

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม  
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด



นางสาววนิดา รัตนานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2790-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN BASIC CONDITIONING FACTORS, SELF CARE AGENCY,  
SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE OF BREAST CANCER PATIENTS  
AFTER MASTECTOMY



Miss Wanida Ratananont

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

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2790-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์      ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง  
 การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
 หลังผ่าตัด

โดย                              นางสาวนิตา รัตนานนท์

สาขาวิชา                      พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา              ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ชนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แนบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ชนศิลป์)

..... กรรมการ  
 (อาจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรปกรณ์)

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วนิดา รัตนานนท์ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.

(RELATIONSHIPS BETWEEN BASIC CONDITIONING FACTORS, SELF CARE AGENCY, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE OF BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY) อ.ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. สุวีพร ชนศิลป์, 145 หน้า. ISBN 974-17-2790-9.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และเพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของ ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มารับการตรวจตามนัด ที่คลินิกศัลยกรรม ภาปร. ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และที่คลินิกศัลยกรรม เต้านม แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 คน เลือกโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .91 และ .81 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=73.98$ )

2. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษาประถมศึกษา รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 22 ( $R^2=.218$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สร้างสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด}} = .258 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + .232 Z_{\text{ความสามารถในการดูแลตนเอง}} - .195 Z_{\text{การศึกษาประถมศึกษา}} - .167$$

$Z_{\text{รายได้ 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน}}$

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

ปีการศึกษา.....2545.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4477397636 : MAJOR NURSING

KEY WORD: BASIC CONDITIONING FACTORS /SELF CARE AGENCY/SOCIAL SUPPORT /QUALITY OF LIFE/ BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY

WANIDA RATANANONT : RELATIONSHIPS BETWEEN BASIC CONDITIONING FACTORS, SELF CARE AGENCY, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE OF BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 145 pp. ISBN 974-17-2790-9.

The purposes of this study were to study quality of life and the predictors including of quality of life of breast cancer patients after mastectomy. Study subjects consisted of 130 breast cancer women after mastectomy selected by purposive sampling from surgical out patient department of Chulalongkorn hospital and National Cancer Institute. Study instruments were Basic Conditioning Factors (BCF), Self Care Agency (SCA), Social Support (SS), and Quality of Life (QOL) questionnaires. These questionnaires were tested for content validity and reliability. The alpha coefficients of SCA, SS, and QOL were .93, .91 and .81 respectively. Statistical methods of frequency, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression were used to analyze data.

Major findings were as follows:

1. The quality of life of breast cancer patients after mastectomy was at the high level ( $\bar{X} = 73.98$ ).
2. Factors significantly predicted quality of life of breast cancer women after mastectomy were social support (SS), self care agency (SCA), basic conditioning factors including primary school education level (ED2), and family income of 2,000-4,999 bahts per month (INCOM2) respectively. These predictors were accounted for 22 percents of variance ( $R^2 = .218$ ).

The study equation was as follow :

$$\hat{Z}_{QOL} = .258Z_{SS} + .232Z_{SCA} - .195Z_{ED2} - .167Z_{INCOM2}$$

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

Academic Year.....2002.....Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในเวลา ราชการและนอกเวลาราชการช่วยแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเมตตาอย่างยิ่ง รวมทั้งให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความ กรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหพราน ที่ กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรภรณ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดระยะเวลาการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง เครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และรองหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หัวหน้าหอผู้ป่วยภปร.ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าคลินิกศัลยกรรมเต้านม หัวหน้าคลินิกเคมีบำบัด หัวหน้าหอผู้ป่วยหญิง 4 หัวหน้าหอผู้ป่วยหญิง 6 หัวหน้าหอผู้ป่วย หญิง 7 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมถึง นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต ศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ยินดีเป็นผู้ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้รวมถึงพี่ๆ น้องๆ พยาบาลทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในการติดตามค้นหากลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี ตลอดจน นางบุญธนา วานิชกุล ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรม/ นางสาวอุมาพร พรหมเขมร หัวหน้าหอผู้ป่วยอาทรล่าง ที่พยายามจัดเวลาให้ได้เรียนหนังสือ พี่ๆ น้องๆ พยาบาลหอผู้ป่วยอาทร ล่างทุกท่านที่สนับสนุนให้กำลังใจและช่วยขึ้นเวรให้ในบางโอกาสเพื่อการศึกษาต่อในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบระลึกถึงพระคุณบิดาและมารดาที่เป็นที่รักยิ่งและเป็นผู้ให้ สติปัญญาและสิ่งดีงามรวมถึงกำลังใจมาโดยตลอด และเพื่อนๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ไม่เคยทอดทิ้งกัน ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจและถือว่าเป็น เจ้าของงานวิจัยชิ้นนี้ร่วมกับผู้วิจัย ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลมากมายวิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลง ได้ด้วยดี

วนิดา รัตนานนท์

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ณ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
คุณภาพชีวิต.....	15
แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem.....	24
ปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต.....	25
ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต.....	30
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	40
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	45
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	52

## สารบัญญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การทบทวนสถิติของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	78
การอภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	88
รายการอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	104
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ค ตารางการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของสถิติทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน.....	121
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	145



สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
1. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต .....	60
2. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายด้าน.....	61
3. จำนวน และ ร้อยละ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว.....	66
4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม.....	67
5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับของคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายข้อ.	69
6. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับของความสามารถในการดูแลตนเอง โดยรวม.....	71
7. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับของการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม.....	72
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการเลือกเข้าสู่สมการถดถอย อำนาจในการพยากรณ์ ( $R^2$ ) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของ อำนาจในการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$ change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เมื่อใช้วิธีการแบบขั้นตอน (Stepwise) .....	73
9. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี แบบขั้นตอน (Stepwise).....	75
10. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลตนเอง จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม.....	122
11. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคม จำแนกตาม รายด้าน และโดยรวม.....	123
12. ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์	125
13. ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปรอิสระ.....	126
14. การทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม.....	128
15. ตาราง Test of normality.....	136
16. ตาราง Model Summary.....	137

## สารบัญแผนภูมิ

ญ

แผนภูมิ	หน้า
1. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร อายุ.....	129
2. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร สถานภาพสมรส.....	130
3. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร ระดับการศึกษา.....	131
4. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร รายได้.....	132
5. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร ความสามารถในการดูแลตนเอง.....	133
7. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม.....	134
8. แผนภูมิ Histogram ของตัวแปร คุณภาพชีวิต.....	135
9. แผนภูมิ ทดสอบความแปรปรวน.....	138



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคไม่ติดต่อโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั้งที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ปัจจุบันพบประชากรโลก ที่เป็นสตรีเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มากถึง 700,000 ราย (Bassett et al., 1997: 294) พบมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมด มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น 0.5%ต่อปี และคาดว่าในค.ศ.2010จะพบประชากรโลกที่เป็นสตรีเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มากถึง ประมาณ 1.35 ถึง 1.45 ล้านคน (Parkin et al.,1999อ้างใน Dow, 2000:1)ปัจจุบันพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรีที่เป็นมะเร็งทั่วโลก แต่ละปีมีอัตราการตายถึงประมาณ 314,000 คน คิดเป็น 14% ของอัตราการตายของสตรีที่เป็นมะเร็งทั่วโลก (Parkin et al cited in Dow, 2000: 1-3)ในประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก จากสถิติล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพ.ศ.2537 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในอัตราความชุก 16.3 ต่อ 100,000 คน เป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพของสตรีไทยในปัจจุบัน(ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2545: 3; ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2545: 2) และจากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ.2541-2544 พบว่าเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งในสตรีทั้งหมด โดยพบมากถึง 258 ,268 , 310 และ 381 ราย ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 4,055 , 4,256 , 4,759 ราย และ 4,910 ราย ตามลำดับ (สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2541: 6; สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2542: 6; สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2543: 6 ; สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2544: 6)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ การรับรู้ความหมายของโรคมะเร็งและการรักษาตามที่คนทั่วไปเข้าใจว่า หมายถึงความตายจะเกิดความรู้สึกทางลบเกินความเป็นจริง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 175) การรักษา มะเร็ง เต้านมให้ได้ผลดีนั้น จะต้องวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรก และเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อควบคุมรอยโรคเฉพาะที่ให้ได้มากที่สุด วิธีการหนึ่งที่นิยมใช้รักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1,2และ 3 คือการทำผ่าตัดเต้านม(mastectomy)(Gale and Charette, 1995:181 ; ซอลดา พันธุ์เสนา, 2542: 384; ปริญญา สนิกะวาที, 2542: 8)

ถึงแม้การผ่าตัดเต้านมจะเป็นวิธีการรักษาที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มากกว่า แต่การผ่าตัดก็ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเริ่มตั้งแต่มีความเจ็บปวดจากการผ่าตัด การมีอาการชาบริเวณแขนข้างที่ทำผ่าตัดเนื่องจากเส้นประสาทถูกกดจากการบวมของแขนหลังผ่าตัด การจำกัดในการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัด (อุมารักษ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2542: 374) โดยเฉพาะด้านการสูญเสียภาพลักษณ์ จากการสูญเสียเต้านม

เต้านมนั้นเป็นเอกลักษณ์เชิงจิตวิญญาณของสตรี ช่วยส่งเสริมรูปร่างและภาพลักษณ์ของสตรี เกี่ยวพันกับการทำหน้าที่มารดา คือผลิตน้ำนมสำหรับเลี้ยงบุตร เต้านมจึงเป็นสิ่งที่มีความค่าและเป็นความภาคภูมิใจของสตรีทุกคน(วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525: 106; Okada, 2001: 7) เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมและถูกตัดเต้านมไปแล้วและหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม ยังต้องพบปัญหาอื่นอีกมากมาย เช่น กลัวการรักษาต่อเนื่อง กลัวการกลับเป็นซ้ำ (ปัทมา คุปต์จิต, 2532: 1 ; กนกนุช ชื่นเลิศสกุล ,2541: 175) กังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ หลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม) ในสตรีอายุน้อยมีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อการศึกษา สัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม การแต่งงาน และการมีบุตร ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สตรีที่มีครอบครัวและมีบุตรก็กังวลเกี่ยวกับอาชีพการงานรวมถึงความก้าวหน้าในอาชีพ กลัวการหย่าร้างจากคู่สมรส จากผลกระทบของการผ่าตัดเต้านม (Sammarco, 2001: 273) รู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่น มีปมด้อย ไม่เป็น ตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระแก่ ครอบครัว มีชีวิตอยู่อย่างไร้ความสุข เพราะรักษาอย่างไรก็ไม่หาย รอคอยวันตายเท่านั้น (ลักษมี จำปาแดง, 2535: 68-69)เหล่านี้ล้วนเป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยและการผ่าตัดต่อผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมทั้งสิ้น สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การเจ็บป่วยย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต(Quality of life) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สังคมให้ความสนใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Burchardt, 1985:11) วงการพยาบาลเองก็ให้ความสนใจในเรื่องนี้มิใช่น้อย ดังที่ Padilla และ Grant (1985:45) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่เหมาะสมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย จะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Padilla and Grant, 1985: 45) การช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น พยาบาลจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและเป็นจุดเน้นของพยาบาล คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต คุณภาพชีวิตที่ดีมิใช่มีสภาพร่างกายที่ปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายถึงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย ปัจจุบันวงการสาธารณสุขไทยมีการตื่นตัว ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ , 2537: 14)

คำว่าคุณภาพชีวิตนั้นมีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายว่าหมายถึงความผาสุกในชีวิต (Andrews and Witney, 1976, George and Bearon, 1980 Campbell, 1981, cited in Gulick, 1997: 305 ; Ferrans and Powers, 1985: 15; Somchit Hanucharurnkul, 1988: 10 ; Charles and Yates, 1987: 620-622; Ferrell, 1995 : 915) ในทฤษฎีการพยาบาลของOrem (2001: 186) Orem ใช้คำว่า ความผาสุก (well-being) ซึ่งในทัศนะของ Somchit Hanucharurnkul(1988:10)เห็นว่าคำว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายที่เหมาะสมกว่าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและได้ศึกษามโนทัศน์ของคำว่า"คุณภาพชีวิต"ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย เพื่อขยายมโนทัศน์ของคำว่า ความผาสุกตามแนวคิดของ Orem พบว่า สามารถใช้แทนกันได้ Orem(2001: 186)ให้ความหมายความผาสุก ว่าหมายถึงภาวะที่บุคคลแสดงออกถึงความพึงพอใจ,ความยินดีและการมีความสุขเกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งความสำเร็จ จากความพยายามของบุคคล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ ซึ่งความผาสุกเกิดขึ้นได้แม้ในสถานะที่บุคคลมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Padilla และ Grant (1985) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิด ทวารเทียมทางหน้าท้อง และกล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นสถานะที่ผสมผสานระหว่าง กาย จิต อารมณ์และสังคม รวมทั้ง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ เป็นโครงสร้างหลายมิติ วัดได้จากการรับรู้ความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษารวมถึงความรู้สึกต่อสังคมที่อยู่รอบตัว (Padilla and Grant, 1985: 48)

แนวคิดในการดูแลตนเองของOremนั้น(Orem, 2001: 141) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกันคือ1)ทฤษฎีการดูแลตนเอง(Theory of self care) 2)ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง(Theory of self care deficit) 3)ทฤษฎีระบบการพยาบาล(Theory of nursing system) งานวิจัยนี้ได้ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองเป็นแนวทางในการศึกษาเนื่องจากได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีนี้ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลจากบุคคลที่ให้การพึ่งพา หรือที่ Somchit Hanucharurnkul (1988: 17) กล่าวว่าเป็น การสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของOrem (Orem, 1985; 1991; 1995; 2001)พบว่ามีตัวแปรที่ส่งผลต่อความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน(Basic conditioning factors) ความสามารถในการดูแลตนเอง(Self care agency) และความสามารถในการดูแลจากบุคคลที่ให้การพึ่งพาหรือการสนับสนุนทางสังคม(Dependent care, Social



support)(Orem,2001) ซึ่งปัจจัยพื้นฐานนั้น ในทัศนะของOrem (1985: 220; 1991: 145; 2001: 245) นั้นหมายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี Orem (2001: 325)กล่าวว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานได้แก่ (Orem, 2001: 245) 1)อายุ 2)เพศ 3)ระยะพัฒนาการ 4)ภาวะสุขภาพ 5)สังคม วัฒนธรรม 6)ระบบบริการสุขภาพ 7)ระบบครอบครัว 8)แบบแผนการดำเนินชีวิต 9)สิ่งแวดล้อม 10)แหล่งประโยชน์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาและรายได้ (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 ;นัยนา พิพัฒน์วิศิชา, 2535; มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2538; จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์, 2544) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันท์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ที่พบว่าปัจจัย พื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และงานวิจัยของจักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ (2544)ที่พบว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งงานวิจัยของมาลี เลิศมาลีวงศ์และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ที่พบว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อายุเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานในทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem (Orem, 2001: 245) Orem(2001: 254)กล่าวว่า บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะส่งเสริมให้เกิดความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของPadilla และ Grant (1985: 56) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรสนั้น ในมุมมองของOrem(Orem,1985: 326; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 51) Oremมองสถานภาพสมรสเป็นแหล่งประโยชน์ เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม (Social support) คู่สมรสเป็นบุคคลที่ให้การพึ่งพา (Dependent care agent) ที่สนับสนุนการดูแลตนเอง ช่วยผ่อนคลายเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Eaton,1978 , Thoits, 1982, Warheit, 1979 cited in Somchit Hanucharunkul, 1988: 16) สอดคล้องกับงานวิจัยของนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2535) ที่ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนระดับการศึกษาและรายได้นั้น Orem (2001: 250) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในแหล่งประโยชน์ บุคคลที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น

ในชีวิตจะสามารถช่วยให้พวกเขาพบความต้องการของตนเอง นำพาตนเองสู่ความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า (Muhlenkamp and Sayles, 1986: 336) นั้นแสดงว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับงานวิจัยของประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 88) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาค่ำ ส่วนรายได้นั้น Cameron และคณะ (Cameron et al cited in Burkhardt, 1985: 28) กล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกพร เทียนคำศรี (2537) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยมิได้เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม เพราะการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะเพศหญิงเท่านั้น เนื่องจากพบว่ามะเร็งเต้านมที่พบมีอุบัติการณ์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 100 เท่า (ชอลดา พันธุเสนา, 2542: 367) และการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี) เท่านั้นและยังไม่พบงานวิจัยสนับสนุนฉะนั้นจึงมิได้นำตัวแปรระยะพัฒนาการมาศึกษา สำหรับปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีได้เลือกมาศึกษาเนื่องจากงานวิจัยนี้เลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพียงกลุ่มเดียวและยังไม่พบงานวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตดังนั้นจึงมิได้เลือกปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา สำหรับปัจจัยระบบบริการสุขภาพเป็นแนวคิดในมุมมองด้านระบบบริการสุขภาพที่ให้กับประชาชนที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบองค์กรในระดับมหภาค ผู้วิจัยจึงมิได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ สำหรับปัจจัยแบบแผนการดำเนินชีวิตเนื่องจากเป็นปัจจัยที่กล่าวถึงแบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลซึ่งหากนำมาศึกษาจะซ้ำซ้อนกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมนั้น ไม่พบงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้มาศึกษาอำนาจในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตต่อไป

ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองนั้น Orem (2001: 254) กล่าวว่า หมายถึงความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่ต้องการเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตคงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย และส่งเสริมความผาสุกในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตนั่นเอง มีนักวิจัยหลายท่านนำแนวคิดนี้มาศึกษาในภาวะสุขภาพที่

แตกต่างกัน ดังผลการศึกษาของจันท์ทรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ที่ศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วิชชา (2535) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการ ฟอกเลือด

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ การสนับสนุนทางสังคม Orem(2001: 284) กล่าวว่าหมายถึงการดูแลจากบุคคลที่ให้การพึ่งพา ที่มีวุฒิภาวะที่จะรู้และนำพาบุคคลที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองนำสู่ความสามารถในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด อันจะนำสู่ความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆจะสามารถทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และคำกล่าวที่ว่าในสภาวะการเจ็บป่วย การสนับสนุนที่ได้จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุขจะช่วยให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem,1985: 175; 1991: 175-176) Orem (1991) และ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง และร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shell และ Kirsch ( 2001: 948) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกจากช่วยลดปัญหาทางร่างกายในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ความรู้สึกไม่สุขสบายและอาการข้างเคียงจากการรักษาแล้วยังช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์เช่น วิตกกังวล หมดหวัง ซึมเศร้าและหลีกเลี่ยงปัญหา อันจะช่วยนำพาผู้ป่วยมะเร็งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เหล่านี้ช่วยสนับสนุน ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Anderson (1995) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sammarco (2001) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผู้ใหญ่

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมว่า ได้หรือไม่ อย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อไป



## ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้หรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้นที่รู้จักกันทั่วไปคือแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ ปี ค.ศ.1970 มีการปรับปรุงแก้ไขมา 6 ครั้ง ล่าสุดคือ ค.ศ.2001 โดย Orem ได้กล่าวไว้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) และการสนับสนุนทางสังคม (Dependent care ,Social support) (Orem, 2001) คำว่าคุณภาพชีวิต อาจมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Andrews and Witney, 1976, George and Bearon, 1980, Campbell, 1981, cited in Gulick, 1997: 305 ; Ferrans and Powers, 1985:15; Somchit Hanucharunkul, 1988: 10; Charles and Yates, 1987: 620-622; Ferrell, 1995 : 915) หรือความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) (Dalky and Rourke, 1965 cited in Ferran and Powers, 1985: 15-16; Ferrans and Powers, 1985:15; Padilla and Grant, 1985:45; Somchit Hanucharunkul, 1988:10; Meeberg, 1993: 34; Zhan, 1992: 797) ในทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (Orem, 2001:186) ใช้คำว่าความผาสุก ซึ่งในทัศนะของ Hanucharunkul (1988:10) เห็นว่าคำว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายที่เหมาะสมกว่าสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และได้ศึกษามโนทัศน์ของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย เพื่อขยายมโนทัศน์ของคำว่า “ความผาสุก” ตามแนวคิดของ Orem พบว่าสามารถใช้แทนกันได้ สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant (1985:48) ซึ่ง Padilla และ Grant ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทาง

หน้าท้อง และได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า เป็นสถานะที่ผสมผสานระหว่าง กาย จิต อารมณ์ และสังคม เป็นโครงสร้างหลายมิติได้แก่การรับรู้ความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึง ความรู้สึกต่อสังคมที่อยู่รอบตัว ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยจึงเลือก แนวคิด คุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant มาศึกษาในงานวิจัยนี้

สำหรับปัจจัยพื้นฐานนั้น ในทัศนะของ Orem (1985: 220; 1991:145; 2001: 245) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเลือกปัจจัยพื้นฐานบางประการที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมา ศึกษาในงานวิจัยนี้คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้

ปัจจัยอายุนั้น Orem (2001: 254) กล่าวว่าบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง เปลี่ยนไปตามอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตต่อไป ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรส ในทัศนะของ Orem เป็นปัจจัยในแหล่งประโยชน์ เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของการสนับสนุนจากผู้ที่ให้การพึ่งพา หรือการสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ส่วนระดับการศึกษา เป็นหนึ่งในปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ Orem (1991: 175) กล่าวว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี และรายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งในแหล่งประโยชน์เช่นกันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลเป็นสิ่งที่กำหนดให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับที่ Cameron และคณะกล่าวไว้ (Cameron et al cited in Burkhardt, 1985: 28)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายงานวิจัยที่ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่น งานวิจัยของ Padilla และ Grant (1985) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรสนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยระดับการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ส่วนปัจจัยรายได้นั้นสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรวลัย โจอารีย์ (2533) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

Orem (2001: 254) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองในการควบคุมกระบวนการของชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การพัฒนาการและส่งเสริมให้เกิดความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล สามารถถูกระงับได้ เนื่องจากภาวะทางด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและเกิดความพร่องในการดูแลตนเองขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 21) ซึ่งในทฤษฎีของOremนั้น (Orem, 2001: 245) กล่าวว่า หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น Orem (2001: 257-265) ได้เสนอวิธีการศึกษาโดยดูจากความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งประเมินได้ใกล้เคียงที่สุดจากความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ระดับเริ่มต้นจากความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน,พลังความสามารถ 10 ประการและความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภักศุกพิชญ์ ศรีกสิพันธ์ และมาลี วรลัคนากุล (2539) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดและสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตOrem (1985: 175; 1991: 175-176) กล่าวว่า การดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพาคือการได้รับการช่วยเหลือเพื่อการมีสุขภาพดีและความผาสุก จากสมาชิกในสังคมที่ให้การพึ่งพา ในสภาวะการเจ็บป่วย การสนับสนุนที่ได้จากสมาชิกในครอบครัว,เพื่อนบ้านและบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข จะช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก (Orem, 1991) และThoits (Thoits, 1982 cited in Hanucharumkul, 1988: 47) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทองและร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี สนับสนุนแนวคิดของ House (House, 1981 cited in Brown, 1986: 4-9 ) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ช่วยนำพาบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจากการศึกษาของ Somchit Hanucharumkul (1988: 13) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยโดยสร้างรูปแบบจำลองอาศัยแนวคิดของOrem (1985) ช่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ

คุณภาพชีวิต โดยเทียบการดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพากับการสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกกับ คุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัย สอดคล้องกับผลการวิจัยของจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมด สนับสนุนว่าปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบบรรยายเชิงพยากรณ์ (Descriptive predictive research) ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของ ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่มีอายุ 18 ปีถึง 59 ปีที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมไปแล้ว 1 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่เลือกสองสถาบันนี้เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมมารับการรักษาพยาบาลจากทั่วประเทศ จึงถือเป็นตัวแทนประชากรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด ครอบคลุม 6 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดถึง ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

2. ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึงความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ทั้งการดำรงชีวิตโดยทั่วไปและเมื่อได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด

3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดถึงการยอมรับสภาวะการสูญเสียเต้านมของตนเอง และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมหลังผ่าตัด

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และตอบสนองต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัดรวมถึง การอยู่ร่วมกับอาการแสดงต่างๆของตนหลังผ่าตัด

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้าน โภชนาการ หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกลอยอาหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม

6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดถึงปฏิกริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเองหลังได้รับการผ่าตัด ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต และคงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของ โครงสร้างและการทำงานที่ของร่างกายและพัฒนาการของบุคคล เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้านคือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisities) หมายถึง ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาสุขภาพและ สวัสดิภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด



2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisities) หมายถึง ความต้องการการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเป็นการดูแลตนเองที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ และเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหลังผ่าตัดเต้านม

3. ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisities) หมายถึงความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดเต้านม

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือแรงงานและการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ตามแนวคิดของ House (1981)ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงบอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน หมายถึงการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ สิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันจากบุคคลในครอบครัว

**ปัจจัยพื้นฐาน** หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและ รายได้ อายุ

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยเศษของปีน้อยกว่า 6 เดือนตัดทิ้ง ถ้าเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปคิดเพิ่มเป็น 1 ปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะการสมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ โสด คู่ หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตามระดับที่ได้รับการศึกษาแบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ 1) ต่ำกว่าประถมศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา 4) อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา และ 5)ปริญญาตรีขึ้นไป

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเป็นบาทของรายรับเฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและคู่สมรสรวมกัน แยกเป็น 5 ระดับคือ 1) 0-1,999 บาท 2) 2,000-4,999 บาท 3) 5,000-9,999 บาท 4) 10,000-19,999 บาท และ 5) 20,000 บาทขึ้นไป

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด เป็นแนวทางในการวางแผนและแก้ไขปัญหา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนและช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้องมุ่งสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิต โดยนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล ให้สามารถนำหลักการที่ได้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนำสู่การค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะสุขภาพอื่นต่อไป

4. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาสู่การวิจัยเชิงการทดลองทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดนำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอเสนอผลจากการศึกษาค้นคว้าต่างๆดังกล่าวตามลำดับดังนี้

##### 1.คุณภาพชีวิต

###### 1.1 แนวคิดคุณภาพชีวิต

###### 1.2 มะเร็งเต้านมและการผ่าตัด

###### 1.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

###### 1.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

##### 2.แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem

##### 3.ปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

###### 3.1 ปัจจัยพื้นฐาน

###### 3.2 ปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

##### 4.ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

###### 4.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง

###### 4.2 ความต้องการการดูแลตนเอง

###### 4.3 ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

###### 4.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

##### 5.การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

###### 5.1 การสนับสนุนทางสังคม

###### 5.2 การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

###### 5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

##### 6.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต



- 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต
- 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
- 6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต
- 6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
- 6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

## 1. คุณภาพชีวิต

### 1.1 แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดีคือเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกลุ่มอายุ เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา, สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535: 32-37) คำว่า “คุณภาพชีวิต” มีความหมายกว้าง เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาทั้งในยามที่มีภาวะสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย (สมพันธ์ หิญชรนันท์, 2542: 69) ปัจจุบันวงการสาธารณสุขไทยมีการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก รัฐบาลได้นำแนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: ฉ) มีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน ตามทัศนะและมุมมองของแต่ละบุคคล ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539: 189, 271) ได้ให้ความหมายไว้ว่าคุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่าหมายถึงความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่มีได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization cited in Fayers and Machin, 2000: 3)ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตคือภาวะที่มีความผาสุกสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น

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

อำภาพร พัววิไล และ กัญญา นภาพงษ์ (2543: 218-233) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก/รับรู้/มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของตนมีอยู่และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ

Burkhardt (1985: 11-16) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตคือการที่บุคคลรับรู้คุณภาพในชีวิตตนเองว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุดี (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน/สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง, การทำให้บรรลุผลและการหาเวลาพักผ่อน

Dalkey และ Rourke (Dalkey and Rourke, 1965 cited in Ferran and Powers, 1985:15-16) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงความรู้สึกถึงความผาสุก (sense of well being), ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิต (satisfaction or dissatisfaction) หรือการมีความสุขหรือไม่มีความสุขในชีวิต (Happiness or unhappiness)

Ferrans และ Powers (1985: 15) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (sense of well being) ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มีความสำคัญ ต่อบุคคลนั้น ๆ

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

Meeberg (1993: 34) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป, การประเมินสถานะทางจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิตหรืออื่นๆ ภาวะทางกาย จิตสังคมและอารมณ์ที่บุคคลตัดสินใจในสุขภาพว่ายอมรับได้ และการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคล มีสถานะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม

Padilla และ Grant (1985: 45) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่ เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทำหน้าที่ของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจาก สังคม

Young และ Longman (Young และ Longman ,1983 cited in Padilla&Grant, 1985: 46)ให้ ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่เกิดขึ้นใน ปัจจุบัน

Zhan (1992: 797) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งขึ้นกับ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อน มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นอยู่กับ หลายสิ่งร่วมกัน มีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดี และผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

Ferrell (1998: 888) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1.ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being and symptoms) ได้แก่ การรับรู้ความอยาก อาหาร การเปลี่ยนแปลงของวงจรประจำเดือน/การเป็นหมัน การนอนหลับ ความเจ็บปวดอาการ เหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

2.ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being ) ได้แก่ ความรู้สึกมีประโยชน์ การมี ความสุข/ความพึงพอใจ การสามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้

3.ความผาสุกด้านสังคม (social well-being ) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4.ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ(spiritual well-being )ได้แก่ การมีความหวังและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต/การมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

Cella (Cella, 1994 cited in Schultz and Winstead-Fry, 2001: 13) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเจ็บปวด (pain) และสรุปไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นโครงสร้างที่เป็นพลวัตมีองค์ประกอบ4ด้านคือ การทำหน้าที่(functional)ด้านร่างกาย(physical) ด้านอารมณ์ (mental) และด้านความผาสุกในสังคม (social well-being)

Ferran (Ferran ,1990b,1996 cited in King et al., 1998: 46 ) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมี 4 องค์ประกอบคือ 1)ความผาสุกทางร่างกายรวมถึงอาการแสดง (physical well being) 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ (psychological well being) 3)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) 4)ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well being)

Padilla และ Grant (1985: 48) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องพบว่าคุณภาพชีวิตมี 6 องค์ประกอบคือ

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

2.ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตโดยทั่วไป ความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร และการนอนหลับ

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

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

5.การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (diagnosis/treatment: nutritional) ด้านโภชนาการได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหารหลังผ่าตัด ความพึงพอใจในน้ำหนักตัวหลังผ่าตัด

6.ความรู้สึกต่อสังคมที่อยู่รอบตัว (social concerns) ได้แก่ การรับรู้ปฏิกิริยาจากบุคคลในสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมต่อการมีรูเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายรวมถึงจำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งไว้หลากหลายตามแต่แนวคิด การรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความผาสุกในชีวิต (Andrews and Witney, 1976, George and Bearon, 1980, Campbell, 1981, cited in Gulick, 1997: 305 ; Ferrans and Powers, 1985: 15; Somchit Hanucharunkul, 1988: 10; Charles and Yates, 1987: 620-622; Ferrell, 1995 : 915) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001:186) ที่กล่าวว่า ความผาสุกหมายถึง ลักษณะที่แสดงออกถึงประสบการณ์ความพึงพอใจและความสุข แสดงโดยประสบการณ์ความเชื่อ การปฏิบัติตนโดยใช้ความคิดส่วนบุคคล (self idea) เพื่อบรรลุความสำเร็จ ตามบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คำว่าคุณภาพชีวิตตามที่ Somchit Hanucharunkul (1988:10) มีความเห็นว่าคำว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายที่เหมาะสมกว่าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งคนไทย

จากความหมายของคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปเป็นความหมายคุณภาพชีวิตของผู้วิจัยได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม

## 1.2 มะเร็งเต้านมและการผ่าตัด

มะเร็งเต้านมคือชนิดของเนื้อร้ายที่เจริญเติบโตในเนื้อเยื่อของเต้านม โดยเซลล์ที่เจริญเติบโตนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติ เซลล์ผิดปกติเหล่านี้สามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง และมีโอกาสแพร่กระจาย ไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง คือกระจายไปตามกระแสเลือด ท่อน้ำเหลืองไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย เช่นกระดูก ตับ ปอด สมอง เป็นต้น อวัยวะอื่นๆของร่างกายได้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 29; ประนอม หนูเพชร, 2542: 367 )

การรักษา มะเร็งเต้านมให้ได้ผลดีนั้น จะต้องวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรกและเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อควบคุมรอยโรคเฉพาะที่ให้ได้มากที่สุด วิธีการหนึ่งที่นิยมใช้รักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1,2 และ 3 คือการทำผ่าตัดเต้านม (mastectomy) (ชอลดา พันธุเสนา, 2542: 384; ปริญญา สนิกะวาที, 2542: 8; Gale and Charette, 1995: 181; Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania, 2002: 3) แม้ว่าการรักษา มะเร็งเต้านมในปัจจุบันนี้มีหลายวิธี แต่การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเต้านม (mastectomy) เป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งที่ยอมรับกันโดยทั่วไป (Abraham Cancer Center of the University of Pennsylvania, 2002: 3-5) ทั้งนี้ทุกกระยะของมะเร็งเต้านม ศัลยแพทย์อาจเลือกวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมชนิด mastectomy ได้ ขึ้นกับหลายองค์ประกอบและการตัดสินใจ



การผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่นิยมในปัจจุบันแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ 1)การผ่าตัดเต้านมลดขนาดแบบดัดแปลง (Modified radical mastectomy) หมายถึง การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองรักแร้ ยกเว้นกล้ามเนื้อ Pectoralis เป็นการผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เพราะรูปร่างของหน้าอกไม่เสียมาก 2)การผ่าตัดเต้านมชนิดธรรมดา (Simple mastectomy or Total mastectomy) หมายถึง การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งเต้านม ทั้งส่วนที่ยื่นเข้าไปในรักแร้ด้วย 3)การผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็ง (Lumpectomy or Excission) หมายถึงการผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็งออก เก็บเนื้อเต้านมส่วนที่ดีเอาไว้ 4)การผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Wide excission)หมายถึงการผ่าตัดก้อนเนื้อมะเร็งออก รวมทั้งตัดเนื้อเต้านมที่ดีที่หุ้มรอบก้อนเนื้อมะเร็งออกด้วย ( ทัศนวิชรพุกก์, 2542: 286 ; ประพนอม หนูเพชร, 2542: 384-385; Ruth, 1995 อ้างใน ปริชญญา สนิกะวาที, 2542: 8; Harkness and Dincher, 1999: 1370-1372; Okada, 2001: 133 )

ทั้งนี้งานวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2 วิธีแรกซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตัดเต้านมทั้งเต้านมทั้งนี้เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการตัดเต้านม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นอย่างมาก ดังจะได้กล่าวต่อไป

### 1.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ประชาชนโดยทั่วไปมองการประสบกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือทุพพลภาพว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในชีวิตของบุคคลซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นมะเร็งก็เช่นกันเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ที่ผลการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Burckhardt,1985: 11) ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนั้น ก็เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต (Ishikan et al, 2001: 491) Padilla และ Grant (1985: 45) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่เหมาะสมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คุณภาพชีวิตนั้นหมายถึงการทำให้การดำรงชีวิตอยู่มีคุณค่าและมีความหมาย ไม่เพียงแต่เพื่อการรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการลดความพิการของบุคคลด้วย (Hass, 1999: 730) เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย จะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น สอดคล้องกับที่ Ferrell (1998: 887) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งเต้านม

ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น วิธีการหนึ่งที่นิยมใช้รักษาโดยเฉพาะในระยะที่ 1,2 และ 3 ก็คือการผ่าตัดเต้านมชนิด mastectomy (ชอลดา พันธุเสนา, 2542: 384; ปริญญา สนิกะวาที, 2542: 8; Gale and Charette, 1995: 181; Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania, 2002: 3) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภายหลังจากผ่าตัดเต้านมเมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านเกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

### 1.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ภายหลังจากกลับไปดำรงชีวิตในสังคม อาการที่พบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้แก่ รู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณหน้าอก (chest wall tightness) รวมถึงอาการปวดแปลบ บางครั้งเหมือนถูกเข็มตำบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณรักแร้ข้างที่ทำผ่าตัดที่ไม่หายไปแม้เมื่อกลับบ้านไปแล้ว (Ishikan et al, 2001: 494) ท่อน้ำเหลืองอุดตัน (lymphadema) และแขนบวม (arm swelling) จากการตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายหลังจากผ่าตัดเต้านมทันที หรืออาจพบหลายเดือน หรือหลายปีหลังผ่าตัด อาการแขนบวมนี้จะนำมาซึ่งการเกิดอันตราย หรือการบาดเจ็บของแขนได้ ( Kris Chatamara, 2002: 43-44 ) ตลอดจนการรับรู้ทางประสาทสัมผัสแขนข้างที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนไป (sensory changes) โดยเฉพาะมีอาการชาตื้นแขนด้านใน เป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนี้ (intercostobrachial nerve) ถูกตัดขาด อาการจะค่อยๆดีขึ้นเองแต่อาจจะไม่หายไปทั้งหมด รวมถึงอาการของข้อไหล่แข็งขยับได้น้อยลง (impaired arm mobility) เกิดขึ้นเพราะช่วงแรกหลัง ผ่าตัดผู้ป่วยเจ็บแผลจึงไม่ขยับแขนและไหล่ข้างนั้น และดึงแขนมาแนบตัวตลอดเวลาติดต่อกันหลายวัน ทำให้ข้อไหล่ยึด อาการดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม (mastectomy) ภายหลังจากกลับไปดำรงชีวิตในสังคมเป็นอย่างดี (ชนิด วัชรพุกก์, 2542: 286-287; Harkness and Dincher, 1999: 1375; Cimprich and Ronis, 2001: 87)

### 1.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม

การสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดเต้านม (mastectomy) ทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังผ่าตัดการสูญเสียเต้านมนั้นทำให้ผู้ป่วยยากที่จะทำใจยอมรับได้ กลับกลายเป็นภาวะวิกฤติสำหรับชีวิต ผู้ป่วยส่วนมากจะแสดงอาการเศร้าโศก หดอาลัยและสิ้นหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัวและการเข้าสังคม (Schover et al., 1994: 55) รวมทั้ง

พบว่าใน ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การมีแผลเป็นขนาดใหญ่จากการถูกตัดเต้านมและการสูญเสียเต้านม ล้วนสร้างความทุกข์อย่างใหญ่หลวงแก่ผู้ป่วย ทั้งจากการมีร่างกายไม่สมบูรณ์เหมือนเดิมแล้ว ยังกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค และวิตกกังวลกลัวถูกรังเกียจจากเพื่อนชายด้วย(Schover, 1994 cited in King and Hinds, 1999:185) หากผู้ป่วยแต่งงานแล้วหลังสูญเสีย เต้านมจะมีความวิตกกังวล กลัวสามีเบื่อหน่ายและรังเกียจ ทำให้จิตใจผู้ป่วยสับสน เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ และมีอารมณ์แปรปรวน (ชนินญา น้อยเปียง, 2545: 33) สอดคล้องกับการศึกษาของShell et al (2001:950-960) ที่ศึกษาใน ผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไปพบว่าภายหลังการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้แก่ โกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล หมดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ บางรายมีความคิดที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งโดยพยายามหาทางที่จะรักษาด้วยวิธีการต่างๆตามความเชื่อ และแรงชักจูง เช่น ยาหม้อ น้ำมันต์ หรือไสยศาสตร์เป็นต้น เมื่อพยายามแล้วไม่ได้ผลก็จะท้อแท้ สิ้นหวัง ความทุกข์ของผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นความทุกข์ที่ต้องเผชิญลำพังยากที่ผู้อื่นจะเข้าใจ ความทุกข์นี้จึงหนักยิ่งกว่าความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายหลายเท่า (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525:8-9) จากการศึกษาของ Cimprich and Ronis (2001: 92-93) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า 2 สัปดาห์แรก หลังผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน และจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อยๆ โดย 3 เดือนแรก หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานทั้งจากการสูญเสียความตั้งใจ (concentration) เมื่อความตั้งใจสูญเสียไปจะส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจ (decision making) เกี่ยวกับการรักษา การดูแลตนเอง การรับรู้ความผาสุกและการปรับตัวต่อสถานการณ์ในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Shell et al (2001:950-960) ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้นส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจาก ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นค่อนข้างสูง เมื่อประกอบกับการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือไม่ได้ทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัวและการกลับเข้าทำงานและโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน(ชนินญา น้อยเปียง, 2545: 23 ) ทำให้เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ป่วยอีกประเด็นหนึ่ง นอกจากนี้ยังกลัวและ วิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวความเจ็บปวดทรมานและกลัวผลของการรักษาต่อเนื่อง เหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (บังอร ฤทธิอุตม, 2536: 27-29 )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาล้วนแสดงถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับที่ Padilla และ Grant (1985) กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปดำรงชีวิตในสังคมปกติแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมดังกล่าว



#### 1.4 การประเมินคุณภาพชีวิต

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

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

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

Padilla และ Grant (1985)ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ อาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ โดย Padilla และ Grant เริ่มสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตขึ้นในปีค.ศ.1983 (Padilla et al.,1983) และได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพการณ์ (concurrent validity) โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินที่สร้างขึ้น กับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษาพบว่าคะแนน คุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคที่ประเมินโดยแพทย์ ต่อมาในค.ศ.1985 Padilla และ Grant (1985)ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาเป็นครั้งที่สองเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จำนวน 135 ราย เมื่อ

นำมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 6 องค์ประกอบคือ 1)ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2)ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5)การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 6)ภาวะโภชนาการ และได้ค่าความสอดคล้องภายใน(internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.48-0.90 เมื่อนำเครื่องมือมาหาความตรงตามการจำแนก(discriminant validity) โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วย คือผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็น ผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้มีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เป็น ผู้ป่วยในมีคะแนนต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำเป็นอันดับสองรองจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยใน แสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มต่างๆ และกลุ่มผู้มีสุขภาพดีได้

ต่อมา Somchit Hanucharurnkul (1988) ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Padilla และ Grant (1985) ดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89 จากนั้นได้มีผู้นำเครื่องมือนี้มาศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยหลากหลายโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาเพื่อทำการศึกษา ในงานวิจัย ครั้งนี้

## 2. แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem

ปัจจุบันการดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพามุบุคคลอื่น ในบางขณะบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง แม้กระบวนการรับรู้ และแปลความหมายเป็นปกติ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง จำต้องพึ่งพามุบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ได้อธิบายชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงต้องเข้าไปช่วยเหลือดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 116-120)

ทฤษฎีการพยาบาลของOrem ประกอบด้วย ทฤษฎี 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน (Orem,2001; สมจิต หนูเจริญกุล: 2540: 20)คือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of self care)(Orem, 2001: 143) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณี ที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อ และมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง(The Theory of self care deficit ) (Orem, 2001: 146) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความสามารถเพื่อตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล สามารถถูกกระทบได้จากภาวะด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลยหรือปริมาณความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 3)ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing system) (Orem,2001 :141)ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของOrem เหมาะสมกับการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดซึ่งนำมาสู่การนำแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองมาศึกษาในครั้งนี้

### 3.ปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

#### 3.1 ปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐานคือองค์ประกอบภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของบุคคลได้ถูกกำหนดขึ้นตั้งแต่ปีค.ศ.1958 และตั้งชื่อว่า ปัจจัยพื้นฐาน เมื่อต้นปี ค.ศ.1970 โดย The Nursing Development Conference Group จากทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem(Orem, 2001: 325) ได้เสนอความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏในเวลาและสถานที่หนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเอง นำมาซึ่งความต้องการการดูแลตนเองใหม่ๆหรือที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา การจัดการหรือความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเองให้ได้ทั้งหมดหรือต้องการการพึ่งพา เงื่อนไขหรือเหตุการณ์ในเวลาและสถานที่หนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการนำมาซึ่งความสามารถทางการพยาบาล (Orem, 2001 : 514)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 51) ซึ่งปัจจัย พื้นฐานดังกล่าวประกอบด้วย (Orem, 2001: 245)

- 1.อายุ (Age)
- 2.เพศ (Gender)
- 3.ระยะพัฒนาการ (Development state)
- 4.ภาวะสุขภาพ (Health state)
- 5.สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation)
- 6.ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors)
- 7.ระบบครอบครัว(Family system factors)
- 8.แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living)รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 9.สิ่งแวดล้อม (Environmental factors)
- 10.แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy)

### 3.2 ปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

Orem กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานทั้ง 10 ประการและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

**3.2.1อายุ (Age)** Orem (2001: 372-379) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้นขึ้นกับอายุ โดยเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ นั่นคือบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ และหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะส่งเสริมให้เกิดความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Padilla และ Grant (1985: 56)ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง ทั้งนี้เนื่องจาก อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร พบว่า อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการตอบสนองเพื่อการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน พบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี การเจ็บป่วยและการรักษาจะมี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มสร้างหลักฐานให้ชีวิต ต่างกับผู้ป่วยวัยกลางคนที่มึ่งงานทำเป็นหลักฐานชีวิตที่ดี จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ นั้ตรวลัย ใจอารีย์ (2534:91) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งและงานวิจัยของบุษบา ดันตีสักดิ์ (2535) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปร อายุมาศึกษา ความสามารถในการพยากรณ์ต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

**3.2.2. เพศ (Gender)** Orem (2001: 245-247) ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพียงแต่กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระซึ่งอาจจะส่งผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด นิสิตมิได้เลือกมาศึกษาเนื่องจากมะเร็งเต้านมพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ชายถึง 100เท่า (ช้อลดา พันธุเสนา, 2542: 367)

**3.2.3 ระยะเวลาการ (Development state)** Orem (2001: 246-251) กล่าวว่าบุคคลจะมีการพัฒนาความรู้และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิตเพื่อนำสู่การวางแผนในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายพัฒนาการของร่างกายและความผาสุกโดยทั่วไป นิสิตมิได้เลือกปัจจัยนี้มาศึกษาเนื่องจากศึกษาเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มิได้เลือกศึกษาในเด็กหรือผู้สูงอายุที่มีหลายงานวิจัยพบว่าระยะพัฒนาการจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

**3.2.4 ภาวะสุขภาพ (Health state)** นั้นปัจจัยนี้Orem (2001: 327) และสมจิต หนูเจริญกุล (2540: 53-54) กล่าวว่าหมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic state) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแต่ละงานวิจัยก็จะเลือกศึกษาในภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันไปแล้วแต่ความสนใจและGapที่พบ สำหรับงานวิจัยนี้เลือกศึกษาระยะเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเท่านั้น

**3.2.5. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation)** Oremกล่าวว่า (Orem, 2001: 254) การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเองพบว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ ในปัจจุบันครอบครัวและสถานศึกษาจะพยายามให้เด็กเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองนำสู่ความผาสุก (well being)หรือคุณภาพ



ชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 88) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาตัวแปร “ระดับการศึกษา” โดยศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของระดับการศึกษาต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

**3.2.6 ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors)** Orem (2001: 327) กล่าวว่าหมายถึงระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล จนครบกระบวนการการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ สมจิต หนูเจริญกุล (2540: 53) กล่าวว่าปัจจัยที่สำคัญยิ่งปัจจัยหนึ่ง ที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ กุญแจสำคัญคือการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ความสามารถของเขาจะกระทำได้ ระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ความสามารถของเขาจะกระทำได้ รวมทั้งจะช่วยส่งเสริมให้ ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลใหญ่ๆสามารถใช้บริการในชุมชนได้สะดวก จะเห็นได้ว่าเป็นการมองในมุมกว้างด้านระบบบริการแก่ประชาชนและจากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบงานวิจัยที่เลือกปัจจัยพื้นฐานนี้มาศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมิได้เลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้

**3.2.7 ระบบครอบครัว (Family system factors)** Orem (2001: 409) กล่าวว่าความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย ครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยด้านบวกหรือด้านลบต่อการจัดการกับภาวะสุขภาพของบุคคลขึ้นกับแต่ละสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญ ซึ่งมีนักวิชาการบางท่านตีความหมายปัจจัยด้านนี้ โดยการนำตัวแปร “สถานภาพสมรส” มาศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดของOrem (1985) แต่ในแนวคิดของOrem (2001) นั้น Oremกล่าวถึงสถานภาพสมรสไว้ปัจจัยในแหล่งประโยชน์ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

**3.2.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living)** ได้แก่แบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เช่น ในคนที่สูบบุหรี่ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลนั้นคือ ร่างกายและปอดปราศจากควันและสารพิษ บุคคลต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมโดยการหยุดสูบบุหรี่เพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแล ตนเองนั้น (Orem, 2001: 246) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบบงานวิจัยที่ศึกษาในปัจจัยดังกล่าวกับคุณภาพชีวิต

**3.2.9 สิ่งแวดล้อม (Environmental factors)** ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบบุคคล (Orem,1991: 235) ปัจจัยนี้Oremมิได้กล่าวรายละเอียดไว้อย่างเด่นชัดรวมทั้งยังไม่พบงานวิจัยสนับสนุน ผู้วิจัยจึงมิได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

**3.2.10 แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy)** Orem (2001: 246) กล่าวว่าหมายถึงสิ่งที่เป็นพื้นฐานของบุคคลนำสู่ความต้องการการดูแลตนเอง เช่น แหล่งประโยชน์ที่ทำให้ได้มาซึ่งอาหารเช่น เงินทองเป็นต้น สำหรับปัจจัยแหล่งประโยชน์นี้ตัวแปรที่พบมี ผู้นำมาศึกษาคือ “รายได้” รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ผู้มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ ทั้งนี้รายไดยังเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุด ในการกำหนดให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (Careront et al,1973 cited in Burkhardt,1985: 28) สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกพร เทียนคำศรี (2537) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาตัวแปร”รายได้” มาศึกษา โดยศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของรายได้ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม อีกตัวแปรหนึ่งที่มีผู้นำมาศึกษาคือ “สถานภาพสมรส” ในทัศนะของOrem กล่าวว่าสถานภาพสมรสเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของการสนับสนุนจากผู้ที่ให้การพึ่งพาหรือการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรส การที่บุคคลรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดรวมทั้งส่งผลต่ออารมณ์โดยรวมของบุคคล กล่าวคือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยนำมาซึ่งสิ่งที่เป็นพื้นฐานของบุคคลช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองอันจะส่งผลบั้นปลายคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้ายหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบใจ ให้กำลังใจ ส่วนกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสจะมีการช่วยเหลือกันมาก สามารถช่วย ลดความเครียดต่างๆ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Eaton,1987 ,Thoist, 1982 ,Warheit,1987 cited in Somchit Hanucharurnkul, 1988: 1)

สอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร ฤทธิ์อุดม (2537: ก) ที่พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต งานวิจัยของนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2535) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปร “สถานภาพสมรส” มาศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหญิง โรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกนำปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และระดับการศึกษา มาทำการศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดต่อไป

#### 4.ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

##### 4.1ความสามารถในการดูแลตนเอง

แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) นั้น Orem ได้เริ่มเขียนขึ้นในครั้งที่ 2 ในค.ศ.1980 โดยใช้คำว่า power of agency โดยให้ความหมายว่าหมายถึง ความสามารถเบื้องต้นที่จำเป็นที่บุคคลพยายามที่จะดูแลตนเอง (Orem, 1980: 35 cited in Gast, 1989: 27) ต่อมาในการพิมพ์ครั้งที่ 3 Orem ได้ให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) (Orem, 1985: 105) ไว้ว่าหมายถึง ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมและคงไว้ซึ่ง โครงสร้างและการทำหน้าที่ พัฒนาการของมนุษย์และ สวัสดิภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดที่เฉพาะกับในช่วงเวลานั้น (Orem, 1985: 107) ต่อมา ในค.ศ.1991คือในการพิมพ์ครั้งที่ 4 Orem ได้ให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการกระทำการ ดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย (Orem, 1991: 146) ต่อมาในการพิมพ์ครั้งที่ 5 ได้ให้ความหมายที่มีความครอบคลุมมากขึ้นคือ ความสามารถในการดูแลตนเองหมายถึง ความสามารถอันซับซ้อนของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เป็นตัวกำหนดกระบวนการของชีวิต คงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายรวมทั้ง พัฒนาการของมนุษย์ ส่งเสริมความผาสุกในชีวิต (well-being) (Orem, 1995: 212)และยังคงความหมายนี้มาถึงเล่มล่าสุดคือ ในการพิมพ์ครั้งที่ 6 (Orem, 2001: 254)

Orem (2001: 254) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่า หมายถึง ความสามารถอันซับซ้อนของที่บุคคลต้องการ เป็นความต้องการเบื้องต้นของบุคคลที่จะดูแลตนเองเพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตและคงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและ พัฒนาการของบุคคล ส่งเสริมความผาสุกในชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน ไปขึ้นกับพัฒนาการที่มีมาตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ แตกต่าง



ไปตามภาวะสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการศึกษาและประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้รับและเรียนรู้มา รวมถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ได้รับมา

ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ณ เวลาปัจจุบันและเวลาอื่นใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการและการตัดสินใจในการจัดการของบุคคลวัดได้จากความไม่เท่าเทียมต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

**ข้อตกลงเบื้องต้นของแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองมี 8 ประการคือ (Orem, 2001: 257)**

1. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน ได้มาจากบุคลิกลักษณะของบุคคล
2. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพลังของแต่ละบุคคลที่จะสนองตอบการปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็น
3. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลลัพธ์ของการกระทำอย่างมีระบบและตั้งใจที่จะควบคุมตนเองหรือสิ่งแวดล้อม หรือวางแผนให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างมีระบบ
4. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่ได้จากการสะสมความรู้เดิมๆของบุคคลที่เคยได้รับมา
5. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็น ความสามารถอันจำกัคของบุคคลที่จะสนองตอบการดูแลตนเอง
6. เจื่อนใจและปัจจัยในสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการและการแสดงออกซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง
7. บุคคลย่อมมีความต้องการการปฏิบัติตามความสามารถในการดูแลตนเองตามช่วงเวลา
8. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นไปตามการคาดการณ์และลงมือปฏิบัติของบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นมี 2 ระยะคือ (Orem, 2001: 277)

1. ความสามารถของบุคคลที่จะรวบรวมข้อมูล แปลความหมาย พิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่ เป็นอยู่ นำสู่การตัดสินใจในการดูแลตนเอง
2. เป็นระยะของการปฏิบัติการดูแลตนเอง บุคคลต้องมีความสามารถในการนำสิ่งที่ตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ

โครงสร้างของแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ (Orem, 2001: 257-265)  
ดังนี้

### 1.ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับใช้ในการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมดใน สภาพการณ์  
ในขณะนั้น ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 การคาดการณ (estimative operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบและ  
ประเมินสถานการณ์ ทั้งภายในและภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (transitional operations) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ  
เกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติ  
กิจกรรมต่างๆเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

### 2. พลังความสามารถ 10 ประการ(power components enabling for self care operations)

(Orem,2001:265) เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นเพื่อเป็นตัวกลางเชื่อมสู่ การปฏิบัติการดูแล  
ตนเอง ได้แก่

2.1 ความสามารถของบุคคลในการนับถือตนเอง คงไว้ซึ่งความต้องการการดูแล  
ตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่  
สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับ  
การเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่จำเป็นในการริเริ่มเพื่อ  
ปฏิบัติการดูแลตนเองให้สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจเช่น มีการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายคือ ชีวิต  
สุขภาพและความผาสุก

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาและจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง  
และนำความรู้ไปใช้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา มีความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อนำมาปรับการปฏิบัติการ ดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไป เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

### 3.ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถที่จำเป็น สำหรับการกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างจงใจ แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (knowing) และความสามารถที่จะกระทำ(doing)และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ (Orem, 2001: 261-264) ซึ่งมีได้เฉพาะเจาะจงเพียงการกระทำเพื่อการ ดูแลตนเองเท่านั้น การที่บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆได้ต่างกัน เนื่องจากบุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ต่างกัน ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถและคุณสมบัติของแต่ละบุคคลแตกต่างกันประกอบด้วย กรรมพันธุ์ และสภาพร่างกายสภาวะการณ์ที่ช่วยส่งเสริม โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรมและประสบการณ์ในชีวิต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติของประสาทสัมผัส, ความสามารถที่จะเรียนรู้ จดจำ และนำความรู้ไปลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถที่ก่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ การอ่าน การคิด การเขียน การใช้เหตุผลแสดงความสามารถและทักษะในการควบคุมภาวะอารมณ์ มีความตั้งใจและมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายสำหรับตนเอง ก่อให้เกิดความสนใจ ห่วงใยตนเอง เกิดความเข้าใจและตระหนักในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ยอมรับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายตนเอง ห่วงใยตนเอง และรับรู้ความต้องการของ ตนเอง นอกจากนี้จะต้องมีความสามารถในการรับรู้ต่อเวลา สุขภาพบุคคล ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆ เป็นต้น

#### 4.2 ความต้องการการดูแลตนเอง

Orem (2001: 230-231) กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่ตนเองกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ที่จำเป็น 3 ประการคือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองของทุกคน ในทุกๆวัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตามอายุ ระยะเวลาการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ความต้องการนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิต ในการที่จะรักษาไว้

ซึ่งโครงสร้างและสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล (Orem, 2001: 225-229)กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศและน้ำอย่างเพียงพอ
- 1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

ความสามารถของตนเอง

**2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisities)** เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในช่วงชีวิตต่างๆ เช่น การสูญเสียบิดา มารดา หรือคู่ชีวิต ความต้องการการดูแลตนเองในระยะนี้มี 2 ลักษณะ คือ การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต รวมถึงพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยกระทำเพื่อบรรเทาความเครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและพิการ การประสบกับการเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายจนถึงการที่จะต้องตาย (Orem, 2001: 230-231)

**3. ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisities)** เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บรวมถึงความพิการแต่กำเนิด ซึ่งอาจมีโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ รวมถึงผู้ที่อยู่ระหว่างรอผลการวินิจฉัยของแพทย์ และการรักษาของแพทย์ (Orem, 2001: 233-235) ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ

- 3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ
- 3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 การรับรู้และสนใจที่จะปรับและป้องกัน ความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 การปรับอัตโนมัติหรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่จะต้องขอความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาผู้อื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

#### 4.3 ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

จากการที่ Orem กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองหมายถึง ความสามารถอันซับซ้อนของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เป็นตัวกำหนดกระบวนการของชีวิต คงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายรวมทั้งพัฒนาการของมนุษย์ ส่งเสริมความผาสุกในชีวิต (Orem, 2001: 254) ย่อมสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ปัจจุบันการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศยังมีไม่มากนัก สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพอสมควรทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีและในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ งานวิจัยของ วรวรรณ เหนือคลอง (2534) ศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งในขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ งานวิจัยของ กนกพร ใจแก้ว (2536) ที่ศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา งานวิจัยของ สมบัติ ไชยวัฒน์และคณะ (2543) ที่ศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นต้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้น มีงานวิจัยสนับสนุนคือ งานวิจัยของ จันทรีทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ที่ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เหล่านี้ล้วนสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งและ ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความสามารถในการพยากรณ์ของความสามารถในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังผ่าตัด

#### 4.3 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยรวมกิจกรรมต่างๆที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการคือความต้องการ



ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์กันคือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง หากขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย และไม่มีความสามารถลงมือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้ (Gast et al., 1989)

ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง มีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่างๆกันดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 304-310)

## 1. การวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองนี้มีความเชื่อว่าการวัดในระดับนี้เป็นการพยากรณ์การกระทำดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นักวิจัยในกลุ่มนี้เชื่อว่าการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้ เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน นักวิจัยกลุ่มนี้จึงใช้เป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ในการสร้างข้อคำถามที่บ่งบอกถึงความสามารถที่จะกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น เพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้จึง น่าจะเปรียบเทียบกันได้ ตัวอย่างเครื่องมือที่วัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

### 1.1 เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency scale)

เป็นเครื่องมือที่ Evers (Evers, 1985) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นและสนองความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไป ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยมองว่าความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้น

พื้นฐาน ข้อคำถามจึงผสมผสานกัน ทั้งการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Gast et al, 1989) เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเกิร์ต (Likert Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดย Orem และผู้ที่เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวัดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 676 ราย หาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 (Evers, 1989: 108 อ้างใน นิรินาท วิทโยชกิติคุณ, 2534: 26) เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล และนำมาใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.78

## 1.2 เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency Scale)

สร้างโดย Kearney และ Fleischer (1979) ซึ่งมีความเชื่อว่าการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับก็นำความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่อาจมิได้นำมาใช้ ดังนั้นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองจึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือนี้ไม่ได้สนับสนุนความตรงตามโครงสร้างตามที่ Kearney และ Fleischer ได้เสนอไว้ นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของ Orem ได้วิจารณ์ถึงความคลุมเครือของเครื่องมือว่า มีเพียง 10 ข้อคำถามใน 43 ข้อคำถามของเครื่องมือ ที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เหลือเป็นการวัดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ และมีถึง 7 ข้อคำถามที่ไม่ได้วัดโครงสร้างใดของความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้จึงไม่ชัดเจนพอที่จะนำมาใช้ในการทดสอบทฤษฎี ตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาใช้ได้แก่ งานวิจัยของวรรณวิไล จันทราภา และคณะ (2530) ที่นำมาศึกษาการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน

## 2. การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือนี้มีความเชื่อว่า การดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองนั้นแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติการดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกันเครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่

## 2.1 เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น

ที่สร้างโดย Denyes (1981) ซึ่งในขณะที่สร้างเครื่องมือนี้ Orem (1980) ไม่ได้แจกแจงพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเองไว้ เพียงแต่ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถในการคาดการณ์และปฏิบัติการดูแลตนเอง Denyes ได้สังเคราะห์เอาความรู้ในเรื่องพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นเข้ามาช่วยในการสร้างเครื่องมือนี้ และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยรุ่น 161 คน สามารถแยกองค์ประกอบคุณภาพชีวิตได้ 6 ด้าน คือ 1)ความสามารถในการตัดสินใจ 2)การให้คุณค่าในเรื่องสุขภาพ 3)ความรู้เรื่องสุขภาพและประสบการณ์ในการตัดสินใจ 4)ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย 5)ความรู้สึกและ 6)ความสนใจเอาใจใส่ในสุขภาพตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ใกล้เคียงกับแนวคิดพลังความสามารถ 10 ประการของ Orem เครื่องมือดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค มากกว่า 0.80 ทั้งนี้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถอยู่ครบถ้วนแต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเอง ก็ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นการประเมินพลังความสามารถอาจพยากรณ์การปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ

## 2.2 เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของ Hanson และ Bickel (1985)

เครื่องมือนี้ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีของ Orem เมื่อนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ 456 คน พบว่า สามารถวัดพลังความสามารถได้ใน 5 ด้านใหญ่ๆ คือ 1) ความสามารถในการรู้จัก 2) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 3)แรงจูงใจ 4) การมีทักษะต่างๆ 5)การมีข้อจำกัดในการรู้จัก ต่อมา Geden และ Taylor (Geden and Taylor, 1991) ได้ทำการปรับปรุงเครื่องมือ นำมาศึกษาในผู้มีสุขภาพดี 250 คน และ ผู้เจ็บป่วย 389 คน จากนั้นวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถยืนยันความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียง 4 ด้าน เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความตรงเชิงโครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

## 3. การวัดความพร่องในการดูแลตนเอง

การวัดการปฏิบัติการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพลังความสามารถในการดูแลตนเองที่กล่าวมาแล้วนั้น ส่วนใหญ่จะมีข้อตกลงเบื้องต้นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเหมือนกัน ซึ่งในภาวะสุขภาพปกติอาจเป็นไปได้ แต่ในภาวะเจ็บป่วยการดูแลที่จำเป็นบางอย่างอาจแตกต่างกันแม้จะเป็นโรคเดียวกันหรือแพทย์ให้การรักษาเหมือนกัน เพราะการตอบสนองของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การวัดการปฏิบัติการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพลังความสามารถในการดูแลตนเองจึงอาจไม่ครอบคลุมความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล และไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ผู้ที่มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจำนวนมากและซับซ้อน ย่อมต้องใช้ความสามารถสูงในการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ จึงมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้มากกว่าบุคคลที่มีความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่มากและซับซ้อนน้อยกว่า ดังนั้นการวัดความพร่องในการดูแลตนเองจึงน่าจะสะท้อนให้เห็นทั้งความสามารถ และข้อจำกัดของบุคคลที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่แตกต่างกันนี้ ตัวอย่างงานวิจัยที่นำเครื่องมือนี้มาใช้ได้แก่ งานวิจัยของ รัชนี นามจันทร์ (2535) ที่นำมาศึกษาความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

#### 4. การวัดภาระในการดูแลตนเอง

Oberst และ Hughes ( Oberst and Hughes , 1991) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้น โดยมีความเห็นว่าการเจ็บป่วยมักก่อให้เกิดความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ให้การพึ่งพาจะต้องใช้เวลาและความพยายามในการดูแลตนเอง หรือบุคคลที่ต้องการพึ่งพา การประเมินภาระในการดูแลตนเองนั้นสามารถที่จะสะท้อนให้เห็นความยากลำบากในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ชัดเจนขึ้น ตัวอย่างงานวิจัยที่นำเครื่องมือนี้มาใช้ได้แก่ งานวิจัยของ นงนุช บุญยัง (2536) ที่นำมาศึกษาภาระในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต

จะเห็นได้ว่าในแต่ละงานวิจัยก็ควรเลือกใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะสร้างแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นเองตามแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งเน้นความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการ โดยให้สอดคล้องกับโรคและการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

## 5.การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

### 5.1การสนับสนุนทางสังคม

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

มีผู้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันตามแนวคิดและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลดังนี้

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

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

1.ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว

2.การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

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



4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

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

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

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

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Norbeck (1981 : 264-269) กล่าวถึงสัมพันธภาพกับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

2. การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม

3. การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อกันจากความใกล้ชิดกันหรืออยู่ในระบบขั้นต้นของเครือข่าย

4. สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ

5. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

6. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

Somchit Hanucharunkul (1988: 13, 47) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการ จัด

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล
2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก
3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ การให้บริการ

House (House, 1981 cited in Tilden, 1985: 200-201; House et al., 1985: 97-101) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคม โดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส, เพื่อน, ระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม บางครั้งอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม บางครั้งอธิบายถึงการแบ่งหน้าที่กัน ในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem), ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (affect), ความไว้วางใจ (trust) , ความห่วงใย (concerns), การได้รับฟังสิ่งต่างๆ (listening)
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support ) ได้แก่ การให้คำแนะนำ, ข้อเท็จจริง, แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย
3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support ) ได้แก่การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน, ให้ความช่วยเหลือ, สิ่งของหรือเงิน
4. การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back ), การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (affirmation ) รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem(1991)และ Thoist (Thoits, 1982 cited in Hanucharumkul, 1988: 47) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนจากบุคคลผู้ให้การฟังพาจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทองและร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี

## 5.2 การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนมากไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ(health) การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well being) หรือคุณภาพชีวิตทั้งในบุคคลสุขภาพดีและผู้ที่ยเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Wortman, 1984: 2339-2341) ซึ่งสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Lindsey et al(1985:150)ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังเช่นงานวิจัยของ Somchit Hanucharurnkul (1988) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย งานวิจัยของ Sammarco (2001) ที่ศึกษาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ และมีงานวิจัยที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาเชิงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยเช่นกันดังเช่นงานวิจัยของ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อยและทิพาพร ดังอำนาจ (2542) ที่ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดย House (House, 1981 cited in Wortman, 1986: 2344) กล่าวว่าบุคคลผู้ให้ การสนับสนุนทางสังคมมี 9 กลุ่มได้แก่คู่สมรส,ญาติ,เพื่อน,เพื่อนบ้าน,นายจ้าง,เพื่อนร่วมงาน,ผู้ให้บริการในบ้านเช่นผู้ดูแล (caregivers)หรือแม่บ้าน,กลุ่มช่วยเหลือตนเองและทีมสุขภาพ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความสามารถในการพยากรณ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

### 5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิด รวมทั้งสร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal resources questionnaire) ของ แบรินท์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert, 1981) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านคือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับขวัญกำลังใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.91-0.93 (n=100) (Weinert and Brandt, 1987)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck (1981) โดยการพัฒนาเครื่องจาก Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อแบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92 (n=75)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ซึ่งสร้างขึ้นแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงานเพื่อให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับการนำมาศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (health), การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (well being) หรือคุณภาพชีวิตทั้งในบุคคล

สุขภาพดีและผู้ที่ยังป่วย ส่วนใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรังเช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Wortman, 1984: 2339-2341) ซึ่งสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Lindsey et al (1985: 150) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังเช่นงานวิจัยของ Somchit Hanucharunkul (1988) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย, งานวิจัยของ Sammarco (2001) ที่ศึกษาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ และมีงานวิจัยที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาเชิงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยเช่นกันดังเช่นงานวิจัยของ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อยและทิพาพร ตั้งอำนาจ (2542) ที่ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความสามารถในการพยากรณ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

## 6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผลงานวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวดังนี้

### 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

งานวิจัยของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ที่ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิต เมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรรได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพ ที่อยู่อาศัยและระยะของโรคด้วยวิธีการทางสถิติ



งานวิจัยของ วรพรรณ เหนือคลอง (2534) ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาเมื่อควบคุมปัจจัย สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย ด้วยวิธีการทางสถิติ

งานวิจัยของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ศึกษาเรื่องอ้อมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่  $r=0.23$  ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่  $r=0.31$  และพบว่าสถานภาพสมรส รายได้ และอ้อมโนทัศน์สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ด้วยโดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 24

งานวิจัยของ นัยนา พิพัฒน์วิชชา (2535) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิต สถานภาพสมรสหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับค่าที่  $r=0.2261$  ส่วนอายุ สถานภาพสมรส โสดและคู่รวมทั้งระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตในระดับปานกลางที่  $r=0.3277$

งานวิจัยของ กนกพร เทียนคำศรี (2537) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเรื่องอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

งานวิจัยของ ภักศุพิชญ์ ศรีกสิพันธุ์และมาลี วรลัคนากุล (2538) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, การศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองมี ความสัมพันธ์

ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ร้อยละ 27

งานวิจัยของ จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

## 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

งานวิจัยของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งผู้วิจัยศึกษาปัจจัยพื้นฐานในชื่อของปัจจัยส่วนบุคคลแต่ไม่ได้ตั้งเป็นส่วนหนึ่งของชื่อเรื่อง ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=.3580$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ( $r=.3725$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r=.6484$ ) รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นกลุ่มตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

## 6.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

งานวิจัยของ Meiqiong (1997) ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.47$ )

## 6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

งานวิจัยของ สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.33$ ) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.29$ ) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 14.04

### 6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

งานวิจัยของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 32

งานวิจัยของ มาลี เลิศมาลีวงศ์ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาในการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยทั้งรายได้และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 29.54

งานวิจัยของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ (2544) ศึกษาเรื่อง รูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก

กัน ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ได้แก่เพศ รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 29.7

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมแสดงได้ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย





## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) ที่ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จากปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหญิง อายุ 18 ปี ถึง 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม

##### 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยหญิงอายุ 18 ปี ถึง 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกของทั้ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

##### กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดเต้านมไปแล้วอย่างน้อยหนึ่งข้าง เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยหลังผ่าตัดได้กลับไปพักที่บ้านมาแล้ว
2. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคชนิดอื่นที่อยู่ในขั้นรุนแรงหรือโรคติดต่อที่ร้ายแรง และไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้ป่วยทุกคนที่มีคุณสมบัติดังกล่าว โดยเก็บข้อมูลทุกวันราชการไม่มีการจำกัดโควตาในแต่ละวัน จนกว่าจะครบ 120 คน

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณ จากสูตรของ Thorndike (1978 : 184)

โดยใช้สูตร  $10K+50$

$k$ =จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา

สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$10(6)+50 = 120 \text{ คน}$$

ผลการคำนวณได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) (Polit and Hungler, 1999: 284) เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบจำนวน 120 คน โดยศึกษา ตั้งแต่ 3 กุมภาพันธ์ 2546 ถึง 3 เมษายน 2546 เหตุผลที่เลือกสองสถาบันนี้เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับการรักษาพยาบาลจากทั่วประเทศ จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง จาก ภาคกลาง ร้อยละ 55 ภาคเหนือร้อยละ 11.66 ภาคใต้ร้อยละ 21.68 ภาคตะวันออกร้อยละ 8.33 ภาคตะวันตกร้อยละ 3.33 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.33 กลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีปัญหาทางสายตา ทางกรอ่าน ผู้วิจัยต้องใช้วิธีสัมภาษณ์ แต่ส่วนใหญ่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ซึ่งอาจทำให้บางรายตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และเพื่อป้องกันการได้แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลอีกโรงพยาบาลละ 10 คน รวม 140 คน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 130 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

**ส่วนที่ 1** สร้างแบบสอบปัจจัยพื้นฐานถามที่ครอบคลุมข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาด้วยตนเองมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Orem (2001)

2. สัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย รายละประมาณ 60 นาที โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมแล้วว่าเป็นอย่างไร แตกต่างจากก่อนมารับการผ่าตัดเต้านมหรือไม่ อย่างไม่โดยใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์และสร้างแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ขึ้นตามแนวคิดของ Orem (2001) โดยนำข้อมูลจากการศึกษาจากเอกสาร ตำราทางการแพทย์และการพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดดังกล่าวมาสร้างข้อคำถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 24 ข้อ เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 3 ด้าน โดยกำหนดให้ข้อคำถามแต่ละด้านมีข้อคำถามดังนี้

3.1 ด้านความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 ,8 ,20 ,23

3.2 ด้านความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 ,16, 18 ,24

3.3 ด้านความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 9-10, 12-15 ,17 ,19, 21-22

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- |   |         |   |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | เป็นจริงมากที่สุดสำหรับข้อความดังกล่าว              |
| 4 | หมายถึง | เป็นจริงมากสำหรับข้อความดังกล่าว                    |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจว่าเป็นจริงหรือไม่จริงสำหรับข้อความดังกล่าว |
| 2 | หมายถึง | จริงน้อยสำหรับข้อความดังกล่าว                       |
| 1 | หมายถึง | ไม่จริงเลยสำหรับข้อความดังกล่าว                     |

#### 4. การแปลผลคะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด คือ เมื่อให้คะแนนครบทุกข้อแล้ว นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนน ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการแปลผลคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544: 25) ดังนี้

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

นำมาแบ่งเกณฑ์ การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

- |             |  |
|-------------|--|
| คะแนนเฉลี่ย | การแปลความหมาย   |
| 1.00-2.33   | ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ     |
| 2.34-3.67   | ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.68-5.0    | ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง     |

#### 5. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าว เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และ สเกลการวัด หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาโดยการพิจารณาเนื้อหาของข้อความ เพื่อสะท้อนกลับในเรื่องความถูกต้องเหมาะสม (Seek item review) และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อประเมินว่าข้อคำถามต่างๆที่ใช้ในเครื่องมือมีเนื้อหาตรงกับสิ่งที่ ผู้วิจัยต้องการจะวัดหรือไม่ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2544: 296) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5

ท่าน โดยนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index or CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999 : 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

จากนั้นผู้วิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและข้อคิดเห็น ข้อใดได้คะแนนเกินร้อยละ 80 ขึ้นไปถือว่า ยอมรับได้ ข้อใดไม่ถึงร้อยละ 80 ก็ปรับแก้ตามข้อคิดเห็นเพื่อให้ข้อคำถามตรงกับแนวคิดของตัวแปรนั้นๆ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ เล็กน้อย	จำนวน 23 ข้อ
เพิ่มข้อคำถาม	จำนวน 4 ข้อ

ดังนั้นแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จากการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จาก 24 ข้อ เพิ่มเป็น 28 ข้อ เพื่อให้ครบตามแนวคิดของ Orem (2001) ดังนี้

ด้านความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 ,8 ,20 ,23

ด้านความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการจำนวน 8 ข้อ ได้แก่

ข้อ 11 ,16, 18 ,24 ,25-28

ด้านความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพจำนวน 11 ข้อ

ได้แก่ ข้อ 7, 9-10, 12-15 ,17 ,19, 21-22

6. การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ประคอง วรรณสูตร, 2538: 47-48) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเท่ากับ .83 และค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน เท่ากับ .93



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981) มีขั้นตอนดัดแปลงเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งพบว่า มีแบบสอบถามของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ที่สร้างจากแนวคิดของ House (1981) ใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งจึงสามารถนำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งศึกษาในกลุ่มสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน มาแล้วได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

3. ลักษณะของแบบสอบถามที่ได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางด้านบวกจำนวน 18 ข้อ และด้านลบ จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ

4. ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่จริง

5. เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ และให้คะแนนดังนี้

ในข้อความที่เป็นบวก 18 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20

5 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ  
(76%-100% ประมาณมากกว่า 3/4)

4 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เป็นส่วนมาก  
(51%-75% ประมาณ 3/4) แต่อาจมีข้อขัดแย้งเล็กน้อย

3 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ปานกลาง  
(26%-50% ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งปานกลาง

2 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย  
(51%-75% ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก

1 หมายถึง รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย  
(0%)

ในข้อความที่เป็นด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม 2 และ 20 ให้ค่าคะแนนดังนี้

1 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ  
(76%-100% ประมาณมากกว่า 3/4)

2 หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เป็นส่วนมาก

- (51%-75% ประมาณ 3/4) แต่อาจมีข้อขัดแย้งเล็กน้อย
- 3 หมายถึง รับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้ปานกลาง  
(26%-50% ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งปานกลาง
- 4 หมายถึง รับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย  
(51%-75% ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนใหญ่
- 5 หมายถึง รับรู้ว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย  
(0%)

#### 6. การแปลผลคะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน การสนับสนุนทางสังคม คือ เมื่อให้คะแนนครบทุกข้อ นำคะแนนแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมาย คะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคม (กฤตติกาพร ไยโนนตาด, 2542) ดังนี้

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

7. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้มีการปรับปรุงภาษาที่ใช้เพียงเล็กน้อย จำนวน 11 ข้อ เหลือข้อคำถามเท่าเดิมคือ 20 ข้อ และมีข้อความที่เป็นด้านบวก 18 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ

8. การหาความเที่ยง นำแบบสอบถามที่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน ที่มีได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้มาจากการดัดแปลง แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ สมจิต หนูเจริญกุล (2531) มีขั้นตอนการดัดแปลงเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในและต่างประเทศ

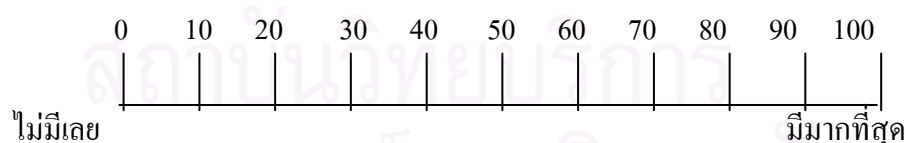
2. ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือ แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life index ของ Padilla and Grant (1985) ที่แปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล ที่ได้นำมาปรับข้อคำถามใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ถามในราย

ด้าน 6 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ และความรู้สึกต่อสังคมที่อยู่รอบตัว มีข้อความทั้งหมด 23 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและ ปรับข้อความเล็กน้อยในข้อ 1, 7, 11 19 และ เพิ่มข้อ 24 เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

3. ลักษณะของแบบสอบถาม แบบประเมินเดิมเป็นเครื่องมือวัดมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analog scale) สมจิต หนูเจริญกุล (2531) นำมาดัดแปลงเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดตัวเลข เพื่อให้ผู้ตอบง่ายขึ้น กำหนดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งยาว 100 มิลลิเมตร โดยเพิ่มตัวเลข 0,10,20,30,40,50,60,70,80,90,100 บนเส้นตรงระหว่างตัวเลขมีเส้นแบ่งครึ่งอีกระดับหนึ่ง โดยมีข้อความกำกับไว้ตรงตำแหน่งที่ 0 และ 100 เพื่อบอกความรู้สึกของผู้ตอบ โดยที่ตำแหน่งต้นหรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูงที่สุด สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต ฉบับที่ สมจิต หนูเจริญกุลแปล แต่ใช้สเกลตามที่ กนกพร ใจแก้ว(2537)นำมาพัฒนาโดยลบเส้นแบ่งกึ่งกลางระหว่างตัวเลขออก เพื่อให้ง่ายต่อการตอบยิ่งขึ้น เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงแบบตัวเลข (numeric scale) นำมาศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งชาวไทย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .89

#### 4. เกณฑ์การให้คะแนน

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนโดยแต่ละข้อคำตอบ กำหนดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งยาว 100 มิลลิเมตร โดยเพิ่มตัวเลข 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90,100 บนเส้นตรง ตำแหน่งต้นหรือจุด 0 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตสูงที่สุด



#### 5. การแปลผลคะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด สำหรับการให้คะแนน ข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2400 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตยิ่งสูง พิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของMeiqiong (1997) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังนี้

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 0-33 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต >33-66 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต > 66-100 หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

6. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จาก ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ซึ่งแบบสอบถาม ดังกล่าวได้มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ จำนวน 4 ข้อ

ตัดข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ

เพิ่มข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ

ดังนั้น แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จากการปรับตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้ว จาก 19 ข้อ เป็น 24 ข้อ ดังนี้

ด้านความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 9, 24

ด้านความผาสุกด้านจิตใจจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 16, 20, 22, 23

ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 8, 10, 11, 13, 19

ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 21

ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 14, 17

ด้านความรู้สึกต่อสังคมที่อยู่รอบตัว จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 12, 15, 18

7. การหาความเที่ยง นำแบบประเมินที่ได้ ไปทดลองใช้ กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังผ่าตัด จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความ เที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน เท่ากับ .81

**ตารางที่ 1** ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	กลุ่มทดลองใช้ (n= 30)	กลุ่มตัวอย่าง (n= 130)
ชุดที่ 1 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด	.83	.93
ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด	.92	.91
ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด	.80	.81

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า เครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ชุดนี้ มีค่าความเที่ยง ระหว่าง .80-.93 แสดงถึงมีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดีมาก (Devellis, 1991 : 88) ทั้งในกลุ่มที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้ และกลุ่มตัวอย่างจริง จึงเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี



ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	กลุ่มทดลองใช้ (n= 30)	กลุ่มตัวอย่าง (n= 130)
ด้านความผาสุกทางร่างกาย	.60	.69
ด้านความผาสุกทางจิตใจ	.66	.69
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	.51	.67
ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการ ผ่าตัด	.55	.77
ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้าน โภชนาการ	.72	.76
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	.66	.67

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตมีค่าความเที่ยงรายด้าน ทั้งในกลุ่มที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้และกลุ่มตัวอย่างจริง อยู่ระหว่าง .51-.77 ใกล้เคียงกับที่สมจิต หนูเจริญกุล (2531) ศึกษาไว้ซึ่งมีความเที่ยงรายด้าน ระหว่าง .48-90 ทั้งนี้เมื่อดูจากค่าความเที่ยงโดยรวม ก็นับว่าอยู่ในระดับดี จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดต่อไป

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. ผู้วิจัยนำหนังสือพร้อมทั้งแบบโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย ผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. จากนั้นผู้วิจัยรอคำตอบจาก คณะกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรม จากทั้งสองโรงพยาบาล และรอการอนุมัติซึ่งเลขานุการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทางโทรศัพท์ และจดหมาย

4. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย กับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกศัลยกรรมทั่วไปผู้ป่วยนอก ภปร 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าคลินิกศัลยกรรมเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับการติดต่อ ถึงผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และอีก 6 สัปดาห์ถัดมาได้รับการติดต่อ ถึงผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

5. ผู้วิจัยไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจรายชื่อผู้ที่คาดว่าจะเป็กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากรายงานประวัติของผู้ป่วยในช่วงเช้าของแต่ละวันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาตามนัดจากแพทย์

6. ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือและขออนุญาตในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยให้อ่านแบบฟอร์มพิกขสิทธิ์ผู้ป่วยและเซ็นชื่ออนุญาตก่อน

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับการเข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ตามลำดับคือแบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถาม และทำการสัมภาษณ์ในรายที่จำเป็น เช่นในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่สายตาไม่ปกติอ่านหนังสือไม่ชัดเช่น สายตายาวแต่มิได้ใช้แว่นตา เป็นต้น ซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที

8. ผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูลจาก โรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2546 ถึง 3 เมษายน 2546 เป็นเวลา 8 สัปดาห์

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยอย่างละเอียด เกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดในการรายงานผลการวิจัยจะไม่มี การรายงานผลเป็นรายบุคคลหรือระบุชื่อบุคคลแต่อย่างใดแต่จะรายงานผลเป็นภาพรวม หากมีการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆจะต้องได้รับความเห็นชอบจาก กลุ่ม ตัวอย่างก่อนเสมอ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตามต้องการ โดยไม่ ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ให้ลงนามใน แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมSPSS/for window(Statistical Package for the Social Sciences/For window)ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยรวมและ จำแนกตามรายด้าน
3. วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตตามรายข้อ
4. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยรวม
5. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยรวม
6. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)
7. วิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยใช้ สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)
8. สร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด (Polit, 1996: 266-270; บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2543: 393-394) วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ระหว่าง ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดไว้ว่าตัวแปรพยากรณ์ที่จะนำมา คำนวณ ควรจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป คือเป็นตัวเลขที่

แสดงปริมาณความมากน้อยและความแตกต่างแต่ละหน่วยเท่ากัน ดังนั้น ในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับอันตรภาคชั้น ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้

สถานภาพสมรส	กำหนดให้	โสด	=	1	
		ไม่ใช่โสด	=	0	
	คู่	คู่	=	1	
		ไม่ใช่คู่	=	0	
	หม้าย	หม้าย	=	1	
		ไม่ใช่หม้าย	=	0	
	หย่า/แยก	หย่า/แยก	=	1	
		ไม่ใช่หย่า/แยก	=	0	
	ระดับการศึกษา	กำหนดให้	ต่ำกว่าประถมศึกษา	=	1
			ไม่ได้ต่ำกว่าประถมศึกษา	=	0
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า		ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	=	1	
		ไม่ใช่ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	=	0	
มัธยมศึกษา		มัธยมศึกษา	=	1	
		ไม่ใช่มัธยมศึกษา	=	0	
ประกาศนียบัตร		ประกาศนียบัตร	=	1	
		ไม่ใช่ประกาศนียบัตร	=	0	
ปริญญาตรี/สูงกว่า		ปริญญาตรี/สูงกว่า	=	1	
		ไม่ใช่ปริญญาตรี/สูงกว่า	=	0	
รายได้		กำหนดให้	0-1,999 บาท/เดือน	=	1
			ไม่ใช่ 0-1,999 บาท/เดือน	=	0
		2,000-4,999บาท/เดือน	2,000-4,999บาท/เดือน	=	1
			ไม่ใช่ 2,000-4,999บาท/เดือน	=	0
	5,000-9,999บาท/เดือน	5,000-9,999บาท/เดือน	=	1	
		ไม่ใช่ 5,000-9,999บาท/เดือน	=	0	
	10,000-19,999บาท/เดือน	10,000-19,999บาท/เดือน	=	1	
		ไม่ใช่ 10,000-19,999บาท/เดือน	=	0	
	20,000 บาท/เดือนขึ้นไป	20,000 บาท/เดือนขึ้นไป	=	1	
		ไม่ใช่ 20,000 บาท/เดือนขึ้นไป	=	0	

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่มีตัวแปรพยากรณ์คือ ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มารับการตรวจตามนัดที่ คลินิกศัลยกรรม ภาปร. ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคลินิกศัลยกรรมเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 140 คนตอบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ เพื่อการวิเคราะห์จริงจำนวน 130 ฉบับ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3
2. คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยรวม และรายด้าน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4
3. คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านตามรายชื่อแสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5
4. ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยรวมแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6
5. ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยรวมแสดงผลการวิเคราะห์ใน ตารางที่ 7
6. การทดสอบข้อมูลทางสถิติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของ สถิติการถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise แสดงในภาคผนวก ก
7. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ค่าอำนาจพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8-9



### ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ (N=130)

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	เฉลี่ย	49.35 ปี	S.D. 8.22
	18-30 ปี	2	1.53
	31-40 ปี	17	13.08
	41-50 ปี	47	36.16
	51-59 ปี	64	49.23
สถานภาพสมรส			
	โสด	26	20.00
	คู่	69	53.10
	หม้าย		
	หย่า/แยก	35	26.90
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	1.54
	ประถมศึกษา	62	47.70
	มัธยมศึกษา	19	14.62
	ประกาศนียบัตร	7	5.38
	ปริญญาตรีขึ้นไป	40	30.76
รายได้			
	0-1,999 บาท	18	13.85
	2,000-4,999 บาท	27	20.77
	5,000-9,999 บาท	29	22.30
	10,000-19,999 บาท	31	23.85
	20,000 บาท ขึ้นไป	25	19.23

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 49.23, 53.1 และ 49.24 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.85

## 2. การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แสดงเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายด้านดังนี้

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความผาสุกทางจิตใจ	80.50	11.84	สูง
ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด	76.50	11.39	สูง
ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ	76.50	25.97	สูง
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	76.32	11.84	สูง
ด้านความผาสุกทางร่างกาย	71.79	12.78	สูง
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	60.13	15.64	ปานกลาง
คุณภาพชีวิต โดยรวม	73.98	7.85	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมหหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 73.98 คะแนน(S.D.=7.85) ซึ่งจัดเป็นคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านนั้นพบว่าคุณภาพชีวิตด้านความความผาสุกทางจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 80.50 คะแนน (S.D=11.84) รองลงมาได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.50 คะแนน (S.D=11.39) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.50 คะแนน (S.D=25.97) ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.32 (S.D.= 11.84) รองลงมาคือด้าน ความผาสุกทางร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.79 (S.D.=12.78) และต่ำสุดคือ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.13 คะแนน (S.D=15.64) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. การวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตตามรายข้อคำถาม

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตามรายข้อ

คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
21. ความรู้สึกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์	87.85	21.21	สูง
3. ความรู้สึกมีคุณค่าต่อครอบครัว	88.85	11.66	สูง
23. ความรู้สึกมีกำลังใจ	87.85	12.82	สูง
22. ความรู้สึกเข้มแข็งในจิตใจ	85.46	14.69	สูง
5. มีความหวังในชีวิต	80.54	15.77	สูง
20. ความพึงพอใจในชีวิต	80.00	12.51	สูง
6. การคบหาสมาคมกับญาติมิตรและเพื่อน	78.31	17.21	สูง
18. การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	77.92	17.28	สูง
14. การรับประทานอาหาร	76.62	15.58	สูง
17. ความพึงพอใจกับการรับประทานอาหาร	76.38	13.12	สูง
24. การเคลื่อนไหวข้อไหล่ข้างที่ทำผ่าตัด	76.04	15.94	สูง
1. การหยิบของ/ทำกิจกรรมด้วยตนเอง	75.77	17.20	สูง
12. ความรู้สึกมีที่พึ่งพา	75.54	21.06	สูง
15. การมีจิตใจสงบและควบคุมอารมณ์ได้	75.54	12.69	สูง
4. การนอนหลับที่เพียงพอ	74.62	15.51	สูง
16. ความพึงพอใจในสุขภาพ	74.54	11.49	สูง
13. ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี	68.69	20.96	สูง
11. ความกล้าที่จะออกไปพบเพื่อนบ้าน	68.38	22.51	สูง
19. ความกล้าที่จะมองแผลผ่าตัด	66.77	21.21	สูง
9. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	65.08	21.21	ปานกลาง
7. ความสามารถเผชิญกับอาการปวดแผล	63.38	22.84	ปานกลาง
10. การปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่	60.54	22.28	ปานกลาง
8. ความสามารถเผชิญต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต	57.85	23.98	ปานกลาง
2. ความสามารถเผชิญต่อสิ่งที่ตนเองวิตกกังวล	53.46	22.88	ปานกลาง

จากตารางดังกล่าวซึ่งแสดงถึงคุณภาพชีวิตรายข้อนั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด มีการรับรู้คุณภาพชีวิตรายข้ออยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตสูงสุดคือ ข้อที่ 21 ซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 89.62 คะแนน (S.D.=21.21) แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดรับรู้คุณภาพชีวิตข้อนี้อยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 3 ถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าต่อครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 88.85 (S.D.=11.66) แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดรับรู้คุณภาพชีวิตข้อนี้ อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ข้อที่ 23 ถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีกำลังใจ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 87.85 (S.D.=12.82) ส่วนข้อที่มีคะแนนปานกลาง มี 5 ข้อได้แก่ ข้อที่ 9 ถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 65.08 (S.D.=21.21) ข้อที่ 7 ถามเกี่ยวกับความสามารถเผชิญกับอาการปวดแผล มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 63.38 (S.D.=22.84) ข้อที่ 10 ถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 60.54 (S.D.=22.28) ข้อที่ 8 ถามเกี่ยวกับความสามารถเผชิญต่อสิ่งที่จะเกิดในอนาคต มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 57.85 (S.D.=23.98) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุดได้แก่ ข้อที่ 2 ถามเกี่ยวกับ ความสามารถเผชิญกับสิ่งที่ตนเองวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 53.46 คะแนน (S.D.=22.88)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



4. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวม

ตารางที่ 6 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวม

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความสามารถในการดูแลตนเอง	4.27	.39	สูง

จากตารางที่ 6 แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D.=.39) แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง  
 ด้านมหลังผ่าตัดโดยรวม

ตารางที่ 7 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็ง  
 ด้านมหลังผ่าตัดโดยรวม

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม	4.35	.56	มาก

จากตารางที่ 7 แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งด้านมหลังผ่าตัด มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม  
 โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 (S.D.=.56) แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งด้านมหลังผ่าตัดรับรู้การสนับสนุน  
 ทางสังคมมาก

6. การทดสอบข้อมูลทางสถิติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของ สถิติการถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของตัวแปรอิสระ 6 ตัว คือ อายุ สถานภาพสมรส  
 ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการ  
 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise เพื่อพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งด้านมหลังผ่าตัด  
 ดังนั้นก่อนทำการวิเคราะห์จึงต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ซึ่ง  
 พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงสามารถใช้สถิติดังกล่าวได้ ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า  
 124-139

## 7. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) และสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

หลังจากผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแล้ว จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย คือปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ รายได้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ แสดงดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจพยากรณ์ ( $R^2$ ) และค่าอำนาจพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  Change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ลำดับขั้นการพยากรณ์	R	$R^2$	$R^2$ change	F
การสนับสนุนทางสังคม	.305	.093	.090	13.039**
การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาประถมศึกษา	.392	.154	.061	9.009**
การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาประถมศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง	.439	.193	.039	6.080*
การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาประถมศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน	.467	.218	.025	3.954*

P\*\*=<.01 P\*=<.05

จากตารางที่ 8 ในขั้นที่ 1 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .093 ( $R^2 = .093$ ) แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 9.3

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ ระดับการศึกษาประถมศึกษา เข้าไปพบว่า ค่าอำนาจพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .154 คือสามารถเพิ่มอำนาจพยากรณ์ได้ .061 ( $R^2 = .154$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาประถมศึกษา สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 15.4

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง เข้าไปพบว่า ค่าอำนาจพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .193 คือสามารถเพิ่มอำนาจพยากรณ์ได้ .039 ( $R^2 = .193$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาประถมศึกษา และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง ผ่าตัดได้ร้อยละ 19.3

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน เข้าไปพบว่าค่าอำนาจพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .218 คือสามารถเพิ่มอำนาจพยากรณ์ได้ .025 ( $R^2 = .218$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาประถมศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง และรายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือนสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 21.8 หรือคิดเป็น ร้อยละ 22

แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาประถมศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง และรายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ ร้อยละ 22 ส่วนอีก 88 (100-22) เกิดจากปัจจัยอื่นๆที่ไม่ทราบสาเหตุ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างทั้ง 4 ตัวแปรดังกล่าว กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มีค่าเท่ากับ .467

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีแบบขั้นตอน (Stepwise)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE.b	Beta	t
การสนับสนุนทางสังคม (SS)	4.196	1.426	.258	2.943*
ความสามารถในการดูแลตนเอง (SCA)	4.579	1.698	.232	2.696*
ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ED2)	-3.055	1.342	-.195	-2.277*
รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน (INCOM2)	-3.224	1.621	-.167	-1.989*
CONSTANT	38.234	7.537	-	5.073**

P\* < .05 P\*\* < .01

#### หมายเหตุ

SS = การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

SCA = ความสามารถในการดูแลตนเอง

ED2 = ระดับการศึกษาประถมศึกษา

INCOM2 = รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน

จากตารางที่ 9 พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta=.258) รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Beta=.232) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (Beta=-.195) และรายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน (Beta=-.167) ตามลำดับ โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ดังนี้



### สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y'_{\text{QOL}} = 38.234 + 4.196X_{\text{SS}} - 3.055X_{\text{ED2}} + 4.579X_{\text{SCA}} - 3.224X_{\text{INCOM2}}$$

แสดงว่า เมื่อค่า SS เปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่า QOL จะเปลี่ยนไป 4.196 คะแนน เมื่อค่า ED2 เปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่า QOL จะเปลี่ยนไป -3.05 คะแนน เมื่อค่า SCA เปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่า QOL จะเปลี่ยนไป 4.58 คะแนน และเมื่อค่า INCOM2 เปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่า QOL จะเปลี่ยนไป -3.22 คะแนน

### สมการในรูปของคะแนนมาตรฐาน

^

$$Z_{\text{QOL}} = .258Z_{\text{SS}} + .232Z_{\text{SCA}} - .195Z_{\text{ED2}} - .167Z_{\text{INCOM2}}$$

แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม (SS) มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง รองลงมาคือ ระดับการศึกษาประถมศึกษา และ รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร และเพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 130 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ศึกษาตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด ได้แบบสอบถามชุดที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 130 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน จำนวน 4 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มี 3 ารยด้าน คือ ด้านความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มี 4 ารยด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไชโนนตาด (2542) ที่สร้างขึ้นเองตามแนวคิดของHouse(1981) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต ของ สมจิต หนูเจริญกุล(2531) ที่แปลเป็นไทยและพัฒนามาจาก Quality of life index ของ Padilla และ Grant (1985) ใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เครื่องมือดังกล่าววัดคุณภาพชีวิต 6 มิติ ได้แก่ 1)ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2)ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง 4)การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านการผ่าตัด 5)การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านโภชนาการ 6)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดตัวเลข มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.98 (S.D.=7.85) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ด้านความผาสุกทางร่างกาย และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 80.50 , 76.50 , 76.50 , 76.43 และ 76.32 ตามลำดับ และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.13

2. การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาประถมศึกษา และ รายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ ร้อยละ 22 ( $R^2=.218$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาประถมศึกษา และ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,000-4,999 บาท ตามลำดับ ดังนั้นจึงสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

### สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y'_{\text{QOL}} = 38.234 + 4.196X_{\text{SS}} - 3.055X_{\text{ED2}} + 4.579X_{\text{SCA}} - 3.224X_{\text{INCOM2}}$$

## สมการในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_{QOL} = .258Z_{SS} + .232Z_{SCA} - .195Z_{ED2} - .167Z_{INCOM2}$$

## อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย จะนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

### 1. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.98 สนับสนุนแนวคิดของ Padilla และ Grant (1985) ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ในยามเจ็บป่วย หรือเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงเดียวกับ งานวิจัยของ Carlson (2001: 399) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับการรักษา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 62.71 - 85.54 สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Somchit Hanucharunkul (1988) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 66 สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษบา ดันติศักดิ์ (2535) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอส แอล อี พบว่ามีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ซึ่งพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 73.98 ถือว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยที่กล่าวมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษา แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรานี เสนีย์ (2539) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับรู้ถึงภาวะสุดท้ายของชีวิต

ทั้งนี้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจากงานวิจัยนี้ เท่ากับ 73.98 แม้จะอยู่ในระดับสูง แต่ก็ยังไม่ถึงร้อยละ 80 จึงนับว่ายังไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1 เดือนนั้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับทราบผลการวินิจฉัยการเป็นมะเร็งเต้านมไม่นาน และมาได้รับการผ่าตัดเต้านมอีก เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่น้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mor และคณะ (Mor et al., 1994 cited in King et al., 1998: 186) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะยาว พบว่า ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรับทราบการเป็นโรคมะเร็งนั้นส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานทางใจแก่ผู้ป่วยอย่างมากที่สุด จากนั้นความทุกข์ทรมานทางใจจะลดลงภายใน 6 ถึง 12

เดือนแรก และจะค่อยๆลดลงและคงระดับเดิมหรือเพิ่มขึ้นเมื่อมีการรักษาใหม่ตลอด 5 ปีแรก ซึ่งในช่วงแรกดังกล่าว โดยเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประมาณ 1 เดือนแรก หลังผ่าตัดเต้านม เป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องได้รับผลกระทบจากการรักษา โดยเฉพาะการทำผ่าตัดเต้านม เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Courtens และคณะ (Courtens et al., 2001: 167) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะยาว พบว่าช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมะเร็งได้รับทราบการวินิจฉัยการเป็นมะเร็ง และการได้รับการรักษาที่ยังน้อย จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก

พิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านความผาสุกทางจิตใจ มีคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 80.50 จัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Ehlike (Ehlike, 1984: 285 อ้างใน ปัทมา กุปต์จิต, 2533: 3) ที่พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจ ภายหลังการผ่าตัดเต้านมในระยะแรก อาจยังไม่เด่นชัดเพราะ ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลียจากการผ่าตัด และอาการเจ็บปวดจากบาดแผล เป็นต้น แต่จะชัดเจนขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปเป็นวัน สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม เนื่องจากจะพบกับปัญหาต่างๆมากมาย โดยเฉพาะปัญหาซึ่งเป็นผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และสัมพันธภาพในคู่สมรส

รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด ซึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านเท่ากับ ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านเฉลี่ยเท่ากับ 76.50 เช่นกัน จัดว่าคุณภาพชีวิตรายด้านทั้งสองอยู่ในระดับสูง สำหรับด้านตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาการผ่าตัด ซึ่งวัดในคำถามของการรับรู้การปวดแผลผ่าตัด และ ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ อธิบายได้ว่าจากการไปเก็บข้อมูลในทั้งสองโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าทั้งสองโรงพยาบาลกำลังดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ดังนั้นการแพทย์ และการพยาบาลทุกอย่างจึงมีมาตรฐานสูง เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จะมีการสอนการปฏิบัติตนล่วงหน้า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การบริหารข้อไหล่อย่างมีประสิทธิภาพและถูกวิธี รวมทั้งการแพทย์ก็ก้าวหน้า การทำผ่าตัดเต้านมไม่สร้างความทุกข์ทรมานเหมือนแต่ก่อน รวมทั้งมีบริการประทานแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด สามารถบริหารข้อไหล่ได้ดี และอาการปวดแผลก็ลดลงได้มากด้วยทำให้ ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตด้านนี้สูงแม้เป็นช่วงเวลาหลังผ่าตัดเพียงประมาณ 1 เดือน ส่วนด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง ความสามารถรับประทานอาหารและความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร อาจเนื่องจากการผ่าตัดเต้านมมิได้ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหารมากนัก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัด 1 เดือนซึ่งห่างจากการผ่าตัดพอควรที่จะไม่ส่งผลกระทบต่อรับประทานอาหารของผู้ป่วย



ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดได้แก่ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน เท่ากับ 60.13 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรู้สึกถึงการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากต้องสูญเสียเต้านมไปในเวลาไม่นานนัก แม้ทราบเหตุผลของความจำเป็นในการต้องตัดเต้านม แต่ยังรับรู้และยอมรับได้ไม่มากนัก ดังที่กล่าวมาแล้วหากศึกษาในเวลาที่ยาวนานออกไป คาดว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้น่าจะดีขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ Mock และคณะ (Mock et al., 1993: 185) ที่พบว่า การผ่าตัดเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะทำให้ลดความมีเสน่ห์ของเพศหญิงที่ดึงดูดเพศตรงข้าม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ehlike (Ehlike, 1984: 285 อ้างใน ปัทมา คุปตจิต, 2533: 3) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม จะพบกับปัญหาต่างๆมากมาย โดยเฉพาะปัญหาซึ่งเป็นผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และสัมพันธภาพในกลุ่มสมรส

พิจารณาคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ข้อที่ 21 มีคะแนนสูงสุด คือ 89.62 อยู่ในระดับสูง ข้อคำถามดังกล่าว ถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการมีเพศสัมพันธ์ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ครึ่งหนึ่งมี อายุ 51-59 ปี ซึ่งเพศสัมพันธ์มิใช่สิ่งสำคัญในชีวิตนักสำหรับผู้ที่มีอายุมาก แต่สำหรับกลุ่มที่เหลือที่มีอายุน้อยกว่าอาจส่งผลกระทบได้มากกว่า ผลการศึกษาจึงต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาของ Goldsmith และ Alday (Goldsmith and Alday, 1971: 1674 อ้างใน ปัทมา คุปตจิต, 2533: 2) ที่พบว่า การผ่าตัดเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและคู่สมรส โดยที่การสูญเสียเต้านมของ ผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ในคู่สมรส โดยพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วย ภายหลังการตัดเต้านมจะมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นและในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เอง พบว่า ผู้ป่วยพยายามเลี่ยงที่จะไม่ตอบข้อนี้ บางรายตอบว่าไม่มีปัญหาเลย แล้วเลี่ยงไปตอบข้ออื่นผู้วิจัยต้องอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้วิจัยให้ทราบอีกครั้งจึงยินดีตอบให้ กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่าเลิกมีเพศสัมพันธ์เลยตั้งแต่หลังผ่าตัดแม้แผลจะหายดีแล้วและจะไม่มีตลอดไป แต่สามีบอกว่า การสัมผัสถูกแผลผ่าตัด หรือถูกเต้านมข้างที่ดี อาจทำให้มะเร็งลุกลามได้ แตกต่างจากผลงานวิจัยของต่างประเทศที่ผลการวิจัยพบว่า การผ่าตัดเต้านมส่งผลกระทบต่อด้านเพศสัมพันธ์มาก ทั้งผลจากการสูญเสียเต้านม และการมีแผลเป็นขนาดใหญ่หลังผ่าตัด (Schover et al., 1994 cited in King et al., 1998: 185) ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องให้ความรู้ด้านนี้แก่ ผู้ป่วยและญาติต่อไป

ข้อที่มีคะแนนรองลงมาคือ ข้อที่ 3 ถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าต่อครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 88.85 จัดว่าอยู่ในระดับสูง แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด 1 เดือนแรก รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัวในระดับสูง สอดคล้องกับที่ เบญจวรรณ กำรวัชร

(2544: 76) กล่าวไว้ว่า เราควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยมะเร็งให้มีความรู้สึกว่ามีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปในสังคม ซึ่งจะช่วยให้เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย ช่วยลดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น อันเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ในฐานะพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ ในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งด้านมหัศจรรย์บำบัดอันจะนำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อที่มีคะแนนรองลงมาคือ ข้อที่ 23 ถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีกำลังใจ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 87.85 นับว่าอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาบ่งบอกถึง ความเป็นคนไทยยุคโลกาภิวัตน์ที่จะมีกำลังใจให้ตนเองแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งจะนำมาสู่การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่ดี โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า กำลังใจที่ได้มีนั้นส่วนหนึ่งมาจากครอบครัว เพื่อน และแพทย์-พยาบาล ส่วนใหญ่หลังผ่าตัดจะมีครอบครัว เพื่อนญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานมากมายมาเยี่ยม และร่วมให้การดูแล เนื่องจากเป็นช่วงที่เพิ่งรับทราบการเป็นมะเร็งด้านนมและได้รับการผ่าตัดด้านนมใหม่ๆ ผู้ป่วยจึงมีกำลังใจนำสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป สอดคล้องกับที่ Walker และ Avant (Walker and Avant: 1988 cited in Meeberg, 1993: 4-5) กล่าวว่าคุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการได้รับกำลังใจในการต่อสู้กับสิ่งคุกคามในชีวิต

จากนั้นมาดูข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุด สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งพบว่า ในจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ มีจำนวน 5 ข้อที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จึงขออภิปรายเรียงจากน้อยไปมากดังนี้

ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ข้อที่ 2 ถามเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพียง 53.46 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shell และคณะ (Shell et al., 2001: 950-960) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไปพบว่าภายหลังการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้แก่ โกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล หมดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ บางรายมีความคิดที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งโดยพยายามหาทางที่จะรักษาด้วยวิธีการต่างๆตามความเชื่อ และแรงชักจูง เช่น ยาหม้อ น้ำมันดี หรือไสยศาสตร์เป็นต้น เมื่อพยายามแล้วไม่ได้ผลก็จะห่อเหี่ยว สิ้นหวัง ความทุกข์ของผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นความทุกข์ที่ต้องเผชิญลำพังยากผู้อื่นจะเข้าใจ ความทุกข์นี้จึงหนักยิ่งกว่าความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายหลายเท่าเนื่องจากการสูญเสียด้านนมจากการผ่าตัดส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง รวมถึงการมีผลเป็นขนาดใหญ่จากการถูกตัดเต้านม ผู้ป่วยยากที่จะยอมรับได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schover และคณะ (Schover et al., 1994) ที่พบว่าในช่วง 1 ปีแรก หลังผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต บางรายแสดงอาการเศร้าโศก หมดอาลัยและสิ้นหวังในชีวิต บางรายควบคุม

ตนเองไม่ได้ มีความคิดที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งโดยพยายามหาทางที่จะรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเชื่อ และแรงชักจูง เช่น ยาหม้อ ไสยศาสตร์ เป็นต้น (Shell et al, 2001: 950-960) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kissan และคณะ (Kissan et al., 1998: 192 อ้างใน ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, 2542: 5) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวลและ โศกเศร้า ถึงร้อยละ 49

ข้อที่มีคะแนนต่ำรองลงมาได้แก่ ข้อที่ 8 ถามเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 57.85 จัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงแม้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จะผ่านพ้นช่วงวิกฤติของการรักษาด้วยการผ่าตัดมาแล้ว แต่ยังคงมีความหวาดกลัวต่อสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดกับชีวิตในวันข้างหน้าไม่น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและพบว่า หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยมีความกลัวการรักษาต่อเนื่องที่จะได้รับต่อไป เช่นการให้เคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา เป็นต้น ตลอดจนกลัวการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schover (Schover, 1994 cited in King and Hinds, 1999: 185) ที่พบว่าในผู้ป่วยอายุน้อย จะมีความวิตกกังวลกลัวถูกรังเกียจจากเพื่อนชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิญา น้อยเปียง (2545: 33) ที่พบว่าในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว จะวิตกกังวลกลัวสามีเบื่อหน่ายและรังเกียจ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง

ข้อคำถามที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำรองลงมาได้แก่ ข้อที่ 10 ถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 60.54 จัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงผลกระทบของการผ่าตัดต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังผ่าตัด ที่ยังยอมรับได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดมาไม่นานนัก สอดคล้องกับที่ Mock (1993: 185) กล่าวไว้ว่า การผ่าตัดเต้านมส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะทำให้ลดความมีเสน่ห์ดึงดูดเพศตรงข้าม รวมถึงความต้องการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schover (Schover, 1994 cited in King and Hinds, 1999:185)ที่ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การมีแผลเป็นขนาดใหญ่จากการถูกตัดเต้านมและการสูญเสียเต้านมล้วนสร้างความทุกข์อย่างใหญ่หลวงแก่ผู้ป่วย ทั้งจากการมีร่างกายไม่สมบูรณ์เหมือนเดิมแล้ว ยังกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค และวิตกกังวลกลัวถูกรังเกียจจากเพื่อนชายด้วย หากผู้ป่วยแต่งงานแล้วหลังสูญเสียเต้านมจะมีความ วิตกกังวล กลัวสามีเบื่อหน่ายและรังเกียจ ทำให้จิตใจผู้ป่วยสับสน เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ และมีอารมณ์แปรปรวน (ธนิญา น้อยเปียง, 2545: 33)

ข้อคำถามที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำรองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 7 ถามเกี่ยวกับความสามารถเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 63.38 จัดอยู่ในระดับ

ปานกลาง อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดแผลผ่าตัดไม่มากแต่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับการผ่าตัดมาแล้ว 1 เดือน อาการปวดจึงไม่มากแต่ยังคงมีอยู่ สอดคล้องกับที่ สุมิตรา ทองประเสริฐ (2537: 109) กล่าวไว้ว่า อาการปวดแผลหลังผ่าตัดด้านมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม อาจเกิดขึ้นต่อเนื่อง หรือเกิดขึ้นทันทีในช่วงเวลาหลายเดือนหลังผ่าตัดได้ ลักษณะอาการปวดเช่น ปวดแสบปวดร้อนบริเวณหน้าอกด้านหน้า รักแร้ และด้านหลังแขน บริเวณรักแร้จะพบจุดเจ็บ (trigger point) อาการปวดเกิดจากการถูกตัด intercostobrachial nerve ซึ่งเป็นแขนงของ T1-T2 ทำให้เกิด traumatic neuroma ที่ปลายประสาท พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ ไม่ต้องกังวลหรือตกใจ อาจเกิดต่อเนื่องหลายเดือนหลังผ่าตัดได้ บางรายเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและข้อไหล่หลังผ่าตัด ทำให้เกิดไหล่ติด (Frozen shoulder) และมีอาการปวดดังกล่าวตามมา ซึ่งหากเกิดปัญหาดังกล่าวแล้วผู้ป่วยต้องเข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัดซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยไม่น้อย ดังนั้นพยาบาลจึงควร มีบทบาทสำคัญในการสอนบริหารข้อไหล่แก่ ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เกิดความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อคำถามที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำรองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 9 ถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 65.08 จัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดยังไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้เต็มที่ เหมือนก่อนผ่าตัด อาจเนื่องจากมีข้อจำกัดในการใช้แขนหลังผ่าตัด เช่นการถูกห้ามยกของหนัก หรือการใช้แรงงานแขนข้างที่ทำผ่าตัดมากเกินไป (อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2540: 147-159) ทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยบางรายทำงานได้น้อยหรือไม่ได้เลย เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทที่มีต่อครอบครัว และการกลับเข้าทำงาน รวมถึงโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน (ธัญญา น้อยเปียง, 2545: 23) เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดทั้งสิ้น พยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายหลังผ่าตัดอาจโดยร่วมวางแผนการดำเนินชีวิตที่บ้านหลังผ่าตัดกับครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย เช่นกับนายจ้าง เป็นต้น ซึ่งอาจศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อไปก็น่าสนใจอย่างยิ่ง

## 2. ความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาประถมศึกษา และรายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาท ต่อเดือน สามารถร่วมกัน

พยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ได้ร้อยละ 21.8 หรือคิดเป็นร้อยละ 22 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ (2541) ที่พบว่า รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 23.97 และผลการวิจัยของสมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดย เครือญาติ ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 14.04 ซึ่งแสดงว่าแต่ละตัวแปร ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้แตกต่างกันออกไป แต่ส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่มีผู้สร้างไว้ เช่น ทฤษฎี ความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem เป็นต้นดังในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับลำดับความสำคัญของการพยากรณ์ พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากเป็นอันดับหนึ่ง ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยมีค่า Beta หรืออำนาจการพยากรณ์สูงสุด (Beta=.258) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเพิ่งผ่านการรับทราบข่าวการเป็นมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม เป็นช่วงที่บุคคลใกล้ชิดก็ยังคงยอมรับทราบข่าวการเป็นมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดได้ยากเช่นกัน จึงพากันมาให้กำลังใจ ดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมไปถึงช่วงเวลาหลังกลับบ้านไปแล้วและมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีบุคคลใกล้ชิดหามาและดูแลเป็นอย่างดีตลอด รวมทั้งแพทย์พยาบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในการสนับสนุนทางสังคมของผู้วิจัยก็ให้การสนับสนุนอย่างดีหนึ่ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการเป็นบุคลากรที่มสุขภาพของโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรองคุณภาพ HA อย่างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และกำลังดำเนินการเพื่อรับการรับรอง เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สอดคล้องกับที่ Orem(1991: 175-176) กล่าวว่า การดูแลจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา(dependent care) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเพื่อการมีสุขภาพดี ซึ่งในทัศนะของ Somchit Hanucharumkul (1988: 13) มองว่าคือการสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบอบความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล นำสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป(Thoist, 1982 cited in Somchit Hanucharumkul, 1988: 47)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยมีค่า Beta หรืออำนาจการพยากรณ์รองลงมาจากตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม (Beta= .213) สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดี จำนำมาซึ่งความผาสุก หรือคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แต่ความสามารถในการพยากรณ์มีไม่มากนักอาจเป็นเพราะ ในช่วงการศึกษาดังกล่าวคือในช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการผ่าตัดเต้านมมาไม่นาน บางรายเพิ่งรับทราบผลการเป็นมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดมาไม่นาน ทำให้อาจ

มีตัวแปรอื่นที่นอกเหนือจากตัวแปรในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem มาเกี่ยวข้องกับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภักศุพิชัญ ศรีกสิพันธ์ และมาลี วรธักนากุล (2538) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด ได้ร้อยละ 27

ตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาจากความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ การศึกษาระดับ ประถมศึกษา โดยมีค่า Beta หรืออำนาจการพยากรณ์รองลงมาจากตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง (Beta=-.195) จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 47.6 ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีความสามารถในการพยากรณ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า สอดคล้องกับ ที่ Orem (2001 : 254) กล่าวไว้ว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง อันจะนำพาบุคคลสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป แต่ในกลุ่มตัวอย่างระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยที่สุดของการวิจัยครั้งนี้ เพราะในกลุ่มที่ต่ำกว่านี้คือกลุ่ม ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจำนวนมากเพียง ร้อยละ 1.5 เท่านั้น

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,000-4,999 บาท เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเป็นลำดับสุดท้าย โดยมีค่า Beta หรืออำนาจการพยากรณ์รองลงมาจากตัวแปรระดับการศึกษาประถมศึกษา (Beta=-.167) ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีความสามารถในการพยากรณ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แสดงถึงว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มีรายได้น้อยจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่รายได้สูงกว่า ทั้งนี้พบว่ายังมีกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มนี้ คือกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัว 0-1,999 บาท ต่อเดือน อธิบายได้ว่าในกลุ่มดังกล่าว กว่าครึ่งพบเป็นผู้ที่มีบุตรทำงานแล้วและสงเคราะห์ดูแลเลี้ยงดูมารดาอย่างดี อาจจะเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มนี้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่ม รายได้ 2,000-5,000 บาท ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน เช่น ทำนา รับจ้างต่างๆ เป็นต้น เมื่อมาเป็นมะเร็งเต้านมและต้องรับการผ่าตัดเต้านม จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้านไม่เพียงแต่ด้านเศรษฐกิจการเงิน ทำให้กลุ่มผู้มีรายได้ 2,000-4,999 บาทมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์ (2533) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นกลุ่มตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้ ทั้งนี้ยังไม่พบว่า



ตัวแปรระดับการศึกษาในงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังใดที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ดังเช่นงานวิจัยนี้ อาจเป็นเพราะงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในเชิงความสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ และอาจเป็นเพราะศึกษาในบริบทที่แตกต่างจากงานวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา และรายได้ของครอบครัว 2,000-4,999 บาทต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานงานวิจัยบางส่วน โดยสนับสนุนแนวคิดของ Orem (2001: 284) ที่กล่าวว่า การดูแลจากบุคคลที่ให้การพึ่งพาที่มีวุฒิภาวะที่จะรู้สามารถนำพาบุคคลที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง และนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง ร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป รวมทั้งสนับสนุนแนวคิดของ Orem (2001: 254) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่ต้องการเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต คงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย อันจะนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนตัวแปรระดับการศึกษาและรายได้นั้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับ แนวคิดของ Orem (Orem, 2001: 250) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในแหล่งประโยชน์บุคคลที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในชีวิตจะสามารถช่วยให้พวกเขาพบความต้องการของตนเองนำพาตนเองสู่ความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า (Muhlenkamp and Sayles, 1986: 336) ส่วนรายได้ได้นั้น Cameron และคณะ (Cameron et al cited in Burkhardt, 1985: 28) กล่าวว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และการที่ตัวแปรเหล่านี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ไม่มากนัก อธิบายได้ว่าเนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดมาเพียง ประมาณ 1 เดือนเท่านั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schover และคณะ (Schover et al., 1994) ที่พบว่า ในช่วง 1 ปีแรก หลังผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต บางรายแสดงอาการเศร้าโศก หมกมุ่นและสิ้นหวังในชีวิต บางรายควบคุมตนเองไม่ได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้เพิ่งได้รับการผ่าตัดมาเพียง 1 เดือนเท่านั้น อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผลการศึกษานี้ มีตัวแปรต่างๆ พยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ไม่มากนัก และแสดงถึงยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีอิทธิพล

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ด้านมหหลังผ่าตัดอยู่อีก แต่ หากผ่านพ้นช่วงนี้ไป เป็นช่วงของการรักษา Setting ต่อเนื่อง เช่น การให้เคมีบำบัด การให้รังสีรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรต่างๆเหล่านี้จะสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้น เป็นประมาณ ร้อยละ 20-30 ทั้งนี้ศึกษาในแต่ละโรคเรื้อรังในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย ยิ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะที่เพิ่งได้รับการรักษา ยิ่งพบว่าปัจจัยต่างๆเหล่านี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้น้อยกว่า แต่ทั้งนี้มิจานวิจัยบางงานที่ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ไม่มากนัก เช่นงานวิจัยของสมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ(2543) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย กับความสามารถในการดูแลตนเองสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตร่วมกันได้ร้อยละ 14.04 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีร่างกายที่เสื่อมถอย ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าปกติ ญาติพี่น้องปฏิบัติให้หมด แต่ผู้สูงอายุก็ยังรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก เนื่องจากสภาพที่ต้องพึ่งพาทำให้รู้สึกขาดความภาคภูมิใจในชีวิต สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ใน ช่วง 50-59 ปี ถึง ร้อยละ 49.23 และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า มีจำนวนไม่น้อยที่ญาติพี่น้องปฏิบัติให้หมด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตไม่สัมพันธ์กับ ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเท่าใดนัก ทำให้ตัวแปรเหล่านี้พยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ไม่มากนัก

นั่นคือผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากบุคคลที่ให้การพึ่งพา หรือการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งด้านมหหลังผ่าตัด

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะสำหรับงานการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งด้านมหหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม กับแต่ละบุคคล รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้สมรส ครอบครัว และสังคม ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องกรณีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด การแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในการทำงาน และบทบาทอื่นๆที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยมะเร็งด้านมหหลังผ่าตัด อาการปวดแผลผ่าตัดที่แม้ไม่มากนักแต่เกิดขึ้นได้ในระยะเวลายาวนานเช่นเป็นเดือนเป็นปี และทุเลาได้เมื่อมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ผ่าตัดเหมาะสม เพื่อนำพาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด สู่การรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และเพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไป

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานการศึกษาของพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดให้ถูกต้องเหมาะสมกับ แต่ละกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในปัจจุบันฐาน เช่น ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น เพื่อนำพาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

## 3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีระดับคุณภาพชีวิตน้อยกว่าด้านอื่นคือปานกลาง ดังนั้นพยาบาลจึงควรเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมและแก้ไขปัญห เช่น การให้คำแนะนำในการจัดหาเต้านมเทียม หรือหากเป็นผู้ป่วยมีรายได้น้อยควรมีการแนะนำประยุกต์ใช้ของที่มีอยู่เช่นผ้าฝ้าย ประยุกต์สอดใส่ในเสื้อชั้นในแทนเต้านมเทียมได้ เป็นต้น บางรายเป็นผู้ป่วยอายุน้อยหรือผู้ป่วยที่สนใจเรื่องภาพลักษณ์ความสวยงาม พยาบาลควรประสานงานให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้พูดคุยกับศัลยแพทย์ในการผ่าตัดเสริมเต้านมเทียมเมื่อผู้ป่วยต้องการ

3.2 พยาบาลควรเห็นความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดในเรื่องเพศสัมพันธ์ และให้คำแนะนำผู้ป่วยและคู่สมรสทุกราย ในเรื่องเพศสัมพันธ์ให้มีได้เมื่อแผลผ่าตัดหายดี เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส

3.3 จากการที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง พยาบาลควรเข้ามามีบทบาทโดยเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีให้ผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยสามารถระบายความทุกข์กังวลที่มีอยู่ ทำให้พยาบาลเข้ามาช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงนำพาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนำคู่สมรส และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดเต้านมด้วย

3.4 จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยยังมีความหวาดกลัวกับสิ่งที่จะเกิดกับชีวิตในวันข้างหน้า นั้น พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องที่ถูกต้องโดยวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์ เช่น อธิบายให้ทราบถึงการรักษาต่อเนื่องที่จะต้องประสบต่อไป ได้แก่ การให้เคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา เป็นต้น ว่ามิได้น่ากลัวอย่างที่หลายๆคนคิด อาจจัดให้มีการพบปะ

พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องดังกล่าวแล้วและมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเพื่อจัดการความกลัวให้ลดน้อยลง

3.5 พยาบาลควรนำคู่สมรสเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดร่วมกับแพทย์-พยาบาล โดยอธิบายให้ทราบถึงเหตุผลที่ต้องผ่าตัดเต้านม เปิดโอกาสให้ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสได้แสดงความคิดเห็นต่อการเข้ารับการทำผ่าตัด และภาพลักษณ์หลังผ่าตัดที่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้เช่น การใช้เต้านมเทียม การผ่าตัดเสริมเต้านมเมื่อต้องการ เป็นต้น

3.6 พยาบาลควรมีบทบาทในการแนะนำการออกกำลังกายหัวใจที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหลังผ่าตัดแล้วซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดได้ และหากจำเป็นก็แนะนำให้รับประทานยาแก้ปวดได้ ส่วนอาการปวดแปลบแผลผ่าตัดที่ไม่หายไปนั้น พยาบาลควรอธิบายให้ทราบถึงพยาธิสรีรภาพหลังผ่าตัดให้ทราบและให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา ให้ทราบว่าเป็นอาการปกติที่พบได้อาจคงอยู่เป็นเดือนหรือเป็นปี และจะค่อยๆหายไปเอง

3.7 พยาบาลควรมีบทบาทในการอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย อธิบายเหตุผลของการจำกัดการใช้แขน และช่วยวางแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมให้เช่น การทำงานที่เหมาะสมหลังผ่าตัด งานใดที่ควรหลีกเลี่ยง และงานใดที่สามารถทำได้ เป็นต้น

3.8 จากการที่การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ แสดงถึงพยาบาลควรมีบทบาทในการประยุกต์การให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่ทั้งผู้มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ แนะนำและติดตามการดูแลตนเองต่อเนื่อง ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ จัดคำแนะนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ โดยเน้นสังคมทั้ง ครอบครัว ญาติสนิท เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ในการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้อง สิ่งใดที่ ผู้ป่วยทำได้ควรให้ทำ เช่นการทำงานบ้านเบาๆให้ทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### 4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) จึงควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อเวลาผ่านไป เป็นเดือน หรือเป็นปี หรือศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับ ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาแบบอื่นเช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยในทุกช่วงการรักษาต่อไป

4.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้น จึงน่าสนใจที่จะศึกษา คุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มนี้ หรือบุคคลผู้ให้การพึ่งพา เช่น ศึกษาคุณภาพชีวิตของ สามีผู้ป่วย หรือของครอบครัวผู้ป่วยเป็นต้น อันจะนำมาซึ่งความสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมต่อไป

4.3 ควรขยายผลการวิจัยต่อเนื่องด้วยการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การใช้กระบวนการ กลุ่ม การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะต่างๆ เช่น ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ขณะได้รับเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา เป็นต้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้เพียงร้อยละ 22 แสดงว่ายังมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้อีก จึงควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจพยากรณ์คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้อีก เช่น ความเครียดจากการรับรู้การเป็นมะเร็ง ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับตัว ความเข้มแข็งในการมองโลก ความหวัง เป็นต้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541. **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุยฎิบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกพร ใจแก้ว. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กนกพร เทียนคำศรี. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤติกาพร ไยโนนตาด. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะ หมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2545. **การใช้ SPSS for Windows การใช้ SPSS for Windows ในการ วิเคราะห์ข้อมูล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยวัตร คมพักษณ์. 2535. **พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย**. สารสาธาการพยาบาล: 7 (3): 32-37.
- จริยวัตร คมพักษณ์. 2537. **การวิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มารับบริการและ ผู้ให้บริการ**. ในการประชุมวิชาการ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.(อัครสำเนา)
- จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์. 2544. **รูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุตรดิตถ์**. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 16 (1): 34-41.
- ันทร์จิรา วิรัช. 2544. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบาก และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- จันทร์ทิวา ไตรรงค์จิตเหมาะ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2541. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2541. กรุงเทพมหานคร.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2541. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2541. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2543. กรุงเทพมหานคร.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2541. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิตา มณีวรรณ. 2540. คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: บรรณศิลป์พรินติ้ง.
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2542. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ชูเกียรติ วงศ์รัตนะ. 2541. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต.
- คุณิต ฤจิรัตน์. 2544 ข. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- ทัศนยา บุญทอง. 2542. ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: ศิริโชคการพิมพ์.
- ทัศนีย์ จินางกูร. 2530. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนีย์ นะแสง. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการแพทย์. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- ธนพล ไหมแพง. 2544. มะเร็งเต้านม. สงขลานครินทร์เวชสาร 19(1): 31-41.
- ธนิต วัชรพุกก์. 2542. มะเร็งเต้านม. ใน ธนิต วัชรพุกก์, และชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 273-293. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ธัญญา น้อยเปียง. 2545. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงนุช บุญยัง. 2536. ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัชชา พิพัฒน์วิชชา. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2534. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นรินาถ วิทโยคกิติคุณ. 2534. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บงอร ฤทธิอุดม. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตชัยนรากร. 2544. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษบา ตันติศักดิ์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอสแอลอี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ กำธรวัชร. 2544. มะเร็งต่อมไธ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ปัทมา คุปตจิต. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปานตา อภิรักษ์นภานนท์. 2542. ผลการพยายามลดตามแนวคิด 5 ซี ของโรที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสูตร. 2538. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม หนูเพชร. 2542. ใน ช่อลดา พันธุเสนา. (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 367-401. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประกา รัตนเมธานนท์. 2535. การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี เสนีย์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหน็ดเหนื่อย พฤติกรรมเผชิญเครียด กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญา สนิกะวาที. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิตและ ทศนีย์ นะแสง. 2539. วิจัยทางการแพทย์: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- เพ็ญศรี พิชัยสมิธ. 2535. สภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม:ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรี. วารสารสภาการพยาบาล กันยายน:19-21.
- ภัตตสุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์และมาลี วรลัคนากุล. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารพยาบาล 14(1): 47-55.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตสาร . 1(1): 24-33.
- ยุวดี ฤาชาและคณะ. 2540. วิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
- รัชณี นามจันทรา. 2535. ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รัตนา ศิริพานิช. 2530. การวัดผลทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: คณะศิลปศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2539. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. 2545. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กรุงเทพมหานคร. (อัดสำเนา)
- ลักษมี จำปาแดง. 2535. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จริยธรรมกับการพยาบาลยุคไอเทค. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลิ่วมิ่ง, วันเพ็ญ เข็มจ้อย และทิพาพร ดังอำนาจ. 2542. การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต. พยาบาลสาร 26(4): 40-52.
- เลียง เสี่ยวคุณ. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณวิไล จันทร์ภา, ประพิน วัฒนกิจและณิศา อินทรประสงค์. 2530. รายงานการวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีความสัมพันธ์กับการสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- วรวรรณ เหนือคลอง. 2534. ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์. 2525. มะเร็งเต้านม: เรื่องที่ผู้หญิงควรรู้. กรุงเทพมหานคร: สุทธิสารการพิมพ์.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. 2544. แนวคิดในการสร้างเครื่องมือวิจัย. วารสารวิจัยทางการพยาบาลไทย 5 (3): 294-301.
- ศุภกรณ์ โจนินันท์. 2543. ศัลยศาสตร์ศีรษะ-คอและเต้านม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ฝ่ายแผนงานและสถิติ. 2545. สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (อัดสำเนา)

- สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาล 37(3): 222-237.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ คณะ. 2539. ผลของการสนับสนุนการดูแลตนเองและการเผชิญกับโรคต่อคุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกและความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา. รามาธิบดีสาร 1(2): 28-40.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมบัติ ไชยวัฒน์และคณะ. 2543. การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร 27 (2): 29-41.
- สมพร ชินโนรส และคณะ. 2542. ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต. รามาธิบดีสาร 5(3): 201-215.
- สมพร ชินโนรส, ยุพาพิน สิริโพธิ์งามและกุสุมา คุ้มวัฒนสัมฤทธิ์. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาล 48(1): 26-34.
- สมพันธ์ ัญญชिरนนท์. 1998. ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต กับ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. Thai Journal of Nursing 47(2): 69-72.
- สว่างจิตต์ จันทร. 2544. ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี เวชประสิทธิ์. 2544. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมิตร ทองประเสริฐ. 2536. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2545. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

- อัสนี วันชัย. 2539. ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัด  
 เต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมากรณ์ ไทศาลสุทธิเดช. 2540. การดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่บ้าน และการบริหาร  
 ร่างกายหลังการผ่าตัดเต้านมที่บ้าน. ใน ชนิตา มณีวรรณ(บรรณาธิการ.), คู่มือการปฏิบัติ  
 การพยาบาลที่บ้าน, หน้า 147-159. กรุงเทพมหานคร: บรรณศิลป์ พรินต์ติ้ง.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. 2542. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ  
 การปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 โทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำภาพร พัววิไลและกันยา นภาพงษ์. 2000. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ  
 ชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 4(2): 218-233.



สถาบันวิทยบริการ  
 าลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ภาษาอังกฤษ

- Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania. 2002. **Breast cancer**.  
 [Online] ,Available from : <http://www.cancer.net/161.8.45.htm> [2002, August 16]
- Anderson, K. L. 1995. The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. **Research in Nursing and Health** 18(6): 547-556.
- Basset., et al. 1997. **Diagnosis of the diseases of the breast**. California: W.B: Saunders Company.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. 1981. The PRQ-A social support measure. **Nursing Research** 30 (5): 277-280.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. 1987. A social support measure: PRQ 85. **Nursing Research** 36 (5): 273-277.
- Brown, M.A. 1986. Social support during pregnancy: a unidimensional or multidimensional Construct. **Nursing Research** 35(1): 4-9.
- Burkhardt, C. S. 1985. The Impact of arthritis on quality of life. **Nursing Research** 31(1): 11-16.
- Carlsson., et al. 2001. Perceived quality of life and coping for Swedish women with breast cancer who choose complementary medicine. **Cancer Nursing** 24(5): 395-401.
- Chales R.S., and Jarome W. Y. 1987. Quality of life. **Cancer** 1(8): 620-622.
- Christman, N.J. 1988. Uncertainty, coping and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. **Research in Nursing and Health** 11(2): 71-82.
- Cimprich, B., and Ronis,D. L. 2001. Attention and symptom distress in women with and without breast cancer. **Nursing Research** 50(2): 86-94.
- Cohen, S., and Syme ,S. L. 1985. **Social support and health** .Orlando: Academic Press.
- Courtens, A. M., et al. 1996. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. **Cancer Nursing** 19(3): 162-169.
- Cronenwet, L. R. 1985. Network structure, social support and psychological outcomes of pregnancy. **Nursing Research** 35(2): 93-94.
- Denyes, M. J. 1988. Orem's model used for health promotion: Directions from research. **Advanced Nursing Science** 11(1):13-21.
- Devellis, R. F. 1991. **Scale development: Theory and application**. Newbury Park: Sage.

- Dow, K. H. 1998. 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.
- Dow, K. 2000. **Breast cancer**. Florida: University of Central Florida.
- Evers, G. C. M. 1985. **Development of the Appraisal of self care agency scale**. Paper presented at International Research Conference. Edmonton: Canada.
- Fayers, P. M., and Machin, D. 2000. **Quality of life: Assessment analysis and interpretation**. London: John Wiley and sons .
- Ferrans, C. E., and Power, M. JR. 1985. Quality of Life index: development and psychometric properties. **Advanced in Nursing Science** 8(1): 15-24.
- Ferrell, B. R. 1996. The quality of lives : 1,525 voices of cancer. **Oncology Nursing Forum** 23(6): 909-916.
- Ferrell, B. R., et al. 1997. Quality of life in breast cancer Part one: Physical and social well-being. **Cancer nursing** 20(6): 398-408.
- Ferrell, B. R. 1998. Quality of life in Breast cancer survivors: Implications for developing support services. **Oncology Nursing Forum**. 25(5): 887-895.
- Gale, D., and Charette, J. 1995. **Breast Cancer**. Texas: Skidmore-Roth.
- Gast, H. L., et al. 1989. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. **Advances in Nursing Science** 12(4): 26-38.
- Gulick, E. E. 1997. Correlates of Quality of life among persons with multiple sclerosis. **Nursing Research** 46(6): 305-311.
- Hair, J. F., et al. 1998. **Multivariate data analysis**. 5 th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harkness, G. A., and Dincher, J. R. 1999. **Medical- Surgical Nursing**. 10 th ed. London: Mosby.
- Hass, B. K. 1999. A Multidisciplinary concept analysis of quality of Life. **Western Journal of Nursing Research** 21(6): 728-742.
- House, J. S., and Kahn, R. L. 1985. Measures and concepts of social support. In s. Cohen and S.L. Syme (ed), **Social support and health**, pp. 83-107. Orlando, FL: Academic .
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A. F., and Brown, N. 1984. The Relationship between social support and self-care practices. **Nursing Research** 33(5): 266-269.

- Hulley, S. B., et al. 2001. **Designing Clinical Research**. 2 nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Iskhan,V., et al. 2001. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-1. **Cancer Nursing** 24(6): 490-495.
- Kearney, B. Y., and Freischler, B.J. 1979. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. **Research in Nursing and Health** 2(2): 25-34.
- King,C. R., and Hinds, P. S. 1998. **Quality of life: from nursing and patients perspectives** Boston: Jones and Bartlett .
- Kris Chatamara. 2002 . **Breast Cancer** . Bangkok: BBC.
- Kraus, P. L. 1999. Body image, decision making, and breast cancer treatment. **Cancer Nursing** 22(6): 421-427.
- Lindsey, D., and Chen, S. G. 1985. Social support network of Taiwanese cancer patients. **Cancer Nursing** 8(4): 149-164.
- LoBiondo-Wood, G., et al. 1999. Impact of liver transplantation on quality of life: A longitudinal perspective. **Applied Nursing Research** 10(1): 27-32.
- Macdonal, D. 2002. Women's decisions regarding management of breast cancer risk. **Med Surg nursing**. 11(4): 183-186.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 18(1): 32-38.
- Mc Bride, S. 1987. Validation of instrument to measure exercise of self- care agency. **Research in Nursing and Health** 10(5): 311-316.
- Meiqiong, Y. 1997. **Social support and quality of life of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients**. Master's Thesis, Graduate school, Faculty of Nursing Science , Chiangmai University.
- Mock, V. 1993. Body image in women treated for breast cancer. **Nursing Research**. 42(3): 153-157.
- Muhlenkamp, A. F. and Sayles, J. A. 1986. **Nursing Research** 35(6): 334-338.
- Norbeck,J. S. 1981. Social Support : A model for clinical research and application. **Advances in Nursing Science** 7(3): 43-59.
- Norbeck, J. S.,Lindsey, A., and Carrieri., 1981. The development of instrument to measure social support. **Nursing Research**. 30(6): 264-269.

- Okada, R. C. 2001. Breast cancers. In Otto, Shirley E. (ed.), **Oncology Nursing**, pp. 113-167. St Louise: A Harcourt Health Science.
- Orem, D. E. 1985. **Nursing: Concept of Practice**. 3rd ed. New York: Mc Graw- Hill.
- Orem, D. E. 1991. **Nursing: Concept of Practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. 1995. **Nursing: Concept of Practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby..
- Orem, D. E. 2001. **Nursing: Concept of Practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Padilla, et al. 1983. Quality of life index for patients with cancer. **Research in Nursing and Health** 6(3): 117-126.
- Padilla, G. V., and Grant, M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **Advance in nursing science** 8(1): 45-60.
- Padilla, G. V., et al. 1990. Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. **Cancer Nursing** 13(2): 108-115.
- Padilla, G. V., et al. 1992. Health quality of life and colorectal cancer. **Cancer supplement** 70 (5): 1450-1456.
- Pedro, L. W. 2001. Quality of life for long-term survivors of cancer: influencing variables. **Cancer Nursing** 24(1): 1-11.
- Polit, Denise F. And Hungler, Bernadett P. (1995). **Nursing research: Principle and methods**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F. 1996. **Data analysis and statistics for nursing research**. New York: Appleton and Lang.
- Polit, D. F. and Hungler, B. P. 1999. **Nursing research: Principle and methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Sarason, B., Sarason, I. G., and Pierce, G. 1990. **Social support: an interactional view**. New York: A Wiley-Interscience Publication John Wiley and sons.
- Sammarco, A. 2001. Percieved social support, uncertainty, and quality of life of younger Breast Cancer Survivors. **Cancer Nursing** 24(3). 212-219.
- Sammarco, A. 2001. Psychological stage and quality of life of women with breast cancer. **Cancer Nursing** 24(4). 272-277.
- Schover, L. R., et al. 1994. Partial mastectomy and breast reconstruction. **Cancer** 75 (1): 54-63.
- Schultz, A. A., and Winstead-Fry, P. 2001. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. **Cancer Nursing** 24(1): 12-19.

- Shell, J. A., and Kirsch, S. 2001. Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In Otto, Shirey E. **Oncology Nursing**, pp. 948-972. St Louis: A Hartcourt Health Sciences.
- Sornchit Hanucharumkul. 1988. **Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand**. Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School, Wayne State University.
- Stevens, J. 1996. **Applied multivariate statistics for social sciences**. 3rd ed. Manwah, NJ: Lorence Erlbaum Associates.
- Thorndike, R. M. 1978. **Correlational procedures for research**. New York: Gardner.
- Tilden, V. P. 1985. Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research in nursing and Health** 8(3): 199-206.
- Weinert, C. 1987. A social support measure: PRQ 85. **Nursing Research** 36(5): 273-277.
- Weinert, C., and Tilden, V. P. 1990. Measures of social support: assessment of validity. **Nursing Research** 39(4): 212-217.
- Woods, N. 1989. Conceptualizations of self care: Toward health-oriented models. **Advanced in Nursing Science** 12(1): 1-13.
- Wortman, C. B. 1984. Social Support and the Cancer Patient: Conceptual and Methodologic Issues. **Cancer Supplement** 5(10): 2339-2360.
- Wyatt, G., and Friedman, L. 1996. Long-term female cancer survivors: quality of life issues and clinical implications. **Cancer Nursing** 19(1): 1-7.
- Yarbrough, S., and Braden, C. J. 2001. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. **Journal of Advanced Nursing** 33(5): 677-688.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., and Yarcheski, T. J. 2001. Social support and well-being in early adolescents: The role of mediating variables. **Clinical Nursing Research** 10(2): 163-191.
- Zhan, Lin. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing** 17(1): 795-800.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. อาจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา	อาจารย์หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. อาจารย์ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร	อาจารย์พยาบาลระดับ 9 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี
5. นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์	หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องผ่าตัดลิรินธร 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ทม 0342/

วันที่ มกราคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ผ.ศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา

เนื่องด้วย นางสาววนิดา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานจัดการศึกษา

โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร. (02) 2189810

ชื่อนิสิต

นางสาววนิดา รัตนานนท์ โทร. (01) 8454716

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางสาวนิตา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เฟื่องจาด ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
2. อาจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เฟื่องจาด 2. อาจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา  
งานจัดการศึกษา โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร. (02) 2189810  
ชื่อนิสิต นางสาวนิตา รัตนานนท์ โทร. (01) 8454716

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

เนื่องด้วย นางสาววนิดา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร

งานจัดการศึกษา

โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ โทร. (02) 2189810

ชื่อนิสิต

นางสาววนิดา รัตนานนท์ โทร. (01) 8454716

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวนิตา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์ หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องผ่าตัด สิรินคร 3 บุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางปานตา อภิรักษ์นภานนท์

งานจัดการศึกษา

โทร. (02) 2189825 โทรสาร (02) 2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ โทร. (02) 2189810

ชื่อนิสิต

นางสาวนิตา รัตนานนท์ โทร. (01) 8454716



ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ64  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด  
2) ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววนิดา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินคุณภาพชีวิต กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 30 คน ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร.02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาววนิดา รัตนานนท์ โทร. 01-845-4716 , 02-3984107

ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ64  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

2) ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมการวิจัย ตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือ ให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินคุณภาพชีวิต จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 120 คน ณ OPD ภปร.6 แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2546 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ โทร.02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวนิตา รัตนานนท์ โทร. 01-845-4716 , 02-3984107

ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ64  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

2) ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา รัตนานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมการวิจัย ตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือ ให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินคุณภาพชีวิต จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 120 คน ณ คลินิกศัลยกรรมเต้านม ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2546 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

งานจัดการศึกษา

โทร.02-218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ชนศิลป์ โทร.02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวนิตา รัตนานนท์ โทร. 01-845-4716 , 02-3984107



ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

Inform Consent Form

.....

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตา รัตนานนท์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/..... ได้ทราบ

รายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ และข้อเสียของการวิจัยโดยละเอียด และผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าถามด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจแล้ว

2. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อบริการ/การรักษา ที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับ

3. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำร้องของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

### แบบสอบถาม

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จึงขอความร่วมมือโดยให้ท่านตอบแบบสอบถามนี้ ตามความเป็นจริง คำตอบของท่านจะไม่นำไปเปิดเผยใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากแสดงข้อมูลในลักษณะส่วนรวมเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านทั้งสิ้น

แบบสอบถามนี้มี 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตัวอย่าง**  
**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน**

ผู้ป่วยคนที่..... H.N.....โรงพยาบาล

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

วันที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.....

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
  - ( ) 1. โสด
  - ( ) 2. คู่
  - ( ) 3. หม้าย
  - ( ) 4. หย่า/แยก
3. ระดับการศึกษา
  - ( ) 1. ไม่ได้เรียน
  - ( ) 2. ประถมศึกษา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษา
  - ( ) 4. ประกาศนียบัตร
  - ( ) 5. ปริญญาตรี
  - ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
  - ( ) 7. อื่นๆโปรดระบุ.....
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ศูนย์วิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตัวอย่าง

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคล โปรดพิจารณาว่าภายหลังการทำผ่าตัด ข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องคำตอบด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่าน ดังนี้

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงน้อย	ไม่จริง
1.ฉันสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอครบ 3 มื้อทุกวัน					
2.ฉันสามารถอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
-					
-					
-					
28.ฉันยังจำสิ่งที่แพทย์-พยาบาลแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้					

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตัวอย่าง

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบว่าท่าน ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านต่างๆ เพียงใด ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือ แรงงาน และ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล รวมทั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในยามที่เจ็บป่วย

เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ

(76%-100% ประมาณมากกว่า3/4)

มาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้เป็นส่วนมาก

(51%-75% ประมาณ3/4) แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้ปานกลาง

(26%-50%ประมาณ1/2)และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย

และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก (51%-75%ประมาณ1/2)

ไม่จริง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย (0%)

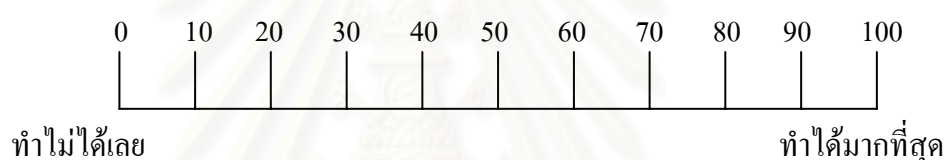
ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่จริง
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1.ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
2.เมื่อฉันมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ ฉันไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้เลย					
-					
-					
-					
20.คนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของฉัน					

## ตัวอย่าง

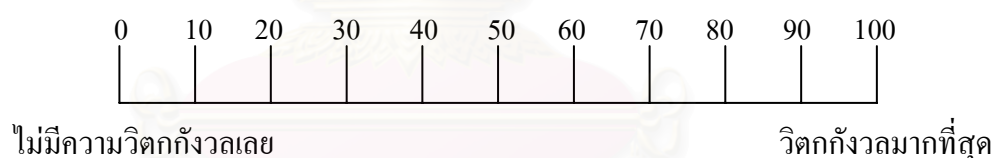
### ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

**คำชี้แจง** ในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำบรรยายถึงชีวิตและความเป็นอยู่ตามการรับรู้หรือความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความแต่ละข้อจะมีคะแนนปรากฏอยู่บนเส้นตรงมีค่าอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยจะเริ่มจากทางด้านซ้ายมือสุดซึ่งมีค่าเท่ากับ 0 ไปจนถึง ด้านขวามือสุดซึ่งมีค่าเท่ากับ 100 ขอให้ท่านอ่านข้อความและทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง ตรงกับจุดที่ท่านมีความรู้สึกจริงๆ ไม่ว่าจะท่านจะเลือกคำตอบที่ตำแหน่งใดบนเส้นตรง จะไม่ถือว่าเป็นคำตอบที่ถูก ผิด หรือ ดีเลย เพราะเป็นการรับรู้และแสดงความรู้สึกของท่าน คำตอบจึงมีเพียงตำแหน่งเดียวคือคำตอบที่ตรงกับ การรับรู้และความรู้สึกของท่านมากที่สุด

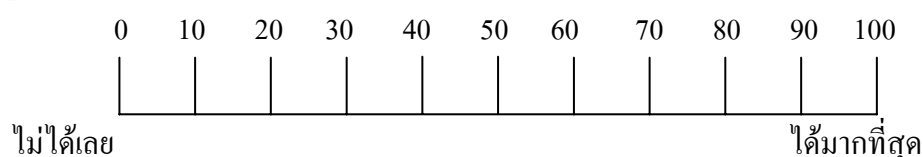
1. ท่านสามารถหยิบของจากที่สูง/คิดตะขोเสื่อขึ้นในด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด?



2. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองมากน้อยเพียงใด?



24. ท่านรู้สึกว่าคุณเคลื่อนไหวย่อไหวช้างที่ท่าผ่าตัดได้มากน้อยเพียงใด?





ภาคผนวก ก

ตารางการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ

และ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตามโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความสามารถในการดูแลตนเอง	4.27	.39	สูง
ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป	4.27	.45	สูง
ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	4.31	.45	สูง
ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ	4.23	.41	สูง

จากตารางที่ 10 แสดง ถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านอยู่ในระดับสูง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยมะเร็ง  
เต้านมหลังผ่าตัด จำแนกตามโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม	4.35	.56	มาก
ด้านอารมณ์	4.55	.47	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.17	.64	มาก
ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน	4.27	.64	มาก
ด้านการประเมินเปรียบเทียบ	4.36	.59	มาก

จากตารางที่ 11 แสดง ถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมรายด้านอยู่ในระดับมาก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

1. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 คือ ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยวิธีการดังต่อไปนี้

1.1 ใช้วิธี Simple correlation technique เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวจะได้ Correlation matrix ถ้ามีค่า Correlation มากกว่า 0.8 ขึ้นไป นั่นคือเกิดปัญหา Multicollinearity ผลการทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 17 ตัว พบว่าตัวแปรทั้งหมด ความสัมพันธ์กันในแต่ละคู่ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ มีค่าอยู่ระหว่าง .180 – .637 ซึ่งไม่มีที่มากกว่า 0.8 ขึ้นไป จึงไม่น่าเกิดปัญหา Multicollinearity (คูสิต สุจิรัตน์, 2544ข: 148) โดยพบว่าตัวแปรอิสระตัวที่มีความสัมพันธ์กันเองมากที่สุดคือ ระดับการศึกษาประถมศึกษา กับ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ( $r = -.637, P < .01$ ) รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย กับ สถานภาพสมรสคู่ ( $r = -.530, P < .001$ ) และ ตัวแปรอิสระตัวที่พบว่าตัวที่มีความสัมพันธ์กันเองน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย กับ ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ( $r = .180, P < .05$ ) ดังแสดงใน ตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (n=130) แสดงในรูปแบบตรีคูณสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ตัวแปร	AGE	MARI T1	MARI T2	MARI T3	MARI T4	ED1	ED2	ED3	ED4	ED5	INCO M1	INCO M2	INCO M3	INCO M4	INCO M5	NSCA	NSS	QOL	
AGE	1.000																		
MARIT1	-.126	1.000																	
MARIT2	-.213*	-.530**	1.000																
MARIT3	.397**	-.246**	-.530**	1.000															
MARIT4	.001	-.146	.306**	-.142	1.000														
ED1	-.036	-.044	-.093	.180*	-.026	1.000													
ED2	.271**	-.251**	.103	.078	.069	-.119	1.000												
ED3	.176*	.009	-.088	.184*	-.120	-.052	-.395**	1.000											
ED4	-.135	-.035	.021	-.031	.059	-.030	-.228**	-.099	1.000										
ED5	-.353**	.290**	-.036	-.244**	-.006	-.083	-.637**	-.276**	-.159	1.000									
INCOM1	.075	-.035	-.112	.199*	-.033	.131	.108	-.040	.102	-.171	1.000								
INCOM2	.029	-.021	.029	-.011	-.007	-.064	.308**	.057	-.122	.300**	-.205*	1.000							
INCOM3	.004	-.132	.064	.065	-.017	-.067	.154	-.012	.200*	-.237**	-.215*	-.274**	1.000						
INCOM4	.008	-.036	.030	.037	-.056	-.052	-.154	.122	-.061	.117	-.167	-.213*	-.223*	1.000					
INCOM5	-.076	.107	.094	-.234**	.010	.098	-.310**	-.147	-.116	.478**	-.196*	-.250**	-.261**	-.181*	1.000				
NSCA	.104	-.176*	.192*	-.027	-.055	-.024	.061	.011	.024	-.080	-.004	.092	-.066	-.181*	-.185	1.000			
NSS	.220*	-.147	.039	.163	-.093	.011	.207*	.073	-.092	-.238**	.082	.004	.136	.038	-.179*	.371**	1.000		
QOL	-.019	-.017	.052	-.005	-.064	.133	-.184*	.041	-.022	.143	.103	-.207*	-.104	.123	.013	.301**	.299**	1.000	

\*\*p<0.01 \*p<0.05

1.2 พิจารณาจากค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หากค่า Tolerance มีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ 0) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมี Multicollinearity ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่าไม่มีปัญหาเรื่อง Multicollinearity สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .556-.982 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังแสดงใน ตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** แสดง ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
AGE	.901	1.110
MARIT1	.905	1.105
MARIT2	.951	1.051
MARIT3	.962	1.039
MARIT4	.982	1.019
ED1	.975	1.026
ED2	.864	1.158
ED3	.776	1.289
ED4	.937	1.068
ED5	.556	1.798
INCOME1	.924	1.083
INCOME2	.892	1.121
INCOME3	.848	1.180
INCOME4	.855	1.170
INCOME5	.855	1.170
SCA	.851	1.175
SS	.821	1.219

1.3 พิจารณาจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นค่าที่คำนวณได้จากส่วนกลับของค่า Tolerance ถ้าค่า VIF มีค่ามาก แสดงว่าตัวแปรนั้นเกิด Multicollinearity ค่า VIF ที่ยอมรับได้ไม่ควรเกิน 10 (Hair et al., 1988) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.019-1.289 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังแสดงใน ตารางที่ 13

2. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 คือ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวควรเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมีการแจกแจงแบบปกติ(Normal distribution)ซึ่งสามารถทดสอบได้ดังนี้

2.1 ใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov หลักของการทดสอบคือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูล ภายใต้สมมติฐานว่าข้อมูลประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ ถ้าค่าความแตกต่างต่ำแสดงว่าการแจกแจงเป็นแบบปกติ(กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2544: 285) ดังแสดงใน ตาราง ที่ 14 จากผลการทดสอบโดยใช้ Komogorov-Smilov test พบว่า ข้อมูลตัวแปรอิสระ 16 ตัว มีค่า  $p < .05$  แสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ส่วนตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่า  $P = .095 > .05$  รวมทั้งสำหรับตัวแปรตามคุณภาพชีวิต พบมีค่า  $p = .410 > .05$  แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งควรทดสอบวิธีอื่นร่วมด้วยต่อไป

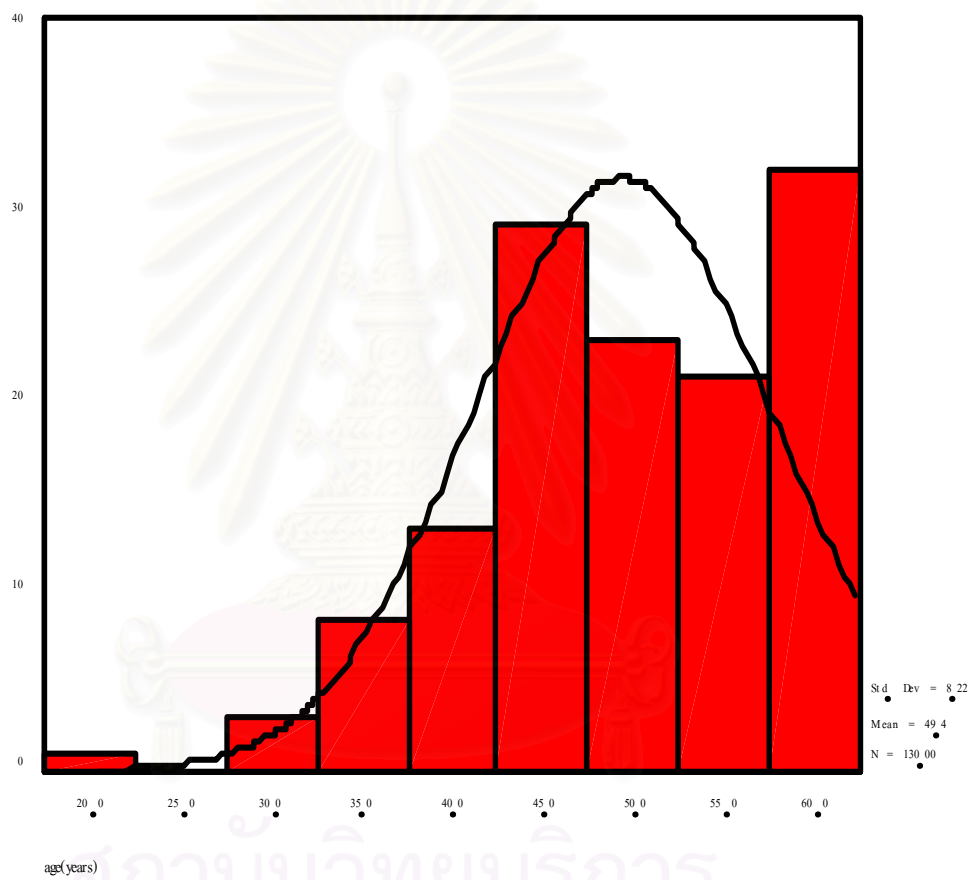
ตารางที่ 14 ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirov test

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirov Z	Asym.Sig.(2-tailed)
AGE	1.385	.043
MARIT1	5.556	.000
MARIT2	4.025	.000
MARIT3	5.606	.000
MARIT4	6.089	.000
ED1	6.090	.000
ED2	4.017	.000
ED3	5.857	.000
ED4	6.158	.000
ED5	5.005	.000
INCOME1	5.892	.000
INCOME2	5.556	.000
INCOME3	5.475	.000
INCOME4	5.635	.000
INCOME5	5.635	.000
SCA	1.234	.095
SS	1.418	.036
QOL	.887	.410

2.2 ทดสอบโดยการทำ Histogram สำหรับผลการทดสอบเมื่อพิจารณาจาก Histogram (แผนภูมิที่ 1-7) พบว่าข้อมูลอายุมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อย และเกือบเป็น โคนึงปกติ ข้อมูลสถานภาพสมรสมีลักษณะเบ้ขวาเล็กน้อยและเกือบเป็น โคนึงปกติ ข้อมูลระดับการศึกษามีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อยและเกือบเป็น โคนึงปกติ ข้อมูลรายได้มีลักษณะการกระจายเป็น โคนึงปกติ ข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อยและเกือบเป็น โคนึงปกติ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเบ้ซ้ายเล็กน้อยและเกือบเป็น โคนึงปกติ และข้อมูลคุณภาพชีวิตมีลักษณะการกระจายค่อนข้างเป็น โคนึงปกติ แสดงดังแผนภูมิที่ 1-7

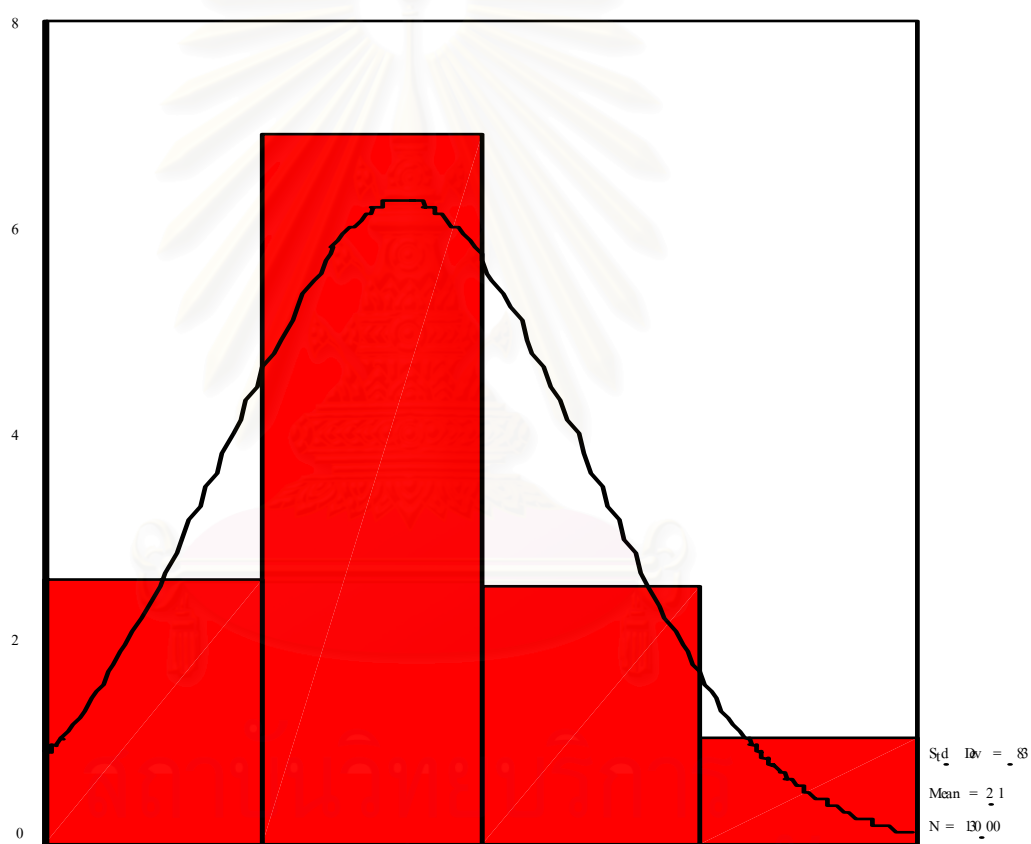


แผนภูมิที่ 1 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปร อายุ ลักษณะการแจกแจงข้อมูลพบว่ามีลักษณะ  
ค่อนข้างเบ้ซ้าย



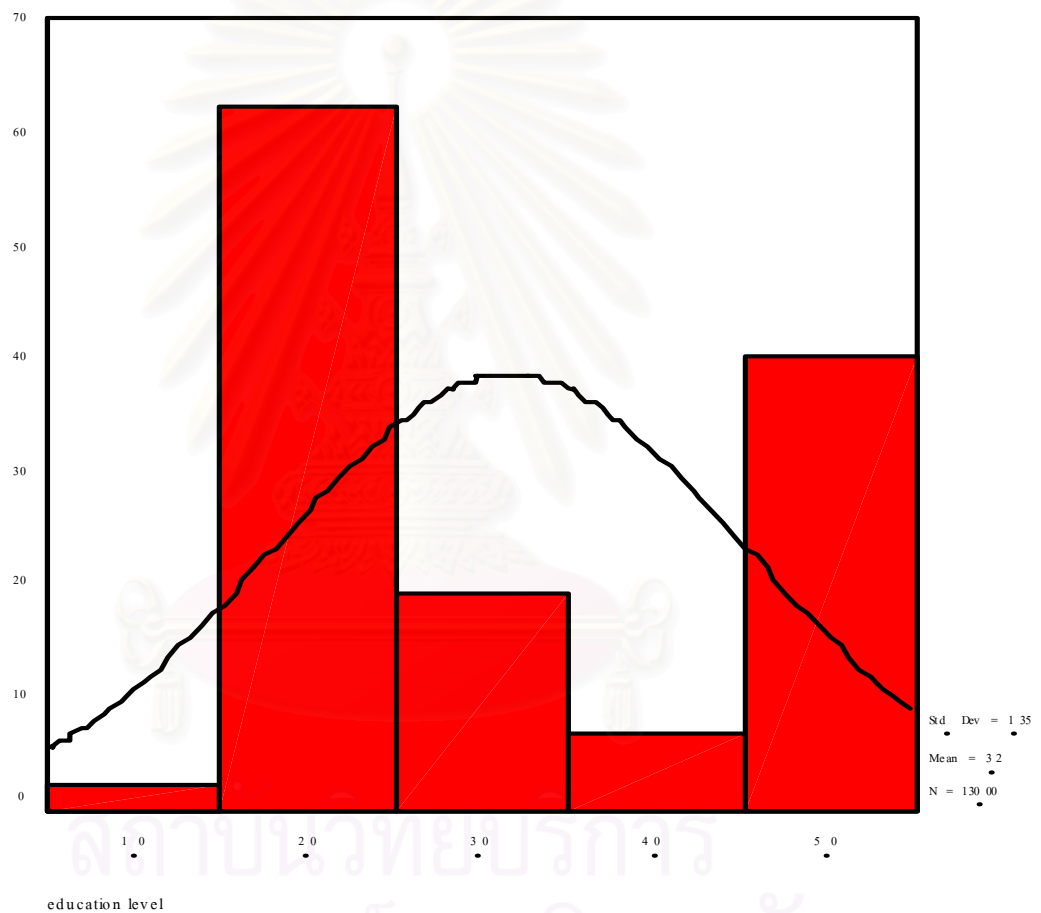
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปร สถานภาพสมรส ลักษณะการแจกแจงข้อมูลพบ  
ว่าค่อนข้างสมมาตร



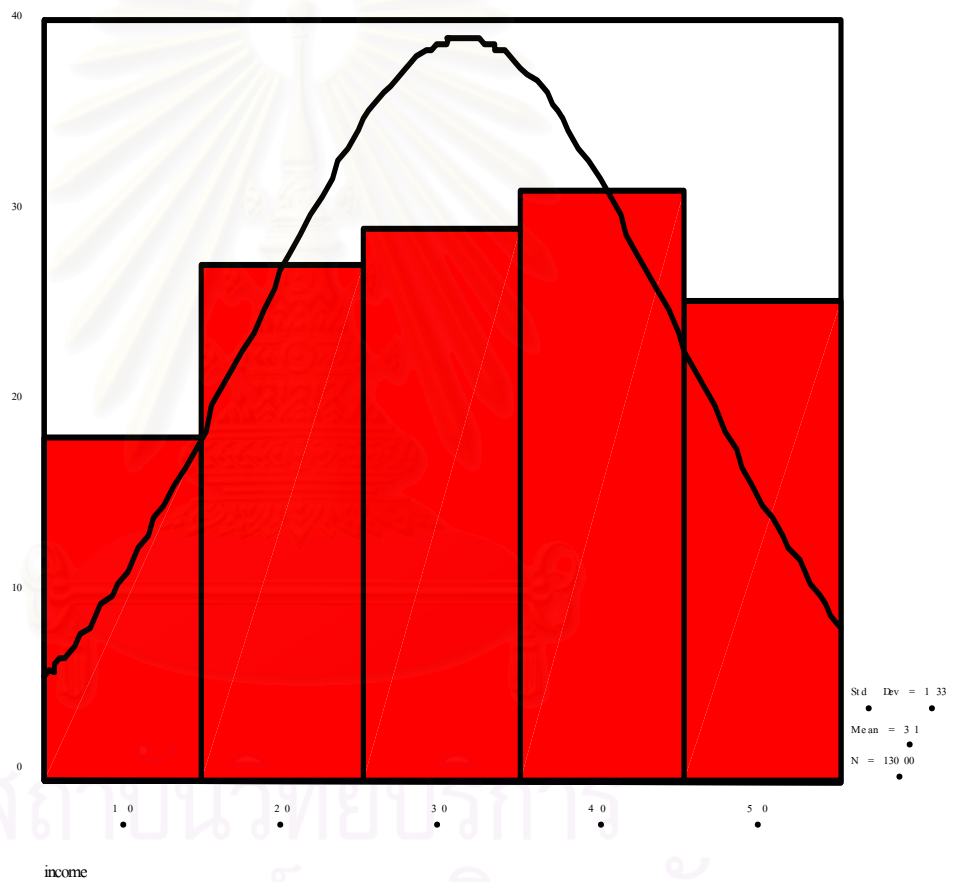
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
marita

แผนภูมิที่ 3 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปร ระดับการศึกษา ลักษณะการแจกแจงข้อมูลพบว่า มีลักษณะค่อนข้างสมมาตร



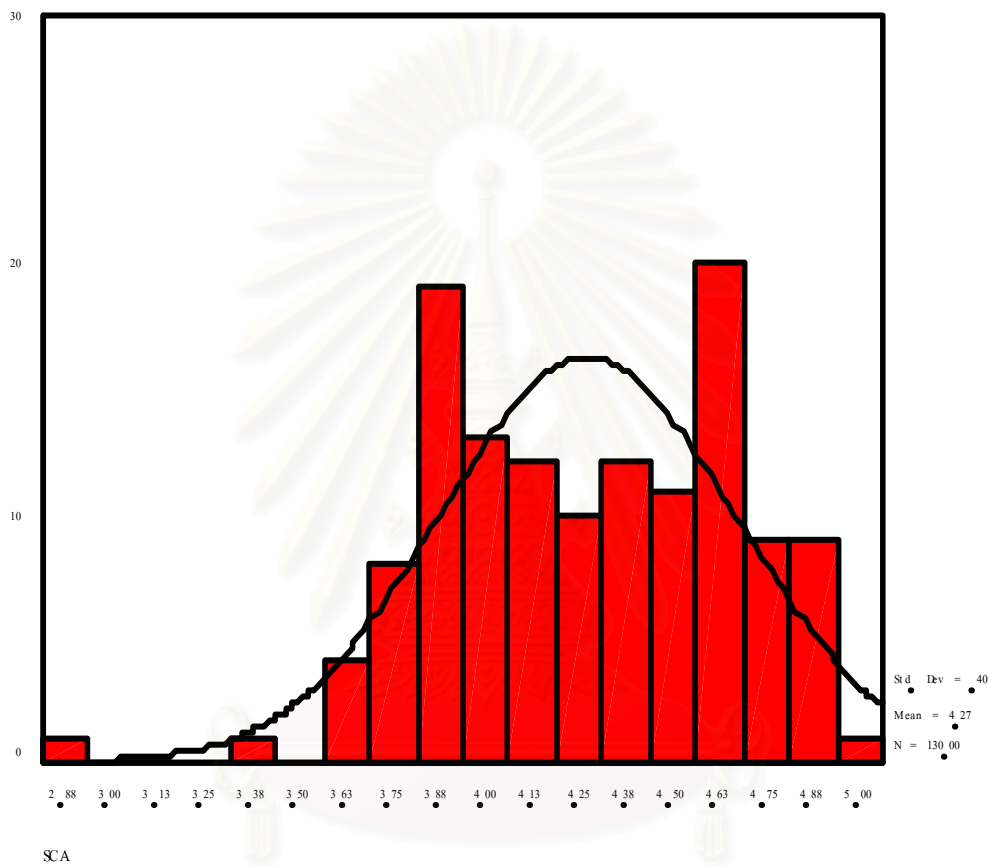
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 4 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปร รายได้ ลักษณะการแจกแจงข้อมูลพบว่ามีลักษณะ  
ค่อนข้างสมมาตร



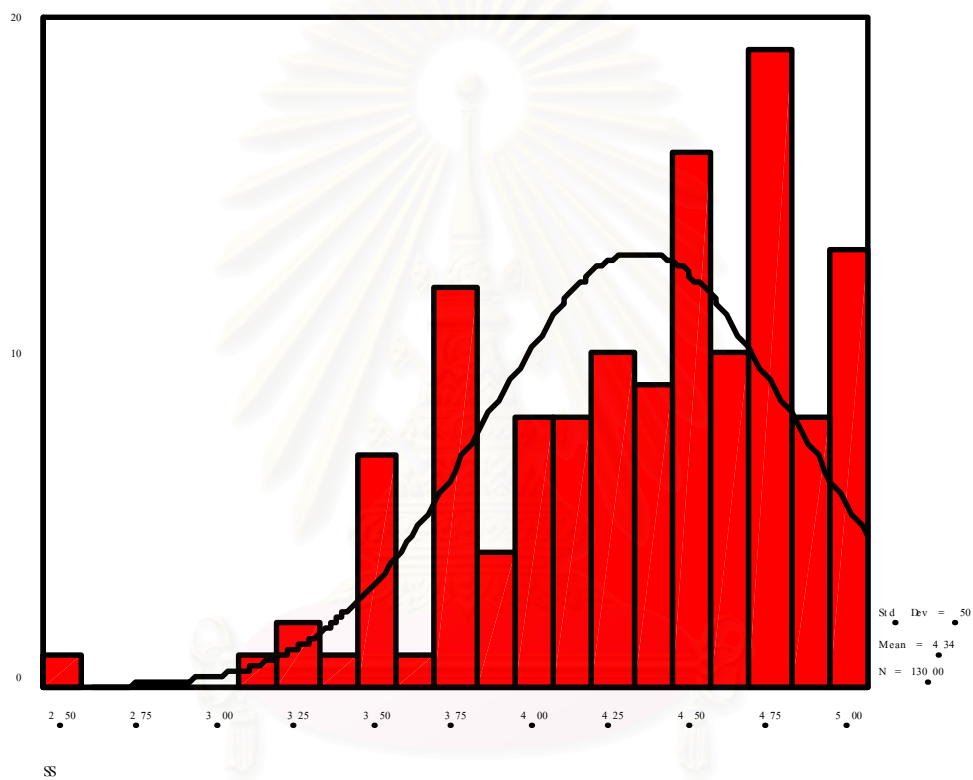
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 5 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง ลักษณะการ แจกแจงข้อมูลพบว่าเบ้ซ้ายเล็กน้อย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

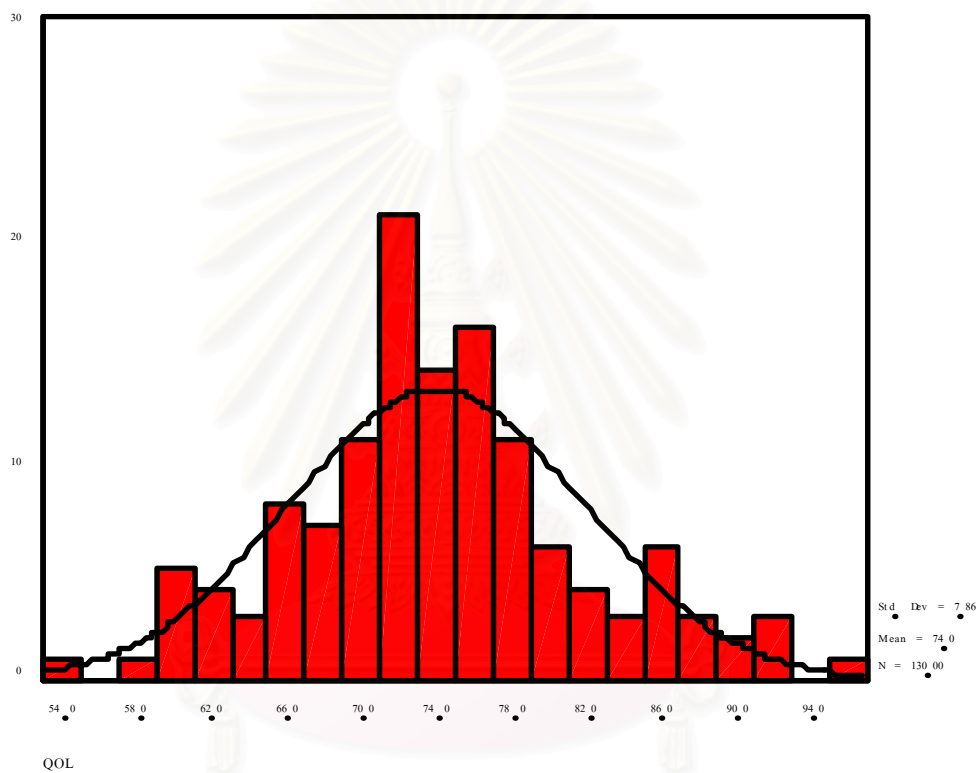
แผนภูมิที่ 6 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการแจกแจง  
ข้อมูลพบว่าเบ้ซ้ายเล็กน้อย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 7 แสดง กราฟ Histogram ของตัวแปรคุณภาพชีวิต ลักษณะการแจกแจงข้อมูลพบว่ามีลักษณะค่อนข้างสมมาตร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 แต่เมื่อศึกษาจาก ตาราง ที่ 15 พบว่าจากตาราง Test of Normality พบว่า ค่า Sig.= >.05 จึงไม่สามารถปฏิเสธ  $H_0$  ได้จึงสรุปได้ว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

ตารางที่ 15 แสดงการ Test of Normality

	Kolmogorov-Smirov <sup>a</sup>		
	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	.062	130	.200*

\*.This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correlation.

2.4 ข้อมูลตัวแปรทุกตัวทั้งตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ควรเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรใดที่อยู่ในระดับต่ำกว่า ระดับอันตรภาค ผู้วิจัยได้ทำเป็นตัวแปรหุ่นทั้งหมดแล้ว ดังกล่าวไว้ใน บทที่ 3 หน้า 63-64

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 คือ ค่าคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin Watson ค่าสถิติ Durbin Watson ดูจากตาราง Model summary (แสดงดังตาราง 16) ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง(Autocorrelation) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 และ 2.5 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2545 :346)สำหรับการศึกษาคั้งนี้พบว่าค่า Durbin Watson = 1.637 แสดงให้เห็นว่าไม่เกิดปัญหา Autocorrelation และค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

ตารางที่ 16 แสดง Model Summary แสดงค่าต่างๆทางสถิติและ Durbin-Watson

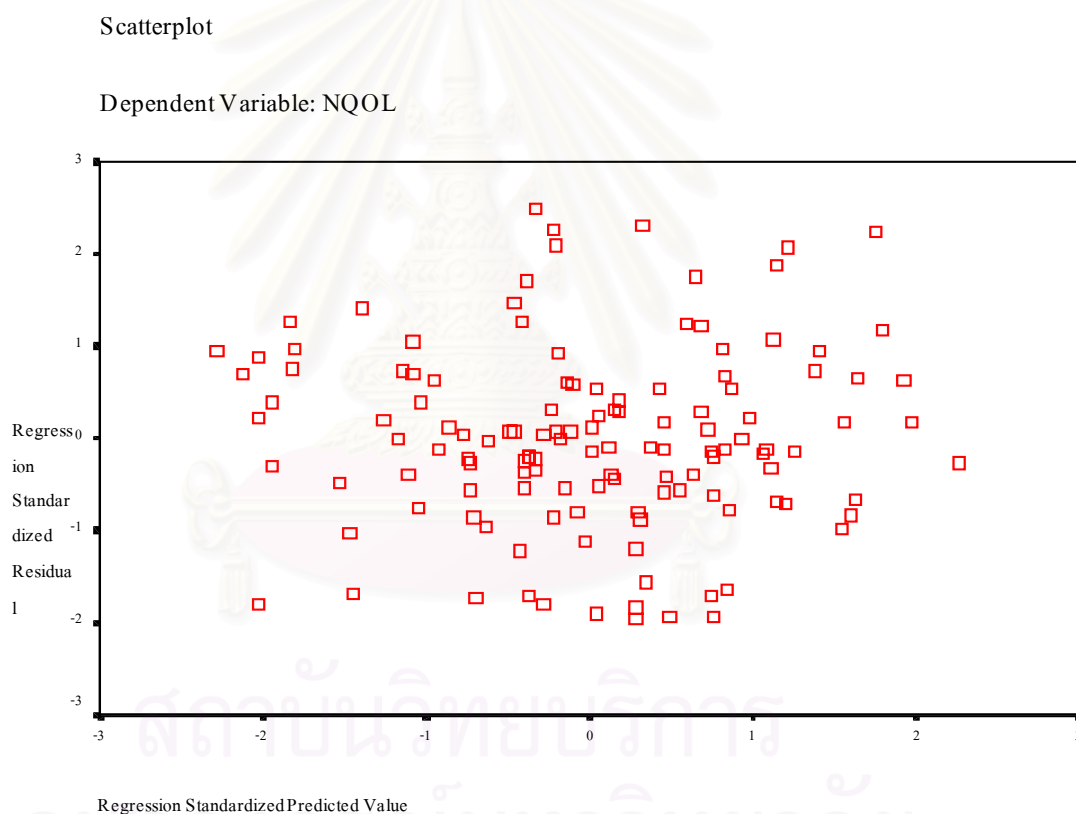
Model Summary<sup>c</sup>

Model	R	R Square	Adjust R Square	Std Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R square Change	F Change	df1	df2	Sig.F Change	
1	.305 <sub>a</sub>	.093	.086	7.5277	.093	13.039	1	127	.000	1.637
2	.391 <sub>b</sub>	.154	.140	7.3011	.061	9.009	1	126		
3	.439 <sub>c</sub>	.193	.174	7.1582	.039	6.080	1	125		
4	.467 <sub>d</sub>	.218	.193	7.0751	.025	3.954	1	124		

- Predictors:(Constant), SS
- Predictors:(Constant), SS, ED2
- Predictors:(Constant), SS, ED2, SCA
- Predictors:(Constant), SS, ED2, SCA, INCOM2
- Dependent Variable: QOL

4. ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 4 คือ ค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน  $var(e)$  เท่ากันทุกค่าคงที่ทุกค่าของ ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณา Scatter plot ระหว่าง Y กับ e ถ้าค่า e กระจายอยู่รอบๆ 0 ระหว่าง  $-3$  ถึง  $3$  แสดงว่าค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ แต่ถ้าค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าไม่คงที่ หรือไม่เท่ากันทุกค่าของ X แสดงว่าเกิดปัญหา Heterocedastic (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2545: 339) สำหรับการศึกษาครั้งนี้จากการทำ Scatter plot( แสดงดังแผนภาพที่ 8) พบว่าค่าแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน  $var(e)$  เท่ากันทุกค่าคงที่ของ X โดยมีการกระจายอยู่รอบๆ 0 อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงไม่เกิดปัญหา Heterocedastic แสดงดังแผนภูมิที่ 8

**แผนภูมิที่ 8** แสดงกราฟทดสอบความแปรปรวน



สถาบันวิจัยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุป จากการทดสอบทั้ง 4 ข้อ แสดงว่างานวิจัยนี้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการใช้ สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนจึงสามารถใช้สถิติดังกล่าวในงานวิจัยได้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ห้มีดังนี้

1. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุดด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544: 210)

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

เมื่อ	$\alpha$	คือ	ค่าความคงที่ภายใน
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	$S_t^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

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

เมื่อ	P	คือ	ค่าร้อยละ
	f	คือ	แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

## 3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

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

เมื่อ  $\bar{X}$  คือ ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต  
 $\sum X$  คือ ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)  
 N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

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

เมื่อ S.D คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum X$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว  
 $\sum X^2$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง  
 N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541: 314)

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

เมื่อ	$r_{xy}$	คือ	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	$\sum x$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
	$\sum y$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
	$\sum xy$	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
	$\sum x^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
	$\sum y^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
	n	คือ	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

5. หาตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

5.1 สร้างสมการพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ ด้วยการพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตัวพยากรณ์ คือ เลือกเอาตัวพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กับตัวแปรเกณฑ์ที่มีค่าสูงสุด เป็นตัวพยากรณ์ตัวแรกเข้าสมการก่อน และเอาตัวพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ารองลงมาเข้าสมการ

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ	$\hat{y}$	คือ	คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์
	a	คือ	ค่าคงที่
	$b_1, b_2, \dots, b_k$	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
	$x_1, x_2, \dots, x_k$	คือ	คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_y = \beta_1 Z_1 + \beta_2 Z_2 + \dots + \beta_k Z_k$$

เมื่อ  $\hat{Z}_y$  คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร  
 $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน  
 $Z_1, Z_2, \dots, Z_k$  คือ คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

5.2 หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) สูตรที่ใช้ ดังนี้

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

เมื่อ  $R^2$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์  
 $SS_{\text{reg}}$  คือ ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์  
 $SS_1$  คือ ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวนิตา รัตนานนท์ เกิดวันที่ 1 เมษายน 2507 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อ พ.ศ.2528 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งเป็นวิทยากรพัฒนาคุณภาพงานของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ.2534 จนถึงปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย