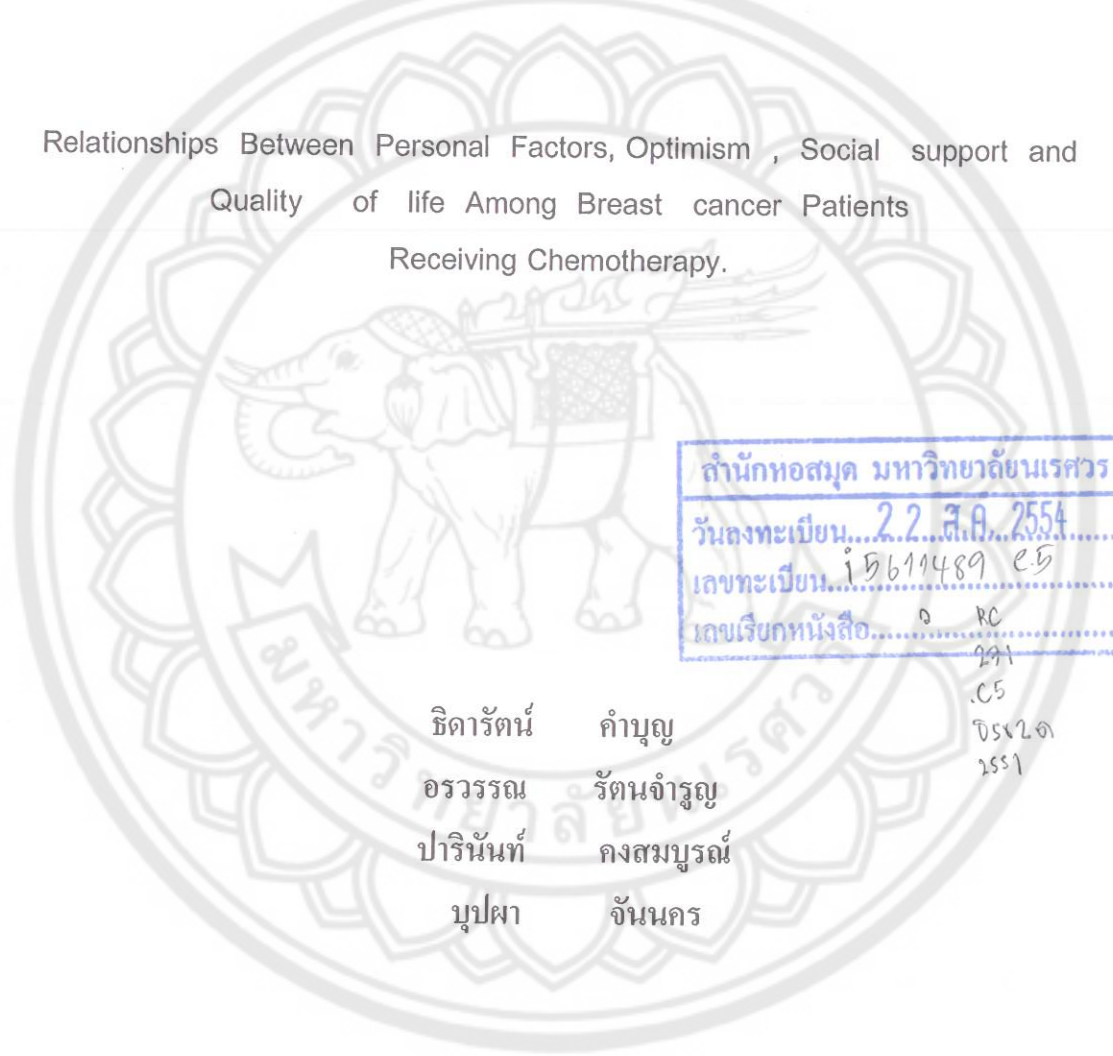


อภิธานการ 2423315



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

Relationships Between Personal Factors, Optimism , Social support and
Quality of life Among Breast cancer Patients
Receiving Chemotherapy.



สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
วันลงทะเบียน... 22 ส.ค. 2554
เลขทะเบียน... 15611489 ค.ศ.
เลขเรียกหนังสือ... 0 PC

ธิดารัตน์ คำบุญ
อรรวรรณ รัตน์จำรูญ
ปาริณันท์ กงสมบูรณ์
บุปผา จันนกร

๒๒
.C5
๒๕๕๔
๒๕๕๔

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
พ.ศ. 2549

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมืออย่างดียิ่งจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลพุทธชินราช จ. พิษณุโลก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ. อุตรดิตถ์ และ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ. นครสวรรค์ ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลตลอดการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่านให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตใจที่เข้มแข็งในการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คณะผู้วิจัย

ตุลาคม 2551



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และหาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 170 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการคิดเชิงบวก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงโดยวิธีแอลฟาครอนบาค ค่าความเที่ยงเท่ากับ .945, .911 และ .938 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการคิดเชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.55$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.55$) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, $SD = 0.143$)
2. ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .455$, $r = .534$, $p < .05$ ตามลำดับ)
3. การสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวกสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 30.8
คำสำคัญ: การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Abstract

The purposes of descriptive research were to study the relationships between personal factors, optimism, social support and quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy and to explore the variables that predicted quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy. Subjects consisted of 170 patients with stage 2 and 3 breast cancer patients receiving surgery and chemotherapy. Research instruments were the Demographic data record form, personal factors, social support and quality of life questionnaires which were tested for content validity and reliability which were .945, .911 and .938 respectively. Statistical methods used to analyse the data include mean, standard deviation, Pearson's correlation and multiple regression analysis.

Major findings were as follows :

1. Optimism of breast cancer patients receiving chemotherapy was at a moderate level ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.55$), social support of breast cancer patients receiving chemotherapy was at a highest level ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.55$) and quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy was at a moderate level. ($\bar{X} = 3.15$, $SD = 0.14$)

2. Personal factors was not correlated with quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy. Social support and optimism were significantly positive correlated with quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy. ($r = .455$, $r = .534$, $p < .05$)

3. Social support and optimism were the variables that significantly predicted quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy and account for 30.8 % of variance at a level of .05.

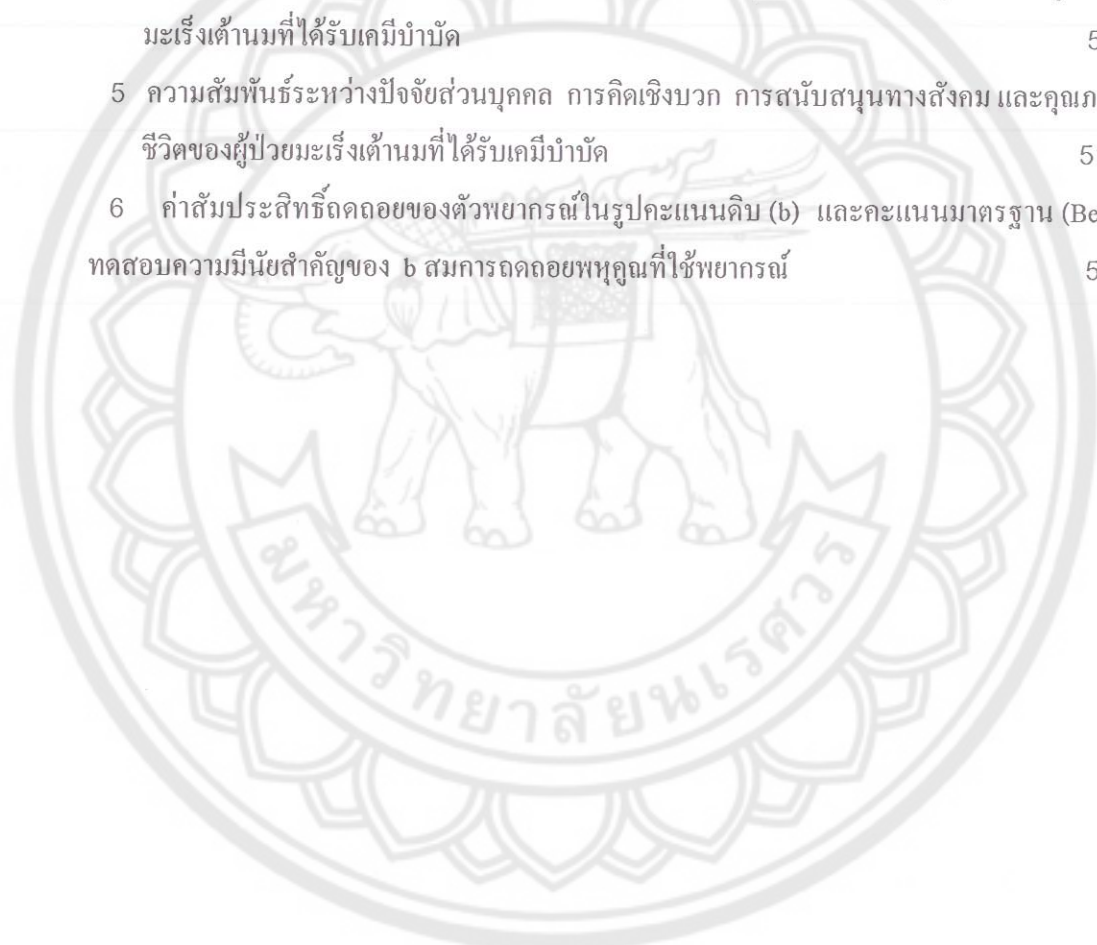
Keywords: optimism, social support, quality of life, breast cancer

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	9
2.2 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม	9
2.3 การรักษามะเร็งเต้านม	10
2.4 ผลกระทบของมะเร็งเต้านม	14
2.5 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	18
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	20
2.7 ความหมายของคุณภาพชีวิต	20
2.8 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	21

บทที่	หน้า
2.12 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม	24
2.13 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม	25
2.14 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม	26
2.15 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม	27
2.16 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม	27
2.17 แนวคิดเกี่ยวกับ การคิดเชิงบวก	29
2.18 ความหมายและ แนวคิดของการคิดเชิงบวก	29
2.19 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
2.20 กรอบแนวคิดการวิจัย	38
3. วิธีดำเนินการวิจัย	41
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	45
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
5.1 สรุปผลการวิจัย	54
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	54
5.3 ข้อเสนอแนะ	66
รายการอ้างอิง	67
ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
ภาคผนวก ข. ประวัติผู้วิจัย	85

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	47
2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของการคิดเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	49
3 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	50
4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	50
5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	51
6 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b สมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์	52



แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย

40



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของงานวิจัย

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานาน เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547) โดยในปี 2547 มีจำนวน 50,818 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน คิดเป็นอัตรา 81.3 จนกระทั่งปัจจุบัน โรคมะเร็งก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยหลาย ๆ ประการเช่น ลักษณะการดำเนินชีวิต ภาวะเครียด ความวิตกกังวล การรับประทานอาหาร จึงทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นด้วย ซึ่งพิจารณาได้จากสถิติอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมายังพบว่า มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีและสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2543 มีจำนวน 39,480 คนและเพิ่มขึ้นเป็น 50,818 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี 2547 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งเต้านมซึ่งพบมากและเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งปากมดลูก โดยปี 2543 มีอัตราตาย 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 5.9 ในปี 2547 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547) รวมทั้งอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวน 11,902 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน คิดเป็นอัตรา 21.873 และในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 17,932 คนคิดเป็นอัตรา 32.22 ส่วนในภาคเหนือ พบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวน 3,049 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน คิดเป็นอัตรา 27.527 และในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 3,727 คนคิดเป็นอัตรา 31.15 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

มะเร็งเต้านม เป็นโรคร้ายที่คุกคามภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมากในทุกระยะตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ในการรักษามะเร็งเต้านมนั้นมีหลายวิธีทั้งการผ่าตัด รังสีรักษา การรักษาเสริมด้วยฮอร์โมน และเคมีบำบัด หรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน การรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งเพื่อช่วยทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและป้องกันการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ซึ่งการให้เคมีบำบัดมักจะทำให้เป็นชุดต่อเนื่องกัน ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่าง

ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้บทบาทของตนเองลดลงทั้งในครอบครัวและสังคม อีกทั้งผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ (ธนัญญา น้อยเพียง, 2545) ทำให้ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะการเจ็บป่วย การรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก อีกทั้งในการรับรู้ของบุคคลทั่วไปมักมีการรับรู้และกล่าวถึงโรคมะเร็งในลักษณะที่เกินความเป็นจริงและเป็นไปในทางไม่ดีว่าโรคมะเร็งเป็นโรคร้ายที่อันตราย ร้ายแรง รักษาไม่หาย นำไปสู่ความตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็ง จะมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายอ่อนแอ มักรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมุดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือรับการรักษา รวมทั้งไม่มีกำลังใจในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อีกต่อไป ดังการศึกษาของโมนาฮาน (Monahan, 1988) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตลดลง (เน้นทา เล็ก สวัสดิ์, 2543)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากคุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งมุ่งหวังให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด มีสุขภาพดีและมีชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งคุณภาพชีวิตนี้หมายความรวมถึงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งความเป็นอยู่และสุขภาพ ซึ่งในเรื่องของสุขภาพนั้น ได้กำหนดคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญแม้ว่าจะอยู่ยามเจ็บป่วยก็ตาม ถ้าสามารถปรับตัวให้เกิดภาวะสมดุลเท่าที่จะทำได้ ก็จะทำให้มีความหวัง มีกำลังใจ มีความพึงพอใจในชีวิตที่จะดำรงอยู่และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ (ปราณี เสนีย์, 2539) ซึ่งคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ เซลลา (Cella, 1993) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม สำหรับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันด้วยวิธีทางศัลยกรรมหรือรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวเป็นการรักษาเฉพาะที่นั้น ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษานั้นมักไม่ได้มาในระยะแรกของโรค จึงทำให้การรักษาซับซ้อนมากขึ้นและมักจำเป็นต้องมีการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดนั้น ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งนอกเหนือจากการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยลงก็คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (นิศยา ตากวิริยะนันท์, 2534) การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกร่างกาย (Flanagan 1982: 56-59) ดังที่ เพนเดอร์

(Pender, 1996) ได้อธิบายรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ไว้ว่า ตัวแปรส่วนบุคคลมีความสำคัญและอาจส่งผลต่อการกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นั่นคือ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพดีซึ่งเป็นบ่อเกิดของความพึงพอใจในชีวิต (ประนอม โอทกานนท์, ชวนพิศ สันฐวรการและผ่องใส เจนสุกการ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ที่พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย และระยะของโรค สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ และการศึกษาของมณฑา แห่งทรัพย์เจริญ(2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ด้านปัจจัยภายใน เช่น ความคิด อารมณ์และความรู้สึกนั้นจากการศึกษาของเฟอร์ราน (Ferrans, 1994) พบว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยขณะนั้นขึ้นอยู่กับว่าจะมองในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอ เบรน (O'Brien, 1999) ที่ว่า ถ้าผู้ป่วยคิดว่า การเจ็บป่วยนั้นรุนแรง เป็นความโชคร้ายของชีวิต ก็จะทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ตนตั้งใจไว้ได้ ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม นั้นถ้าได้รับการสนับสนุนที่ดีก็ย่อมส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) เมื่อพิจารณาแล้วกล่าวได้ว่าปัจจัยสำคัญที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก (Optimism) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การคิดเชิงบวก (Optimism) เป็นความรู้สึกต่อตนเองและต่อสังคม ที่มีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิดของคนที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ หรือสถานการณ์ เป็นการที่บุคคลมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ดี (Scheier & Carver, 1995) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบให้เป็นไปในทางบวก (ธัญญา น้อยเปียง, 2545) มองในด้านสดใส ซึ่งสอดคล้องกับหลักพระพุทธศาสนาในพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต. โท, 2542) ที่ว่าให้มองสถานการณ์ทุกอย่างตามความเป็นจริงอย่างมีสติและเล็งเห็นประโยชน์จากสถานการณ์นั้น (ป.อ. ปยุต. โท, 2542) อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่จะดูแลตนเองและมีความสุขบนความสำเร็จของตนเอง ทำให้พิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับในสิ่งที่เป็นอย่างนั้น มองเห็นชีวิตของตนเองมีคุณค่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ก็สามารถทำความเข้าใจกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยมองการเจ็บป่วยว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ต้องเรียนรู้ มีเป้าหมายในชีวิต จะทำให้หาวิธีต่อสู้ได้หลายวิธีด้วยจิตใจที่เป็นสุขและมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างมีความสุข ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ferrell et al., 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาร์ฟเวอร์ และ คณะ (Carver, et al., 1993) ที่พบว่า การคิดเชิงบวกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัวทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมของมนุษย์ และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ทัศนคติของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen&Wills, 1985) เนื่องจากมนุษย์มีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนและเป็นที่ยอมรับในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (จริยา คมพยัคฆ์, 2533) นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบชีวิต เช่น ภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบจากการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนาน เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง (Tilden&Weinert, 1987) เมื่อผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดมีความสุขในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งเด้านมเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างมาก (Fiedfirrsdottir, 1997) ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้สามารถปรับตัว เกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด ส่งเสริมความพึงพอใจและดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (Pender, 1996) ดังเช่นการศึกษาของ งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้ ฮอลสตีคและเฟิร์นสเลอร์ (Halstead&fernsler, 1994) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความหวังในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการดำเนินชีวิตทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Brandt&Weinert, 1981) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จึงมีความสำคัญ ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาระดับการคิดเชิงบวกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 2 เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

5. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม

คำถามการวิจัย

1. การคิดเชิงบวกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
4. ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร
5. ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
4. ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรับเคมีบำบัด โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาโดย การผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด
2. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาโดย การผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาล

พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสวรรคต
 ประชาธิปไตย จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวนทั้งสิ้น 170 ราย

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก และ
 การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
 เคมีบำบัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2
 และ 3 ที่ได้รับการรักษาโดย การผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด มีอายุ
 ระหว่าง 20-65 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมสามารถตอบ
 แบบสอบถามได้ โดยมารับเคมีบำบัด ณ. แผนกผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ในเขต
 ภาคเหนือตอนล่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
 จังหวัดอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

การคิดเชิงบวก หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความคิดด้านบวก
 กับภาวะความเจ็บป่วยและสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่เข้ามากระทบประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้
 ตามความเป็นจริงอย่างมีสติ โดยครอบคลุมการมอง 2 แบบ ตามแนวคิดของพระธรรมปิฎก (ป.อ.
 ปยุต. โต, 2542) คือ

1. มองตามความจริง คือ การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้
 สถานการณ์ ภาวะความเจ็บป่วยอย่างถูกต้องตามความเป็นจริงอย่างมีสติ ยอมรับสภาพตนเอง
 เข้าใจถึงปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่โทษตนเองจนเกินไปและไม่โทษผู้อื่น มีความรู้
 ความเข้าใจเพื่อเป็นพื้นฐานให้ดูแลตนเองได้และมีความสุข

2. มองให้เห็นประโยชน์ คือ การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมองสถานการณ์
 หรือภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแง่ที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิต เป็นสิ่งที่ท้าทายคุณค่าและคุณค่าใน
 การแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างไม่ย่อท้อ เป็นโอกาสที่จะหาประสบการณ์ แสวงหา
 ความรู้ เรียนรู้สิ่งใหม่ สามารถอธิบายความสับสนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เรียนรู้สิ่งที่ผิดพลาด
 และนำมาใช้เป็นบทเรียนในการปรับปรุงชีวิต ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีเป้าหมาย หาทางเลือก
 หรือวิธีที่เหมาะสมเพื่อให้ตนดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดใน
 การมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับ

คำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยประเมินจากความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1 ด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์ ทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนากิจกรรมทางการแพทย์ และส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับวิจัยทางการแพทย์ นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยต่อ หรือทำวิจัยซ้ำ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.1 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม
 - 1.2 การรักษา มะเร็งเต้านม
 - 1.3 ผลกระทบของมะเร็งเต้านม
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นร้ายแรงและเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรไทย มะเร็งเป็นเต้านมนั้นเป็นชนิดของก้อนเนื้อร้ายที่เจริญเติบโตในเนื้อเยื่อของเต้านม โดยเซลล์ที่เจริญเติบโตนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์ที่ผิดปกติเหล่านี้สามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายได้

1.1 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

1). การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมซึ่งจัดตามระบบ ที.เอ็น.เอ็ม. (TNM system) ของสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American joint committee on cancer' s) ได้แบ่งระยะของมะเร็งเต้านมโดยประเมินจาก ขนาดก้อนเนื้อร้าย (T) ต่อมน้ำเหลือง (N) การแพร่กระจาย (M) ไว้ดังนี้

T	=	ขนาดก้อนเนื้อร้าย
T0	=	ตรวจไม่พบมะเร็งเต้านม
Tis	=	ก้อนมะเร็งระยะก่อนลุกลาม
T1	=	ก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร
T2	=	ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แต่เล็กกว่า 5 เซนติเมตร
T3	=	ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร
T4	=	ก้อนมะเร็งมีการลุกลามถึงผนังทรวงอก ได้แก่ กระดูกซี่โครง กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง เป็นต้น
N	=	ต่อมน้ำเหลือง (regional lymph mode)
N0	=	คลำต่อมน้ำเหลืองไม่ได้
N1	=	คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้ เคลื่อนไหวไปมาได้
N2	=	คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และกลุ่มของ internal mammary ข้างเดียวกันได้ ยึดแน่นเคลื่อนที่ไม่ได้
N3	=	คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และกลุ่มของ internal mammary ได้ หรือคลำต่อมน้ำเหลืองที่เหนือแอ่งกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกันได้
M	=	การแพร่กระจาย (distant metastasis)
M0	=	ไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น
M1	=	มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น

2). แบ่งตามลักษณะของคลินิก

ระยะที่ 1 ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ยังไม่มีการแพร่กระจาย

ระยะที่ 2 ขนาดของก้อนมากกว่า 2 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร ยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือขนาดของก้อนน้อยกว่า 5 เซนติเมตร และมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองแต่ยังไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

ระยะที่ 3 ขนาดของก้อนมากกว่า 5 เซนติเมตร หรือขนาดของก้อนไม่จำกัด แต่ได้มีการลุกลามไปยังผิวหนังของหน้าอก หรือ มีอาการบวมเป็นแผลผิวหนัง มีลักษณะไม่เรียบมีตุ่มนูนบนผิวหนัง (grave signs) หรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณคอ แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

ระยะที่ 4 ขนาดของก้อนไม่จำกัด อาจมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและได้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

ในการวิจัยนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยระยะที่ 2 และ 3 เพราะจากการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 50 มักมาด้วยอาการแสดงของโรคที่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 และวิธีการรักษาที่มีบทบาทสำคัญคือการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งเป็นการรักษาทั้งระบบ

1.2 การรักษามะเร็งเต้านม

โดยทั่วไปการรักษามะเร็งเต้านมมี 3 วิธี คือ (สุรพงษ์,สุภาภรณ์,สรรัชช กาญจนลาก และสุमित วงศ์เกียรติขจร,2543)

- 1). การรักษาด้วยการผ่าตัด
- 2). การรักษาด้วยรังสีรักษา
- 3). การรักษาด้วยเคมีบำบัดและฮอร์โมน

การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดและได้รับรังสีเป็นการรักษาที่มุ่งควบคุมโรคเฉพาะที่เฉพาะบริเวณ การรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัดและรักษาให้หายขาดจะกระทำได้ก็ต่อเมื่อเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก สำหรับการรักษามะเร็งเต้านมในระยะลุกลามนั้นต้องอาศัยการรักษาแบบวิธีผสมผสานของ 3 วิธีข้างต้น การรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นก็มุ่งหวังแต่เพียงควบคุมโรคเฉพาะที่เพื่อให้ทุเลาอาการ ส่วนการมุ่งหวังรักษาให้หายขาดนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1.2.1 การผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีหลายวิธีได้แก่

- 1). การผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็งเต้านมออก (lumpectomy) ซึ่งจะนำมะเร็งเต้านมและพื้นที่รอบ ๆ มะเร็งเต้านมออก ส่วนใหญ่จะทำในกรณีที่มะเร็งเต้านมมีขนาดเล็กนิยมทำในมะเร็งในระยะที่ 1
- 2). การผ่าตัดเอาก้อนเนื้อมะเร็งและเอาเต้านมออกเป็นบางส่วน (partial mastectomy) เป็นรูปแบบอื่น ๆ ของการผ่าตัดเต้านมออก อาจเป็น 1 ใน 4 ของเต้านมในบริเวณก้อนเนื้อมะเร็งและนำก้อนเนื้อมะเร็งออก นิยมทำในมะเร็งระยะที่ 1
- 3). การผ่าตัดเอานมชั้นใต้ผิวหนังออก (subcutaneous mastectomy) เป็นการนำก้อนเนื้อมะเร็ง เศษของผิวหนังที่ปกคลุมและหัวนมออก ซึ่งศัลยแพทย์สามารถพิจารณาทำเต้านมเทียมได้

4). การผ่าตัดเต้านมออกอย่างง่าย (simple mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมดลงเหลือชั้นผิวหนังปกคลุมกล้ามเนื้อ pectoralis major และ pectoralis minor อยู่โดยไม่มีกรเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออก ปัจจุบันนิยมทำกันน้อย

5). การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดแบบประยุกต์ (modified radical mastectomy) จะกระทำเมื่อก่อนเนื้อร้ายมีขนาดตั้งแต่ 4 เซนติเมตรขึ้นไป มีการลุกลามของโรคหรือแพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจว่าวิธีการนี้เป็นวิธีการที่ดีที่สุด ในการผ่าตัดวิธีนี้จะตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งกล้ามเนื้อ pectoralis minor ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้รักแร้และ fascia บริเวณใต้เต้านม โดยยังคงเหลือกล้ามเนื้อ pectoralis major muscle อยู่ทำให้รูปร่างหน้าอกเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก

1.2.2 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดรักษาเป็นสิ่งที่จำเป็นที่แพทย์จะพิจารณาร่วมกับการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่เพราะมะเร็งเต้านมสามารถแพร่กระจายง่าย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกือบทุกรายจะต้องได้รับยาช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา ซึ่งนำมาใช้ในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจายหรือในกรณีที่ระยะของโรครังยังไม่แพร่กระจายแต่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ นอกจากนั้นจะเป็นการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้เป็นยาฆ่าก่อนการผ่าตัดหรือการฉายแสงด้วย การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพื่อควบคุมหรือทำลายเซลล์มะเร็งในส่วนนี้จึงมีความสำคัญ และเสริมการผ่าตัดได้ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว มีโอกาสมีชีวิตอยู่รอดถึง 10 ปี เพียงแค่ร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือมีโรคกลับมาใหม่ และเสียชีวิตไป การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรครุ่นใหม่และทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น

สำหรับยาเคมีบำบัดที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาเสริมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่

1). ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) หรือเอ็นดอกแซน (endoxan) เป็นยาอยู่ในกลุ่มอัลคิลเลท (alkylating agents) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อวงจรชีวิตของเซลล์ไม่จำเพาะ (cell cycle non-specific; CCNS) แต่จะมีผลต่อเซลล์ในระยะเจริญเติบโตมากกว่าเซลล์ในระยะพัก โดยออกฤทธิ์ระงับการแบ่งตัวของเซลล์ และรบกวนกระบวนการถอดแบบดีเอ็นเอทำให้รูปร่างและหน้าที่ของดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลงไปด้วยมีผลทำให้การสร้างโปรตีนเสียไปมีการตายของเซลล์ในระยะต่อมา

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.1) ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงความอยากอาหารลดลงอาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายภายใน 2 ถึง 6 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา ระยะเวลาเนื่องเยื่อบริเวณที่ฉีดมาก กดไขกระดูกมักพบเกล็ดเลือดต่ำก่อนเม็ดเลือดขาวต่ำ ระยะการกดไขกระดูกอาจพบเนื่องจากมีพิษต่อทั้ง stem cell และ replicative cell ผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปากเป็นแผล เกิดแผลในลำไส้ใหญ่ ผลต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหนังสีเข้มขึ้น ผื่นร่วง กดการตอบสนองของ อิมมูน

จะเห็นได้ว่า การรักษาโรคมะเร็งเต้านมทำได้หลายวิธี เช่น เคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือ หลายๆ วิธีร่วมกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ความรุนแรงของโรค และ สภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงของการรักษานั้น ก่อให้เกิดผลกระทบเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับ วิธีการรักษา ขนาดของยา การตอบสนองและการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน

1.3 ผลกระทบของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ลักษณะพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค และการดำเนินการรักษาล้วนแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณทุกระยะ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย (Bush, 1998) ดังนี้

1.3.1. ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย

ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย จากลักษณะพยาธิสภาพ และการดำเนินของโรค การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรก อาจจะไม่ค่อยพบความเจ็บปวด แต่เมื่อระยะของโรคดำเนิน ไปถึงระยะกลับเป็นซ้ำ หรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย เช่น กระดูก ปอด ตับ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่บ่งชี้ชัดเจนว่ามีภาวะแพร่กระจาย นอกจากนี้ยังพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก เมื่ออาหาร น้ำหนักลด ส่วนอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงของมะเร็งที่แพร่กระจายคือ ไขสันหลังถูกกด และภาวะแคลเซียมในร่างกายสูง (Crane, 1997) ความรุนแรงของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Swenson, 1997) ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกายจากการรักษา ซึ่งมีหลายวิธีและแต่ละวิธีจะมีผลกระทบทางร่างกายผู้ป่วยดังนี้

1). การรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะสูญเสียเต้านมและอาจรวมถึงการสูญเสียกล้ามเนื้อเนื้อหนังทรวงอกส่วนหน้า ซึ่งมีผลต่อเนื่องจากการดึงรั้ง ผิดรูปร่าง มีรอยแผลเป็นที่ขรุขระ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) และการผ่าตัดที่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองออก จะทำให้รูปร่างของเต้านมผิดปกติไปจากเดิม ทำให้แขนบวม นอกจากนี้จากเกิดข้อไหล่ติดจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมขยับแขน หลังผ่าตัดเนื่องจากกลัวปวดแผล (Bland, 1991)

2). การรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Bedell, 2000) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง

หรือเรื้อรังอยู่นาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหาร น้ำ อิเล็กโทรลัยท์ และ ภาวะกรดต่างไม่สมดุล นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียงอื่นๆ เช่น สมรรถภาพลดลง อ่อนเพลีย กระหายน้ำ ท้องเดิน ภูมิคุ้มกันลดลง มีการติดเชื้อแทรกซ้อน มีความทุกข์ทรมานทั้ง ในช่วงที่กำลังรับการรักษาและภายหลังการรักษา

3). การรักษาด้วยรังสีรักษา ระยะแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ ผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณที่ได้รับรังสีรักษามักจะแดง บวม ต่อมาจะมีสีคล้ำลง จนอาจจะเป็นสีดำ แห่ง ผู้ป่วย อาจจะมีรูสึกปวดแสบปวดร้อน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; American cancer society, 2000) นอกจากนี้ยังพบอาการท้องเสีย ก่อนเพลีย สมรรถภาพ

4). การรักษาด้วยสารชีวภาพ จะมีผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่าการรักษาชนิดอื่น เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รูสึกไม่สบายกาย ปวดกล้ามเนื้อ มีผลต่อระบบประสาท เกิดอารมณ์แปรปรวน และมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้

5). การรักษาด้วยฮอร์โมน จะพบอาการข้างเคียงคือ มีเลือดออกทางช่องคลอด หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบ ร้อนวูบวาบ อารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากผลของ ฮอร์โมน (American cancer society, 2000)

1.3.2 ผลกระทบด้านสังคม

1). ด้านการทำงาน เนื่องจากอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วย มีสุขภาพอ่อนแอลง ทำงานหนักไม่ได้ อาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนงาน ถูกโยกย้าย ไม่ได้รับ ผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเต็มที่ นับเป็นการด้อยโอกาสในการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากผลการเจ็บป่วยโดยตรง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน (Ferrell et al., 1997) ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องถึงภาวะจิตใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่สำคัญความด้อยโอกาสในการทำงานยังเป็นอุปสรรคต่อโอกาสการสร้าง เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่น ความนับถือตนเอง และความผาสุกของผู้ป่วย

2). ด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสีย ค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เช่น ค่าตรวจ ค่าตัดชิ้นเนื้อค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด การรักษาเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพ การ ตรวจนัดเพื่อติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากใน การรักษามะเร็งหลังผ่าตัดที่ต้องให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษามักจะต้องเดินทางมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันมะเร็ง ดังนั้นจะพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีค่าใช้จ่ายใน การมาตรวจตามนัด และไม่มาตรวจตามนัดทำให้เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและอาการแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นในระยะหลัง (Ferran, 1994)

3). ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และ ต้องได้รับการรักษา จะกระทบต่อบทบาทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกอื่นๆ ใน

ครอบครัว ทั้งโดยยอมรับได้และไม่สามารถยอมรับได้ ผู้ป่วยอาจต้องปลดปล่อยบทบาทประจำของตนเอง ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวต้องกระจายกันรับบทบาทใหม่เพิ่มขึ้นในฐานะผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะทำงานหนักได้ และสมาชิกในครอบครัวต้องมีบทบาทในการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (Carnevalik & Reiner, 1990) ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่สมรส นั้น เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก เนื่องจากเด็มนเป็นสัญลักษณ์ทางเพศของผู้หญิง การตัดเด็มนจะมีผลต่อการปรับตัวของคู่สมรส ในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วจะรู้สึกไม่มั่นใจที่ให้ความสุข หรือมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้อย่างปกติ กลัวสามีรังเกียจ ไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาได้เต็มที่ กลัวสามีนอกใจ ไปหาผู้หญิงอื่นกลัวปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ferrell et al., 1997)

4). ด้านการมีสัมพันธภาพในสังคม ผลข้างเคียงของการรักษาบางอย่างเช่น ผมงร่วงจากการ ใต้รับเคมีบำบัดที่ไม่สามารถบิบบังได้ จะส่งผลกระทบต่อการใช้สังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกอับอายต่อภาพลักษณ์ของตนเอง จนไม่ยอมเข้าสังคมกับผู้อื่น บางครั้งอาจรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม นอกจากนี้แล้วภาวะเจ็บป่วยและการรักษาที่ใช้ระยะเวลาาน ทำให้ไม่สามารถพบปะผู้คนได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการใช้ชีวิตส่วนรวม

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยมะเร็งเด็มนจะได้รับผลกระทบทางสังคมทั้งในด้านสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรส ไม่กล้าออกสู่สังคมจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตน อาการเจ็บป่วยยังเป็นอุปสรรคต่อการกลับเข้าทำงานและ โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาเป็นจำนวนมาก เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และสิ่งเหล่านี้จะนำมาซึ่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

1.3.3 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

มะเร็งเด็มนก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ กลัวการกลับเป็นซ้ำหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และกลัวการเสียชีวิต (Ferrell et al., 1998) ซึ่งผลกระทบทางจิตใจนี้จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกระยะแตกต่างกันตั้งแต่ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

ระยะวินิจฉัยโรค หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัว ปฏิเสธ หดใจ เกิดภาวะช็อคทางจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิต ดังนั้นในช่วงที่รับทราบผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองรุนแรงกว่าเป็นโรคอื่น (Cloutier & Ferrel, 1996 cite in Bush, 1998) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ ในอนาคตของตนเอง มีความวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นของตนเอง นึกถึงแต่เรื่องความตาย เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความหมายและเป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ระยะได้รับการรักษา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ไปตามผลข้างเคียงของการรักษา การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และได้รับความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิต การสูญเสียเต้านมจะมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากสรีระของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ใช้นางงานหนักไม่ได้เหมือนเดิม มีความลำบากในการสวมเสื้อผ้า ร่างกายอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Northouse, 1989) การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อการรักษา และผลข้างเคียงต่อการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า และมีระดับของความสิ้นหวังเพิ่มมากขึ้น การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา และผลข้างเคียงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Hughes, 1993) และระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานจะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ระยะสงบของโรค เป็นช่วงสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอนาคต กลัวการกลับเป็นซ้ำ รู้สึกสูญเสียการควบคุมเมื่อการรักษามาถึงระยะสุดท้าย ถึงแม้ว่าการรักษามะเร็งจะสิ้นสุดแล้ว ก็ยังต้องติดตามผลต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในความเครียด หรือรอคอยอยู่ว่าโรคมะเร็งที่เป็นอยู่จะหายขาดหรือไม่ จะมีการค้นกลับมาเป็นอีกเมื่อใดและการรักษาที่ได้รับนั้นเพียงพอหรือไม่ (Loveys & Klaich, 1991)

ระยะอาการกำเริบกลับมาเป็นซ้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคล้ายกับระยะแรกที่ได้รับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งคือ ตกใจ ไม่เชื่อ วิตกกังวล แต่ความรู้สึกในครั้งนี้จะรุนแรงกว่า (Fawzy et.al, 1997 cited in Bush, 1998) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวและเกิดความไม่แน่นอนในอนาคตของตัวเองมากขึ้น เนื่องจากเกิดเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตขึ้นอีกครั้งหนึ่ง การกลับเป็นซ้ำมักเป็นขั้นที่ถูกลามแพร่กระจาย ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Swenson, 1997) และได้รับการรักษาที่มากกว่าเดิมซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ถนนสุข ชื่นเลิศสกุล, 2541)

ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามไปมาก พยาธิสภาพของโรคได้ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง กลัวถูกทอดทิ้ง เจ็บปวด (Bush, 1998) ต้องการความช่วยเหลือและนึกถึงเรื่องความตาย (Cloutier & Ferral, 1996 cited in Bush, 1998) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีความต้องการทางจิตวิญญาณมากขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

จากผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การดำเนินของโรคและผลการรักษา ต้องการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ และมีความต้องการความมั่นคงในจิตใจที่สูงขึ้น โดยพยายามหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้ตนเองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

1.3.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมนับเป็นเหตุการณ์วิกฤตของชีวิตที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้หญิงและมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบทางจิตวิญญาณ จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยเนื่องจากเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (Pace, 2000) ในระยะแรกผู้ป่วยมะเร็งจะนึกถึงแต่เรื่องความตาย และมีความรู้สึกสูญเสีย ต่อไปผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง สิ้นหวัง ท้อแท้ กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกว่าเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป (Ferrell et al., 1998) การได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยคิดว่าชีวิตจะต้องได้รับความทุกข์ทรมานในการดำรงชีพ นึกถึงแต่ โชคร้าย เกิดความขัดแย้งในตนเอง จนนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (O'Connor et al., 1990) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนจะโทษตัวเอง คิดว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษจากพระเจ้า ผู้ป่วยบางคนคิดว่า การเป็นมะเร็งถือเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนหรือผลจากการกระทำในอดีตที่ผ่านมา (คนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ผู้ป่วยมะเร็งจะตระหนักถึงความสำคัญของจิตวิญญาณมากขึ้น และมีความต้องการทางจิตวิญญาณค่อนข้างมาก ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งมักเกี่ยวข้องกับบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ การคงไว้ซึ่งความหวังและความมีคุณค่าแห่งตน ให้ตนเองสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย โดยใช้แหล่งประโยชน์ทางจิตวิญญาณเพื่อให้ตนเองเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ภาวะของการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติศาสนกิจหรือการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตได้ และเนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวมผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย (ส่วนข้อมูลข่าวสาร สถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยในแต่ละระยะของมะเร็งเต้านมและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความต้องการหรือการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วย กล่าวคือ ถ้ารับรู้ถึงความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมาก ความต้องการทางจิตวิญญาณก็จะสูงและมีการรับรู้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณลดน้อยลงไปด้วย

1.4 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.4.1. ด้านร่างกาย มะเร็งเป็นโรคของเซลล์ที่มีความผิดปกติ ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติและแพร่กระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีความสำคัญอย่างมาก โดยเมื่อผู้ป่วยรับประเภทยาหรือได้รับการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือกลืนเนื้อจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วกระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นเซลล์ใน

ร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่นเซลล์มะเร็งก็จะถูกหรือเกือบย่ำไว้ มีผลทำให้หยุดการแบ่งตัวของเซลล์ ในที่สุดเซลล์มะเร็งจะถูกทำลาย ยารักษาโรคมะเร็งจะทำลายหรือมีผลต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์อวัยวะระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์และรากซุมขน ทำให้สามารถพบอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อต่างๆ มีความผิดปกติที่เส้นผมหรือขน เช่น ผมร่วงมีอาการคล้ายคนหมดประจำเดือน หน้อยส์ ซึ่งจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับยาแต่ละชนิด โดยมักพบอาการข้างเคียงดังนี้

1). อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการที่พบได้บ่อยเชื่อว่าเกิดเมื่อยาเคมีบำบัดเข้าสู่กระแสเลือดหรือน้ำไขสันหลัง การเกิดการคลื่นไส้อาเจียนสามารถเกิดเฉียบพลันหลังการให้เคมีบำบัด 24 ชั่วโมง

2). การอักเสบของเยื่อที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ แผลในช่องปาก อาการมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากให้ยาประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนนี้มักเป็นอยู่นานประมาณ 3 - 4 วัน

3). การทำงานของระบบไขกระดูกถูกกด ทำให้มีการลดจำนวนของเม็ดเลือดแดงหรือโลหิตจาง (anemia) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง สีของเล็บจางลง เม็ดเลือดขาวลดลง (leukopenia) อาจทำให้มีไข้จนถึงอาการช็อกอันเกิดจากการติดเชื้อในเลือดได้ อาการมักเกิดขึ้นในวันที่ 7 - 14 หลังให้ยา ระยะฟื้นตัวอยู่ระหว่าง 4 - 6 สัปดาห์ และเกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ผู้ป่วยมีโอกาสเลือดออกได้ง่าย อาจพบว่ามีจ้ำเลือดตามตัว

4). การเปลี่ยนแปลงของเส้นผมหรือขน เนื่องจากเคมีบำบัดจะทำลายเส้นผมในระยะที่กำลังเจริญเติบโต ซึ่งมีประมาณร้อยละ 85 - 90 ของเส้นผมทั้งหมด เคมีบำบัดแต่ละชนิดจะทำให้เส้นผมร่วงต่างกันตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงร่วงหมด อาการจะเกิดหลังได้รับเคมีบำบัด 2 - 3 สัปดาห์และจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 8 สัปดาห์ หรืออาจงอกขึ้นใหม่หลังหยุดยา 2 - 3 เดือน เส้นผมที่งอกใหม่จะมีสีด้าและหยาบขึ้น

5). การเปลี่ยนแปลงของการมีเพศสัมพันธ์ จากการพร่องของฮอร์โมนเอสโตรเจนก่อนเวลาอันควรจากการได้รับเคมีบำบัด ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ต่ำลงมีอาการคล้ายหมดประจำเดือน ได้แก่ นอนไม่หลับ การตอบสนองทางเพศ ได้แก่ ความต้องการทางเพศ การถูกกระตุ้นทางเพศและการสำเร็จความใคร่ถูกทำลาย นอกจากนั้นยังทำให้บริเวณช่องคลอดแห้ง มีอาการคัน เจ็บปวด เมื่อร่วมเพศ และในที่สุดทำให้มีการฝ่อของช่องคลอด การตั้งครรภ์เป็นไปได้ยากเนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการทำงานของรังไข่สูง โดยจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ

6). ระบบประสาทส่วนกลางถูกทำลาย ทำให้ขาบริเวณปลายนิ้วมือ และนิ้วเท้ากล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการเคลื่อนไหวแบบ งุ่มง่ามหรือสูญเสียการทรงตัว รู้สึกปวดแสบร้อนตามมือและเท้าได้ แต่อาการดังกล่าวจะเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

1.4.2. ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความกดดันทางจิตใจเมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็ง และมีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว โกรธ รู้สึกไม่แน่นอน และจากผลข้างเคียงต่าง ๆ ของเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ภายลักษณ์ของผู้ป่วย สภาพร่างกายและหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการควบคุมการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การกลืนลำบากจากการเจ็บแผลในปาก เบื่ออาหาร ซึ่งมีผลต่อ อัตร โน ทซ์ของผู้ป่วย

1.4.3. ด้านสังคม ผู้ป่วยอาจแยกตนเองออกจากผู้อื่นเนื่องจากมีความรู้สึกว่าเป็น ที่น่ารังเกียจ จากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นภาระสำหรับผู้อื่น รู้สึกว่าการรับการรักษา ทำให้เวลาในครอบครัวถูกแบ่งไปไม่สามารถดูแลครอบครัว และกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว จากการทำงานของผู้ป่วยถูกรบกวนและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษา นอกจากนั้นการ เปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ จากผลข้างเคียงของยาอาจส่งผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ภาพ ระหว่างคู่สมรสได้

สรุปผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมี ที่มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะเกิดได้ทั้งทางด้าน ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจึงต้อง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านม ทำให้ความทุกข์ทรมานทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยลดน้อยลงซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคลมี คุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพส่วนในด้าน สุขภาพก็ได้ นำแนวคิด ของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล โคนเน้นด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น การมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บถือเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลทั่วไป เมื่อบุคคลเจ็บป่วย โดยเฉพาะในโรครุนแรง เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การจะ กลับมีสุขภาพดีเป็นปกติย่อมเป็นไปได้ยาก ฉะนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็น เป้าหมายสำคัญของบุคคลในการเผชิญกับ โรคและการรักษา

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการ รับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อารมณ์ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม แตกต่าง กัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรมอย่างชัดเจนมีผู้อธิบาย ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

ซาน (Zhan,1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมาย และประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับ ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ต่างกัน

เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers,1992) ให้ความหมายว่าคุณภาพว่าเป็น ความรู้สึกผาสุกของบุคคลที่พิจารณาความพึงพอใจ หรือไม่พอใจในช่วงชีวิตที่มีความสำคัญต่อ บุคคลนั้น ๆ เช่นเดียวกับ เพอร์เรลล์ แกรนท์ ฟังก์ โอทิส-กรีน และการ์เซีย (Ferrell , Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1998) ที่ได้สรุปเกี่ยวกับความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของ บุคคล ประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ ของทุก ๆ มิติของคุณภาพชีวิตจึงเป็นการประเมินเพื่อการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์ รวม (holistic care)

เซลลา (Cella, 1993 อ้างถึงใน วรชัย รัตนธรราช,2541) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ว่าหมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับการรักษาและผลจากการรักษา ประเมินจาก ความรู้สึกของผู้ป่วย 7 วันที่ผ่านมาภายหลังได้รับเคมีบำบัดต่อความผาสุกในชีวิตประจำวัน

คุณภาพชีวิตในความหมายที่กล่าวมามีความสอดคล้องกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเซลลา ซึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด โดยประเมินจากความรู้สึกของผู้ป่วย 7 วันที่ผ่านมาภายหลังได้รับเคมี บำบัดต่อความผาสุกในชีวิตประจำวัน

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

เฟอร์เรลล์ (Ferrell,1997) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

- 1). ด้านความผาสุกของร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการ ควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย
- 2). ด้านความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being) เป็นวิธีที่จะเผชิญต่อความ เจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญ ความเครียด ความรู้กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการทางเลือกของชีวิต
- 3). ด้านความผาสุกทางสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อ สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพ และบทบาททางสังคม
- 4). ในด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง และความ เชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

เซลลา (Cella,1993 อ้างถึงใน สุวรรณี สิริเลิศตระกูล, 2543) คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1). ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being : PWB) จำนวน 7 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาต่อร่างกาย เช่น ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง อาการคลื่นไส้ ปัญหาในการรับประทานอาหารต่างๆ ของครอบครัวที่เป็นผลกระทบจากการรักษาต่อสภาพร่างกาย อาการปวดความรำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ความรู้สึกไม่สบาย การใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง

2). ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social / Family Well-Being : SWB) จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน ๆ และการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ การได้รับกำลังใจจากครอบครัว และการยอมรับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความพอใจการสื่อสารภายในครอบครัว ความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครองหรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ ความพึงพอใจกับชีวิตของตนเอง

3). ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being : EWB) จำนวน 6 ข้อ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกพอใจกับวิธีที่ตนเองปรับตัวกับการเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวัง กับการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความรู้สึกระวนระวายใจ กังวลกับความตาย กังวลว่าอาการจะแย่ลง

4). ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well - Being : FWB) จำนวน 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานทั่วไปได้ ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน การมีชีวิตที่ยังสนุกสนานได้ การนอนหลับ ความสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำ เพื่อความสำราญ ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของเซลลา มาใช้เนื่องจากมีความสอดคล้อง และครอบคลุมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติ

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้กิจกรรม ของผู้ป่วยเฉพาะ โรคมะเร็งเต้านมของบุคคล ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีจึงควรเป็นการประเมินด้วยตนเอง การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ

1). การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบกว้าง ๆ ไม่มุ่งไปที่ผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยใดเป็นพิเศษ สามารถประเมินได้ครอบคลุมกับกลุ่มบุคคลทั่วไปทุกสถานการณ์

2). การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะ โรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหนึ่งโรคใด โดยเฉพาะ เนื่องจากมีความ

เชื่อว่าการเจ็บป่วยในแต่ละโรคจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติที่มีความแตกต่างกันออกไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้จะใช้ในการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการปฏิบัติ (intervention) ที่มีความสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตของบุคคลเฉพาะกลุ่ม

เซลลาและคณะ (Cella, et al., 1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (functional assessment of cancer therapy) ในปี 1989 ซึ่งมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านลักษณะของแบบสอบถาม FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy) ประกอบด้วย

1). ข้อคำถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยทั่วไปจำนวน 27 ข้อ (FACT-G) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1.1 ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being : PWB) จำนวน 7 ข้อ

1.2 ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม (Social / Family Well-Being : SWB) จำนวน 7 ข้อ

1.3 ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being : EWB) จำนวน 6 ข้อ

1.4 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being : FWB) จำนวน 7 ข้อ

2). ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Subscale : BCS) จำนวน 9 ข้อ ได้ผ่านการศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of cancer Therapy (FACT) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณีสิริเลิศตระกูล และคณะ ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยทางการแพทย์ (2543, หน้า 61 - 77) ว่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านทั้งฉบับมีความน่าเชื่อถือได้ในระดับสูงเป็นที่น่าพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ในแต่ละด้านดังนี้คือ ด้าน PWB .85, EWB .82, FWB .82, SWB .64, BCS .79, FACT-G .87 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อพบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่สามารถแยกผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีและไม่ดีจากกันได้ ($t > 1.75$)

2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความผาสุกของร่างกาย การเป็นมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยการผ่าตัด และการได้รับเคมีบำบัด จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้หลายประการ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียทั้งจากสภาพความเจ็บปวด และการรักษา หรือเกิดจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมทั้งความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุ หรือเกิดขึ้น โดยที่ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยด้วย มีผลต่อการสนใจติดตามการรักษา การมีส่วนร่วมในการรักษาที่ได้รับและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม เป็นคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ทางสังคม ได้แก่ การติดต่อกับบุคคลในสังคม ครอบครัวการต่อต้านจากสังคม หรือถูกแยกจากสังคม การกลับเข้าสู่สังคม การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว / สังคม ผลจากการสูญเสียเด็ตาม การสูญเสียภาพลักษณ์ มีผลต่อความมั่นใจ รู้สึกว่าตนต่างจากคนอื่น ไม่มีใครเข้าใจข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย จึงมักหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสังคม การพบปะสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ไม่ต้องการติดต่อกับใคร แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกเขินอาย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขาดการติดต่อจากสังคม โอกาสที่จะได้รับความเข้าใจและเห็นใจน้อยลงลง โกรธหรือขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งปัญหาหาใหญ่ก็คือการกลัวถูกปฏิเสธจากบุคคลอื่น การได้เข้าสังคมใหม่โดยความช่วยเหลือจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกในคุณค่าของตนเพิ่มขึ้น

ความผาสุกทางด้านอารมณ์ จิตใจ ได้แก่ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกสนุกสนานความพอใจในการรับประทานอาหาร ความเพียงพอในการนอนหลับ ความกระวนกระวายใจกังวลเกี่ยวกับอาหาร ความตาย ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ คือ กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียการควบคุมตัวเอง กลัวความตาย โกรธ หงุดหงิด เมื่ออาหาร แยกตัวออกจากสังคมผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวว่าลักษณะความเป็นผู้หญิงจะถูกทำลาย ความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางเพศหมดไป กลัวสามีรังเกียจ นอกจากความกลัวและวิตกกังวลแล้วผู้ป่วยจะมีความเศร้า แสดงถึงขวัญและกำลังใจของผู้ป่วยลดน้อยลง ท้อแท้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้คุณภาพของชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางที่เลวลง

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จากอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีผลต่อการทำงาน ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิต ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการบริหารด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล(Stewart, 1993) การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายมิติ(multidimensional structure)จึงได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมายดังนี้

คาห์น (Kahn, 1979 cited in Lindsey,1997)กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกันมีการยอมรับนับถือยอมรับพฤติกรรมและช่วยเหลือทางด้านวัตถุซึ่งกันและกัน



สจิวต์(Stewart, 1993) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อนคู่สมรสและบุคคลากรสุขภาพเพื่อการติดต่อสื่อสารขอมูลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ช่วยเหลือและผูกมิตรซึ่งกันและกันช่วยลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพ

ไวส์(Weiss, 1974 cited in Brand & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ความคิดในการศึกษาครั้งนี้

สรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด

3.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวปัจจัยทางจิตสังคมอย่างหนึ่ง มีการยอมรับกันทั่วไปว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อกับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ สวัสดิภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Stewart, 1993) เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจช่วยเหลือกัน ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากพบว่า มีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้เหมาะสม และก่อให้เกิดความผาสุกของอารมณ์ (Cohen & Wills, 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่านักวิจัยหลายท่านได้กล่าวถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ มีบทบาทเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาการเจ็บป่วย โดยเป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน(buffer) รองรับสถานการณ์เครียด(Cohen & Wills, 1985; Lindsey, 1997; Tilden & Weinert, 1987) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียด หรือการแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยช่วยป้องกันบุคคลที่เกิดความรู้สึกหมกหมองทางช่วยเหลือและรู้สึกกว่าตนเองไร้ค่าได้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง(Cohen & Wills, 1985; Stewart, 1993)

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมอีกประการหนึ่งคือช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เช่นภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบจากการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและมีความไม่แน่นอนในอนาคต เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยเอดส์(Tilden & Weinert, 1987) เมื่อผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Lindsey, 1997)

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือปัญหาต่างๆในชีวิต(Cassel, 1976 citd in Lindsey, 1997; Tilden & Weinert, 1987) ให้มีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหา จนนำไปสู่ความเข้มแข็งในตนเองซึ่งเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังเช่นการศึกษาของเดวิส(Davis, 1998)ที่ศึกษาพบว่าความเข้มแข็งของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คู่สมรส จะมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่จากโรคและการรักษาได้ดีขึ้น ส่งเสริมการดำเนินการดำเนินชีวิต และพัฒนาการของมนุษย์ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ(Brandt & Weinert, 1981)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือปัญหาต่างๆในชีวิต ช่วยปรับตัว ได้ดีขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีนักวิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มแรกแบ่งแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะของการเป็นผู้ให้ฝ่ายเดียว เช่น คอบบ์(Cobb, 1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านความรัก และความรู้สึกมีคุณค่า และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แต่นักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะของการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน คือเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ เช่น เฮาส์(House, 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนเป็น 4 ด้าน คือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ ไวส์(Weiss, 1974 citebd in Brand & Weinert, 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และการมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการแบ่งชนิดของการ

สนับสนุนทางสังคมดังกล่าว อาจจะมีเพียงผู้ให้ฝ่ายเดียวหรือทั้งผู้ให้และผู้รับแต่ก็มีเป้าหมายเดียวกันคือต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก

3.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวออกถึงลักษณะขนาดของเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบ และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับ (Stewart, 1993) แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยเครือข่ายดังนี้ 1) บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ญาติ 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน 3) บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และ 4) เครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มบุคคลที่ไปโบสถ์หรือวัดด้วยกัน (Lindsey, 1997) ในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับสมาชิกเครือข่ายทางสังคมจะพิจารณาว่าแหล่งใดสำคัญที่สุดตามชนิด และสถานการณ์ของเหตุการณ์ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะไม่คงที่(dynamic)มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตคน (Norbeck, 1981 cited in Lindsey, 1997) และการสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดสามารถช่วยลดปัญหาหรือภาวะทุกข์ของผู้ป่วยได้ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

โดยสรุปการสนับสนุนทางสังคมมักมาจากกลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็น 1) กลุ่มเครือญาติ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย 2) กลุ่มมิตรภาพ ได้แก่ เพื่อนบ้าน คนใกล้ชิดเพียงเพื่อน ที่มีความสนใจร่วมกันหรือมีระบบค่านิยมร่วมกัน และรวมไปถึงกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ที่ให้การช่วยเหลือ

3.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย วัดได้หลายมิติแล้วแต่มุมมองหรือแนวคิดที่แตกต่างกัน การเลือกเครื่องมือใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมจึงควรอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสม หรือสอดคล้องกันระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีนักวิจัยหลายท่านได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม เช่น

นอร์เบคและคณะ(Norbeck, et al, 1985 cited in Lindsey, 1997) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ Norbeck Social Support Questionair (NSSQ) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาน์(Kahn, 1977 cited in Lindsey, 1997)ซึ่งแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน คือด้านอารมณ์ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แบรนต์ และไวเนอร์ท(Brandt & Weinert, 1981) ได้สร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล(Personal Resource Questionair: PRQ)

โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์(Weiss, 1974 cited in Brand & Weinert, 1981)ต่อมาแบบวัดนี้ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดนี้เป็น PRQ-82 และPRQ-85 ตามลำดับ (Weinert, 1987)แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น

แบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คำนวณไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง(construct validity)โดยที่ไวเนอร์ท(Weinert, 1987)ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า(Depressive Inventory)และแบบวัดความวิตกกังวล(Trait Anxiety Scale)จากกลุ่มตัวอย่าง 181 รายได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -.33 และ -.39($P < .001$)ตามลำดับซึ่งทิศทางและความมั่นคงของความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมและเป็นทฤษฎี ต่อมาไวเนอร์ทและทิลเดน(Weinert & Tilden, 1990)ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ 85-Part II) แบบวัดข้อบ่งชี้ต้นทุนและค่าตอบแทน(Cost and Reciprocity Index: CRI)จากกลุ่มตัวอย่าง 2กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ใหญ่ 333 ราย กลุ่มที่ 2เป็นผู้ใหญ่ 99 ราย พบว่าแบบวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ และไวเนอร์ท(Weinert, 1987)ได้หาความเชื่อมั่นของแบบวัดชุดนี้ โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งชุดเท่ากับ .89 ส่วนความเชื่อมั่นในรายด้านพบว่า การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นเท่ากับ .71 การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .66 การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .64 การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเท่ากับ .78 และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิดเท่ากับ.73

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนท์และไวเนอร์ท ส่วนที่ 2 (PRQ 85-Part II)ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล(2532)และนำไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามแล้ว พบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์เหมือนกัน

4. แนวคิดเกี่ยวกับ การคิดเชิงบวก

4.1 ความหมายและ แนวคิดของการคิดเชิงบวก

การคิดเชิงบวกหรือการมองโลกในแง่ดี เป็นความรู้สึกต่อตนเองต่อสังคมที่มีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิดของคนที่มีต่อโลก สิ่งทั้งปวง หรือสถานการณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดการคิดเชิงบวกหลายแนวคิดกล่าวคือ แนวคิดของการมองตามหลักพุทธศาสนาของพุทธทาสภิกขุ (2504) พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตโต, 2542) จากการศึกษาทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิงพุทธศาสตร์ ศาสตร์ปรัชญาตะวันตก และแนวคิดของนักวิชาการไทยพบว่านิยามของเกี่ยวกับการคิดเชิงบวกต่าง ๆ กัน โดยมีการใช้คำเรียกที่หลากหลายได้แก่ ได้แก่ การคิดเชิงบวก การประเมินค่าทางบวก การมองโลกในแง่ดี ส่วนในภาษาต่างประเทศ เช่น Positivism , Creative visualization , Optimism รวมทั้งมีผู้ให้ความหมายและแสดงแนวคิดที่หลากหลายไว้ ซึ่งผู้วิจัยจะได้เสนอสาระโดยสังเขปดังนี้

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1994 อ้างถึงใน พรณราย เอี่ยมหน่อ , ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และ ชวพรพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ , 2547) อธิบายว่า การประเมินค่าใหม่ทางบวก เป็นการให้ความหมายของเหตุการณ์ให้เป็นไปในทางที่ดี มีความเชื่อหรือคิดไปในทางที่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดความหวัง เกิดกำลังใจ และช่วยลดระดับความรุนแรงของปัญหา

ชีซีเจอร์และคาร์ฟเวอร์ (Scheier & Carver , 1985) ได้ให้ความหมายของการคิดเชิงบวกว่า เป็นการที่บุคคลคิดและเชื่อว่า สิ่งดีดีจะเกิดขึ้น จะมองเหตุการณ์ให้มีแนวโน้มไปในด้านที่ดี

ไคร์ดิน (Kazdin ,2000) อธิบายว่า การคิดเชิงบวก คือ คนซึ่งคาดหวังสิ่งที่ดีที่จะเกิดกับตนโดยที่มันทัศนของการมองในแง่ดี ถึงแม้ว่าจะใช้ความคิดอย่างพื้นแต่ก็เป็นรากฐานของรูปแบบแรงจูงใจและมีผลทางพฤติกรรม

ไพเพอร์ (Peiffer, 1989 อ้างถึงใน พรศิริ วิมลสารวงษ์, 2544) ให้ความหมายความคิดทางบวก หมายถึง การใช้ความสามารถในการพิจารณาจิตได้สำนึกให้อยู่ในวิถีทางบวก จิตได้สำนึกนั้นไม่มีเหตุผล ไม่ว่าดีหรือเลว ถูกหรือผิด เป็นส่วนที่ถูกเก็บไว้ให้รับใช้อย่างซื่อสัตย์ตามแต่ข้อมูลที่เก็บไว้ คนที่มีความคิดทางบวกจะมองเหตุการณ์ที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นด้วยการหาทางเลือกและมองด้วยความรู้สึกที่ดีกับตนเอง อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่จะดูแลตนเองและมีความสุขบนความสำเร็จของตนเอง

สรพล สุขทรศนีย์ (2542) ให้ความเห็นว่า คนที่มีธรรมชาติแห่งความคิดเป็นบวกสามารถมองเห็นประโยชน์ เห็นความดีเห็นคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ แห่งธรรมชาติอย่างไม่มีขีดจำกัด ในขณะที่คนที่มีธรรมชาติแห่งความคิดเป็นลบ จะไม่สามารถมองทะลุแว่นตาของตัวเองออกไปได้เกินกว่าประสบการณ์ที่ตนเองกำลังดำเนินอยู่ได้เลย ความคิดที่เป็นลบจึงเป็นตัวปิดกั้นศักยภาพที่ดีทั้งของตนเองและผู้อื่นได้มาก ทั้งเป็นตัวปิดกั้นความเจริญก้าวหน้าทางสังคมและส่วนรวมด้วย

ในเวลาเดียวกัน คลื่นแห่งพลังทางบวกอันหมายถึงคลื่นพลังแห่งการสร้างสรรค์ การมองโลกในแง่ดี การมีเมตตาที่จะรวมตัวกันก่อให้เกิดความสุขสงบ สมบูรณ์ในสังคมได้ในที่สุด

วีระวัฒน์ ปันนิตามัย (2542) ได้กล่าวถึง การคิดเชิงบวก ว่ามีส่วนในการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจเป็นแนวโน้มของอารมณ์ที่เกื้อหนุนการมุ่งสู่เป้าหมาย แม้มีอุปสรรค หรือปัญหาที่มุ่งมั่นสู่เป้าหมาย

เทอดศักดิ์ เดชคง(2543) ให้ความหมายของการคิดเชิงบวกว่า เกิดจากการยอมรับสภาพความลำบากว่ามันดำรงอยู่จริง ๆ แต่ก็คิดในแง่ดีว่า คงมีเวลาที่เราประสบความสำเร็จบ้างและพยายามมองสิ่งที่ดีในบรรดาสิ่งร้าย ๆ ทั้งหลาย ทั้งยังกล่าวถึงการมองโลกในแง่ดีกับความคาดหวังนั้นคล้ายกัน คนที่หวังอย่างไรก็จะพยายามทำให้ได้ตามนั้น ความคาดหวังในแง่บวกจึงมักจะเกิดขึ้นในใจของคนที่มีมองโลกในแง่ดี

วุฒิพงษ์ ภาวะพิงค์ (2544) การคิดเชิงบวก เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตเนื่องจากปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นมีทั้งข้อดีและข้อเสียอยู่ที่ผู้นั้นจะมองอย่างไร เพราะการที่มีมุมมองหรือวิธีคิดต่างกันวิธีปฏิบัติก็ย่อมต่างกัน ฉะนั้นการมองโลกในแง่ดีหลายแง่หลายมุม จะทำให้หาวิธีต่อสู้ชีวิตได้หลายวิธีด้วยจิตใจที่เป็นสุข

เสาวนีย์ พงษ์ผั่ง (2542อ้างถึงใน พรศิริ วิมลสาระวงศ์, 2544) ให้ความหมายของ การมองโลกในแง่ดี (creative visualization) ว่าเป็นการคิดเชิงบวก เป็นวิธีและความเคยชินในการอธิบายความผิดหวังให้กับตนเอง คนมองโลกในแง่ลบมักเชื่อว่าเหตุการณ์เลวร้ายเป็นผลจากเงื่อนไขตายตัวที่แก้ไขไม่ได้ และเรื่องดี ๆ จะเกิดจากเงื่อนไขชั่วคราวส่วนคนมองโลกในแง่ดีจะถือว่าความล้มเหลวเกิดจากสาเหตุเพียงครั้งคราวที่แก้ไขไม่ได้และถือว่าสาเหตุของเรื่องน่ายินดีนั้น ดำรงอยู่อย่างถาวรคนที่มองโลกในแง่ร้ายจะยอมให้ความผิดหวังในด้านหนึ่งของชีวิตมีผลต่อด้านอื่น ๆ ส่วนคนมองโลกในแง่ดีกลับไม่ยอมให้ความล้มเหลวเข้ามาทำลายทั้งชีวิต

วันเพ็ญ บุญประกอบ (2542) ให้ความหมายของการคิดเชิงบวก (Positive thinking) ว่า เป็นการมองที่สถานการณ์หรือเหตุการณ์ตามความเป็นจริงและอย่างถูกต้องแน่นอน เข้าใจถึงพื้นฐานของปัญหาและรู้ว่าปัญหาแต่ละอย่างนั้น มีสาเหตุหลายอย่างต่าง ๆ กัน เป็นพื้นฐานที่ทำให้ตนมีความหมายเพียรพยายามอดทนต่อสู้ต่อไป เมื่อพบอุปสรรคไม่โทษตนเองเกินไปและไม่โทษผู้อื่น

พุทธทาสภิกขุ (2504) ให้ความหมายของการมองโลกในทางพุทธศาสนา คือ การมองสิ่งทั้งปวงในด้านใน สิ่งทั้งปวงจะต้องมี 2 ชั้นคือ ชั้นนอกและชั้นใน / ด้านนอกกับด้านใน การมองสิ่งทั้งปวงในด้านในนี้ นักปรัชญาใช้คำว่า objectivity ซึ่งตรงข้ามกับคำว่า subjectivity คำว่า objectivity ตามตัวแปลว่า ภาวะที่ปรากฏเมื่อเรามอง หรือรู้สึกในแง่ทางวัตถุธรรมหรือในแง่สิ่งที่ถูกกระทำ หรือคือฝ่ายที่เป็นอารมณ์ หรือในทางบาลีมันเป็นฝ่ายที่ถูกสร้างขึ้น แดงง่าย ทำลายง่าย

ถูกรู้สึก ส่วน subjectivity นั้น ก็คือภาวะที่ปรากฏต่อเมื่อเรามองหรือรู้สึกในแง่ของนามธรรม และเป็นแง่ของผู้กระทำ ไม่ใช่ผู้ถูกกระทำหรือคือถึงจิตใจ หรือในทางบาลี เป็นฝ่ายรู้หรือฝ่าย น้อมนำสิ่งอื่นไป ดังนั้น จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะมองกันในฝ่าย ซึ่งเป็นการมองที่จะกลายเป็น นายเหนืออารมณ์ ต่าง ๆ คือ โลก รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ซึ่งที่มีอยู่ในโลกคือ อารมณ์ อีก ด้านของการมองด้านในคือ การมองให้เป็นฝ่ายอุดมคตินิยม / Idealism ซึ่งตรงกันข้ามกับการมอง ด้านนอกฝ่ายวัตถุนิยม / Materialism หรือถ้ากล่าวถึง 2 ฝ่ายคือ บุคคลาธิษฐาน คือ กล่าวในเรื่อง ของตัวตน ตัวสิ่งของ และตัววัตถุ ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องนามธรรมล้วนไม่ใช่คน เป็นเรื่อง ธรรมะล้วน เรียกว่า ธรรมาธิษฐาน คำคู่ต่อมา คือทรัพย์สมบัติอยู่ 2 ประเภท คือทรัพย์ของ บุคคลเป็นทรัพย์ภายนอก และทรัพย์ของอริยเจ้าเป็นทรัพย์ภายใน ซึ่งทรัพย์ภายนอกไม่อยู่กับเรา โจรขโมยไปได้ ไฟไหม้ไปได้ หรือเป็นอันตรายอย่างอื่นก็ได้ เรียกว่ามันไม่อยู่กับเราอย่างแท้จริง ส่วนประโยชน์ในการมองทรัพย์ภายในนี้ให้ความสงบร่มเย็น ไม่ทำให้ใครหวั่นหรือร้องไห้ เรา จึงต้องใช้สติปัญญาองทะลุภายนอกเข้าถึงภายใน ซึ่งท่านกล่าวถึงการมองในแง่ร้ายบ้างว่าคนที่ มองแต่ด้านนอกนั้น เขาจะรู้จักแต่โรคภัยไข้เจ็บหรืออันตราย แต่เพียงด้านร่างกายหรือด้านวัตถุ เท่านั้น แต่ส่วนอันตรายโรคภัยไข้เจ็บในด้านในนั้นมีอยู่และมันร้ายกาจยิ่งกว่านั้นอีก ซึ่งเป็นเหตุ อันแท้จริงมาจากโรคภัยไข้เจ็บด้านวิญญาณ หรือถ้าจะกล่าวให้ครอบคลุมไปหมดท่านก็กล่าวว่า เมื่อคนเรามีสภาพทางวิญญาณทางจิตใจเสื่อมทราม เชื่อหรืออำนาจที่จะต้านทานโรคภัยไข้เจ็บใน ตัวเราจะลดน้อยลงไปทันที เพราะฉะนั้นเชื่อโรคอะไรเข้ามาเพียงชนิดเดียวก็เป็นเรื่องใหญ่โตทำให้ เจ็บป่วยได้ ถ้าเราไม่เป็นโรคทางวิญญาณเลย จิตใจเข้มแข็งและแกร่งกร้าวในทางวิญญาณนั้นเป็น มูลเหตุของการต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บในร่างกายมองในแง่ความสุข จากแนวคิดของท่านพุทธทาสภิกขุ พบว่าการคิดเชิงบวกนั้น ควรมองในลักษณะของการมองที่นามธรรมด้านในซึ่งคือ มองที่จิตใจของ บุคคลและค้นหากความแท้จริงจากปรัชญา ซึ่งคือหาเหตุแห่งความจริงให้พบ คือมอง “โลก” ซึ่ง ท่านหมายถึง “สิ่งทั้งปวง” และด้านในคือ “ความคิด” เพื่อจะได้พบของจริงที่เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ที่สุด เข้าถึงศูนย์กลางของสิ่งทั้งปวง เข้าถึงภาวะที่เป็น จะเป็นภาวะที่ปรากฏต่อเนื่องมองกันใน ด้านใน และเป็นไปในลักษณะของฝ่ายกระทำ ไม่ถูกกระทำ คือ เป็นผู้ชนะตลอดกาลนั่นเอง

ส่วนแนวคิดการคิดเชิงบวก ตามแนวความคิดของพระพุทธศาสนาในพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต, 2542) อธิบายถึง การมองที่ถูกต้องมี 2 อย่างคือ

1. มองตามความจริง ถ้าอะไรที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความจริงต้องมองตามความเป็นจริง คือ มองตามที่มีมันเป็น
2. แต่ในแง่ที่เกี่ยวกับประโยชน์ต้องมองในแง่ดี ให้มันเป็นประโยชน์แก่ชีวิต หรือให้ชีวิต ของเราได้ประโยชน์จากมันให้ได้

การมองที่ถูกต้องมี 2 อย่าง คือ มองตามเป็นจริง หรือมองตามที่มีมันเป็นอย่างหนึ่ง กับมอง ในแง่ดี หรือมองให้เป็นประโยชน์อย่างหนึ่ง สำหรับการมองอย่างที่ 1 ที่ว่ามองตามเป็นจริงนั้น

เช่น เราจะวินิจฉัยเรื่องราวอะไรต่าง ๆ นี้ จะมองแต่ในแง่ดีเสมอไปไม่ได้ คิด เพราะฉะนั้นถ้ามองเพื่อวินิจฉัยสิ่งต่าง ๆ ต้องมองที่มันเป็น มองตามเป็นจริง แต่ถ้าเรื่องนั้นไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยความจริงต้องมองในแง่เอาประโยชน์คือ มองในแง่ดี พระพุทธศาสนาสอนไว้หลักนี้ว่า โยนิโสมนสิการ และพระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตโต, 2541: 140-141) ยังได้กล่าวถึงวิธีเข้าถึงความรู้ หรือวิหิตาความรู้หรือวิธีการเข้าหาความจริง ในพุทธศาสนาบอกว่า ที่สำคัญมี 3 ประการคือ

1. การรับรู้ประสบการณ์อย่างเที่ยงตรงคือ รับรู้ตามที่มันเป็น การรับรู้ตามที่คิดให้เป็นหรือรับรู้ตามที่อยากให้เป็น

2. ต้องมีความคิดที่เป็นระเบียบคือ มีวิธีคิดความหมายว่า นอกจากมีวิธีรับรู้ที่ถูกต้องก็ต้องมีวิธีคิดที่ถูกต้องด้วย

3. วิธีที่จะหาความจริงหรือพิสูจน์สืบเสาะหาความรู้นั้น ใช้การสังเกตทดลองด้วยประสบการณ์ การรับรู้แบบประสบการณ์ตรงคือ รับรู้แบบมีสติ ไม่ยินดียินร้าย รับรู้แต่ตัวความรู้ คือรับรู้แบบเรียนรู้ ไม่รับรู้แบบชอบชัง การรับรู้แบบเรียนรู้ จึงมี 2 อย่างคือ

1. รับรู้แบบให้เห็นความจริงคือ การรับรู้ตามที่มันเป็น โดยไม่ถูกความยินดียินร้ายหรือชอบชัง เข้ามาครอบงำหรือหันเหบิดเบือน เป็นการรับรู้อย่างบริสุทธิ์ เอาแต่ประสบการณ์ล้วน ๆ โดยไม่มีคุณค่าพ่วงเข้ามา อย่างที่ท่านเรียกว่า รับรู้เพียงเพื่อญาณคือ เพื่อเป็นความรู้ความเข้าใจ และเพียงเพื่อสติคือ เพื่อเก็บข้อมูลจำไว้โดยเฉพาะการมองตามเหตุปัจจัย

2. รับรู้แบบมองให้เห็นประโยชน์คือ การรับรู้ด้วยการรับจับเอาคุณค่าที่ถูกต้องที่จะเป็นประโยชน์แก่ชีวิตอย่างแท้จริง มิใช่เป็นเพียงเพื่อการสนองบำเรอหรือทำความไม่สมอยากแก่อินทรีย์เป็นการรับรู้ชนิดที่จะทำให้ได้ประโยชน์จากประสบการณ์ทุกอย่าง ไม่ว่านำพอใจหรือไม่นำพอใจ

เพียร์สัน, วังอัน และ ฟิชเจอร์ล (Pearson, Vaughan, and FitzGerald, 1996 อ้างถึงใน พรศิริ วิมลสาระวงศ์, 2544) กล่าวถึงกระบวนการทัศนทางการพยาบาลเกี่ยวกับมุมมองโลกตามความเป็นจริง เป็นกระบวนการทัศนที่รู้จักกันในนามว่า "Positivism" แนวคิดของ Positivism เป็นแนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งสมภาร พรหมทา (2540 อ้างถึงใน พรศิริ วิมลสาระวงศ์, 2544) ได้กล่าวถึงลักษณะแนวคิดนี้ว่า จะไม่ยอมรับเนื้อหาส่วนที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ด้วยประสาทสัมผัส ดังนั้นขอบเขตของความรู้ที่อยู่นั้นจึงอยู่ที่ว่าเป็นอะไรที่สามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสของมนุษย์ และผู้ที่มุมมองลักษณะนี้จึงเป็นมุมมองของนักวิทยาศาสตร์ที่มีการมองโลกตามความเป็นจริงตามหลักตรรกวิทยา มีเหตุผลที่สามารถยืนยันได้ด้วยการทดลองปฏิบัติให้เห็นจริง เป็นมโนทัศน์หนึ่งของการปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งเป็นหลักใหญ่ของการดูแลสุขภาพ

ดังนั้นในความหมายของ Positivism ตามแนวคิดของการคิดเชิงบวกนั้น จึงเป็นการมองตามหลักวิทยาศาสตร์ ที่ต้องเป็นความจริงด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 มีการพิสูจน์ทดลองวิจัยก่อนที่จะยอมรับเพื่อนำไปประเมินในคุณค่าของความคิดนั้น และได้นำแนวคิดหลักการมองตามหลัก

วิทยาศาสตร์นี้มาใช้ในรูปแบบทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพ เพื่อประเมินคุณค่าว่าปลอดภัย ทั้งยังเป็นต้นแบบของมโนทัศน์ของการปฏิบัติสมัยใหม่ในมุมมองโลกของพยาบาลตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001 อ้างถึงใน พรศิริ วิมลสารวงศ์, 2544) โดยมโนทัศน์ของการปฏิบัติได้กล่าวถึงโลกของพยาบาลไว้ 2 ส่วน คือ โลกของประสบการณ์คน และโลกของการสื่อความหมาย ซึ่งโลกของประสบการณ์คนนั้นเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูล การพิจารณาตัดสินใจในเรื่องของผลสำเร็จในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของคน โดยในการค้นหารายละเอียดของความรู้เหล่านั้นหลายสิ่งเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาข้อมูลจากการปฏิบัติของพยาบาลประจำการ

จากคำเรียกที่หลากหลายและมุมมองแนวคิดที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการคิดเชิงบวกดังกล่าวข้างต้น ทำให้สรุปสาระสำคัญได้ว่า การคิดเชิงบวกหมายถึง การที่บุคคลมอง หรือ คิดในสิ่งที่ดีที่เป็นทางด้านบวก โดยมองสถานการณ์ทุกอย่างตามความเป็นจริงอย่างมีสติและเล็งเห็นประโยชน์จากสถานการณ์นั้น ซึ่งจะส่งผลดี โดยการคิดเชิงบวก จะทำให้มีสติ สามารถคิดแก้ปัญหาหรือสามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ ทำให้ความเครียดและวิตกกังวลลดลง มีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้น สามารถยอมรับความจริง สามารถดำเนินชีวิตให้ได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นกรอบความคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ และศูนย์มหาวิหาลงกรณ์ จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับ สูง 2. จำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียว มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภกานต์ เตชะพงศธร, ศุภดา เตชะพงศธร, วิศิษฐ์ เกษตรเสริมวิริยะ, สาทิต ศรีมันทยามาศ และ วสิน โขติวานิช (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1-3 ที่เข้ารับการรักษาตามผลการรักษาที่คลินิกมะเร็งเต้านม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล จำนวน 105 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การศึกษา และรายได้

จันทร์จรัส จันทร์จารุพงศ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาคด้วยเคมีบำบัดแบบที่ให้ร่วมกันหลายชนิด เลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 53 คน เป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทา เล็กสวัสดิ์ , พิชาณี แสนมโนวงศ์, ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และ เพชรา หาญศิริวัฒน์ กิจ (2543) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 80 ราย มารับการรักษา ที่ห้องตรวจพิเศษศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย

ภูรินทร์ มลารัตน์และฉัตร พิทยรัตน์เสถียร (2550) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 203 ราย โดยใช้แบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHO QUALITY OF LIFE - BREF - THAI, WHO QOL-BREF-THAI) 3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Health-Related-Self-Report, HRSR) 4) แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire, PRO 85 part II) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคือ อาชีพ และผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับคืออาการปากแห้ง ท้องผูก อ่อนเพลีย และเป็นแผลเรื้อรังในกระพุ้งแก้ม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สุปราณี แดงวงษ์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า รายได้ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 49 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด และระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด

สมบัติ ไชยวัฒน์, ยูทิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุชะ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 237 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายตอนที่ 2 ของแบรนด์และไวเนอร์ท ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยจิรา หงษ์ตระกูล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และปรับ โดยจิรา หงษ์ตระกูล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของแคนทริด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตร่วมกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 14.04

ลิวมิง, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ ทิพาพร ตังอำนาจ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ซึ่งมาตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งหนึ่ง จำนวน 60 ราย คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวัดโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมวัดโดยใช้แบบสอบถามทรัพยากรส่วนบุคคลของเยียน (Yan, 1997) ที่ดัดแปลงจาก PRQ-85 Part 2 ของ ไวเนอร์ทและแบรนท (Weinert & Brandt, 1987) คุณภาพชีวิตวัดโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตของเฟอเรนส์ และ

เฟาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ที่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง และพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านในระดับปานกลาง

ฉลาด แสงอาทิตย์, สุทธิหา อัมเยี่ยม และอำไพ จารุวัชรพาศิษกุล (2547) ศึกษาถึงความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูงและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก รวมทั้งความเข้มแข็งอดทนนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีคุณภาพชีวิต จากผลการศึกษานั้นอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูงนั้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้และแสดงออกโดยการอดทนต่อความยากลำบาก โดยการมีการพูดกับตัวเองไปในทางบวกว่าจะต้องยืนหยัดต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ได้ ร้อยละ 84.62 รวมทั้งพยายามมองโลกในแง่ดีโดยเชื่อว่าความดีที่ตนเองเคยทำจะทำให้ทุเลาจากความเจ็บป่วย ร้อยละ 75.39 ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลดีทำให้ผู้ป่วยมีความสงบ ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล ท้อแท้จนเกินไปและทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ นั่นหมายถึงการยอมรับความจริง การพูดกับตนเองในทางบวก การมองโลกในแง่ดี เป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่สามารถทำให้อดทนได้คือ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล ท้อแท้จนเกินไป มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตน เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในภาวะปกติและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

พรรณราย เอี่ยมหน่อ, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และ ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ (2547) ใช้แนวคิดของ ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน พรรณราย เอี่ยมหน่อ และคณะ, 2547) ที่ว่า การประเมินค่าใหม่ทางบวก เป็นการให้ความหมายของเหตุการณ์ไปในทางที่ดี จะทำให้เกิดความหวัง เกิดกำลังใจ และช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ทำการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของคู่สมรสผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวก จะสามารถรับรู้สถานการณ์ว่าตนเองต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคาม ช่วยให้ผู้สมรสสามารถปรับอารมณ์และลดความรุนแรงของปัญหา ลดความหวัง ความมั่นใจ ช่วยรักษาสมดุลของการดำรงชีวิต ทำให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการคิดเชิงบวกนั้นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงถึงการคิดเชิงบวกในผู้ป่วยด้วย

มิเชลและคณะ (Mishel et al, 1984) ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 54 ราย วัดตัวแปรต่างๆ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel วัดการมองโลกในแง่ดี

ของ Beck แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะมองโลกในแง่ดีต่ำ และมีปัญหาการปรับตัวในด้านเจตคติที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต

โกนิคและคณะ (Konic et al., 1988 cited in Fehring et al., 1997 อ้างถึงใน ธนิญา น้อยเปียง, 2545) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญปัญหาต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและพระ จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น

ไฟล์แมน, กาลิดัส, เอลเลท และคณะ (Friedman, Kalidas, Elledge, et al., 2004) ศึกษาการคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยชาว African-American ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่คลินิก จำนวน 81 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดจากพยาธิของโรคและจากผลข้างเคียงจากการรักษาได้ดี

ลัทวิกเซน (Ludvigsen, 2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดจากมะเร็ง การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง melanoma กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็ง melanoma จำนวน 29 ราย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต แต่การคิดเชิงบวกและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

มัวร์, เบเซน เอนควิช, คูเดลกา และคณะ (Moor, Basen-Eugquist, Kudelka, 2006). ศึกษาการคิดเชิงบวก ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของ CA 125 ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า การคิดเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการคิดเชิงบวกสูงจะมีระดับของ CA 125 ที่ลดลง

โพส-ไวท์ และคณะ (Post-White et al, 1996 อ้างถึงใน ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งหลายรายยังเต็มไปด้วยความหวัง และสามารถมีชีวิตรอดอยู่กับปัจจุบันได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ภายในที่สำคัญในการอธิบายความรู้สึกมีความหวังที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนั้น คือ การที่เป็นคนเข้มแข็ง มองโลกในแง่ดี คิดในทางบวก นั้นหมายความว่า การคิดเชิงบวกเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความหวังในผู้ป่วยมะเร็งให้เกิดความสงบ สุขภาพกายและจิตดีขึ้นปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้

กัทเทฟสัน-เลียส , จัลคูเนนและไฮทานเนน (Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen , 2007) ได้ทำการศึกษายาทบาทของ การคิดเชิงบวก การสิ้นหวัง และ การสนับสนุนจากคู่สมรส ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การที่คู่สมรสมีการคิดเชิงบวกนั้น มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงไปถึงการคิดเชิงบวกในผู้ป่วยด้วย

เจเนต, คาร์ล และ เบเซน-เอนควิสและคณะ Janet ,Carl and Basen-Enquist, , et al ,2006 cited in Chongjit , 1999) ทำการศึกษา การคิดเชิงบวกกับความเครียด และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การคิดเชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียด ความวิตกกังวล แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง นั่นคือ ผู้ที่มีการคิดเชิงบวกสูงจะ มีความเครียดและวิตกกังวลน้อย มีความเกี่ยวข้องกับ การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งกายและ ใจ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ferrell et al., 1998)

คาร์เวอร์ และ คณะ (Carver et al. 1994 cited in Chongjit , 1999) ศึกษาการคิดเชิง บวกและการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่า การคิดเชิงบวกมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีภาวะจิตสังคมที่ดี นั่นคือการคิดเชิงบวกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผล ต่อการปรับตัวทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นอร์ทเฮาส์ มู้ด และ เคอร์ชอว์ (Northouse, Mood ,and Kershaw , 2002 cited in Gustavsson-Lius et al., 2007) ทำการศึกษาการคิดเชิงบวกและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการคิดเชิงบวกสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการคิดเชิงบวกต่ำ.

ลูทวิกเซน (Ludvigsen ,2007) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะเครียด การคิด เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็ง melanoma พบว่า การคิดเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง melanoma

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทาง สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัย เลือกรวมมาศึกษาครั้งนี้คือ การศึกษา รายได้และ อายุ และ ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดคุณภาพชีวิตของ (Cella, 1993) ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและ สังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม การมองโลกในแง่ดีนั้นใช้ แนวคิดการคิดเชิงบวกของพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต. โท, 2542) คือ มองตามความจริง และมอง

ให้เห็นประโยชน์ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมใช้แนวคิดของไวส์ (Weisis, 1974 cite in Brandt&Weinert, 1985) ซึ่งประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด ด้วยมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพของโรครุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ ใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาย่อยครั้ง ทั้งภาวะการณของโรคและผลข้างเคียงของการรักษาสร้างความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อถึงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่เจ็บป่วย เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ดังนั้น ผู้ป่วยต้องปรับสภาพให้สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและมองให้เป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเพื่อเป็นแนวทางในการแสวงหาวิธีที่จะทำให้ตนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างพึงพอใจ นอกจากนั้นแล้วการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก กำลังใจ ความช่วยเหลือ ตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ จากบุคคลในสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างพึงพอใจและมีคุณภาพ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถิติการรักษาพยาบาล ปัญหาสุขภาพอื่นๆ คนในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง วิธีอื่นที่ใช้ร่วมในการรักษา การมีบุคคลใกล้ชิด/ผู้ดูแล

2. แบบวัดการคิดเชิงบวก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต. โต, 2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้านคือ 1. มองตามความจริงจำนวน 12 ข้อ และ 2. มองให้เห็นประโยชน์จำนวน 13 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับคะแนน 1 หมายถึงตรงตามความรู้สึกในระดับน้อยที่สุด จนถึง ระดับคะแนน 5 หมายถึงตรงตามความรู้สึกในระดับมากที่สุด การแปลผลระดับคะแนนนั้นกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับการคิดเชิงบวกโดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีการคิดเชิงบวกน้อยที่สุด จนถึง คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการคิดเชิงบวกมากที่สุด (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ผู้สร้างได้ทำการตรวจหาความตรง (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งความถูกต้องของการวัดและเกณฑ์การพิจารณาคะแนน โดยใช้ เกณฑ์ตัดสินความตรงของเนื้อหา ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเต้านมและรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s Alpha Coefficient) ผลการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.945

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (PRQ 85-PART II) ที่ได้รับการสร้างและปรับปรุงโดย แบรินท์และไวท์เนอร์ (Brandt&Weinert, 1985) โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weisis, 1974 cite in Brandt&Weinert, 1985) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจิราภา หงษ์ตระกูล(2532) จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ ระดับคะแนน 1 หมายถึง

ไม่เห็นด้วยมาก ไปจนถึงระดับคะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยมาก กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีการการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด จนถึง คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ในการพัฒนาแบบวัดนั้น แบรินท์ และไวเนอร์ท(Brandt & Weinert, 1981) ได้สร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล(Personal Resource Questionnaire : PRQ) โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brand & Weinert, 1981) ต่อมาแบบวัดนี้ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดนี้เป็น PRQ-82 และ PRQ-85 ตามลำดับ แบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง(construct validity) โดยที่ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า(Depressive Inventory) และแบบวัดความวิตกกังวล(Trait Anxiety Scale) จากกลุ่มตัวอย่าง 181 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -.33 และ -.39 ($P < .001$) ตามลำดับซึ่งทิศทางและความมั่นคงของความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมและเป็นทฤษฎี ต่อมาไวเนอร์ท และทิลเดน (Weinert & Tilden, 1990) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ 85-Part II) แบบวัดข้อบ่งชี้ต้นทุนและค่าตอบแทน(Cost and Reciprocity Index: CRI) จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ใหญ่ 333 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ใหญ่อายุ 99 ราย พบว่าแบบวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ และไวเนอร์ท(Weinert, 1987) ได้หาความเชื่อมั่นของแบบวัดชุดนี้ โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดทั้งสองเท่ากับ .89 ส่วนความเชื่อมั่นในรายด้านพบว่า การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นเท่ากับ .71 การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .66 การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับ .64 การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเท่ากับ .78 และความผูกพันใกล้ชิดเท่ากับ .73

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.911

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สร้างและพัฒนา อย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ปี 1989 โดย เซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณณี สิริเลิศตระกูล(2543) ครอบคลุม 4 ด้าน คือความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

เครื่องมือได้ผ่านการศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยทางการแพทย์(2543:61-77)ว่ามีความเชื่อมั่นในแต่ละด้านทั้งฉบับมีความน่าเชื่อถือได้

ระดับสูงเป็นที่น่าพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ในแต่ละด้านดังนี้คือ ด้าน PEB .85, EWB .82, FEB .82, SWB .64, BCS .79, FACT-B .87 ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วย

1). ข้อคำถามทั่วไป 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being: PWB) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social/Family Well-Being: SWB) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being: EWB) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being: FWB)

2). ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Subscale: BCS) จำนวน 9 ข้อ

โดยข้อคำถามแต่ละข้อถามความรู้สึกเป็นอย่างไรในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึก ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย จนถึง ระดับคะแนน 5 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จนถึง คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก (ประคอง วรรณสุตร, 2542)

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.938

การพิทักษ์สิทธิ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับในปัจจุบัน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยโดยสังเขป การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย หากผู้ป่วยมีคำถามและต้องการซักถาม

2. เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ชุดแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการคิดเชิงบวก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาหาค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 9.5 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยการหาคะแนนเต็ม คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ร้อยละของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเทียบระดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์เปรียบเทียบดังนี้ (ประคอง วรรณสุด, 2542)

r+/- เท่ากับ .70 - 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

r+/- เท่ากับ .30 - .69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

r+/- เท่ากับ .01 - .29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดโดยใช้ Stepwise Regression และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้ โดยสถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (B)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์เป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรค (แสดงไว้ในตารางที่ 1)

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (แสดงไว้ในตารางที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (แสดงไว้ในตารางที่ 5)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (แสดงไว้ในตารางที่ 6)

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
(n= 170)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
29-40	45	26.47
41-60	110	64.71
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	15	7.06
เฉลี่ย 45.90 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	30	17.65
คู่	125	73.53
หม้าย/หย่า/แยก	15	8.83
บุตร		
มี	140	82.36
ไม่มี	30	17.65
ศาสนา		
พุทธ	170	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	114	67.06
มัธยมศึกษา	32	18.83
อนุปริญญา	20	11.77
ปริญญาตรี	6	3.53
อาชีพ		
รับราชการ	2	1.18
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	15	8.83
ค้าขาย	9	5.30
รับจ้าง	19	11.18
เกษตรกรกรรม	100	58.83
ไม่ได้ทำงาน	25	14.71

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n= 170)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	127	74.71
5,000 – 10,000 บาท	23	13.53
10,001 – 15,000 บาท	20	11.77
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เบิกต้นสังกัด	2	1.18
ประกันสังคม	20	11.77
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	148	87.06
ปัญหาสุขภาพอื่นๆ		
ไม่มี	128	75.30
มี	42	24.71
มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง		
ไม่มี	155	91.18
มี	15	8.83
รักษาวิธีอื่นๆร่วมด้วย		
ไม่มี	146	85.89
มี	24	14.12
บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแล		
มี	170	100

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด จำนวนทั้งสิ้น 170 ราย อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีอายุระหว่าง 29 – 61 ปี อายุเฉลี่ย 45.9 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.53 ส่วนใหญ่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 82.36 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.06 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.83 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000

บาท ร้อยละ 74.71 ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคือ ร้อยละ 87.06 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 75.30 ส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 91.18 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับทนายทนายอื่น ๆ ร่วมด้วยร้อยละ 85.89 ทั้งหมด มีบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ระดับของ การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของการคิดเชิงบวกของกลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n= 170)

การคิดเชิงบวก	\bar{X}	SD	ระดับ
การคิดเชิงบวกโดยรวม	3.27	0.55	ปานกลาง
การคิดเชิงบวกรายด้าน			
มองตามความจริง	3.24	0.55	ปานกลาง
มองให้เห็นประโยชน์	3.31	0.60	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีการคิดเชิงบวกทั้งรายด้านและ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของการคิดเชิงบวกโดยรวมเท่ากับ 3.27 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของการคิดเชิงบวกแบบมองตามความเป็นจริงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 และค่าเฉลี่ยของการคิดเชิงบวกแบบ มองให้เห็นประโยชน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n= 170)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
การการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	4.56	0.55	มากที่สุด
การการสนับสนุนทางสังคม รายด้าน			
การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น	4.51	0.54	มากที่สุด
การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.74	0.68	มากที่สุด
การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น	4.51	0.58	มากที่สุด
การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง	4.46	0.60	มาก
ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด	5.06	0.81	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 4.56 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าด้านความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิดมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 5.06 และด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 4.46

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (n= 170)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ
คุณภาพชีวิต โดยรวม	3.15	0.14	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
ความผาสุกด้านร่างกาย	3.31	0.32	ปานกลาง
ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม	3.46	0.70	ปานกลาง
ความผาสุกด้านอารมณ์	3.35	0.33	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.92	0.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งรายรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของคุณภาพโดยรวมเท่ากับ 3.15 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.46 และด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 2.92

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ตัวแปร	อายุ	การศึกษา	รายได้	การคิดเชิงบวก	การสนับสนุนทางสังคม	คุณภาพชีวิต
อายุ	1.000					
การศึกษา	-.100	1.000				
รายได้	-.135	.168*	1.000			
การคิดเชิงบวก	-.061	.082	.115	1.000		
การสนับสนุนทางสังคม	.005	.071	.035	.633**	1.000	
คุณภาพชีวิต	.017	.079	-.002	.455**	.534**	1.000

* $p < .05$

** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่า การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .455$ และ $r = .534$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b สมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์

ตัวแปร	b	SE.b	Beta	t	p
การสนับสนุนทางสังคม	.107	.022	.410	4.935*	.000
การคิดเชิงบวก	.051	.022	.196	2.354*	.020
R = 0.555		Constant = 2.496			
R ² = 0.308		F = 37.173			

* p < .05

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .410) ซึ่งเป็นตัวแปรแรกที่ถูกคัดเลือกเข้าในสมการทำนาย สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ (R² change) 0.285 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = .410) การคิดเชิงบวก เป็นตัวแปรตัวที่สอง ที่ถูกคัดเลือกเข้าในสมการทำนาย และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อีกร้อยละ (R² change) 0.023 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = .196) โดยการสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวกสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ร้อยละ 30.8

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และหาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และ 3 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ. พิษณุโลก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ. อุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ. นครสวรรค์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 170 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการคิดเชิงบวก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีแอลฟาครอนบาค (Cronbrach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .945 .911 และ .938 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและจากโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 170 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 9.5 หาค่าเฉลี่ย ร้อยละของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนของการคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หาค่าความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษารั้งนี้มีอายุระหว่าง 29 – 65 ปี อายุเฉลี่ย 45.9 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.53 ส่วนใหญ่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 82.36 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.06 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.83 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 74.71 ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคือร้อยละ 87.06 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 75.30 ส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 91.18 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วยร้อยละ 85.89 ทั้งหมดมีบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการคิดเชิงบวกมีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.55$)
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.55$)
4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, $SD = 0.143$)
5. การคิดเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .455$, $r = .534$ ตามลำดับ)
6. การสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวกสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05. ได้ร้อยละ 30.8

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัยเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของการคิดเชิงบวกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.55$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมองสถานการณ์ทุกอย่างตามความเป็นจริงอย่างมีสติ และเล็งเห็นประโยชน์จากสถานการณ์นั้น ทำให้พิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น ขอมรับในสิ่งที่เป็นอยู่ มองเห็นชีวิตของตนเองมีคุณค่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ก็สามารถทำความเข้าใจกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยมองการเจ็บป่วยว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ต้องเรียนรู้ มีเป้าหมายในชีวิต ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีบทบาทของการเป็นแม่และภรรยา และให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวมาก มีครอบครัวที่รัก ห่วงใย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและส่วนใหญ่มีบุตรอยู่ในความดูแลอย่างน้อย 1 คน ($\bar{X} = 82.36$) จึงมักมีความหวังและสร้างกำลังใจให้ตนเองต่อสู้กับ โรคเพื่อมีชีวิตอยู่เพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตนต่อไปเพื่อดูแลบุตรและครอบครัว (สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2537 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัณหา ยิ้มแย้ม และ อำไพ จารุวัชรพณิชกุล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ กัสทอฟซัน-เลียส, จัลคานเนน และโยทานเนน(Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen, 2007) ที่พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างในเรื่องของการคิดเชิงบวก ซึ่งในเพศหญิงนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อตนความสำคัญมากกว่าในเพศชาย ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวที่ดีจะมีผลทำให้การคิดเชิงบวกมากขึ้น ซึ่งจะลดการสิ้นหวังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวหรือเป็นที่พึ่งทางจิตใจ (ธนิญา น้อยเปียง, 2545 : 58) ซึ่งถึงแม้จะเกิดการเจ็บป่วยทางกายแต่ศาสนาก็ช่วยทำให้จิตใจมั่นคง สงบ ไม่ว่าวุ่นใจ ทำให้มีกำลังใจและสบายใจขึ้น มองสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีสติ ดังคำกล่าวของ พระมหาธีรพงษ์ มีโรตง (2540) ได้กล่าวไว้ว่าการที่จะทำให้ชีวิตพบกับความสุขได้นั้นบุคคลต้องรู้จักปล่อยวาง และมองโลกในแง่ดี ยอมรับความจริง (พระมหาธีรพงษ์ มีโรตง, 2540 อ้างถึงใน ธนิญา น้อยเปียง, 2545)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การคิดเชิงบวกแบบการมองให้เห็นประโยชน์ ($\bar{X} = 3.31$) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การมองโลกในแง่ดีแบบมองให้เห็นประโยชน์ตามแนวคิดของ พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตโต, 2542) เป็นการรับรู้การรับจับเอาคุณค่าที่ถูกต้อง ที่เป็นประโยชน์กับชีวิตอย่างแท้จริง เป็นการรับรู้ชนิดที่ทำให้ได้ประโยชน์จากประสบการณ์ ทุกอย่าง ไม่ว่าจะน่าพอใจหรือไม่พอใจ และเมื่อมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องอยู่กับโรคนี้นาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งได้รับการรักษามาระยะหนึ่งแล้ว ทำให้ ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวและเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรค จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาจึงทำให้ผู้ป่วยปรับตัวเพื่อให้อยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของจากรุวรรณ กฤตย์ประชา (2538 อ้างถึงใน ธนิญา น้อยเปียง, 2545) ที่ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวต่อการเจ็บป่วย แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วยโดยการเผชิญหน้าสู้และมีการปรับตัวมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะค่อยๆ พยายามเรียนรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งปรับตัวและวิถีชีวิต ให้เข้ากับสภาพในขณะนั้นให้ได้ (ภูมรินทร์ มาลารัตน์ และ ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, 2551)

เมื่อพิจารณาในด้านการมองตามความเป็นจริงซึ่งคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$) ซึ่งตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีตามแนวคิดของการมองตามหลักพุทธศาสนาของพุทธทาสภิกขุ (2504) และพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต, 2542) กล่าวถึงการมองโลกในแง่ดีแบบการมองเห็นความเป็นจริงว่า เป็นการมองตามเหตุปัจจัย มองเพื่อวินิจฉัยสิ่งต่างๆ รับรู้ประสบการณ์อย่างเที่ยงตรงคือ รับรู้ตามที่มันเป็น รับรู้แบบมีสติ ไม่ยินดียินร้าย รับรู้แต่ด้วความรู้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดหรือทำความเข้าใจกับโรคและความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ บางครั้งจะเกิดความโกรธ คิดโทษตัวเอง โทษครอบครัว คิดว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษจากพระเจ้า (Nuckolls, 2000) ผู้ป่วยบางคนคิดว่าการเป็นมะเร็งถือเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนหรือผลจากการกระทำในอดีตที่ผ่านมา (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีคำถามกับตนเองว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “ฉันทำผิดอะไร” “ฉันทำผิดมาตลอด ทำไมต้องเป็นฉัน” (Ferrell et al., 1998) จากนั้นผู้ป่วยจะคิดหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือตามความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วิถีชีวิตของแต่ละคนมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หวังให้มีชีวิตอยู่ แต่เมื่อทำแล้วโรคร้ายนั้น ยังคงอยู่ ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นจริง และต้องอยู่กับมันต่อไป (ภูมรินทร์ มาลารัตน์ และ ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2551)

2. . คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.55$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

เนื่องจากระบบสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นสังคมที่มีความผูกพัน รักใคร่สนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลและเอื้ออาทรต่อกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิตก็จะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกทางสังคม สอดคล้องกับงานทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก โดยที่ด้านความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิดมีค่าเฉลี่ยสูงมากกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 5.06$) เนื่องจากระบบครอบครัวของสังคมไทยเป็นระบบเครือญาติ ซึ่งส่วนใหญ่โดยเฉพาะในเขตชนบทยังเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีความผูกพันใกล้ชิดกัน เมื่อมีวิกฤติหรือเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลหนึ่งก็จะมีความเห็นอกเห็นใจกัน บุคคลนั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากระบบเครือญาติและสมาชิกในครอบครัว (เสมอ จันทร์พุด, 2536 อ้างถึงใน พรรณราย เอี่ยมหน่อ, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และ ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, 2547) ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตร ธิดา มารดา ญาติพี่น้อง

ยังคงมีความรักความห่วงใยคอยดูแลช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน และจากข้อมูลที่ได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีบุคคลใกล้ชิดดูแล ($\bar{X} = 100$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โอคอนเนอร์และคณะ (O' Connor et al, 1990 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัณหา ยิ้มแย้ม และ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, 2547) ที่พบว่า การเจ็บป่วยทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเอง สามีและบุตรมีความใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น จะมีการให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานและรับผิดชอบในด้านต่างๆ ภายในครอบครัว ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้โรค

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม แต่ยังคงโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$) อาจ เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยยังคงได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม โดยได้รับการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ มาเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย จากการที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม และการมาพบแพทย์แต่ละครั้งทำให้ได้รับข้อมูลความรู้ ข่าวสาร กำลังใจจาก บุคลากรทางการแพทย์และยังทำให้รู้จักเพื่อนใหม่ที่ทำให้เกิดเครือข่ายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยกัน (ธนิญา น้อยเปียง, 2545) ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล ให้คำแนะนำประสบการณ์ของตนแก่ผู้อื่น จึงทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นอีกทั้งทำให้มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, $SD = 0.14$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแต่ละด้านพอควร ถึงแม้ว่าชีวิตในแต่ละด้านจะมีปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ตามสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูมิรินทร์ มลารัตน์ และ ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร (2550) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ การ์สซัน (Carlsson , 2001 อ้างถึงใน ภูมิรินทร์ มลารัตน์ และ ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร, 2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของ รพีพรรณ แสงโสมวงศ์ (2545 อ้างถึงใน ภูมิรินทร์ มลารัตน์ และ ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร, 2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและดีรวมทั้งการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ และ คณะ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงซึ่งจะมีการปรับตัวยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าในเพศชาย (Shock, 1984 อ้างถึงใน พรศิริ วิมลสารวงษ์, 2544) ปรับตัว ปรับใจ เผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.36 สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากบัตรของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งสามารถช่วยเหลือด้าน

ค่าใช้จ่ายได้ ทำให้ไม่มีความวิตกกังวลในด้านค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ฉลาด แสงอาทิตย์, สุทัศน์หา ยิ้มยิ้ม และ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, 2547) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้ใจสงบ มองโลกในแง่ดี ผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวลหรือห่อเหี่ยวเกินไป ทำให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2543) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ศุภกานต์ เศษพงศธรและคณะ (2549) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของภูมรินทร์ มาลารัตน์และณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร (2550) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาวิธีเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัดผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และงานวิจัยของ Carlsson M. (2001 อ้างถึงในภูมรินทร์ มาลารัตน์และณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2550) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงมากกว่าด้านอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของสังคมไทยเป็นลักษณะของสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันอยู่เสมอ (ชวพรพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์และประทุม สร้อยวงค์, 2546) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.53 มีสถานภาพสมรส คู่ และทุกคนมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแล ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยยังคงได้รับความรักความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือค้ำจุนทั้งจากสมาชิกในครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจในขณะที่เจ็บป่วย และเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2540) ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่าพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮับบาร์ด, มูห์เลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2540) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีชีวิตคู่จะมีการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ทำให้เผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ จึงทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีความกังวลใจที่ว่าวันหนึ่งสมาชิกในครอบครัวจะป่วยเป็นโรคเช่นเดียวกันกับตน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

ด้านอารมณ์และจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งได้รับการรักษามาระยะหนึ่งและผ่านประสบการณ์มาพอสมควร ทำให้สามารถทำใจยอมรับการเจ็บป่วยได้ส่วนหนึ่ง สามารถปรับตัว

ปรับใจได้ อีกทั้งยังมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ มีการคิดเชิงบวก ทำให้เกิดความสงบสุข คลายความทุกข์ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจจากครอบครัว ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จึงทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต (Courtens, Stevens, Crebolder, & Phillipson, 1996 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัณหหา ยิ้มแย้ม และ อำไพ จารุวัชรพณิชกุล, 2547) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระหว่างรับการรักษาและโรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก จึงทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความกังวลกระวนกระวายใจในเรื่องของความเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการ และการกลัวกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนในด้านร่างกายนั้นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$) ซึ่งมีคะแนนรายด้านสูงเป็นอันดับที่สาม อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการได้รับเคมีบำบัด ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ ส่งผลให้สภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างอ่อนแอลงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (Ting & Fang, 2002 อ้างถึงใน รุจิรัตน์ ศักวัน, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุลและ พิกุล บุญช่วง, 2551) ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย อ่อนเพลีย และเผชิญกับความไม่สบายต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร(นันทา เด็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮาร์เคลล์ม จิยูลิ โอโน ซอมพีตัน และ ซาเรน (Haskell, Guilliono, Thompson, & Zaren, 1990 อ้างถึงใน นันทา เด็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543) ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักพบอาการคลื่นไส้อาเจียนมากที่สุด และยังพบอาการอื่นๆ อีก เช่น ผอมร่วง เบื่ออาหาร จึงอาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย สภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงหรือทรุดโทรม จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตได้ (ยูจิน เพ็ชรมงคล, 2543 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัณหหา ยิ้มแย้ม และ อำไพ จารุวัชรพณิชกุล, 2547) จึงทำให้รู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณเฑาะ แห่งทรัพย์สินเจริญ (2540) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด ด้านการทำงานของร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) ซึ่งมีคะแนนรายด้านต่ำที่สุด อาจสืบเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ ส่งผลให้สภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างอ่อนแอลงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (Ting & Fang, 2002 อ้างถึงใน รุจิรัตน์ ศักวัน, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุลและ พิกุล บุญช่วง, 2551) ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดอาการเหนื่อยล้า ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมลดลง และจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต การรำกิจกรรมที่ปกติเปลี่ยนแปลงไป อาจส่งผล

ให้การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง การดูแลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการด้านต่างๆ บกพร่อง ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่เคยกระทำได้ (รุจิรัตน์ ศักวัน, ทิพาพร วงศ์หทัยกุลและ พิภูล บุญช่วง, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของเวอร์รา (Vera, 1981 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัทธนา อิ่มเข้ม และ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, 2547) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกที่ได้รับการฉายรังสีและผ่าตัดเอาอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานออกจำนวน 19 ราย พบว่า ผู้ป่วย 10 รายมีการเปลี่ยนงานใหม่และอีก 8 ราย ต้องเลิกทำงานนอกบ้าน และทำคนมีกิจกรรมทางสังคมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว และไม่สามารถร่วมกิจกรรมกับเพื่อนได้

4. ปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ รายได้ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาจเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ย่อมส่งผลถึงผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของแฮทเชอร์ และ คณะ (Hatcher et al., 1985 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์ และ คณะ, 2543) ที่พบว่า อายุไม่ได้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ มาตี วรลัดนากุล (2535) ที่พบว่า อายุไม่ได้เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ (2540) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นอร์ทเฮาส์ และคณะ (Northouse et al., 1999 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์ และ คณะ, 2543) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงนวล เชี่ยวประสิทธิ์ และ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2550) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รวมทั้งการศึกษาของ สุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ (2550) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าปัจจัยด้าน อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ในเรื่องของรายได้นั้นที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง สามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากบัตรข้าราชการและบัตรของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้ไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษา จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัทธนา อิ่มเข้ม และ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ทุกรายสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมากและการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2543) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน และ

การศึกษาของ นอร์ทเฮาส์ และคณะ (Northouse et al., 1999 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์ และ คณะ, 2543) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ สุกกานต์ เตชะพงศธรและคณะ (2550) ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาจเนื่องจากแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา แต่กลุ่มตัวอย่างก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี ทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย หลากหลายและมีประสิทธิภาพในปัจจุบันรวมทั้งการให้ข้อมูลการได้รับคำแนะนำทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งด้วยกันเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องของมะเร็งในแนวทางที่ถูกต้องมากขึ้น ทำให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. การคิดเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .455$, $p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการคิดเชิงบวก ตามหลักพระพุทธศาสนาในพระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุต. โต, 2542) นั่นคือให้มองสถานการณ์ทุกอย่างตามความเป็นจริงอย่างมีสติและตั้งเห็นประโยชน์จากสถานการณ์นั้น ทำให้พิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับในสิ่งที่เป็นอย่างนั้น มองเห็นชีวิตของตนเองมีคุณค่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ก็สามารถทำความเข้าใจกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยมองการเจ็บป่วยว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ต้องเรียนรู้ มีเป้าหมายในชีวิต จะทำให้หาวิธีต่อสู้ได้หลายวิธีด้วยจิตใจที่เป็นสุขและมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Janet S., Carl A., and Karen Basen-Enquist, et al. (2006) ที่พบว่า การคิดเชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียด ความวิตกกังวล แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด นั่นคือ ผู้ที่มีการคิดเชิงบวกสูงจะมีความเครียดและวิตกกังวลน้อย มีจิตใจสงบ มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีความผาสุกด้านร่างกาย สังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับ มิลเลอร์ (Miller and colleagues, 1996 cited in Chongjit, 1999) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า การคิดเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะเครียด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทำให้ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ferrell et al., 1998) ดังที่ พระมหาธีรพงษ์ มีโรธง (2540 อ้างถึงใน ธนินญา น้อยเปียง, 2545) ได้กล่าวไว้ว่า การที่จะทำให้ชีวิตพบกับความสุขได้นั้น บุคคลต้องยอมรับความจริง มองโลกในแง่ดี มีจิตใจสงบ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และบ่งชี้ว่ามีความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (Ellison, 1983 อ้างถึงใน ธนินญา น้อยเปียง, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์เวอ์ และ คณะ (Carver et al. 1994 cited in Chongjit, 1999) ในปี 1994 ที่ศึกษาการคิดเชิงบวกและการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่า การคิดเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีภาวะจิตสังคมที่ดี มีความสัมพันธ์ทาง

ลกับภาวะกดดันทางจิตสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในสัมพันธ์ภาพทางเพศ นั่นคือการคิดเชิงบวกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัวทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งจะไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป รวมทั้งการศึกษาของ Northouse, Mood, and Kershaw (2002) cited in Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการคิดเชิงบวกสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการคิดเชิงบวกต่ำ. และการศึกษาของ Ludvigsen (2007) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะเครียด การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็ง melanoma พบว่า การคิดเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง melanoma

6. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .534$, $p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากตามแนวคิดของไวส์ (Wiess cited in Brandt & Weinert, 1981) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม โดยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกภายในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความห่วงใย รู้สึกไม่โดดเดี่ยว เกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมาย และพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง (ธนัญญา น้อยเปียง, 2545) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง แต่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ทำให้มองเหตุการณ์ในทางบวก มีกำลังใจที่จะต่อสู้ให้ตนเองมีชีวิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Symister et al. 2003 cited in Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen, 2007) นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและสังคมยังทำให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกมีกำลังใจ ในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา (อัญชลี ฐิตะบุณะ, 2536 อ้างถึงในงานทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) รวมทั้งทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Couttens, Stevens, Crebolder, & Phillipsin, 1996 อ้างถึงในฉลาด แสงอาทิตย์, สุภัทลหา ยัมเยี่ยม และอำไพ จารุวัชรพานิชกุล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ เช่น การศึกษาของสุริพร รัตนศิลป์ (2548) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .201$, $p < .05$) และการศึกษาของฉิมมิ่ง, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ ทิพาพร ตั้งอำนาจ (2542) ที่ทำการ ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต

พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ($r = .57, p < .01$) นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านในระดับปานกลาง และการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์, ยูพิน กลิ่นขจร, และคณะ (2543) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$) รวมทั้ง การศึกษาของ เบิร์คฮาร์ด (Burckhardt, 1985 อ้างถึงในสมบัติ ไชยวัฒน์, ยูพิน กลิ่นขจร, และคณะ (2543) ที่พบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตโดยอ้อมได้ โดยมีบทบาทในการบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้นुकคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับตลอดจนการดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และมีความผาสุกด้านจิตใจ (Thoits, 2982 อ้างถึงในสมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อิศรสมบัติ (2531 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, สุภัทลหา ยิ้มแย้ม และ อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, 2547) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยอ้อมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้ง การศึกษาของ Ludvigsen (2007) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียด การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็ง melanoma พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง melanoma และการศึกษาของ Friedman, Kalidas, Elledge, et al (2005) ที่ทำการศึกษา การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า การคิดเชิงบวกและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมปรับตัวได้ดีกับภาวะเครียดทำให้มีความสุขในชีวิตได้มากขึ้น

7. การสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวก สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ร้อยละ 30.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สนับสนุนสมมติฐาน การสนับสนุนทางครอบครัวและการคิดเชิงบวกสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีการค้นพบของการสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวก ก็สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen (2007) ที่พบว่า

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีการคิดในเชิงบวกสูง และพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวกสามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้

เมื่อพิจารณาพบว่า

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรแรกที่ถูกคัดเลือกเข้าในสมการทำนาย และสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 0.285 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta = .410$) แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเด็มนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดวิกฤติของชีวิต ทำให้บุคคลมีอารมณ์ที่มั่นคง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ช่วยส่งเสริมการปรับตัวได้ดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) ผู้ป่วยมะเร็งเด็มนตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัย การเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรค ตลอดจนผลข้างเคียง ผลกระทบจากการได้รับการรักษา จะทำให้เกิดความหวาดกลัว ต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพะร่างกายที่เหน็ดเหนื่อยจากการได้รับเคมีบำบัด ภาวะจิตใจที่สงสัย วิตกกังวล หวาดกลัว จากการที่เคยทำอะไรได้ก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ดังเดิม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลกระทบเหล่านี้ลง ทั้งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่สำคัญคือ การตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพและจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ รวมถึงการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น (รุจา ภูไพบูลย์, 2537 อ้างถึงใน งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย จากสมาชิกในครอบครัวอย่างดี จะทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ สามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่างๆ ได้ (Neinstin & Zeltzer, 1991 อ้างถึงใน งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) ทำให้ผู้ป่วย มีความ ใฝ่ใจ ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความพึงพอใจในชีวิต และดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว เช่น บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนบ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ก็มีความสำคัญเช่นกัน การได้รับการประดับประดาทางอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่ตนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นได้รับคำแนะนำจากสมาชิกภายในสังคม หรือกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเด็มนด้วยกัน ก็ทำให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ได้รับการยอมรับจากสังคม มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค เกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมายเพื่อบุคคลอื่น เป็นที่รักและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มองเห็นถึงความหาย

ของชีวิตว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายชีวิต (McClyment et al., 1982 cited in Ross, 1995 อ้างถึงใน ธนินญา น้อยเปียง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ เช่น การศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) พบว่า การสนับสนุนทางเครือญาติและความสามารถในการดูแลตนเองสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาของ Northouse , Mood , Kershaw et al. (2002 cited in Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen , 2007) ที่ทำการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการกลับเป็นซ้ำ พบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคู่สมรส สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ และการศึกษาของ Parker, Baile, Moor, and Cohen L. (2003 cited in Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen , 2007) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้เช่นกัน

การคิดเชิงบวก เป็นตัวแปรตัวที่สอง ที่ถูกคัดเลือกเข้าในสมการทำนาย และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อีกร้อยละ 0.023 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = .196) แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการคิดเชิงบวกมากก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า

ตามแนวความคิดของ พระพุทธศาสนาในพระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุต. โต, 2542) การคิดเชิงบวก คือการมองสถานการณ์ทุกอย่างตามความเป็นจริงอย่างมีสติและเล็งเห็นประโยชน์จากสถานการณ์นั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น ขอมรับในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ มองเห็นชีวิตของตนเองมีคุณค่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ก็สามารถทำความเข้าใจกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยมองการเจ็บป่วยว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ต้องเรียนรู้ มีเป้าหมายในชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย จิตใจสงบ มีสติ คิดหาวิธีต่อสู้ได้หลายวิธีด้วยจิตใจที่เป็นสุขและมีชีวิตอยู่กับ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างมีความสุข สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างผาสุก มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังเช่นการศึกษาของฉลาด แสงอาทิตย์, สุสัทธนา ยิ้มแย้ม และ อำไพ จารุวัชรพณิชกุล (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเข้มแข็งอดทน ซึ่งแรงขับเคลื่อนภายในที่สามารถทำให้อึดทนได้คือ การยอมรับความจริง การพูดกับตนเองในทางบวก การมองโลกในแง่ดี ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล ท้อแท้จนเกินไป มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตน เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในภาวะปกติและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984 อ้างถึงใน พรรณราย เอี่ยมหน่อ , ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และ ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, 2547) ที่ว่า การประเมินค่าใหม่ทางบวก เป็นการให้ความหมายของเหตุการณ์ไปในทางที่ดี จะทำให้เกิดความหวัง เกิดกำลังใจ และช่วยลดความรุนแรงของปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณราย เอี่ยมหน่อ , ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และ ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ (2547) ที่พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการ

ประเมินค่าใหม่ทางบวก รับรู้สถานการณ์ว่าตนเองต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคาม ช่วยให้คู่สมรสสามารถปรับอารมณ์และลดความรุนแรงของปัญหาลง เกิดความหวัง ความมั่นใจ ช่วยรักษาสมดุลของการดำรงชีวิต ทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลิสัน และคณะ (Allison et al, 2000 cited in Gustavsson-Lius, Julkunen & Hietanen, 2007) ที่พบว่า การคิดเชิงบวกที่สูงสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการตระหนักถึงการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม อาจทำได้โดย การจัดหน่วยให้บริการให้คำแนะนำ ทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้ความสำคัญด้าน การสนับสนุนทางสังคม โดยกระตุ้น ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านจิตใจ และสังคม ซึ่งอาจทำได้โดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ที่ถูกต้อง สม่าเสมอ ทั้งจากบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนความรู้ การมีกิจกรรมสัมพันธ์จากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง และควรตระหนักในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความคิดเชิงบวก โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจและมองเห็นสถานการณ์ตามความเป็นจริง ตลอดจนการมองเห็นประโยชน์จากการที่ต้องได้รับการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ด้านการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล นำผลจากการวิจัยใช้ในการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ให้นักศึกษาตระหนักในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างครอบคลุม รวมทั้งในการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและการคิดเชิงบวกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงวิธีการให้การพยาบาลหรือปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการคิดเชิงบวก และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรกช อัดตวิริยะนุภาพ. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างกรมที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมนิสิตนักศึกษา
กับการพัฒนาตนเองของนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร. ปรัญญาครุศาสตร์
มหาบัณฑิต ภาควิชาอุดมศึกษา สาขาวิชาอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
กูดยา ตันติผลาชีวะ และ กณะ. 2536. "การออกจากวิทยาลัยพยาบาลกลางคั่นของนักศึกษาพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข". วารสารการศึกษาพยาบาล 4 (1): 55-67.
- โควี สตีเฟน. 2539. 7 อุปนิสัยพัฒนาสู่ผู้มีประสิทธิผลสูง. แปลโดย สงกรานต์ จิตสุทธิภากรและ
นิรันดร์ เกษาคุปต์. กรุงเทพมหานคร: เม็ดทราย พรินติ้ง.
งานวิทยาลัยพยาบาล, กอง. 2528. หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2528.
กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- งานวิทยาลัยพยาบาล, กอง. 2530. การศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลหลักสูตรพยาบาล 4 ปี
จากนักศึกษารุ่นปีการศึกษา 2524. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2527. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาล
ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2530. การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา เล็กล้วน. 2541. ผลการเรียนรู้แบบร่วมมือที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชา
คณิตศาสตร์และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่อวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษา คณิตศาสตร์
ภาควิชามัธยมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โจเซฟ เอ็ม. พุดติ. 2532. เทคนิคการเพิ่มประสิทธิผล. แปลโดย วิวรรณ ชาราห์รัฐโชติ. กรุงเทพมหานคร:
หจก เอช เอน การพิมพ์.
- ฉลวย เหลืองบรรจง. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ การเตรียมอาจารย์ใหม่
การสอนงาน และความสัมพันธ์กับอาจารย์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการงานหลัก
ของอาจารย์ใหม่ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชลิกร บุญประเสริฐ. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ความเข้มแข็งในการมองโลก สภาพแวดล้อมของสถาบัน และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงพร ศรีจันทวงศ์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมนักศึกษา สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย กับภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ครุณี ชูณหะวัต และ คณะ. 2523. ทักษะคติต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. ภาควิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดรักเกอร์ เอฟพีเตอร์. 2531. การบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ. แปลโดย ก้องเกียรติ โอภาสวงการ. กรุงเทพมหานคร: เอช-เอน การพิมพ์.
- เดือนใจ แวงงาม. 2535. รูปแบบการบริหารกิจการนักศึกษาของวิทยาลัยกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทบวงมหาวิทยาลัย, คณะอนุกรรมการพัฒนานักศึกษา. 2541. มาตรฐานกิจการนักศึกษา. (ม.ป.ท)
- ทบวงมหาวิทยาลัย, กองบริการการศึกษา. 2541. มาตรฐานกิจการนักศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ที.พี. พรินท์ จำกัด.
- ทองเรียน อมรัชกุล. 2525. การบริหารกิจการนิสิต: ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: หน่วย ศึกษานิเทศกรรมการฝึกหัดครู.
- ทัศนาศ นุญทอง. 2533. "การพยาบาลกับการพัฒนาบุคลิกภาพ" เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพ การพยาบาลหน่วยที่ 1-8 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- บุญเฉลา สุริยวรรณ. 2533. ผลการใช้ระบบที่เรียงในโปรแกรมปฐมนิเทศที่มีต่อความรู้ ทักษะ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุษบา ประสารอธิคม. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์
สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย
ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชา
การพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ สุขสวัสดิ์พร. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ
และสภาพแวดล้อมในสถาบัน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
สถาบันการศึกษายพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชา
การพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสุด. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม รอดคำดี. 2537. รูปแบบการพัฒนาความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษาใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2530. ทศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: ไทย
วัฒนาพานิช.
- พัชรินทร์ สังวาลย์. 2542. ความเป็นผู้คิดก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราช
นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร. 2539. สมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลในพ.ศ.2544-2549.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พยงค์ จาดช้าง. 2538. การศึกษาการใช้เวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. 2530. แนวทางจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล. เอกสารประกอบการ
สัมมนา เรื่องการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล.
19-20 มีนาคม 2530 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ไพฑูรย์ สีนลรัตน์. 2530. รูปแบบการใช้ชีวิตของนักศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒน์วดี เสรีนทวัฒน์ และจริยาวัตร คมพหัคน์. 2531. รายงานการวิจัยเรื่องทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาล. ทุนอุดหนุนจาก China Medical Board of New York Inc. วิชาชีพพยาบาล.
- เพิ่มสุข ตั้งขมมงคล. 2526. ลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการ และพยาบาลเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภรณ์ ชาวกุล. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาลและสภาพแวดล้อมของ กับสมรรถนะเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรรัตน์ บุญนุช. 2543. การพัฒนากิจกรรมนิสิตนักศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- นันทนา น้ำฝนและคนอื่นๆ. 2524. การเปรียบเทียบทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1และปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประกอบการศึกษาวิชา Fundament of behavioral research. ภาควิชาวิจัยและประเมินผล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล เลื่อนมา. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในวิถีสภาพแวดล้อมในวิถอมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา บงภูมิพุทธา. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนักศึกษา คุณลักษณะครูที่เลี้ยงสภาพแวดล้อมทางคลินิก กับการเรียนภาคปฏิบัติอย่างมีความสุขของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑกานต์ สุ่นปาน. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการศึกษา

วิชาการพยาบาล ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมสถาบัน และการรับรู้ภาวะ
สุขภาพ กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลสถาบันการศึกษา
พยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑป ไชยจิต. 2537. ภาวะความเป็นคนปกติคณะศึกษาศาสตร์และครุศาสตร์ที่สัมพันธ์ต่อ

ประสิทธิผลของคณะวิชา. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาอุดมศึกษา สาขาวิชา
อุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มยุรี นภาพรรณสกุล. 2529. การศึกษาปฏิกริยานักศึกษาต่อสถาบันในสถาบันการศึกษา

พยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

ริ้วทอง ล้อทอง. 2535. การวิเคราะห์กิจกรรมนักศึกษาพยาบาล สังกัดกองงานวิทยาลัย

พยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุ่งลักษณ์ เมฆะอำนวยการ. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและประสิทธิผลในการทำงาน

ของหัวหน้างานตามการรับรู้ของผู้บังคับบัญชา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

รุจิรัตน์ มณีศรี. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ที่มีผลทางการเรียน

สูงและต่ำ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชชนก กลิ่นชาติ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินการด้านกิจการนักศึกษาและด้านสภาพ

แวดล้อมของวิทยาลัยกับความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะ
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วารรัตน์ ทิพย์รัตน์. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับสื่อ
ภาวะผู้นำของนักศึกษาและสภาพแวดล้อมของสถาบัน กับการปฏิบัติกิจกรรมประชาธิปไตยของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา เทพหัสดิน ณ. อยุธยา. 2530. บุคลิกกรณินิสิตนักศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสาร
ทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ชัดตียวงษ์. 2540. การศึกษาลักษณะบุคลิกภาพคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสำเร็จใน
การทำงานของตัวแทนขายประกันชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชา
จิตวิทยาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา เจือทอง. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง รูปแบบการใช้ชีวิตกับผลสัมฤทธิ์ทาง
การเรียนของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษานิติศาสตร์ สังกัดกระทรวง
กลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุมทรัพย์, สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และจิรุตม์
ศรีรัตนบัลล์. 2543. คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2535. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสาร
วิจัยการศึกษา 18: 8-9.
- ศิริรณภา ชีห่างให้. 2543. การศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ จันทร์แสงรัตน์. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมนักศึกษา
และสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันพระบรมราชชนก. 2537. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง). เอกสารจัดสำเนา.
- สมพิศ การดำรง. 2544. แรงจูงใจและประสิทธิผลภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าผู้ป่วย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุมาลี อัสวศักดิ์สกุล. 2523. การพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลจากคะแนนสอบ
คัดเลือกรับเข้าศึกษา ทศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล และบุคลิกภาพ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, แม้นมมา จิระจรัส, สมจิตร หนูเจริญกุล และคณะ.(2543). การหาค่าความเชื่อมั่น
ของแบบวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of cancer therapy (FACT) ที่แปลเป็น
ภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอด. วารสารวิจัยทางการแพทย์
,4(1), 61-77.
- เสียงพิน อ่ำโพธิ์. 2543. อนาคตภาพการบริหารงานของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาลบปีที่ 9. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2542. พระราชบัญญัติการศึกษา
แห่งชาติ พ.ศ. 2542 . กรุงเทพมหานคร: พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2544. อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง. เอกสาร
การปฏิรูประบบสุขภาพ. (ม.ป.ท.)
- สำเนาวิ ขจรศิลป์. 2538. มิติใหม่ของกิจการนักศึกษา 2: การพัฒนานักศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- สำเนาวิ ขจรศิลป์. 2539. มิติใหม่ของกิจการนักศึกษา 2: พื้นฐานและบริการนักศึกษา.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- อนันต์ชัย คงจันทร์. 2541. รายงานผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความก้าวหน้าในอาชีพ
ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของผู้บริหารสตรี. ทูนิวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช.
- อัญฐพร หิรัญพุกษ์. 2539. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรสภาพแวดล้อมสถาบันกับ
ผลลัพธ์ทางการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Abrahamowicz, D. 1988. College involvement, perceptions and satisfaction: A student of membership in student organizations. *Journal of College Student Development*, 29: 233-238.
- Anastasi, A. 1976. *Psychological testing*. 4th ed. New York: Macmillan.
- Barnard, C. I. 1968. *The functions of executive*. MA: Harvard University Press.
- Baxter, M. and Marcia, B. 1992. Curricular influences on college students' intellectual development. *Journal of College Student Development*, 33 : 203-213.
- Bloom, B. S. 1956. *Taxonomy of education objectives*. New York: David McKay .
- Chebator, P. J. 1995. *Involvement and student outcome: The student development effects of co-curricular program*. Boston: Boston College.
- Coombs, R. H. and Davies, V. 1967. Socio-psychological adjustment in collegiate scholastic success. *Journal of Education*, 61: 186-189.
- Covey, R. S. 1989. *The 7 habits of highly effective people*. New York: Simon & Schuster.
- Covey, S. 1998. *The 7 habits of highly effective teens*. New York: Simon & Schuster.
- Ernest, R. H. 1962. *Introduction to psychology*. 2nd ed. New York: Harcourt Brace and World.
- Edwina, D. F. 1971. *Image of nursing among college freshmen women in New Orleans*. *Dissertation Abstracts*, 31: 4155-4156.
- Gunter, L. M. 1969. The developing nursing students part II attitude toward nursing as a career. *Nursing Research*, 18:131-136.
- Julia, S. B., Mary, L. O. and Yvonne, B. S. 1974. Baccalaureate students' s image of nursing. *Nursing Research*, 5: 53-55.
- Lampkin, A. K. 1991. *The relationship between leisure activities and career development among a selected group of college seniors*. VA: Virginia Polytechnic and State University.
- Metz and Nancy, D. 1996. *Student development in college unions and student activities*. USA: Association of College Student Unions-International.
- Miller, T. K. and Prince, J. S. 1977. *The future of student affairs*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass .

- Polit, D. & Hungle, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rouillard, L. A. 1994. *Goal and goal setting: Planning to succeed*. Great Britain: Kogan Page.
- Smith, J. S. 1991. *The relationship between involvement on extracurricular activities and the psychosocial development of Clemson University students*. South Carolina: University of South Carolina.
- Steers, R. M. 1997. *Organizational effectiveness: A behavior view*. California: Goodyear.
- Stephen, P. R. 2000. *Managing today*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Sullivan, E. J. and Decker, P. J. 1997. *Effective leadership and management in nursing*. 4th ed. California: Addison Wesley Longman.
- Thurstone, L. L. 1967. *Attitude can be measure: Reading in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley and Sons.
- Triandis, H. C. 1971. *Attitude and attitude change*. New York: John Wiley and Sons.
- Yamane, T. 1973. *Statistic an introductory analysis*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Zammuto, R. F. 1982. *Assessing organizational effectiveness: System change adaptation and strategy*. New York: State University of New York Press.



ภาคผนวก ก.

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง

1. การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคิดเชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล		
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการคิดเชิงบวก	จำนวน	26 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	25 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	จำนวน	36 ข้อ
3. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน
4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อ เพื่อจะสามารถนำผลข้อมูลไปใช้ในการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์



เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

(สำหรับผู้วิจัย)

โรงพยาบาล HN

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

การวินิจฉัยโรค..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

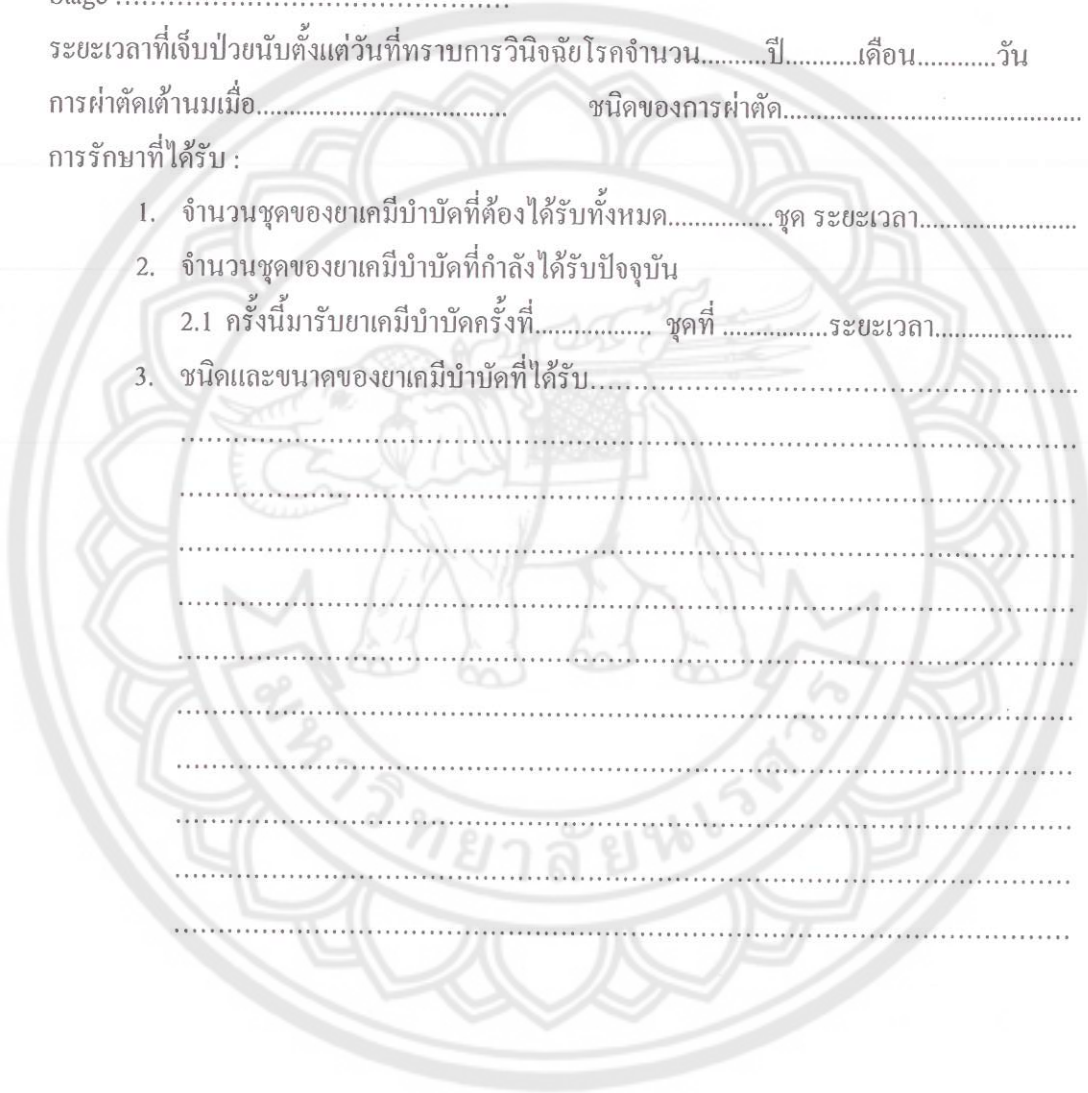
Stage

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยนับตั้งแต่วันที่ทราบการวินิจฉัยโรคจำนวน.....ปี.....เดือน.....วัน

การผ่าตัดด้านมเมื่อ..... ชนิดของการผ่าตัด.....

การรักษาที่ได้รับ :

1. จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ต้องได้รับทั้งหมด.....ชุด ระยะเวลา.....
2. จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่กำลังได้รับปัจจุบัน
 - 2.1 ครั้งนี้มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่..... ชุดที่ระยะเวลา.....
3. ชนิดและขนาดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ.....



คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โปรดทำเครื่องหมาย /
หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านเอง และเติมค่าลงในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี (เต็ม)
2. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย
<input type="checkbox"/> 4. หย่า	<input type="checkbox"/> 5. แยก	
3. จำนวนบุตร..... คน
อายุ บุตร..... ปี,ปี,.....ปี,.....ปี,.....ปี
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา	
กำลังศึกษาหรือจบการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาชั้นปีที่	
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาชั้นปีที่	
<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา	
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	
<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี	
<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. รับราชการ	<input type="checkbox"/> 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ทำงาน
<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ (ระบุ).....	
6. ท่านนับถือศาสนา

<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 2. คริสต์
<input type="checkbox"/> 3. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ
7. รายได้ของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> 2. รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. รายได้ 5,000-10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 4. รายได้ 10,001- 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5. รายได้ 15,001-20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 6. รายได้มากกว่า 20,001 บาท
8. ท่านมีวิธีเสียค่ารักษาพยาบาล

<input type="checkbox"/> 1. เบิกต้นสังกัด	<input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม
<input type="checkbox"/> 3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> 4. จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
<input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ.....	

9. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล

() 1. ไม่มี

() 2. มีเล็กน้อย

() 3. มีปานกลาง

() 4. มีมาก

10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุ.....

11. มีคนในครอบครัวท่านเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

() 1. ไม่มี

() 2. มี เกี่ยวข้องกับท่านเป็น..... ตำแหน่งของโรคมะเร็ง.....

12. วิธีการอื่น ๆ นอกจากเคมีบำบัดที่ท่านใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง

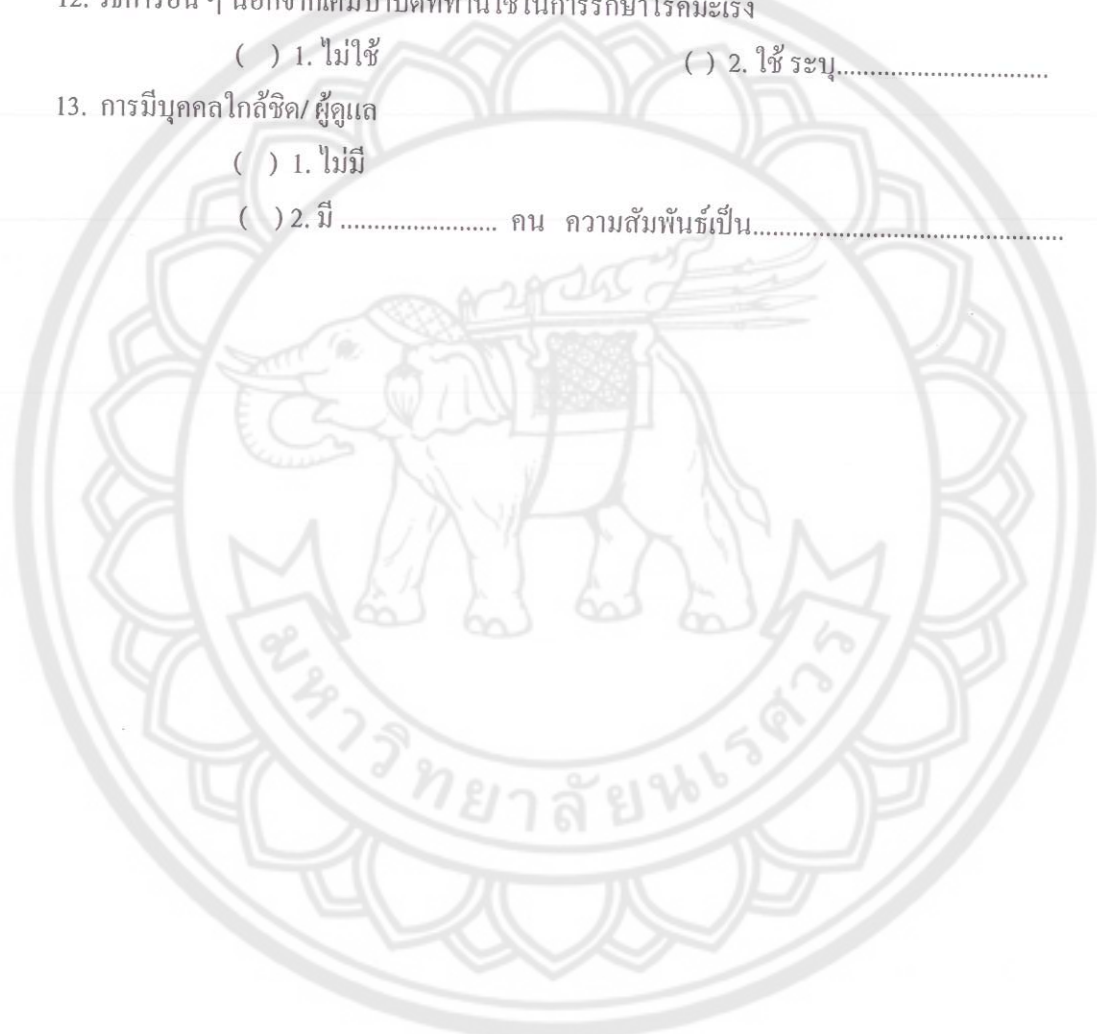
() 1. ไม่ใช่

() 2. ใช่ ระบุ.....

13. การมีบุคคลใกล้ชิด/ ผู้ดูแล

() 1. ไม่มี

() 2. มี คน ความสัมพันธ์เป็น.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการคิดเชิงบวก จำนวน 26 ข้อ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด
น้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านปานกลาง
มาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

การคิดเชิงบวก	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ามองว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ฉันต้องเผชิญ			/		

ข้อความเหล่านี้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด

การคิดเชิงบวก	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
มองตามความจริง						
1. ความเจ็บป่วยที่ข้าพเจ้าเผชิญเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้						
2. ข้าพเจ้ายอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้						
3.....						
4.....						
12.....						
มองให้เห็นประโยชน์						
1. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งอดทน						
2.....						
13.....						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 ที่สุดในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา เพียงข้อเดียว โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงตามความรู้สึกของท่านเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง			/			

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
ความผาสุกด้านร่างกาย						
1. ข้าพเจ้ามีเรี่ยวแรง						
2. ข้าพเจ้าไม่มีอาการคลื่นไส้						
3.						
13.						
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว						
8. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อน ๆ						
9.						
14.						
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ						
15. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ						
16.						
20.						
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม						
21. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้(รวมถึงงานบ้าน)						
22.						
27.						
ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม						
28. ข้าพเจ้าหายใจไม่เต็มอิ่ม						
29.						
36.						



ภาคผนวก ข.

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย
หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ ภาษาไทย	ชื่อ ภาษาไทย	นางสาวธิดารัตน์	คำบุญ
ภาษาอังกฤษ	Miss Thidarat	Khamboon	
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์		
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร		
	ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ. พิษณุโลก 65000		
	โทรศัพท์ 055-261000 ต่อ 6722		
	โทรสาร 055-261108		
ประวัติการศึกษา			
ระดับบัณฑิตศึกษา	พ.ศ. 2542 จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต		
จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล			
ระดับมหาบัณฑิต	พ.ศ. 2546 จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา		
บัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย			
ประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย			
	- ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การรับรู้การดำเนินการ		
	ด้านกิจการนักศึกษา กับความเป็นผู้มีประสิทธิผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัด		
	กระทรวงสาธารณสุข		
	- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเพศศึกษาโดยเน้นผู้เรียน		
	เป็นสำคัญ		
ผลงานวิจัยที่กำลังดำเนินการ			
	- การพัฒนารูปแบบเพื่อลดความทุกข์ทรมานและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไต		
	เรื้อรังขณะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1			
1. ชื่อ ภาษาไทย	นางอรวรรณ รัตนจำรูญ		
ภาษาอังกฤษ	Mrs. Orawan Rattanachumrul		
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 7		
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลพุทธชินราช อ.เมือง จ.		
พิษณุโลก	โทรศัพท์ 055-219844 ต่อ 1750		

ประวัติการศึกษา

ระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์
ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

พ.ศ. 2542 การสอนการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีพิษณุโลก

พ.ศ. 2546 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วย
มะเร็ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย

- การติดเชื้องูทางระบบทางเดินหายใจจากการใช้ ambu bag

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

1. ชื่อ ภาษาไทย นางปาริณันท์ คงสมบุญ
ภาษาอังกฤษ Mrs. Parinun Kongsomboon
ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชั้น 7
สถานที่ทำงาน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

จ. นครสวรรค์

ประวัติการศึกษา

ระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุง
ครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ระดับมหาบัณฑิต พ.ศ. 2544 การศึกษามหาบัณฑิต สาขาบริหาร
การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย

- การเกิดอุบัติเหตุการจราจรในจังหวัดนครสวรรค์
- โรงเรียนการศึกษาดีเด่น

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

ชื่อ ภาษาไทย นางบุปผา จันนคร
ภาษาอังกฤษ Mrs. Boobpa Jannakorn
ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชั้น 7
สถานที่ทำงาน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จ.

อุตรดิตถ์

ประวัติการศึกษา

ระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2534 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุง
ครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลอุดรดิตถ์

ระดับมหาบัณฑิต พ.ศ. 2546 การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาและ
การแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย

- การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการและภาวะความเจ็บป่วยของเด็กก่อนวัย
เรียนที่เลี้ยงดูในสถานเลี้ยงเด็กแบบกลางวันกับเลี้ยงดูในครอบครัว อ.วัดโบสถ์
จ. พิษณุโลก (ปี 2546)
- ระบาดวิทยา, การเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

