพันธ์ภาพ คิดเป็นร้อยละ 28.1 กลุ่มตัวอย่างที่พบมีประวัติในครอบครัวที่มีโรคทางจิตเวชจำนวน 1 คน คือ โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 0.05 และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเท่าเดิมจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาลดลง และเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ 20.2 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.9 และจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 25.1 โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.1 และ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.0 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 3 – 6 เดือน มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 ระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 9 - 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 29.6 และระยะเวลาการผ่าตัดช่วง 6 – 9 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.6 กลุ่มตัวอย่างมีระยะของมะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุด คือระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 30.0 ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 19.7 และ ระยะของมะเร็งเต้านมที่ 4 คิดเป็นร้อยละ กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาที่ได้รับการร่วมกับการผ่าตัดที่พบมากที่สุด คือเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 77.3 การรักษาที่ได้รับการร่วมกับการผ่าตัด แบบฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และการรักษาที่ได้รับการร่วมกับการผ่าตัดแบบฮอร์โมนบำบัด และ อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.5 จากผลข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาพบว่า อาการแขนขาม และ เบื่ออาหารพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.4 รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 36 และกลุ่มอาการที่พบน้อยที่สุด คือ อาการเป็นสิว มีขนขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.5

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.1 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 17.6 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 13.3 โดยมีค่าเฉลี่ย = 105.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.47 คะแนนสูงสุด = 137 คะแนนต่ำสุด = 77

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 203 คน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 75.40 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 24.60

3. ความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 203 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 188 คนคิดเป็นร้อยละ 92.61 และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.39

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ ปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวช ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านการรักษา พบว่าผลข้างเคียงจากการรักษา อาการปากแห้ง อ่อนเพลีย แผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม ท้องผูก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ ปัจจัยอื่นๆ เช่น โรคประจำตัว ,ระยะเวลาการผ่าตัด ,ระยะของมะเร็งเต้านม , การได้รับการรักษาที่ได้รับการร่วมกับการผ่าตัด , อาการจากผลข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษาอื่น ๆ เช่น อาการเหนื่อยหอบ

, อาการอ่อนเพลีย ,อาการปากแห้ง, อาการ มีแผลเรื้อรังที่ระฟุ้งแค้น อาการท้องผูก, อาการแขนบวม, อาการผมร่วง ,อาการ ปวดท้อง ท้องเสีย, อาการ เบื่ออาหาร,อาการชาปลายมือปลายเท้า ,อาการ คันตามผิวหนัง,อาการ เป็นสิ่ว มีขนขึ้น , อาการปีศาจแสบคัน ,อาการนอนไม่หลับ, อาการคลื่นไส้อาเจียน ,อาการ น้ำหนักลด, อาการ มีไข้สูง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประวัติโรคทางจิตเวช ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านการรักษา พบว่าผลข้างเคียงจากการรักษา คือ อาการข้อไหล่ติดหรือ ข้อไหล่แข็ง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ปัจจัยอื่นๆ เช่น โรคประจำตัว ระยะเวลา การผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน ระยะของโรค การรักษาอื่นที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พบว่า คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.6 จำนวน 144 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 60.00 จำนวน 9 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 23.4 จำนวน 44คนและกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 40.00 จำนวน6คน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญที่พบมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 203 คน พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 24.6 และกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 75.4 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Padilla และ Grant²¹ ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ในยามเจ็บป่วยหรือเป็นโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ ระพีพรรณ แสงโสมวงศ์³ ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ FACT – B ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีถึง ร้อยละ 78 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชบา ดันตศักดิ์⁷⁵ ที่ศึกษาในในกลุ่มผู้ป่วยโรค เอสแอลอี พบว่ามีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราณี เสนีย์⁷⁶ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะการศึกษานั้นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับรู้ถึงภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ early stage ก็อยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ร้อยละ 64 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะเริ่มต้นของการเป็นโรคและมีความหวังว่าจะหาย และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 60.13 ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งจัดว่าเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ มีความสำเร็จในชีวิต มีครอบครัว และมีการสร้างหลักฐานในชีวิตมาพอสมควร จึงมีพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จึงได้รับผลกระทบที่น้อยกว่ากลุ่มที่มีพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ถึงร้อยละ 74.51 จึงมีสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ทั้งจากความสามารถของตนเองและได้รับจากครอบครัว ในด้านของร่างกายและจิตใจ จัดว่า คุณภาพชีวิตรายด้านทั้งสองอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.45 และ 17.09 ซึ่งสามารถวัดจากข้อคำถามการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน และสภาพจิตใจของตนเอง โดยอธิบายได้ว่าจากการไปเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ดังนั้นการแพทย์และการพยาบาลทุกอย่างจึงมีมาตรฐานสูง เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จะมีการสอนการปฏิบัติกรล่วงหน้า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การบริหารไหล่ให้มีประสิทธิภาพและถูกวิธี รวมทั้งการแพทย์ก็ก้าวหน้า การทำผ่าตัดเต้านมไม่สร้างความทุกข์ทรมานเหมือนแต่ก่อน รวมทั้งมียาบรรเทาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพ ยาที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาและทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดสามารถบริหารข้อไหล่ได้ดีและอาการปวดแผลก็ลดลงซึ่งจาก

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัด 3 เดือนถึง 1 ปีซึ่งจากการวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เมื่อระยะเวลาหลังการผ่าตัดนานขึ้นจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีจำนวนลดลงซึ่งสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวกับโรคได้ดีขึ้นและสอดคล้องกับคำกล่าวของ Bell⁷⁷ ที่ว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะค่อยๆเรียนรู้การเผชิญภาวะเครียดที่เหมาะสม และ แก้ไขปัญหาได้มากขึ้นตามลำดับ

2. ความสุขของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 203 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 92.61 และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.39 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Pinder และคณะ⁷⁸ (อ้างอิงในมธรรดา นันทแสง) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 139 คน วัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้ HADS พบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ร้อยละ 13 ในขณะที่ Berard⁶⁸ และคณะที่ใช้ HADS ประเมินภาวะซึมเศร้าได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งสมอง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง จำนวน 456 คน พบว่ามีความสุขของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14 และมธรรดา นันทแสง⁷⁹ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 50 คนพบว่ามีค่าความสุข ร้อยละ 16 ผลที่ได้จากการศึกษานี้มีค่าความสุขน้อยกว่าการวิจัยอื่น คาดว่า ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่มีความสุข ร้อยละ 7.39 นี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า 15 คน มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 86.67 มีเพียง 2 คนเท่านั้นที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างมีหน้าที่การทำงานที่ต้องรับผิดชอบและภาระในครอบครัวที่ค่อนข้างมาก มีรายได้ค่อนข้างน้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งเร้าเข้ามาในชีวิตเพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องปรับตัวรับสภาพกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 92.61 พบว่าส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 69.15 และมีสัมพันธภาพคู่ร้อยละ 30.32 และมีสัมพันธภาพที่ดีถึงร้อยละ 72.87 ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมานอกจากแรงสนับสนุนแล้วปัจจัยที่ตัวของผู้ป่วยเองที่สามารถใช้กลไกทางจิตที่ดีในการที่จะหาความรู้เพิ่มเติมกับโรคที่ตนเองเป็น และพยายามเรียนรู้การดูแลตนเอง โดยจากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบถึงโรคที่เป็น วิธีการรักษาที่จะได้รับขั้นตอนกระบวนการต่าง ๆ และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น การสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเอง การดูแลตนเอง จากทีมบุคลากรทางการแพทย์ และยังมีกรเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด และมีการให้ความช่วยเหลือกัน ติดต่อกันสื่อสารกันทุกระยะของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Montazeri⁸⁰ ที่ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการเข้ากลุ่ม Cancer Support Group พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลง ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าการเข้ากลุ่มดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 40.00 และมี

สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นลักษณะเดี่ยว ร้อยละ 80.00 ซึ่งบอกได้ว่ากลุ่มตัวอย่างขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ทำให้รู้สึกที่ต้องเผชิญกับโรคเพียงลำพัง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้เหตุผลดังกล่าวแล้ว คาดว่าจากผลการวิจัยครั้งนี้ที่มีค่าความชุกน้อยกว่างานวิจัยอื่นๆ อาจจะเนื่องมาจากลักษณะของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านจิตสังคมที่แตกต่างกันไป หรือจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า เกณฑ์ที่ใช้และระดับความรุนแรงของอาการที่ศึกษานั้นมีความแตกต่างกันทำให้ได้ผลที่แตกต่างกัน และการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ cross – sectional survey ซึ่งไม่ได้ควบคุมปัจจัยบางประการ ในขณะที่เข้าไปเก็บข้อมูลจะนั้นจะไม่ทราบสถานการณ์ของผู้ป่วยขณะนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งอาจส่งผลต่อการวัดภาวะซึมเศร้านี้ได้ และอาจจะเกิดจากข้อจำกัดในการทำวิจัยที่ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจไม่ไว้วางใจที่จะเปิดเผยสภาพอารมณ์ที่แท้จริงของตนออกมา เพราะไม่มีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยมาก่อนและเกรงว่าหากประเมินตามความรู้สึกที่แท้จริงออกมาอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาของตนได้ แม้ว่าผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และสิทธิของผู้ป่วยแล้วก็ตามซึ่งยืนยันได้จากการที่ผู้วิจัยได้รับการปฏิเสธในการตอบแบบประเมินจากผู้ป่วยหลายราย นอกจากนี้แล้วความเร่งรีบของผู้ป่วยเพื่อตอบแบบประเมินอาจเป็นสาเหตุหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกต้องดำเนินการหลายขั้นตอนตามที่เจ้าหน้าที่กำหนดไว้ รวมถึงสภาพแวดล้อมในการตอบแบบประเมินที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว

3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 203 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 ระดับสูงร้อยละ 16.7 และ ระดับต่ำร้อยละ 13.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภักจิรา รัชตะสังข์⁸¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบสอบถามPRQ 85 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.4 ระดับสูงร้อยละ 18.5 ระดับต่ำ ร้อยละ 11.1 ซึ่งต่างจากการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาเป็นมะเร็งที่ต่างชนิดกัน แต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ใกล้เคียงกัน อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.30 จากการวิจัยนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัดเช่นเดียวกันทำให้มีปัจจัยที่คล้ายคลึงกัน และมีการใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมชนิดเดียวกันจึงทำให้ได้ผลที่ใกล้เคียงกัน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเหมือนกับที่ Paykel (อ่างถึงในธนวรรณ พงษ์ผล)⁸² ได้ทำการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อภาวะความเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมก็จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับที่ Cobb (อ้างถึงในธนวรรณ พยุงผล)⁸² กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึกเป็นเจตคติ เป็นกริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจ เมตตา กรุณา ที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนผู้ร่วมงาน ซึ่งบุคคลเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือ และเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนในสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะเป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และยังทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตรงกับการศึกษาของเบญจวรรณ ป้อมเสมอพิทักษ์⁸³ ที่ศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและกลุ่มตัวพยาบาลที่ร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

งานวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมี ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

อาชีพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพงานไม่ประจำมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 72.00 มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 54.90 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพงานประจำมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 28.00 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 45.10 และพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพ เช่น เกษตรกรรม ค้าขาย ว่างานรับจ้าง และแม่บ้าน และจากการที่เป็นมะเร็งเต้านมกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการผ่าตัดเต้านมและมาเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลาานานและต่อเนื่อง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งที่มีราคาสูง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีงานประจำซึ่งมีรายได้น้อยและไม่แน่นอน ต้องหยุดทำงานทำให้สูญเสียรายได้จากการที่ต้องเข้ามารับการรักษาและจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตนเอง จากลักษณะอาชีพงานไม่ประจำส่วนใหญ่ที่ต้องใช้พลังกำลังในการทำงานและเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาและจากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ บทบาทในด้านการทำงานของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพงานไม่ประจำมีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงร้อยละ 72.00 และไม่สามารถที่จะเปลี่ยนอาชีพเพื่อเอื้อต่อข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตนเองได้

ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มที่มีงานประจำที่มีรายได้ที่แน่นอน มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล และสามารถหยุด หรือลางานเพื่อมารับการรักษาพยาบาลได้ จากลักษณะอาชีพงานประจำส่วนใหญ่ที่ทำงานโดยไม่ได้ใช้พลังกำลังในการทำงานและไม่ได้เคลื่อนไหวตลอดเวลา แต่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเช่นกันซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา จะคอยดูแล ประคับประคองช่วยเหลือและเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบที่กลุ่มตัวอย่างพอจะทำได้ ซึ่งพบว่า กลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 54.9 กล่าวคือการเป็นมะเร็งเต้านมและรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ทั้งจากสภาพความเจ็บป่วย และการรักษาหรือจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยเอง⁸⁴ ดังนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีผลต่อการสนใจติดตามการรักษา การมีส่วนร่วมในการรักษาที่ดีและความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองด้วย โดยที่อาชีพไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิตแต่อาชีพมีผลกระทบทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตจากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Northouse⁸⁵ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิง African – American ที่เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 98 คน โดยใช้ Functional Assessment of Cancer Therapy Breast (FACT – B) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกและระยะเวลาที่ตั้งแต่นั้นได้รับการวินิจฉัยจนถึงช่วงที่เข้ามาศึกษาผ่านมานานโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ปี พบว่า ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ อาชีพไม่ได้มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต เหตุที่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องอาจจะมาจากระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยแตกต่างกัน และใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นคนละเชื้อชาติและต่างวัฒนธรรม จึงอาจจะเป็นเหตุให้ผลการศึกษาที่ได้ต่างกัน

ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยหอบ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 6 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 29 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 94 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 81.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการอ่อนเพลีย มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 10.00 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 26.8 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการอ่อนเพลีย มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 90.6 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการอ่อนเพลีย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 73.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปากแห้ง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 26 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 13.1 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการปากแห้ง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 74 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการปากแห้ง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 86.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการมีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 18 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 6.5 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 93.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการท้องผูก มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ร้อยละ 24 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 7.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการท้องผูก มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 76 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการท้องผูก มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 92.8 จากการวิเคราะห์พบว่า อาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัดร้อยละ 77.30 ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัด สูตร CMF ซึ่งประกอบด้วย Cyclophosphamid , Metrotrexate และ 5 FU ซึ่งยาเคมีบำบัดดังกล่าวมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายได้จากผลข้างเคียงของยา โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย⁸⁶ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เชื้อราช่องปากอักเสบ แผลในระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร ไข้ หนาวสั่น เหงื่ออ้อ ผมร่วง การกดไขกระดูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Mc Carthy and Skillings⁸⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยสตรี 34 ราย ที่ได้รับยา Cyclophosphamid , Metrotrexate และ 5 FU มีอาการอักเสบของเยื่อในช่องปากร้อยละ 21 เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการอักเสบของเยื่อในช่องปากร้อยละ 18 อาการดังกล่าวย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความอยากรับประทานอาหารลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ และเกิดอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 10 เกิดอาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 6 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมดเรี่ยวแรงในการประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน อาการท้องผูกที่เกิดขึ้น ร้อยละ 24.00 โดยพบว่าอาการดังกล่าวเกิดจากการที่ยาเคมีบำบัดลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการดังกล่าวจะดีขึ้นภายหลัง 1 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง อาการปากแห้งที่พบในกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 26 มีอาการดังกล่าว ซึ่งมีผลกระทบต่ออย่างมากเนื่องจากสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เกิดจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนสีผิว มีอาการผิวแห้งและคัน บางคนสีคล้ำดำ ซึ่งอาการที่กล่าวมาข้างต้นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการดังกล่าวจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี โดยสะท้อนให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย รู้สึกว่าตนได้สูญเสียในด้านต่าง ๆ อาทิ สูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียภาพลักษณ์ และไม่สามารถทำหน้าที่หรือทำตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ซึ่งการทำหน้าที่ต่างๆ ที่ลดลงนี้ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตให้ลดลงเช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Somchit Hanucharurukul²¹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ คอ และมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant²¹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย และงานวิจัยของ Sammarco⁶⁷ ที่ศึกษาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีคิดเป็นร้อยละ 67.32 ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านวัสดุสิ่งของและแรงงาน และด้านการประเมินตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญกับคนรอบข้างไม่ถูกทอดทิ้งให้เดียวดาย มีความมั่นใจในตนเอง พร้อมทั้งจะสู้กับโรคมะเร็งและการรักษาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ดังเช่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ถึงร้อยละ 70.40 และมีสัมพันธภาพที่ดีถึงร้อยละ 74.51ซึ่งอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะวิกฤตเกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ House⁵⁰ ที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบุคคลผู้ให้ การสนับสนุนทางสังคมมี 9 กลุ่มได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน นายจ้าง เพื่อนร่วมงาน ผู้ให้บริการในบ้านเช่น ผู้ดูแล (caregivers) หรือแม่บ้าน กลุ่มช่วยเหลือตนเองและทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล⁸⁸ ที่ทำการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 120 คนพบว่าภาวะการทำหน้าที่การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36 โดยการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่ามีความสำคัญส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง ร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดี เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด

งานวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าอาการข้อไหล่ติดหรือแข็งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการข้อไหล่ติดหรือแข็งมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.33 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Devlen และ Maguire⁸⁹ ที่ทำการศึกษาระยะ Retrospective study โดยศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ผ่านการผ่าตัดและรังสีรักษา ซึ่งมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้แก่ ผมร่วง คลื่นไส้อาเจียน และ เบื่ออาหาร ผลที่ได้พบว่าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายจากโรคและไม่ได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนเพลีย 31 ราย ความสนใจทางเพศลดลง 19 ราย มีอาการหลงลืม 30 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย 21 รายมีอาการทนทุกข์ทรมานจากภาวะวิตกกังวลหรือเกิดจากภาวะซึมเศร้าต่ออาการเจ็บป่วยของตน ในขณะที่ผู้ป่วย 27 รายเคยผ่าน

ประสบการณ์เกี่ยวกับการมีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ภาวะอารมณ์ผิดปกติดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับผลการรักษาโรค โดยเฉพาะการเกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ การไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ การไม่สามารถกลับไปทำงานได้ หรือการต้องหยุดงานเป็นเวลานาน และการขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ อาการข้อไหล่แข็งหรือติดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นช่วงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดช่วง 3 – 12 เดือนผู้ป่วยจึงเจ็บแผลไม่ขยับแขน และไหล่ข้างนั้น คิงแขนเข้ามาแนบลำตัวตลอดเวลาติดต่อกันหลายวันทำให้ข้อหัวไหล่ยึด ซึ่งอาการดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเป็นอย่างยิ่ง²⁵ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือทำไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัวและการกลับเข้าทำงานโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน²⁸ ทำให้เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ป่วยอีกประเด็นหนึ่ง นอกจากนี้ยังกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นซ้ำของโรค กลัวความเจ็บปวดทรมานและกลัว ผลของการรักษาต่อเนื่อง เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้เป็นอย่างมาก

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ David Cella⁹⁰ โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอด 216 คน ใช้ เครื่องมือ FACT – L เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งต่างชนิดกัน ดังนั้นผลที่ได้จึงไม่สอดคล้องกัน จากกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและไม่มีการซึมเศร้า ร้อยละ 23.4 กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มีการซึมเศร้าร้อยละ 76.6 กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีการซึมเศร้าร้อยละ 40.0 และกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีการซึมเศร้าร้อยละ 60.0 โดยพบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีการซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีกลับมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีการซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีควรจะมียุทธศาสตร์ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวจะบอกได้ว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดีนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในการศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตจะเน้นถึงการรับรู้ 4 ด้านคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดี คือ 20.45 , 17.09 , 7.84 และ 22.0 และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 73.48 ซึ่งถือว่าทุกด้านอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ดี และสามารถใช้กลไกทางจิตที่ดีในการตอบโต้กับสถานการณ์ที่

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน พร้อมกันนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทั้งจากครอบครัวและคนรอบข้าง เช่น ผู้ป่วยบางคนจะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ซื้อเต้านมปลอมหรือวิกผม หรือจะคอยสังเกตอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองญาติก็จะคอยสอบถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและจะคอยอยู่ตลอดเวลาที่เข้ามารับการรักษา ด้วยเหตุผลดังกล่าวถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีแต่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี หรือจากปัจจัยที่ตัวผู้ป่วยเองสามารถที่จะใช้กลไกทางจิตที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับโรคมะเร็ง และดำเนินชีวิตร่วมไปกับมันได้ การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกัน⁹¹ ได้แก่ ปัจจัยด้านด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้น และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน คุณภาพชีวิตนั้นไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวหรือมีความสัมพันธ์ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต ผลกระทบของโรคและการรักษาผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดทางด้านลบต่อตนเอง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ดังนั้นคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีก็อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีก็อาจจะไม่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย⁹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 150 ราย ใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck พบว่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ แต่เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจะแตกต่างกัน ซึ่งสามารถบอกได้ว่าอาการซึมเศร้า และ วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าไม่ได้มีผลกับคุณภาพชีวิต

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

เนื่องจากการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีหลายขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีเวลาจำกัด ในการที่จะเก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การอธิบายรายละเอียดในการทำแบบสอบถาม หรือการตอบคำถามด้วยตัวเองในกรณีที่ผู้ตอบคำถามมีข้อสงสัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงตัดขวาง (Cross – sectional study) จึงควรที่จะมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อเวลาผ่านไป เป็นเดือน หรือ เป็นปี หรือศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับ ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา

แบบอื่น ๆ เช่น เคมิบำบัด รังสีรักษา เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า แก่กลุ่มดังกล่าวในทุกช่วงการรักษาต่อไป

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึง น่าสนใจที่จะศึกษา ภาวะซึมเศร้า ของบุคคลพึงพา เช่น สามีของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น

3. ควรขยายผลการศึกษาต่อเนื่องด้วยการทำงานเชิงวิจัยปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิต และ ป้องกันภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต่าง ๆ เช่น ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ขณะได้รับเคมี บำบัด หรือ รังสีรักษา เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1]. วัลลภ ไทยเหนือ , รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข .(9 มิถุนายน 2550) งานเปิด ศูนย์ตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ .หนังสือพิมพ์มติชน : 5
- [2]. ศรีประภา ชัยสิน . 2550.ผลกระทบต่อภาวะจิตใจและสังคมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เอกสารการสอนภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. กรุงเทพมหานคร
- [3]. รพีพรรณ แสงโสมวงศ์. 2545. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการอบรมเพื่อวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [4]. Halsted WS.1894-1895: The results of operation for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January , John Hopkins Hosp Bull ;4 : 297
- [5]. Mc Whirter R .1855: Simple mastectomy and radiotherapy in treatment of the breast cancer . Br J Radiol ;28 : 128-139.
- [6]. Kaae S , Johansen H . 1977: Does simple mastectomy followed by irradiation offer survival comparable to radical procedure Int J radiat Oncol Biol Phys; 2 : 1163-1166
- [7]. Fisher B , Bauer M , Margolese R, et al . 1985: Five year result of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer , N Engl J Med ; 312 : 665-673.
- [8]. พรศรี คิดชอบ . 2535.การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยรังสี.ใน ณรงค์ ไททองกุล และคณะ . ศัลยกรรมวิวัฒน์ 10 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพวารสาร : 272-283 .
- [9]. อากม เขียรศิลป์. 2538 . การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน.ในพรศรี คิดชอบ และ คณะ. มะเร็งวิทยา.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2538 : 147-170.
- [10]. นรินทร์ วรวุฒิ . 2544 . CANCER CHEMOPREVENTION .ในวิทยา ศรีมาดา , คู่มือการไช้ยาทางอายุรกรรมและดัชนีค้นหาชื่อยา.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 134-142
- [11]. ลักษณ์ โปชนกุล . 2536. Multidisciplinary Approaches in Cancer Patient.ใน พรศรี คิดชอบ ,สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์ และคณะ , มะเร็งวิทยา .กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ : 269-293

- [12]. Berger . 1995 .A.M..Activity / rest pattern and perceived fatigue and sleep quality during the first weeks of intravenous chemotherapy for early stage breast cancer (abstract).ONCOLOGY NURSING FORUM ; 22 (2) : 361
- [13]. นันทา เล็กสวัสดิ์ . ตุลาคม – ธันวาคม 2545 . คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด . วารสารสภาการพยาบาล .17 (4) : 1- 16
- [14]. จริยาวัตร คมพยัคฆ์ .2535 .พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย.วารสารการพยาบาล .7 (3) : 32-37
- [15]. สมพันธ์ หิรัญชีรนนท์ . 1998 . ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ . Thai Journal of Nursing .47 (2) : 69 – 72
- [16]. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ . 2545 . แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี .
- [17]. World Health Organization: WHO. 1993.The development of The World Health Organization Quality of life assessment: international prospertive .Berlin : Springer-verlay : 41-57
- [18]. อภาพร พัววิไล และ กันยานภาพงษ์. 2000.คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการพยาบาล .4 (2): 218 – 233
- [19]. Burkhardt,C.S. 1985 . The Impact of arthritis on quality of life. Nursing Research ;31 (1): 11-16
- [20]. Somchit Hanucharunkul .1988 .Social support , self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand . Doctoral of Nursing Graduate School . Wayne Stage University .
- [21]. Padill, G.V. and Grant ,M. 1985 .Quality of life as a cancer nursing outcome variable . Advance in nursing science 8 (1) : 45 – 60
- [22]. Ferrell , B.R.1989 .Quality of life in breast cancer survivors : Implication for developing support services . Oncology Nursing Forum . 25 (5) : 887 – 895
- [23]. Iskhan , V., et . 2001 . The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer – 1 .Cancer Nursing 24(6) : 490 – 495
- [24]. Kris Chatamara . 2002. Breast Cancer. Bangkok : BBC : 43 – 44 .

- [25]. ชนิด วัชรพุกก์ . 2542 มะเร็งเต้านม . ใน ชนิด วัชรพุกก์ และ ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์ (บรรณาธิการ) ,ตำราศัลยศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 5 : 273 – 293 . กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- [26]. Schover , L.R., et al .1994 .Partial mastectomy and breast reconstruction . Cancer 75 (1) : 54 – 63
- [27]. King , C.R ., and Hinds , P.S. 1998 . Quality of life : from nursing and patients perspectives . Boston : Jones and Bartlett.
- [28]. ชนิดญา น้อยเปียง . 2545. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- [29]. Shell , J.A ., and Krirsch , S. 2001 . Psychosocial issues , outcomes , and quality of life . In Otto, Shirey E . Oncology . pp . 948 – 972 St Louise : A Hartcourt Health Sciences .
- [30]. วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์ . 2525 . มะเร็งเต้านม : เรื่องที่ผู้หญิงควรรู้ . กรุงเทพมหานคร : สุทธิสารการพิมพ์ .
- [31]. Cimprich , B ., and Ronis ., D.L 2001 . Attention and symptom distress in women with and without breast cancer . Nursing Research 50 (2) : 86 – 94 .
- [32]. บังอร ฤทธิอุดม . 2537 . ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล : 27 – 29
- [33]. Meeberg , G.A 1993 . Quality of life : a concept analysis . Journal of Advanced Nursing 18 (1) : 32 – 38
- [34]. Haas , B.K . 1999. A Multidisciplinary concept analysis of quality Of life . Western Journal of Nursing Research 21 (6): 728 – 742
- [35]. Dow , K . H . Quality of life : Issues in breast cancer . In King , Cynthia R . and Hinds , Pamela S . (ed) , Quality of life : from nursing and patient perspectives , pp : 176 – 194 . Boston : Jones and Bartlett .
- [36]. Padilla , et al . 1983 . Quality of life index for patients with cancer . Research in Nursing and Health 6 (3) : 117 – 126

- [37]. จอน ทองขงศ์ . 17 กรกฎาคม 2515 . การวินิจฉัยและการรักษาความเศร้า . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย : 257 – 272
- [38]. Kamerow, D.B. July 1988. “Anxiety and Depression in the medical setting ” : An overview . Medical Clinical of North America : 745 – 751 .
- [39]. Maurer , F.A . septemer 1986 . “ Acute depression ” Treatment and Nursing strategies for this affective disorder . Nursing Clinical of North America : 413 – 427 .
- [40]. ดวงใจ กษานติกุล . 2542 . โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์
- [41]. สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว 2527 : 159 ; Pennell & Creed F. Depressive illness . Medicine International . II , August 1987 ; 1796 – 1801 .
- [42]. สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว . 2527. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ป๋อง : หน้า 151 – 154 .
- [43]. Kaplan , H.I and Sadock , B.S . 1988 . Clinical psychiatry : From Synopsis Psychiatry . Baltimore . William & Wilkim ,
- [44]. Pennell , I and Creed , F . August 1987 . Depressive illness . Medicine International . II : 1796 – 1801 .
- [45]. สมภพ เรืองตระกูล . 2524 . คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ : 120.
- [46]. Worden , J.W and Weisman , A.D. March – April 1977 . The Fallacy in postmastectomy depression . The American Journal of the Medical Sciences : 169 – 175.
- [47]. Schultz , J.M. and Dark , S.L. 1986 Manual of psychiatric nursing care plan . 2 nd .ed. Boston : Little , Brown and Company .
- [48]. สุชีรา ภัทรายศวรตน์ . 2545 . คู่มือการวัดทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย .
- [49]. ดวงใจ กษานติกุล และคณะ. 2540 . แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย. Journal of the Association Thailand. 80 : 647-57
- [50]. House, J.S and Kahn , R.L 1985 . Measure and concepts of social support. In s Cohen and S.L Syme (ed) , Social support and health , pp 83-107 . Orlando , FL : Academic
- [51]. Weinert , C . 1987 . A social support measure: PRQ85. Nursing Research 36 (4) : 212 – 217 .

- [52]. Weiss .1974 : 17 – 26 cited in Brand and Weinert , The PRQ – A social support measure . Nursing Research 30 (5), 1981 ; 277 – 278 .
- [53]. Cobb , 1976 : 300 cited in Wortman , C.B.1984 . Social Support and the Cancer Patient : Conceptual and Methodologic Issue . Cancer Supplement 5 (10) : 2339 – 2360 . 1984 : 2542 .
- [54]. Norbeck , J . S . , Lindsey , A . , and Carrieri . , 1981 . The development of instrument to measure social support . Nursing Research . 30 (6) : 264 – 269
- [55]. Thoist , 1982 cited in Somchit Hanucharurnkul . Social support , self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand . Doctoral of Nursing Graduate School . Wayne Stage University , 1988.
- [56]. Wortman , C.B.1984 . Social Support and the Cancer Patient : Conceptual and Methodologic Issue . Cancer Supplement 5 (10) : 2339 – 2360 .
- [57]. Lindsey ,D . , and Chen , S.G 1985 .Social support network of Taiwanese cancer patients .Cancer Nursing 8 (4) : 149 – 164 .
- [58]. วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ ทิพากร ตั้งอำนาจ .2542. อ้างถึงในวนิดา รัตนานนท์ . ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2545
- [59]. Norbeck , J .S Lindsey , A , and Carrieri . , 1981 . The development of instrument to measure social support . Nursing Research . 30 (6) : 264 – 269
- [60]. Brandt , P.A., and Weinert , C .1981 . The PRQ – A social support measure . Nursing Research 30 (5) : 277 – 280
- [61]. Brandt , P.A., and Weinert , C .1987 . A social support measure : PRQ 85 . Nursing Research 36 (273 – 277 .
- [62]. Sammarco , A .2001 . Psychological stage and quality of life of women with breast cancer Cancer Nursing 24 (4) : 272 – 277
- [63]. นันทา เล็กสวัสดิ์ . ตุลาคม – ธันวาคม 2545 .คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด . วารสารสภาการพยาบาล ; 17 (4) : 1- 16

- [64]. ภักจิรา รัชตะสังข์ .2547. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- [65]. มาลี วรลัคนากุล.2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- [66]. รวีวรรณ คำเงิน . 2545 . ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ . บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [67]. วนิตา รัตนานนท์ . 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- [68]. Berard RM. Boermeester F, Viljoen G .Mar – Apr1998 .Depressive disorder in an out-patient oncology setting : Prevalent , assessment , and management . Psychooncology ; 7 (2) :112-20
- [69]. ภิญญ์ กลมรัตน์กุล และ คณะ. 2548. หลักการท้าววิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : บริษัท เท็ก แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น : 126
- [70]. Polit , D.F and Hungler, B.P.1999 . Nursing research : Principle and method . 6 th ed Philadelphia : Lippincott .
- [71]. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. 2540 . เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด , โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- [72]. Weinert , C.A .1987. Social Support measure : PRQ 85 . Nursing Research ; 36 (5) : 273 - 277 .
- [73]. จิรภา หงส์ตระกูล . 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- [74]. เพียงใจ ดาโลปการ . 2545.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- [75]. นุชบา ตันติศักดิ์ . 2535 . ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [76]. ปราณี เสนีย์ .2539.ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนื่อยตนเอง พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- [77]. Bell , J.M “Stressfull life Events and Coping Methods in Illness and Wellness Behavior ” Nursing research . 26 (Mar – April) : 133 – 137
- [78]. Pinder และคณะ ” อ้างถึงในมรรดา นันทแสง มรรดา นันทะแสง .ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (กรณีศึกษานำร่อง) งานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .2545
- [79]. มรรดา นันทะแสง. 2545.ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (กรณีศึกษานำร่อง) งานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- [80]. Montazeri A ,Jarvandi S , Haghghat S ,Vahdani M ,Sajadian A , Ebrahimi M .2001. Anxiety and Depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group . Patient Educ Couns . 45 (3): 195 -8 .
- [81]. ภักจิรา รัชตะสังข์ . 2547 .ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- [82]. Paykel อ้างถึงในธนวรรณ พงษ์ผล . ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545
- [83]. เบ็ญจวรรณ ป้อมเสมอพิทักษ์.2535 . ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- [84]. บำเพ็ญจิต แสงชาติ .มกราคม-มีนาคม 2532 .การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเหนื่อยล้า .วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : 23 – 36
- [85]. Northouse LL. Caffey M et.al 1999. The quality of life of African American women with breast cancer . Research in Nursing and Health : 449 – 460
- [86]. สมปอง รักษาสุข .2529 .โรคของเต้านม.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร .

- [87]. Mc Carthy and Skillings .1992. Orafacial Complications of chemotherapy for breast cancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol (August) 74 (2): 172-8.
- [88]. สุริพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล .2547 . ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- [89]. Devlen J, Maguire P, Phillips P, Crowther D and Chamber H . Psychological problems association with diagnosis and treatment of lymphomas I : Retrospective study . [online] . [cited 2007 Dec 15] Available from : URL
- [90]. David Cell, Roy S. Herbst, Thomas J. Lynch, Diane Prager, Chandra P. Belani, Joan H. Schiller, Anne Heyes et.al . May 1 st .2005. Clinically Meaningful Improvement in Symptoms and Quality of Life for Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer Receiving Gefitinib in a Randomized Controlled Trial Journal of Clinical Oncology, Vol 23, No 13 :2946-2954.
- [91]. สุกัญญา เลิศสกุลชล . 2544. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- [92]. มาศอุบล วงศ์พรหมชัย .2548 . ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

เรียน **ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน**

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด เป็นแนวทางในการวางแผน แก้ไขปัญหา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนและช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้องมุ่งสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมดโดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาทีซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 18 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านและบุคคลที่สามซึ่งถูกอ้างอิงในแบบทดสอบถามเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้นท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่อยากจะตอบโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาวกมลรัตน์ มลารัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ โทร. 089-8100473ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัยขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร. 02-2564455 ต่อ 14, 15

ขอขอบคุณในความร่วมมือนของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาว กมลรัตน์ มลารัตน์

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2550

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนและช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้องมุ่งสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลรวมทั้งบุคคลที่สามซึ่งถูกอ้างอิงในแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....ภูมรินทร์ มาลารัตน์.....)

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ยินยอมจะได้รับตามปกติเช่นเดิมทุกประการ

คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบสอบถามเลขที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม)

คำชี้แจง : กรุณาเติมข้อความในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

1. อายุ.....ปี
2. ท่านนับถือศาสนาใด
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ โปรดระบุ.....
3. วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ
 ไม่ได้เรียนหนังสือ
 ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 มัธยมศึกษา อื่นๆ โปรดระบุ.....
 อนุปริญญา
4. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย
 หย่า แยกกันอยู่
5. อาชีพ
 รับราชการ เกษตรกรรม รับจ้าง
 รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย แม่บ้าน
 เอกชน ว่างาน อื่นๆโปรดระบุ.....
6. รายได้โดยรวมของท่านและครอบครัว
 ต่ำกว่า 5,000 บาท /เดือน 25,001 – 35,000 บาท / เดือน
 5,001 – 15,000 บาท /เดือน 35,001- 45,000 บาท / เดือน
 15,001 – 25,000 บาท /เดือน 45,001 บาท ขึ้นไป
7. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวในแต่ละเดือน
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ

8. ภาระหนี้สิน
 มีหนี้สิน ไม่มีหนี้สิน
9. สัมพันธภาพในครอบครัว
 อยู่กันอย่างราบรื่น ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
 ทะเลาะกันรุนแรงบางครั้ง ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยๆ
 ต่างคนต่างอยู่
10. ประวัติโรคทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว
 ไม่มี
 มี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นป่วยเป็นโรค (โปรดระบุ).....
11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 ไม่สูบ สูบ(หากสูบบุหรี่กรุณาตอบข้อ 10.1 – 10.3 ด้วย)
- 11.1 ระยะเวลาที่ท่านสูบบุหรี่มาคือ.....ปี
- 11.2 ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่อยู่หรือไม่
 ไม่สูบ (ท่านเลิกมาได้นานปี) สูบ
- 11.3 ในแต่ละวันท่านสูบบุหรี่ประมาณกี่มวนต่อวัน
 ต่ำกว่า 5 มวน / วัน 5- 10 มวน/ วัน
 11 – 20 มวน / วัน มากกว่า 1 ซอง (20 มวน) / วัน
12. ท่านดื่มสุราหรือไม่
 ไม่ดื่ม ดื่ม(หากดื่มกรุณาตอบข้อ 11.1-11.3 ด้วย)
- 12.1 ระยะเวลาที่ท่านดื่มสุรามาคือ.....ปี
- 12.2 ปัจจุบันท่านยังดื่มสุราอยู่หรือไม่
 ไม่ดื่ม (ท่านเลิกมาได้นานปี) ดื่ม
- 12.3 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านดื่มสุราก็วันต่อสัปดาห์
 1 – 2 วัน / สัปดาห์ 3 – 5 วัน / สัปดาห์ 6 - 7 วัน / สัปดาห์
13. หลังจากที่ท่านทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นอย่างไร
 ลดลง เท่าเดิม เพิ่มขึ้น (กรุณาตอบข้อ 13.1 - 13.2)
- 13.1 กิจกรรมที่ท่านปฏิบัติเพิ่มขึ้นคือ.....
- 13.2 ความถี่ของกิจกรรมที่ทำ
 1 – 2 วัน / สัปดาห์ 3- 5 วัน / สัปดาห์ 6-7 วัน / สัปดาห์
14. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 ไม่มี มี (ป่วยเป็นโรค.....)

15. ระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจนถึงปัจจุบัน
- 3-6 เดือน 6-9 เดือน
- 9-12 เดือน
16. ขณะนี้ท่านเป็นโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะใด
- ระยะที่ 1 ระยะที่ 2
- ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
17. การรักษาอื่นที่ท่านได้รับร่วมด้วย นอกเหนือจากการผ่าตัด
- เคมีบำบัด ฉายแสง
- ฮอโมนบำบัด อื่นๆ (โปรดระบุ).....
18. หลังจากที่ท่านได้รับการผ่าตัดเต้านมมีอาการข้างเคียงอาการใดซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน
- (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> มีไข้สูง | <input type="checkbox"/> เหนื่อยหอบ | <input type="checkbox"/> ปวดท้อง ท้องเสียเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด | <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย | <input type="checkbox"/> มีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม |
| <input type="checkbox"/> คลื่นไส้อาเจียน | <input type="checkbox"/> คัดตามผิวหนัง | <input type="checkbox"/> ผม่วรง |
| <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ | <input type="checkbox"/> ปากแห้ง | <input type="checkbox"/> แขนบวม |
| <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแสบขัด | <input type="checkbox"/> ชาปลายมือปลายเท้า | <input type="checkbox"/> ข้อไหล่แข็ง, ข้อไหล่ติด |
| <input type="checkbox"/> เป็นสิ่ว มีขนขึ้น | <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร | <input type="checkbox"/> ท้องผูก |

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้วิจัย

ลำดับที่ รหัส.....

1. ขณะนี้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
2. วิธีการผ่าตัดที่ได้รับ.....
3. การรักษาที่ได้รับร่วมกับการผ่าตัด.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย /

ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือ รู้สึกแยระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือ รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เคย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1.	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2.	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3.	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันบ้างไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิต)					
4.	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านเพียงใด					
5.					

ติดต่อที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคมะเร็งในประเทศไทย (HRSR)

กรุณาขีด / หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ ในช่วง 2 สัปดาห์ นี้

บ่อยๆ = เกือบทุกวัน

ค่อนข้างบ่อย = 2 – 3 วัน / สัปดาห์

บางครั้ง = น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง

ไม่เลย = ไม่เลย

1. รู้สึกเบื่ออาหาร บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย
2. นอนไม่หลับหรือต้องใ้ยาช่วยให้หลับ บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย
3. รู้สึกอ่อนเพลีย หนื่อยง่าย บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย
4. คิดมาก กังวล บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย
5. รู้สึกสบายใจ บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย
7. บ่อย ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

ติดต่อที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกอย่างแท้จริงของท่านมาก ที่สุด ในแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกคำตอบคือเกณฑ์ดังนี้

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย							
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญกับคนรอบข้าง							
3. คนส่วนมากบอกว่าท่านทำงานดี							
4. ท่านไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา							
5. ท่านมีโอกาสได้พบปะติดต่อกับคนที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าตัวท่านมีคุณค่า							
6. ท่านมีโอกาสได้ใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับท่าน							
7.							

ติดต่อที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ภูมรินทร์ มลารัตน์ เกิดวันที่ 5 พฤศจิกายน 2520 ที่จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปีการศึกษา 2552 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ. ศ 2550 ปัจจุบันทำงานตำแหน่งพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบีเอ็นเอช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย