



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคง
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
EFFECTIVENESS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM
ON VULNERABILITY IN PATIENTS WITH BREAST
CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

นภรรสสร กุรมาภิรักษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

EFFECTIVENESS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON VULNERABILITY IN PATIENTS
WITH BREAST CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

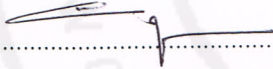
นภรรสสร กุรมาภิรักษ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

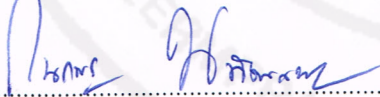
เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2557

ศิริกมล กิ่งสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



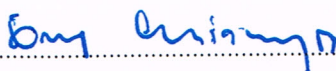
รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
กรรมการ




ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
กรรมการ



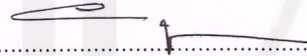
อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
กรรมการ



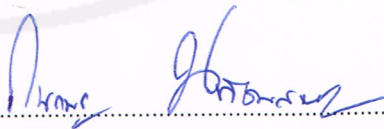
รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



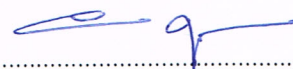
อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)



รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

นภรรสสร กุรมาภีรักษ์ 534105

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นภาพร แก้วนิมิตชัย, ค.ด. (การอุดมศึกษา)

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของความไม่มั่นคงและผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มารับบริการ ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความไม่มั่นคง และโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ลักษณะความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระวนกระวายใจกับผลการรักษามากที่สุดร้อยละ 64.71 ($\bar{x}=1.44$, S.D.=0.660) รองลงมาคือ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ร้อยละ 61.76 ($\bar{x}=1.50$, S.D. = 0.749) และรู้สึกว่ารู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจต้องบอกให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจรับทราบคิดเป็นร้อยละ 61.76 ($\bar{x}=3.29$, S.D.=1.031) สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกน้อยที่สุดคือ ไม่ต้องการพูดถึงการเจ็บป่วยครั้งนี้ร้อยละ 5.88 ($\bar{x}=3.32$, S.D.=0.912) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความไม่มั่นคงก่อนและหลังให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23.484$, $p = .000$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดลดลง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในหน่วยเคมีบำบัดต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม เคมีบำบัด ความไม่มั่นคง แรงสนับสนุนทางสังคม

**EFFECTIVENESS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON VULNERABILITY IN PATIENTS
WITH BREAST CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY**

NAPASSORN KURAMAPIRAK 534105

MASTER OF NURSING SCIENCE (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NAPAPORN KAWNIMITCHAI, Ed.D. (DOCTOR OF EDUCATION)

VANIDA DURONGRITICHAI, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH NURSING)

ABSTRACT

This quasi-experimental research was a one group pretest-posttest design. The purposes were to evaluate the characteristics of vulnerability and the effectiveness of social support program affecting vulnerability in people with breast cancer under chemotherapy. Thirty-four eligible patients with purposive sampling were recruited from a cancer center (a tertiary care hospital) located at the western part of Thailand. The tools were composed of demographic information, the vulnerability questionnaire, and social support program (SSP). Descriptive statistics including percentages, means, and standard deviations and the paired T-test were used to analyze data. The results revealed that:

In terms of vulnerability, patients reported feelings affecting the treatment at most including anxiety feeling 64.71% ($\bar{x} = 1.44$, S.D.=0.660), uncertain feeling 61.76% ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.749), the need to inform family members or trust persons 61.76 ($\bar{x} = 3.29$, S.D.=1.031), respectively. Patients reported least scores of the item of not wanting to discuss about the symptom 5.88% ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.912). After the intervention program, the average score of vulnerability was significantly higher than that before receiving the social support program. ($t = -23.484$, $p=.000$)

The SSP decreased the vulnerability in patients with breast cancer under chemotherapy. The results could apply for patients with breast cancer under chemotherapy in other centers.

Keywords: breast cancer, chemotherapy, vulnerability, social support

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี จากความกรุณาอย่างยิ่งของคณาจารย์ ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย และรองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไข
ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์
พรศิริ พันธสี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง คุณแมนมนา
จิระจรัส และคุณอัมพร จันดา ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่
เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา รวมถึงเจ้าหน้าที่ของ
คณะพยาบาลศาสตร์ และเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษาใน
สถาบันแห่งนี้จนประสบความสำเร็จในการศึกษา

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ หน่วยเคมีบำบัด ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลราชบุรี และ
เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือ ให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการเก็บ
ข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ได้
ให้ข้อมูลต่าง ๆ และเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้อง ขอขอบคุณเพื่อน ๆ
นักศึกษาปริญญาโททุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจให้ฟันฝ่าอุปสรรคทั้งปวง และให้การส่งเสริมสนับสนุน
ด้วยดีมาตลอด ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยดี

นภรรสสร กุรมาภิรักษ์

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ก |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ข |
| กิตติกรรมประกาศ | ค |
| สารบัญ | ง |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| สารบัญแผนภูมิ | ช |
| บทที่ 1 บทนำ | |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 คำถามการวิจัย | 5 |
| 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย | 5 |
| 1.4 ขอบเขตการวิจัย | 5 |
| 1.5 คำนิยามศัพท์ | 6 |
| 1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย | 7 |
| 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 7 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | |
| 2.1 โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด | 8 |
| 2.2 ความไม่มั่นคง | 20 |
| 2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม | 25 |
| 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 33 |
| บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย | |
| 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 35 |
| 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 36 |
| 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 42 |
| 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล | 48 |
| 3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย | 48 |
| 3.6 จริยธรรมในการวิจัย | 48 |

สารบัญ (ต่อ)

| | | |
|-----------------|---|----|
| บทที่ 4 | ผลการวิจัย | |
| 4.1 | ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | 49 |
| 4.2 | ลักษณะของความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม | 51 |
| 4.3 | ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความไม่มั่นคงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม | 53 |
| บทที่ 5 | สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | |
| 5.1 | สรุปผลการวิจัย | 55 |
| 5.2 | การอภิปรายผล | 56 |
| 5.3 | ข้อจำกัดของการวิจัย | 58 |
| 5.4 | ข้อเสนอแนะ | 58 |
| บรรณานุกรม | | 60 |
| ภาคผนวก | | |
| | ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย | 71 |
| | ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย | 72 |
| | ภาคผนวก ค เครื่องมือวิจัย | 73 |
| | ภาคผนวก ง โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม | 75 |
| | ภาคผนวก จ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | 79 |
| | ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 80 |
| | ภาคผนวก ช หนังสืออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูล | 81 |
| ประวัติผู้เขียน | | 82 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | ระยะของโรคมะเร็งเต้านม | 12 |
| 2 | Stage grouping | 13 |
| 3 | เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่มั่นคงสูงและความไม่มั่นคงต่ำ | 22 |
| 4 | สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ | 38 |
| 5 | ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป | 49 |
| 6 | ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรียงลำดับตามลักษณะความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่าง จากมากที่สุดไปน้อยที่สุดก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม (n = 34) | 51 |
| 7 | ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความไม่มั่นคงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม แรงสนับสนุนทางสังคม | 53 |

สารบัญแผนภูมิ

| แผนภูมิที่ | | หน้า |
|------------|-------------------------------|------|
| 1 | กรอบแนวความคิด | 34 |
| 2 | ขั้นตอนการวิจัย | 46 |
| 3 | ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล | 47 |



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของสตรีทั่วโลกและพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งปอด โดยคิดเป็นร้อยละ 16 ของโรคมะเร็งในสตรี และเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของการตายในสตรี (American Cancer Society. 2008) ข้อมูลจาก American Cancer Society (ACS) รายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมจากปี ค.ศ. 1996-2000 ในคนขาวพบ 140.8 ต่อประชากรแสนคน ในคนแอฟริกันพบ 121.7 ต่อประชากรแสนคน และในเอเชียพบ 97.2 ต่อประชากรแสนคน (Ghafoor et al. 2003) ในปี ค.ศ. 2011 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในสตรี และพบว่าสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 230,480 ราย และเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 39,520 ราย (American Cancer Society. 2011)

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยด้วยเช่นเดียวกับประเทศอื่น เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย โดยในปัจจุบันสถิติของโรคมะเร็งเต้านมในสตรีมีสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในสตรี (การตี ปรึกษาวิทยาคณะ และคณะ. 2550) และจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วยสตรีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 816 คน จากผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งทั้งหมด จำนวน 1,947 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง. 2554) สถิติการตายจากโรคมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งที่เป็น ถ้าเป็นระยะที่หนึ่งโอกาสรอดชีวิต (Survival rate) 5-10 ปี จะมีถึง ร้อยละ 80 ถ้าเป็นในระยะที่สอง โอกาสรอดชีวิตเหลือ ร้อยละ 60 ระยะที่สามเหลือ ร้อยละ 40 และระยะที่สี่โอกาสรอดชีวิตจะต่ำกว่า ร้อยละ 20 (สุรพงษ์ สุภภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และสมิต วงศ์เกียรติขจร. 2542)

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมมี 4 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัด การเลือกใช้วิธีการรักษานั้นขึ้นอยู่กับชนิดและระยะการดำเนินของโรค (Griffiths, Murry and Russo. 1984 ; สุรพงษ์ สุภภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และสมิต วงศ์เกียรติขจร. 2542 ; ปราณีย์ ทัพไพเราะ. 2552) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและรังสีรักษา เป็นการรักษาที่มุ่งควบคุมโรคเฉพาะที่หรือเฉพาะบริเวณเท่านั้น จะได้ผลดีในมะเร็งระยะเริ่มแรก (เยาวนุช คงदान. 2550 ; ไพศาล พงศ์ชัยพฤกษ์. 2550) การให้ฮอร์โมนบำบัดจะได้ผลดีในกรณีที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบว่ามีตัวรับเอสโตรเจน (Estrogen receptor) หรือตัวรับโปรเจสเตอโรน (Progesterone receptor) ให้ผลบวก (Positive) (กฤช โพธิ์สุวรรณ. 2545) ส่วนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่หวังผลถึงการหายขาดและป้องกันการแพร่กระจายหรือลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (Annual odds of recurrence) ได้ถึงร้อยละ 25 และลดอัตรา

การตาย (Annual odds of death) ได้ร้อยละ 15 โดยผลของการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคจะเห็นได้ชัดเจนใน 5 ปีแรก หลังการวินิจฉัยโรคและมีผลต่อการอยู่รอดชีวิตเห็นได้ชัดเจนตลอดระยะเวลา 10 ปี (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และสมิต วงศ์เกียรติขจร. 2542) และจากสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 816 ราย มักได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งวิธีเป็นจำนวนทั้งสิ้น 487 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดถึง 454 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง. 2554)

แม้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่เป็นการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน และผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากทั้งยาเคมีบำบัดร่วมกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการให้เคมีบำบัดจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrel et al. 1998) ยาเคมีบำบัดมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และความเหนื่อยล้า ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปยังการสูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือบทบาททางสังคม (Raines. 1998) สำหรับผลทางด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า (วรพรรณ คำผั้น. 2554) ขาดความมั่นใจในตนเอง ต่ำห็นตนเองว่าไร้ค่า (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. 2544) สตรีบางรายรู้สึกฝืนร้ายทุกครั้งที่ต้องมารับเคมีบำบัด ซึ่งอาจนำไปสู่การยุติการรักษาซึ่งจะยิ่งส่งผลให้โรคมียาอาการรุนแรงมากขึ้น (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541)

ท่ามกลางการเผชิญความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมักเกิดอารมณ์ความไม่มั่นคงด้วย จากการที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะมีทัศนคติเชิงลบรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง และกลัวว่าโรคจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และนำไปสู่ความตาย (สุรลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์. 2546) กลัวถูกรังเกียจและทอดทิ้ง สูญเสียความงามและเอกลักษณ์ความเป็นหญิง (สุนีย์ จันทรมหาเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์. 2540) บางรายมีความวิตกกังวลในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงเกี่ยวกับหน้าที่การงานในอนาคต อีกทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ต่อเนื่องและมีอาการข้างเคียงต่าง ๆ จากการรักษาตามมาทำให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นคงเกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การรักษา การหายหรือกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะไม่สุขสบาย รวมไปถึงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยต่อความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้น (Weisman. 1976) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Lazarus and Folkman. 1984) ไวส์แมนและวอร์ดเดน (Weisman and Worden. 1979) กล่าวว่า ความไม่มั่นคง ความหวาดกลัว ความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของการเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสีย เป็นความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิต ความสิ้นหวัง ไปจนกระทั่งความตาย รวมไปถึงการมีความรู้เกี่ยวกับโรค แต่ไม่ถูกต้องทั้งหมด ความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นจะยิ่งทวีคูณขึ้น จากการศึกษาของ เกรดอน (Graydon. 1988) ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีปัญหาด้านจิตใจมากจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น และปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาน้อยลง ขณะที่ ไวส์แมน (Weisman. 1976) พบว่า

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่างมีความไม่มั่นคงเกิดขึ้นทั้งสิ้น โดยความไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ร้าย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคาดหวัง ความช่วยเหลือจากผู้อื่น และฐานะทางเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีความไม่มั่นคงเกิดขึ้น บางรายต้องการปกปิดไม่ให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และหันไปพึ่งยาสมุนไพร ขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และไม่กล้าสอบถามข้อสงสัยจากแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้องในการรักษา (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541 ; ฐานิต หิรัญคุปต์. 2552)

การที่บุคลากรทางด้านสุขภาพมักให้ความสำคัญกับการรักษาที่เน้นการจัดการกับอาการ ความผิดปกติทางด้านร่างกายเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์มากขึ้นหรือสูงเกินไปได้ง่าย (ชูลิรัตน์ สารรัตน์. 2546) เนื่องจากมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดประกอบกับหากขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างชัดเจน จะยิ่งส่งผลให้ความไม่มั่นคงสะสมเพิ่มขึ้นและแสดงออกด้วยการแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ตนเองต่อสู้กับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เช่น การปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบให้เป็นไปในทางบวก และการเบี่ยงเบนความสนใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า แต่ในระยะต่อไปผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง กังวลว่าตนเองจะมีชีวิตได้นานเท่าใด หรือมีชีวิตรอดหรือไม่ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541) มีความรู้สึกสิ้นหวัง กลัวการถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่คุกคามต่อความมั่นคงของจิตใจเป็นอย่างมาก (กิตติพล นาควิโรจน์. 2553) หากความไม่มั่นคงยังคงอยู่กับผู้ป่วยในระยะยาวอาจมีผลต่อการรักษาและการดำเนินของโรค และเสียชีวิตเร็วขึ้น (Badger et al. 2007)

นอกจากการมุ่งเน้นการรักษาทางกายแล้ว ควรควบคู่กับการรักษาทางด้านจิตใจ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ คือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน (House. 1981) จะช่วยค้ำจุนจิตใจและทำให้บุคคลมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคมะเร็งเต้านม และสามารถดูแลตนเองให้เกิดความสมดุลของชีวิตได้ (ชมนาด วรรณพรศิริ. 2555) ไวส์แมน กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงควรมีบทบาทในการเป็นผู้ให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้คลายความวิตกกังวล (Weisman. 1980) มีงานวิจัยระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความไม่มั่นคงลดลงได้ ผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือและให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ จะมีความไม่มั่นคง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการรับการรักษา และสามารถรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง และผลการรักษาย่อมเป็นที่น่าพอใจ (จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และดุขุฎี มุขสมบัติ. 2539 ; Tugba and Sabire. 2010) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวแล้ว บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่ง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของ

การรับการรักษาตามปกติและในช่วงที่รับยาเคมีบำบัด โดยมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความไม่มั่นคง ด้วยการเป็นแหล่งประโยชน์ที่ให้การพยาบาลตามบทบาท ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตัดสินใจ และเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการบริการ ซึ่งช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น (ฐานิต หิรัญคุปต์. 2552) และแรงสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลช่วยลดความรู้สึกไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นได้ (Finfgeld-Connett. 2005) ดังนั้นหากพยาบาลให้แรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความใส่ใจและให้ความร่วมมือในการมารับการรักษามากขึ้น (จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และดุชฎี มุขสมบัติ. 2539) และยังช่วยสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจได้เมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน (ฐานิต หิรัญคุปต์. 2552)

ศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเข้ามารับการรักษาทั้งจากในพื้นที่และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ จำนวนไม่น้อย ในปี 2554 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 241 ราย ได้รับยาเคมีบำบัด มีจำนวน 3,043 ครั้ง จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2556 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความไม่มั่นคงในบางรายต้องการปกปิดไม่ให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และหันไปพึ่งยาสมุนไพร รู้สึกถึงความไม่แน่นอนว่าจะมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าใด ขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และไม่กล้าสอบถามข้อสงสัยจากแพทย์และพยาบาลเมื่อสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว พบว่าให้ความสนใจและใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเช่นกัน สำหรับบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่าเน้นการให้การดูแลด้านร่างกายเป็นหลักยังขาดแบบแผนการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตลอดจนการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อต้องรับยาเคมีบำบัด จะเห็นได้ว่าความไม่มั่นคงเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกและรับรู้ต่อโรคที่ตนเองเป็นอยู่ในทางลบและพยายามแสวงหาทางออกด้วยวิธีที่ตนเองคิดว่าจะช่วยจัดการความรู้สึกนี้ได้ ขณะที่ครอบครัวยังไม่สามารถตอบสนองต่อความไม่มั่นคงของผู้ป่วยที่ตรงตามความต้องการทั้งในเชิงความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดจากโรค สำหรับพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การตอบสนองต่อความต้องการของทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้แก่ผู้ป่วยยังไม่สมดุล

จากความสำคัญที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดความไม่มั่นคงลงได้ด้วยการปรับให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อที่จะสามารถปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล สำหรับครอบครัวสามารถเข้าใจการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย และพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่ไม่รู้สึกลัวว่าถูกทอดทิ้งให้ต้องเผชิญกับโรคและการรักษาตามลำพัง โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา พร้อมกับเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจปัญหาความต้องการ และให้ความสำคัญมิติด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มากขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ออกแบบโปรแกรมที่เน้นแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ต้องรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยลดความไม่มั่นคงได้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจบนการสนับสนุนของครอบครัว และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในที่สุด

1.2 คำถามการวิจัย

1. ลักษณะความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. การให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลของการได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยสตรีอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี ที่รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และแพทย์ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2557

1.5 คำนิยามศัพท์

1. ความไม่มั่นคง ในที่นี้แปลตรงตามคำศัพท์จากคำว่า Vulnerability ในพจนานุกรมปี พ.ศ. 2553 (วิริทธิ์พล รัตนพรศิริ. 2553) ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ความไม่มั่นคง หมายถึง ภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ที่แสดงถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานภายในจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในขณะที่ใดขณะหนึ่งที่ศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก และเป็นสิ่งที่ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยนั้นเผชิญต่อปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย อารมณ์ความรู้สึก 13 ชนิด คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกกระวนกระวาย ความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกซึมเศร้าหดหู่ ความรู้สึกสูญเสียพลังใจ ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกเหนื่อยล้า ความรู้สึกไร้คุณค่า ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกที่ปฏิเสธความจริง ความรู้สึกโหดร้ายรุนแรง การปฏิเสธความช่วยเหลือ และการรับรู้อนาคต (Weisman and Worden. 1979)

2. แร่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้รับการปฏิบัติและได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ทิวาวิจัยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ วัสดุ สิ่งของ (Instrumental support) 3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และ 4) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support)

3. โปรแกรมแร่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการของกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และลดความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยออกแบบบนกรอบแนวคิดแร่งสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House. 1981) กิจกรรมครอบคลุมตั้งแต่ 1) การประเมินโดยการสัมภาษณ์ สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว 2) การวินิจฉัยการพยาบาลได้จากการประเมินปัญหาที่พบในผู้ป่วย 3) การให้การพยาบาลตามผลการวินิจฉัยการพยาบาลที่พบกิจกรรมหลักในการพยาบาลเน้นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ วัสดุ สิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้การประเมินผล กิจกรรมประกอบด้วย ส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามนัดอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ 4) การประเมินผล สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย สไลด์ประกอบการบรรยาย และคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวเมื่อต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ภาคผนวก ง)

4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยสตรีอายุ 35-59 ปี ที่มารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และได้ยาเคมีบำบัดชนิดใดชนิดหนึ่งต่อไปนี้ คือ ไซโคลฟอสฟาไมด์ + เมทโทเทรกซ์เซท + 5-ฟลูออโรราซิล (CMF), เอเดรียมัยซิน/ด็อกโซรูบิซิน + ไซโคลฟอสฟาไมด์

(AC), ไพร์ เอพ ยู + ไฮโคลฟอสฟาไมด์ + เอเดรียมัยซิน/ดีออกโซรูบิซิน (FAC) ไพร์ เอพ ยู + อีพิรูบิซิน + ไฮโคลฟอสฟาไมด์ (FEC) (C = Cyclophosphamide, M = Methotrexate, F = 5-FU, A = Adriamycin (doxorubicin))

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความไม่มั่นคงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นต้นแบบของโปรแกรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นแนวทางสำหรับนำมาออกแบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลมิติ ทางร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมการบรรเทาอาการจากโรคหรือเผชิญโรคและอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดที่จะศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลราชบุรี และกำหนดประเด็นของเนื้อหาโดยเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
- 2.2 ความไม่มั่นคง
- 2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2.1.1 ความหมายของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ เซลล์ของเต้านมที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว และเติบโตอย่างผิดปกติเหนือการควบคุมของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายที่เกิดขึ้นมาใหม่จากเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย และมีโทษต่อร่างกาย ลักษณะการโตของก้อนมะเร็งเต้านมจะเป็นแบบแทรกซ้อนหรือมีส่วนยื่นเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติโดยรอบเหมือนขา มีการทำลายเนื้อเยื่อปกติใกล้เคียงเป็นอย่างมาก มีการทำลายหลอดเลือดหรือจากการที่ก้อนมะเร็งโตเร็วมากจนขาดเลือดไปเลี้ยง จึงเกิดการเน่าตายของเซลล์มะเร็ง นอกจากนี้ยังมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองก่อนที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย (นพวัชร สมานศติวัฒน์. 2544)

2.1.2 พยาธิสรีรวิทยาการเกิดมะเร็งเต้านม (Pathology)

มะเร็งเต้านมเกิดจากการที่ยีนเกิดการเปลี่ยนแปลง มีผลต่อการสร้างของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นที่เยื่อผิวภายในระบบของท่อน้ำนม ไม่ใช่เกิดกับกระเปาะปลายท่อที่ทำหน้าที่สร้างน้ำนม (วิไลวรรณ หม้อทอง และคณะ. 2549) การเกิดของเซลล์มะเร็งในระยะแรกนั้น จะพบการกระตุ้นของ Telomerase การเพิ่มขึ้นของการกลายพันธุ์ของ p53 และการทำงานที่ผิดปกติของ HER2, Rb และ Cyclin D1, D2 และ E การเกิดขึ้นของการเพิ่มขึ้นของกลายพันธุ์ของ p53 และ Amplification ของ HER2 พบเป็นจำนวนน้อยใน ADH การกลายพันธุ์ของ h-ras Oncogene และการสะสมของยีนมะเร็ง (Oncogene) มีให้เห็นในการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งแบบรุกราน รวมทั้งการลดลงของ การกลายพันธุ์ของ p53 และการทำงานของ HER2 โดยการพัฒนาของความสามารถในการรุกรานการแพร่กระจาย ในเซลล์ที่ลุกลามนั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย กลไกที่แน่นอนนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ แต่สามารถสรุปได้คร่าว ๆ

คือ ในระยะแรกของการเกิดมะเร็ง จะเกิดการกระตุ้น Telomerase และการทำงานที่ผิดปกติของไซคลิน (Cyclins) จากนั้นจะเกิดการลดลงของ Apoptosis ด้วยการทำงานของ bcl-2 ไซคลิน ดีวัน (Cyclin D1) จะเพิ่มสูงขึ้นใน Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) ที่มีเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ (Estrogen Receptor : ER) เป็นผลบวก (Positive) ในขณะที่ ไซคลิน อี(Cyclin E) จะเพิ่มสูงขึ้นใน DCIS ที่มีเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ เป็นผลลบ (Negative) ซึ่งตัวชี้วัดการเกิดมะเร็งนั้นจะได้รับผลกระทบจากสถานะของเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ ต่อมาจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงจาก DCIS ไปเป็น Invasive ductal carcinoma โดยมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เช่น Myc, Ras และตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจาย เช่น Angiogenesis อาจพบได้ในมะเร็งระยะเริ่มต้น เช่น DCIS (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547) เซลล์มะเร็งที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติแต่ยังคงอยู่ในขอบเขตเนื้อเยื่อเดิมภายใน Basement membrane เรียกว่า In situ แต่ถ้าออกมานอก Basement membrane เรียกว่า ลูกลาม (Invasive) โดยจะมีการลูกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงก่อน (ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552)

จากลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมมีส่วนสำคัญที่บอกถึงลักษณะของโรค การตอบสนองต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน จึงแบ่งพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. Invasive carcinoma พบได้บ่อยถึงร้อยละ 75 ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทย่อย คือ Medullary, Mucinous และ Tubular carcinoma ในโดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ การลูกลามไปที่ต่อมน้ำนมแล้ว อาจคลำพบก้อน บางรายอาจมีต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วย นอกจากนี้ สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของเส้นเลือดหรือต่อมน้ำเหลือง (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547)

2. Non-invasive carcinoma มีลักษณะเป็นก้อน แต่ยังไม่มีการแพร่กระจาย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1 Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) คือ เซลล์มะเร็งเกิดขึ้นที่ต่อมน้ำนม หากทิ้งไว้จะกลายเป็น Invasive carcinoma

2.2 Lobular Carcinoma In Situ (LCIS) คือ เซลล์มะเร็งเกิดขึ้นที่ต่อมน้ำนม

ทั้ง 2 ประเภทสามารถตรวจพบได้ด้วยเครื่อง Mammography ซึ่ง DCIS จะพบได้บ่อยกว่า LCIS ประมาณ 6 – 3 : 1 และลักษณะทางพยาธิวิทยาของ DCIS ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ต้องตรวจด้วยเครื่อง Mammography ไม่สามารถพบได้ด้วยการคลำและมีอุบัติการณ์มากที่สุดที่ช่วงอายุ 51–59 ปี

3. Uncommon breast cancer หรือ Special consideration แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

3.1 Inflammatory breast cancer พบผู้ป่วยมีลักษณะของ Inflammatory ได้ประมาณร้อยละ 2-5 ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญ คือ บวม แดงของเต้านม บางครั้งจะคลำก้อนมะเร็งไม่ได้ การที่มีลักษณะของ Inflammatory จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547)

3.2 Bilateral breast cancer คือ การเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างอาจเกิดได้พร้อมกัน (Synchronous) หรือเกิดคนละเวลา (Metachronous) ก็ได้แต่ส่วนใหญ่จะเป็น Metachronous ส่วนอุบัติการณ์ของการเกิด Synchronous พบได้เพียงร้อยละ 1 - 2 เท่านั้น การรักษาจะพิจารณาตามระยะโรคในแต่ละข้าง

3.3 Cystosarcoma phylloides มะเร็งเต้านมที่มีลักษณะแบบนี้จะมีโอกาสกำเริบได้ไม่เกินร้อยละ 5 และมักจะไม่ค่อยลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง

2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันพบว่าสตรีไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น โดยยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีสาเหตุมาจากอะไร และมะเร็งเต้านมก็ไม่ใช่วิโรคติดต่อที่สามารถติดจากผู้อื่นได้ จากการวิจัยและรายงานต่าง ๆ พบว่า สตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านม (La-Vecchia et al. 1998 ; ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า การเกิดมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับประวัติครอบครัว คือ เคยมีคนในตระกูลเดียวกันเคยเป็นมาก่อน เกิดจากการผ่าเหล่า (Mutatio) ของยีน BRCA1 BRCA2 p53 และ PTEN (Marsh and Zori. 2002 ; Smith, Cokkinides and Brawley. 2008)

2. ปัจจัยทางด้านอาหาร (Bland et al. 1999) โดยอาหารที่อาจเสริมให้เป็นมะเร็งเต้านมได้แก่

- อาหารที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันสัตว์ (Saturated fat)
- อาหารที่ผ่านการปรุงแบบทอด
- อาหารเนื้อสัตว์ (Red meat) เมื่อทำให้สุกแล้วจะได้สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) เช่น เฮเทอโรไซคลิก เอมีนส์ (Heterocyclic amines) และโพลีไซคลิก อโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclin aromatic hydrocarbon) ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้

- เหล้า เป็นอีกปัจจัยที่มีแนวโน้มทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากแอลกอฮอล์มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็งร่วม (Cocarcinogen) โดยทำให้สารก่อให้เกิดมะเร็งผ่านผนังของเซลล์ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเป็นตัวที่จะไปลดการทำลายหรือเพิ่มการสร้างเอสโตรเจนในร่างกาย

3. ปัจจัยด้านน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม โดยเปรียบเทียบกับค่าดัชนีมวลกาย (Body-Mass-Index : BMI) กล่าวคือ กลุ่มคนที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ จะเพิ่มอัตราการเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม 2.08 เท่า

4. การได้รับยาประเภทฮอร์โมน เช่น

- ยาคุมกำเนิด ถ้ารับประทานยาเป็นเวลานาน เช่น 10 ปีขึ้นไป และรับประทานตั้งแต่อายุน้อยกว่า 18 ปี มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (Louise. 1995)

- การได้รับฮอร์โมนทดแทนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน

5. การสมรสและการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่สมรสแล้วแต่ไม่มีบุตรมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งมากกว่าผู้มีบุตร ร้อยละ 30-70 และถ้ามีการตั้งครรภ์และมีบุตรเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ตั้งครรภ์และมีบุตรเมื่ออายุน้อย

6. อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน อัตราเสี่ยงของเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และเพิ่มขึ้น 2 เท่า ของทุก ๆ ระยะ อายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี จนกระทั่งถึงวัยหมดประจำเดือนพบว่า สตรีที่หมดประจำเดือนเร็ว คือ หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมน้อยกว่าผู้ที่หมดประจำเดือนช้าถึง 2 เท่า และยังพบว่าคนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 11 ปี หรือหมดประจำเดือนหลังอายุ 54 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น

7. การได้รับกัมมันตรังสี (Bland et al. 1999 ; Saslow et al. 2007)

8. การแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น

2.1.4 อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม

1. มีก้อนในเต้านม คลำพบเป็นก้อนแข็ง การยึดติดกับผิวหนังและกล้ามเนื้อแพคโทรอล (Pectoral) ผนังทรวงอกเป็นก้อนที่โตเร็ว ขอบเขตไม่ชัดเจน และก้อนดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเต้านมข้างที่เป็น (วิไลวรรณ หม้อทอง และคณะ. 2549)

2. ผิวหนังบริเวณเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นได้ เช่น ย่น หดตัว หรือหนาขึ้น ผิดปกติ มีผื่นแดง (Erythema) ผิวหนังบวม (Edema) มีรอยบุ๋มหรือผิวหนังที่คลุ่มก้น (Dimpling) มีตุ่มของเนื้อร้ายกระจายไปนอกเต้านม (Satellite nodules) การอักเสบของผิวหนัง (Ulceration) อาจเห็นผิวหนังมีลักษณะคล้ายผิวส้ม (Peaud' orange) มีแผลและน้ำเหลืองเยิ้มที่ผิวหนังของเต้านม (Eczema) (Nagell et al. 1976)

3. การเปลี่ยนแปลงของหัวนมจะ พบว่า หัวนมหด (Retraction) หัวนมต่าง (Discoloration) หัวนมไม่สม่ำเสมอ (Erosion) (ชูลีรัตน์ สารรัตน์. 2546) อาจพบหัวนมแดงผิดปกติก้อาจมีเลือด หรือน้ำออกจากหัวนม (Nipple discharge) (วิไลวรรณ หม้อทอง และคณะ. 2549) สังเกตสีและตำแหน่ง

4. ต่อม้ำเหลือง โดยดูขนาดของต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ จำนวน และการยึดแน่นกับผิวหนัง (วิไลวรรณ หม้อทอง และคณะ. 2549) อาจคลำพบต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้โตขึ้น

2.1.5 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

ระยะโรคแบบที่เอ็นเอ็ม (TNM) เป็นกำหนดระยะของโรคแบบมาตรฐานสากลทั่วโลกกำหนดขึ้นโดย International Union Against Cancer (UICC : Union International Center Le Cancer) (Union International Center Le Cancer. 1977) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) (Fleming et al. 1997) ซึ่งระยะโรคแบบที่เอ็นเอ็ม กำหนดจากที่ (Tumor : T) คือ ขนาดก้อน จำนวนก้อน ตำแหน่งที่ก้อนอยู่ เอ็น (Lymph nodes : N) คือ ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป และเอ็ม (Metastasis : M) คือ การแพร่กระจายของโรคไปที่อวัยวะอื่น โดยมีรายละเอียดแสดงดังตาราง

ตารางที่ 1 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

| Primary Tumor : T | Lymph nodes : N | Metastasis : M |
|--|--|---|
| T0 ไม่มีหลักฐานของก้อน | Nx ไม่สามารถประเมินการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองได้ | Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้ |
| Tis มะเร็งระยะต้น ๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ | N0 ไม่พบการกระจายของมะเร็งสู่ต่อมน้ำเหลือง | M0 ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น |
| T1 ก้อนมะเร็งมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร โดย <ul style="list-style-type: none"> - T1mic มีการลุกลามระดับจุลภาคในขนาดไม่เกิน 0.1 เซนติเมตร - T1a ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 0.1 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร - T1b ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 0.5 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 1.0 เซนติเมตร - T1c ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 1.0 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 2.0 เซนติเมตร | N1 มะเร็งแพร่กระจายเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันและต่อมน้ำเหลืองยังเคลื่อนที่ได้ | M1 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant metastasis) |
| T2 ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 2.0 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5.0 เซนติเมตร | N2 มะเร็งแพร่กระจายเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันและต่อมน้ำเหลืองยึดติดกับเนื้อเยื่อหรือโครงสร้างข้างเคียงไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ | |
| T3 ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 5.0 เซนติเมตร | N3 มะเร็งแพร่กระจายเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองส่วนในของผนังทรวงอก (Internal mammary lymph node) | |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| Primary Tumor : T | Lymph nodes : N | Metastasis : M |
|--|-----------------|----------------|
| <p>T4 มะเร็งขนาดโตก็ได้ที่มีการลุกลามสู่ผนัง ทรวงอก ผิวหนัง โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - T4a มีการลุกลามสู่ผนังทรวงอก - T4b ผิวหนังบวม รวมถึงผิวหนังลักษณะ เปลือกส้ม (Peau d' orange) หรือมีแผลที่ ผิวหนังของเต้านม หรือมีก้อนที่ผิวหนัง (Satellite nodule) ในตำแหน่งเดียวกับก้อนที่ เต้านม - T4c ลักษณะรวมของ T4a และ T4b - T4d มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการอักเสบ (Inflammatory carcinoma) | | |

* หมายถึง T1 ครอบคลุม T1mic

ตารางที่ 2 Stage grouping (Fleming et al. 1997)

| Stage | Tumor : T | Lymph nodes : N | Metastasis : M |
|-------|-----------|-----------------|----------------|
| 0 | Tis | N0 | M0 |
| I | T1a | N0 | M0 |
| IIA | T0 | N1 | M0 |
| | T1a | N1 | M0 |
| | T2 | N0 | M0 |
| IIB | T2 | N1 | M0 |
| | T3 | N0 | M0 |
| IIIA | T0 | N2 | M0 |
| | T1a | N2 | M0 |
| | T2 | N2 | M0 |
| | T3 | N1 | M0 |
| | T3 | N2 | M0 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| Stage | Tumor : T | Lymph nodes : N | Metastasis : M |
|-------|-----------|-----------------|----------------|
| IIIB | T4 | Any N | M0 |
| | Any T | N3 | M0 |
| IV | Any T | Any N | M1 |

ในมะเร็งเต้านมการวัดขนาดก้อน (T) จะแยกระหว่าง In situ และบริเวณ Invasive โดยขนาดของส่วนที่เป็น Invasive จะใช้ในการประเมินระยะโรค (ภาณูวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552) ในการพยากรณ์โรค เมื่อเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ถ้ามีขนาดใหญ่กว่า 0.2 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 0.2 เซนติเมตร เรียกว่า Micrometastasis ถ้ามีขนาดเล็กมากไม่เกิน 0.2 มิลลิเมตร ซึ่งอาจเป็นกลุ่มเซลล์เล็ก ๆ หรือเซลล์เดี่ยว ๆ เรียกว่า Isolated Tumor Cells (ITC) ตำแหน่งที่พบมะเร็งได้มากที่สุด คือ บริเวณส่วนบนด้านนอกของเต้านม (Upper out Quadrant) พบประมาณ ร้อยละ 50 บริเวณรอบ ๆ หัวนม หรือฐานนมพบประมาณ ร้อยละ 20 บริเวณส่วนล่างด้านนอกพบประมาณ ร้อยละ 10 และบริเวณด้านในของเต้านมพบประมาณ ร้อยละ 20 (อนุเวช วงศ์มีเกียรติ. 2553)

2.1.6 การรักษามะเร็งเต้านม

การรักษามะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547) คือ

1) การรักษาเฉพาะที่

1.1) การผ่าตัด จะพิจารณาการรักษา 2 ส่วน คือ ส่วนของเนื้อเต้านม และต่อมน้ำเหลือง โดยการรักษาในส่วนของเต้านมด้วยวิธีผ่าตัดเนื้อเต้านมมี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

(1) การตัดเต้านมทั้งหมด (Mastectomy) อาจทำร่วมกับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหรือไม่ก็ได้

(2) การผ่าตัดเก็บเต้านม (Breast conserving therapy) ซึ่งในปัจจุบันเป็นวิธีที่ยอมรับว่ามีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการผ่าตัดเต้านมทั้งหมด (Yang et al. 2008) แต่ต้องแน่ใจว่าเนื้อที่เหลืออยู่ต้องดีไม่มีรอยโรคที่มีความเสี่ยงไว้ (ภาณูวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552)

การรักษาในส่วนของต่อมน้ำเหลือง จะใช้วิธีการการตรวจต่อมน้ำเหลือง เนื่องจากมะเร็งเต้านมจะมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ร้อยละ 75 และไปที่ต่อม Internal mammary ร้อยละ 25 และส่วนน้อยจะกระจายไปที่รักแร้ฝั่งตรงกันข้าม (ภาณูวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552) การกระจายของมะเร็งไม่ได้เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มแรก แต่จะกระจายในช่วงต้น ๆ ของการเกิดโรค โดยต่อมน้ำเหลืองจะเป็นตัวดักเซลล์มะเร็งไว้ระยะหนึ่งก่อนที่จะกระจายไปที่อื่น ๆ (อนุเวช วงศ์มีเกียรติ. 2553)

1.2) การฉายรังสี (Radiation therapy) มีวัตถุประสงค์ คือ

- (1) เพื่อยับยั้งหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง
- (2) ใช้ป้องกันการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่หลังผ่าตัด
- (3) เป็นการบำบัดเฉพาะที่หรืออวัยวะที่มะเร็งลุกลาม (Curative attempt in locoregional or metastasis) เช่น มีการลุกลามไปยังกระดูก (Single bone metastasis)
- (4) การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative therapy)
- (5) การให้รังสีบำบัดในการรักษาก่อนการผ่าตัดด้วยการผ่าตัด (Neoadjuvant therapy) โดยช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้อมะเร็งออก และยังคงเต้านมไว้ได้

2) การรักษาทั่วร่างกาย

2.1) การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง เพื่อป้องกันและลดการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่ และเพื่อควบคุมโรคในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบ่งออกเป็น

(1) การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาหลังได้มีการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว (Adjuvant chemotherapy) เพื่อที่จะฆ่าเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในมะเร็งเต้านมมักจะเป็น Combination regimen ซึ่งมีบำบัดที่เป็นมาตรฐานในการรักษาเสริมของมะเร็งเต้านมในขณะนี้ คือ CMF, AC, FAC (สูตรพวงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547 ; พิสนธิ์ จงตระกูล และวรสุดายุทอง. 2553) (C = Cyclophosphamide, M = Methotrexate, F = 5-FU, A = Adriamycin (doxorubicin))

(2) การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy) ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดค่อนข้างใหญ่ ไม่สามารถที่จะทำผ่าตัดออกได้ การให้ยาเคมีบำบัดก่อนจะช่วยให้อ่อนมะเร็งเล็กลง พอที่จะสามารถผ่าตัดก้อนได้ หรือสามารถเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดจาก Mastectomy เป็น Breast conserving therapy

(3) ในรายที่ก้อนเป็น Operable mass อาจจะมีการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด เพื่อเป็นการทดสอบการตอบสนองของมะเร็งเต้านมต่อยาเคมีบำบัดที่ให้ว่ามีการตอบสนองดีเพียงใด (Preoperative chemotherapy)

(4) ในรายที่มะเร็งเต้านมอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว (Stage IV) การให้ยาเคมีบำบัดถือว่าเป็นการรักษาหลัก (Primary therapy) เพื่อประคับประคองอาการ (ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552)

2.2) การให้ฮอร์โมน (Hormone therapy) การเลือกใช้ชนิดของฮอร์โมนในการรักษาผู้ป่วยนั้น ประการสำคัญขึ้นกับสภาวะประจำเดือนของผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจต้องคำนึงถึงอาการ

ข้างเคียงของการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย โดยปกติแล้วในผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือน มักจะให้การรักษาเริ่มแรกด้วยการหยุดการทำงานของรังไข่ก่อน ซึ่งทำได้ด้วย 3 วิธี คือ การผ่าตัดรังไข่ออก การฉายรังสีที่รังไข่ หรือการให้ยาในกลุ่ม LHRH Analogues ส่วนการรักษาด้วย Tamoxifen จะได้ผลดีกว่าในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้ว สำหรับในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้ว Tamoxifen เป็นยาที่ใช้รักษาเป็นอันดับแรก จึงมีการใช้ Tamoxifen อย่างกว้างขวางในการรักษาเสริมหลังจากการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้กระจาย นอกจากนี้ ยังมีการใช้ยาในกลุ่ม Megestrol acetate และ Aromatase inhibitors ในการรักษาเสริมเช่นกัน (ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552)

สรุปได้ว่าวิธีการรักษาขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ภาวะประจำเดือน สุขภาพทั่วไป ขนาดตำแหน่งของก้อน ระยะของมะเร็ง เป็นต้น ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ระหว่างการผ่าตัดการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสีหรือการให้ฮอร์โมน (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. 2547)

2.1.7 หลักการพื้นฐานทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบทั้งระบบ (Systemic)

ยากลุ่มแอนติเมตาโบไลต์ (Antimetabolites) เช่น ฟลูออโรยูราซิล (Fluorouracil) และเมทโทเท็กซ์เตท (Methotrexate) ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ในระยะเอส (S phase) ยากลุ่มวินคา อัลคาลอยด์ (Vincal alkaloids) และแท็กเซน (Taxanes) ออกฤทธิ์ในระยะเอ็ม (M phase) ยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อการแบ่งตัวของเซลล์ เช่น สารอัลคิลเลตติ้ง (Alkylating agent) และอนุพันธ์ของแพลทตินัม (Platinum) มักจะมีการตอบสนองเป็นแบบ Linear dose-response curves คือ การเพิ่มขนาดยาทำให้เพิ่มการทำลายเซลล์ ยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อวงจรการแบ่งตัว มักจะให้ผลได้สูงสุดถึงระดับหนึ่งเท่านั้น (อนุเวช วงศ์มีเกียรติ. 2553)

สคิปเปอร์ (Skipper. 1979) ได้วางรากฐานสำหรับการศึกษาวิจัยการให้ยาเคมีบำบัดไว้ ดังนี้

1. เซลล์มะเร็งเพียงเซลล์เดียว สามารถเจริญเติบโตเป็นก้อนมะเร็งที่ทำให้เสียชีวิตได้
2. อัตราการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Tumor doubling time) จะช้าลงร่วมกับการเพิ่มขนาดของมะเร็งในระยะสุดท้าย
3. ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ฆ่าเซลล์มะเร็งแบบสัดส่วนของเซลล์ที่ถูกฆ่าคงที่ (Log cell kinetics) ในทุกครั้งที่มีการให้ยา
4. ปริมาณของมะเร็งเป็นสัดส่วนผกผันกับโอกาสในการรักษาให้หายได้ด้วยยาเคมีบำบัด

เมื่อมะเร็งสามารถตรวจพบได้ทางคลินิก จะมีขนาดเป็นก้อนน้ำหนักประมาณ 1 กรัม หรือมีเซลล์ ประมาณ 10^9 ขนาดดังกล่าวต้องมีการแบ่งตัวกว่า 30 ครั้ง เมื่อมีการแบ่งตัวเพิ่มอีก 10 ครั้ง จะมีเซลล์ 10^{12} หรือมีขนาดก้อนมะเร็งน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ซึ่งเป็นขนาดที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต การที่มีจำนวนเซลล์มะเร็งน้อยกว่า 10^9 (Complete clinical remission) ซึ่งไม่ได้หมายถึงการหาย

จากโรค จึงจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาต่อเนื่องไปแม้ว่าจะตรวจไม่พบมะเร็งแล้วก็ตาม จึงเป็นที่มาของแนวการปฏิบัติที่ให้ยาเคมีบำบัดต่ออีก 2 ครั้ง ในผู้ป่วยที่เข้าสู่สภาวะที่มีจำนวนเซลล์มะเร็งน้อยกว่า 10^9 แล้ว

2.1.8 ประเภทของยาเคมีบำบัด

1) ยากลุ่มอัลไคเลตติ้ง (Alkylating) เช่น ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ซิสพลาติน (Cisplatin) เมลฟาแลน (Melphalan) ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อวงจรการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้เกิดการไม่สมดุลของกรดนิวคลีอิกโดยเฉพาะดีเอ็นเอ

2) ยากลุ่มแอนติเมตาโบไลต์ (Antimetabolites) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยรบกวนการสังเคราะห์ดีเอ็นเอและอาร์เอ็นเอ จำเพาะต่อระยะเอส ในทางตรงกันข้ามกับยากลุ่มอัลไคเลตติ้งไม่ทำให้เกิดการกดไขกระดูก และมีความเสี่ยงน้อยมากต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งอื่น ๆ แบ่งเป็น

2.1) อนุพันธ์ของกรดโฟลิก (Folic acid) คือ เมทโทเท็กซ์เตต (Methotrexate : MTX)

2.2) อนุพันธ์ของเพียวรีน อะนาล็อก (Purine analogs)

2.3) อนุพันธ์ของอะดีโนซีน (Adenosine)

2.4) อนุพันธ์ของไพริมิดีน (Pyrimidine) คือ ไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil : 5-FU) ซาโรซิทีน อะราบิโนไซด์ (Cytosine arabinoside Ara-C) และเจมซิทาบิน (Gemcitabine)

3) ยากลุ่มแพลนท์ อัลคาลอยด์ (Plant alkaloids) ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัว เป็นเป้าหมายหลักของผลิตภัณฑ์ P – 170 Glycoprotein ของยีนเอ็มดีอาร์ (MDR gene) ยาในกลุ่มวินคาอัลคาลอยด์ (Vincal alkaloids) คือ วินบลาสติน (Vinblastine) วอนซิสติน (Vincristine)

4) ยากลุ่มปฏิชีวนะ (Antibiotic) ยากลุ่มนี้ส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อวงจรการแบ่งตัวของเซลล์ ได้แก่ แอนทราไซคลิน (Anthracyclines) ดัคซิโนมายซิน (Dactinomycin (Actinomycin D)) บลีโอมัยซิน (Bleomycin) และไมโตมัยซิน ซี (Mitomycin C) ผลข้างเคียงที่สำคัญของดอกโซรูบิซิน (Doxorubicin) คือ การกดไขกระดูก ส่วนดัคซิโนมายซินเป็นยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะมากที่สุดในระยะ G1 และ S

5) ยาประเภทอื่น ๆ ได้แก่

5.1) Paclitaxel และ Ocetaxel (Taxotere) กระตุ้นให้เกิดการจับกันของไมโครทิวบูล (Microtubule) ทำให้เกิดการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์

5.2) Tamoxifen citrate ผลข้างเคียงที่สำคัญของยานี้ คือ มะเร็งเยื่อเมือกมดลูก พบได้ประมาณ ร้อยละ 1 ของสตรีที่ได้รับยานี้ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

5.3) Levamisole ออกฤทธิ์ในการเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อเซลล์เม็ดเลือดขาวพวกแมโครฟาจ (Macrophages) และ ที ลิมโฟไซท์ (T lymphocyte) ใช้ร่วมกับยาไฟว์ฟลูออโรยูราซิลในการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะต้องมีการวัดการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้ตัวชี้วัดการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด คือ อัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการรอดชีวิตที่ปราศจากโรค และอัตราการรอดชีวิตโดยรวม ซึ่งตัวชี้วัดในทางคลินิก (Neoadjuvant) (อนุเวช วงศ์มีเกียรติ. 2553) แบ่งออกเป็น

1. มีการหายไปของก้อนมะเร็งทั้งหมดเป็นเวลายังน้อย 4 สัปดาห์ (Complete response)
2. มีการลดขนาดลงตั้งแต่ 30% ขึ้นไป เป็นเวลายังน้อย 4 สัปดาห์ (Partial response)
3. มีการเพิ่มขึ้นของขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 20% ขึ้นไป (Tumor progression)
4. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงขนาดน้อยกว่า 50% (Stable disease)

2.1.9 อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

โดยทั่วไปยาเคมีบำบัดจะสามารถทำลายหรือยับยั้งเซลล์ที่มีความสามารถในการแบ่งตัวทั้งหมด ไม่แยกว่าเป็นเซลล์มะเร็งหรือเซลล์ร่างกายมนุษย์ จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงขึ้นได้ แม้จะมีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน เพื่อให้คุณสมบัติในการรักษาเพิ่มขึ้นและลดอาการข้างเคียงลงแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบอาการข้างเคียงในหลายระบบของร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังนี้

1) ระบบทางเดินอาหาร มักถูกรบกวนจากยาเคมีบำบัดมากที่สุด อาการข้างเคียงที่พบได้เสมอ คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน (บุญชื่น อิ่มมาก. 2539 ; แม้นนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. 2552) ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากยาเคมีบำบัดกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์โซน (Chemoreceptor trigger zone) อาการคลื่นไส้อาเจียนจะเกิดภายใน 1 – 6 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาและหายไปภายใน 36 ชั่วโมง อาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Rhodes and McDaniel. 2001) การได้รับสารน้ำและอาหารน้อยลงทำให้น้ำหนักลด นอกจากนี้ ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำลายเซลล์เยื่อบุผิวในช่องปาก ทำให้เป็นแผลและรับรสอาหารผิดปกติ เบื่ออาหาร เยื่อบุหลอดอาหารอักเสบ เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก อาการมักเกิดขึ้นภายใน 7 – 14 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัด (บุญชื่น อิ่มมาก. 2539 ; แม้นนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. 2552) ท้องเสียและท้องผูก ตับและตับอ่อนอักเสบ

2) ระบบไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายชนิด คือ ภูมิคุ้มกันต่ำ โลหิตจาง เลือดออกง่าย อ่อนเพลีย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน คุณภาพชีวิตและการดูแลตนเอง (Rhodes and McDaniel. 2001)

3) ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้ผนังหลอดเลือดอักเสบง่าย เกิดหลอดเลือดดำอักเสบและมีลิ่มเลือดอุดตัน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบและหัวใจล้มเหลวได้

4) ทำให้ผิวหนังแห้งและคัน ไวต่อแสงแดด มีผื่นและมีการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ ผมและขนร่วง มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก อาการนี้จะเป็นอย่างชั่วคราวเท่านั้น ภายใน 2 – 3 สัปดาห์ หลังได้รับยา (บุญชื่น อิ่มมาก. 2539 ; แม้นนา จิระจรัส และสุวรรณณี สิริเลิศตระกูล. 2552) และผมจะงอกขึ้นใหม่ภายในเวลา 1 เดือน หลังจากหยุดยา

5) ระบบสืบพันธุ์ มีผลต่อการมีประจำเดือน โดยทำให้ประจำเดือนมาไม่เป็นปกติหรือขาดประจำเดือนขณะรักษา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมักหายไปหลังจากหยุดการรักษา 12–24 เดือน

6) ระบบขับถ่ายปัสสาวะและไต ยาเคมีบำบัดจะมีพิษต่อไต โดยขึ้นอยู่กับชนิดของยา จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการได้รับน้ำไม่เพียงพอ นอกจากนี้ เซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดยูริคในเลือดสูงและตกผลึกในท่อไต ทำให้ไตวายได้

7) ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว และทำให้สูญเสียการได้ยินในช่วงคลื่นความถี่สูง เนื่องจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ถูกรบกวนด้วยยาซิสพลาตินขนาดสูง ๆ นอกจากนี้ ยังมียาเคมีบำบัดบางชนิดที่ทำให้เกิดอาการซีมีสตรา และอาการทางจิตประสาทได้ (บุญชื่น อิ่มมาก. 2539 ; แม้นนา จิระจรัส และสุวรรณณี สิริเลิศตระกูล. 2552)

8) สัมพันธภาพทางเพศ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบต่อร่างกาย มีอาการอ่อนเพลียต้องการพักผ่อนมากขึ้น ผลของยาเคมีบำบัดต่อระบบต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สมรรถภาพในการทำงานลดลงจากสภาพร่างกายที่อ่อนล้า ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพทางเพศของผู้ป่วยด้วย

จะเห็นได้ว่ายาเคมีบำบัดนอกจากจะมีประโยชน์ในด้านการรักษาแล้ว ในขณะเดียวกันยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น การใช้ยาสูตรซีเอ็มเอฟ (Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-FU : CMF) โดยเมทโทเทกเซต (Methotrexate) ทำให้ไตวายได้ (Burdette Radoux and Muss. 2006) หรือการให้สูตรยาพื้นฐานไฟว์-เอฟยู (5-FU-base regimens) หรือโฟลฟอกซ์ (FOLFOX (5-FU, Leucovorin, Oxaliplatin)) ที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ไชกระดูกถูกกดในระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นต้น

2.2 ความไม่มั่นคง (Vulnerability) (วิทธีพล รัตนพรศิริ. 2553)

ผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะก่อให้เกิดความกังวล (Concern) ต่อสิ่งต่าง ๆ จำแนกได้เป็น 7 ด้าน (Weisman and Worden. 1979 ; นิโบล กฤษณพันธ์. 2532) ดังนี้

1. ความกังวลด้านสุขภาพ (Health concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ค่ารักษา ปัญหาด้านร่างกาย มีความต้องการให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น
2. ความกังวลด้านการประเมินตนเอง (Self - appraisal concerns) เป็นความกังวลที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ จุดมุ่งหมายของตนเองและความปลอดภัยต่าง ๆ ในอนาคตที่ไม่แน่นอน
3. ความกังวลด้านการงานและการเงิน (Work and financial concerns) เป็นความกังวลที่กลัวว่ารายได้จะไม่พอกับรายจ่าย กลัวการถูกพักงานหรือถูกออกจากงาน
4. ความกังวลด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด (Family and significant relationships) เป็นความกังวลกับบุคคลใกล้ชิดว่าจะให้ความช่วยเหลือแก่ตนเองได้มากแค่ไหน ตนเองจะพึ่งพาได้หรือไม่ และบุคคลใกล้ชิดจะอยู่ได้อย่างไร
5. ความกังวลด้านการปฏิบัติกิจทางศาสนา (Religion) เป็นความกังวลว่าตนเองจะไม่ได้ไปสถานที่ประกอบกิจกรรมทางศาสนาและจะทำให้ขาดเพื่อน ขาดการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น
6. ความกังวลด้านเพื่อนและผู้ร่วมงาน (Friends and associates) เป็นความกังวลว่าเพื่อนและผู้ร่วมงานจะต้องลำบากที่จะต้องมาเยี่ยมตนเอง
7. ความกังวลเกี่ยวกับความมีชีวิตอยู่ (Existential concerns) เป็นความกังวลที่ผู้ป่วยมีสูงมากและมักปกปิดไว้ นั่นคือกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และความตาย

ไวส์แมน (Weisman. 1979) กล่าวว่า ความไม่มั่นคง คือ ภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ที่แสดงถึงความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ป่วยในขณะใดขณะหนึ่ง และเป็นสิ่งที่ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยนั้นเผชิญต่อปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย โดยความไม่มั่นคง มีลักษณะ 3 ประการ (นิโบล กฤษณพันธ์. 2532) คือ

1. เป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด
2. ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะบ่งบอกถึงชนิดของภาวะอารมณ์นั้น ๆ
3. เป็นความพยายามที่จะแปลความรู้สึกภายในออกมาในรูปของสัญญาณแห่งความทุกข์ทรมาน (Distress signals) ซึ่งมีทั้งในรูปที่เป็นคำพูดหรือการแสดงท่าทาง

ความไม่มั่นคง ประกอบด้วย อารมณ์ต่าง ๆ 13 ชนิด (Weisman. 1976) ได้แก่

1. ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness)
2. ความรู้สึกกระวนกระวายใจ (Turmoid)
3. ความรู้สึกคับข้องใจ (Frustration)
4. ความรู้สึกซึมเศร้า (Depression)

5. ความรู้สึกสูญเสียพลังใจ (Powerlessness)
6. ความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety)
7. ความรู้สึกเหนื่อยล้า (Exhaustion)
8. ความรู้สึกไร้ค่า (Worthlessness)
9. ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง (Abandonment)
10. การปฏิเสธต่อการรับรู้ต่อความเป็นจริง (Denial)
11. ความรู้สึกโหดร้ายรุนแรง (Truculence)
12. การปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่น/ผู้ใกล้ชิด (Repudiation of significant others)
13. การรับรู้เกี่ยวกับอนาคต (Time perspective)

2.2.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง

ไวส์แมนได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความไม่มั่นคงเกิดขึ้นภายหลังจากที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความไม่มั่นคงและการเผชิญปัญหาจากความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่

- สภาพทางร่างกาย ได้แก่ มีการดำเนินของโรคในขั้นรุนแรงและมีอาการแสดงทางกายมาก
- บุคลิกภาพ ได้แก่ บุคคลที่มีความอ่อนแอในตนเอง มีความวิตกกังวลสูง มองโลกในแง่ร้าย
- ประวัติในอดีต ได้แก่ ดิตสุรา ปฏิบัติกิจทางศาสนาน้อย มีปัญหาทางจิตเวช และบุคคลที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายตลอดเวลา
- สภาพบุคคล ได้แก่ เป็นคนเจ้าปัญหา คาดหวังความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อยและได้รับความช่วยเหลือน้อย
- การปฏิบัติตัว ได้แก่ มีการแก้ปัญหาที่ไม่ดี

2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมน้อย มีปัญหาในครอบครัว มีปัญหากับครอบครัว อยู่คนเดียว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่มั่นคงสูงและความไม่มั่นคงต่ำ

| ความไม่มั่นคงสูง | ความไม่มั่นคงต่ำ |
|---|--|
| 1. มองโลกในแง่ร้าย | 1. มองโลกในแง่ดี |
| 2. มีความล้มเหลวในอดีตมาก | 2. มีความล้มเหลวในอดีตและมีปัญหาเกี่ยวกับคู่ครองน้อย |
| 3. มีปัญหาเกี่ยวกับคู่ครอง | 3. มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเล็กน้อยในช่วงที่ผ่านมา |
| 4. มีประวัติการได้รับการรักษาทางจิตหรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย | 4. มีความวิตกกังวลน้อย มีความเข้มแข็งในตนเอง |
| 5. มีความวิตกกังวลสูง มีความอ่อนแอในตนเอง (MMPI) | 5. มีอาการแสดงทางกายน้อย |
| 6. มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากมายในช่วงที่ผ่านมา | 6. มีความกังวลเรื่องต่าง ๆ น้อย |
| 7. มีอาการแสดงทางกายมาก | 7. มีผลสำเร็จในการแก้ปัญหาสูง |
| 8. มีความกังวลเรื่องต่าง ๆ มาก | 8. คาดหวังการช่วยเหลืออย่างเพียงพอ |
| 9. มีผลสำเร็จในการแก้ปัญหาน้อย | 9. แพทย์สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างดี |
| 10. คาดหวังการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย | 10. รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อครอบครัว การงาน และชีวิตของตนเองน้อย |
| 11. มองว่าแพทย์ช่วยเหลือตนเองได้น้อย | 11. มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะอยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้น |
| 12. รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อครอบครัว การงาน และชีวิตของตนเองมาก | |
| 13. รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อครอบครัว การงาน และชีวิตของตนเองมาก | |
| 14. รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกละทิ้ง | |
| 15. มีแนวโน้มที่ยอมจำนนหรือโทษผู้อื่นว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย | |

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่มั่นคง

นิโลบล กฤษณพันธ์ (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับความไม่มั่นคง พบว่า กลุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยหันหน้าเข้าปัญหาเป็นส่วนใหญ่สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าส่วนน้อยที่เลือกการหลีกเลี่ยง การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความไม่มั่นคง ได้แก่ การหันเหความสนใจไปสิ่งอื่น และการทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม และผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความไม่มั่นคงกว่าสถานภาพหม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ ภาวะไม่สุขสบาย สถานภาพสมรส การหันเหความสนใจไปสิ่งอื่น และการทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายความไม่มั่นคงได้

สิรินุช บุรณเรืองโรจน์ (2549) ได้ศึกษาประสบการณ์ของการเกิดอาการอ่อนล้า วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของการเกิดอาการอ่อนล้า วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ประสบการณ์ของการเกิดอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรวรรณ จบสุบิน (2551) ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 236 คน พบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้เป็นโสด ($p < 0.05$) ผู้ที่เริ่มเป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยกว่ามีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้เป็นอายุน้อย ($p < 0.05$) ผู้ที่มีความเจ็บปวดมากมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีความเจ็บปวดน้อย ($p < 0.05$) ผู้ที่มีอาการก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัดมากมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอาการน้อย ($p < 0.05$, $p < 0.01$) ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ($p < 0.01$) อาการนอนไม่หลับหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความรุนแรงจากความเจ็บปวด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม มีไข้และท้องเสียหลังได้ยาเคมีบำบัด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะวิตกกังวลได้ ร้อยละ 23.9 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการอ่อนเพลียก่อนได้รับยาเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต อายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม อายุ และโลหิตจางหลังได้รับยาเคมีบำบัด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 27.9

ไวส์แมน (Weisman. 1976) ได้ศึกษาความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมไทรอยด์ และมะเร็งผิวหนัง จำนวน 163 คน อายุเฉลี่ย 50.2 ปี ร้อยละ 66 มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความไม่มั่นคงเท่ากับ 19 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 20 คะแนน โดยความไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ร้าย อาการแสดงทางกาย ความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีประวัติของโรคทางจิตเวช

ความล้มเหลวในอดีต ปัญหาเกี่ยวกับคู่ครองและปัญหาในครอบครัวมาก และความไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคาดหวังความช่วยเหลือจากผู้อื่น และฐานะทางเศรษฐกิจ

ไวส์แมน และวอร์ดเดน (Weisman and Worden. 1976) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านร่างกายและด้านจิตใจที่มีผลต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้เล็ก มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง จำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย 48.8 ปี ร้อยละ 74 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 84 มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่า 1) ผู้ป่วยที่มีความไม่มั่นคงสูงเป็นบุคคลที่เผชิญปัญหาได้ไม่ดี จะใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยการระงับความรู้สึก การถดถอย ยอมจำนนต่อโรคและไม่สามารถตัดสินใจได้เกี่ยวกับการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มีความไม่มั่นคงต่ำเป็นบุคคลที่เผชิญปัญหาได้ดี จะยอมรับการวินิจฉัยโรคและการรักษาโดยปราศจากการพูดสองนัย จะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อขอความกระจ่างในสิ่งที่เกิดขึ้น การรับรู้เกี่ยวกับอนาคตจะเปิดกว้างและมองโลกในแง่ดี 2) ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นคงสูงและต่ำ ดังตารางที่ 3) ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความไม่มั่นคงในระดับสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น ๆ

นีอ็อปฟ (Knobf. 2001) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลในเรื่องประสบการณ์ก่อนวัยทองในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรก พบว่า ความไม่มั่นคงมีความเชื่อมโยงกับพื้นฐานของปัญหาด้านจิตวิทยาในผู้หญิง พฤติกรรมการดูแลมีกระบวนการพื้นฐานที่อธิบายว่าผู้หญิงมีปฏิริยาต่อความไม่มั่นคงด้วยการใช้ยาช่วยลดความซึมเศร้าในวัยทองกับประสบการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมระยะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเริ่มตั้งแต่ การมุ่งไปยังจุดรวม ความรู้สึกไม่แน่นอน การเข้าสู่วัยทองและการเกิดความสมดุล จะสำเร็จเพียงเล็กน้อยในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เข้าสู่วัยทองเร็วขึ้น

ดราเจส ลินสตรอม และอันเดอร์ลิด (Drageset, Lindstrom and Underlid. 2010) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหากับมะเร็งเต้านมของผู้หญิงระหว่างการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและการผ่าตัด พบว่า ผู้หญิงมีความกลัวเกี่ยวกับความตายในระดับสูง แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีความหวังและมองโลกในแง่ดี โดยทั่วไปมีความต้องการรับการรักษาแบบปกติ ความเศร้าโศก และระดับของความเห็นอกเห็นใจ สามารถเพิ่มความรู้สึกกลัวและความไม่มั่นคง ซึ่งอารมณ์เหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับการผลักดันให้ผู้ป่วยเปิดใจหรือปกปิด ซึ่งพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพควรให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในสถานการณ์ความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ความไม่มั่นคงในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างนอกจากจะมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีความไม่มั่นคงจากการเจ็บป่วยและการรักษา เช่น มีความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนของการมีชีวิตและการรักษาที่ได้รับ มีความต้องการที่จะแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ความไม่มั่นคงที่มีอยู่ลดลง และพบว่า ความไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรค การตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และการดำเนินชีวิตตลอดจนความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ทำหน้าที่เหมือนเป็นสื่อกลางที่คอยช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่วิกฤติต่าง ๆ ในชีวิตได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียด ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวเผชิญกับสภาพปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจริยวัตร คมพยัคฆ์. 2545) มีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

เฮ้าส์ (1981) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แคพแพลน (Caplan. 1999) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิชุก (Pilisuk. 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

ธอยท์ (Thoits. 1988) กล่าวว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้นการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ดังนั้น จากความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น หมายถึง บุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุประสงค์ รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนั้น เห็นคุณค่าในเอง รู้สึกถึงการได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.3.1 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม

กลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.3.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk. 1982)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีหลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

- 1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
- 2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ใจ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง
 - 2.2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
- 3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

2.3.3 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮ้าส์ (House. 1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
- 2) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
- 3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ
- 4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

2.3.4 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอทต์ลิบ (Gottlieb.1985) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอตส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3) ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ และคอยให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ (ศิริไท พุกกะศรี. 2546) การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

2.3.5 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1.1) ผลโดยตรงจากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme. 1979) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราการป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ คอบบ์ และแคสเซล (Cobb. 1976) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยัง พบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

1.2) ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regiments) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล โดยผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (Pender, Murdaugh and Parsons. 2006)

1.3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคออปปี (Cobb. 1976) และแลงกลี (Langlie. 1997) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2) ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด จากผลการศึกษาของ พรนภา ทิบบิตินดา (2557) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกในทางบวกเพิ่มขึ้นและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม

2.3.6 งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ธัญญา น้อยเปียง (2545) ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 120 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.301, p = .000$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .480, p = .000$) ทั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 26.2 ($p = .000$)

เบญจรัตน์ ชิวพูนผล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 130 ราย พบว่า 1) ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .561, .464$ และ $.145$ ตามลำดับ) 2) ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 36 ($R^2 = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้ Z ภาพลักษณ์ = $.439Z$ (ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ) + $.253Z$ (การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์)

อัญชลี แสนพรม (2549) ได้ศึกษาความห่วงกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้เป็นมะเร็งเต้านมในระยะการวินิจฉัยโรคตามระยะการรอดชีวิตของ มูแลน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความห่วงกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 48.64, S.D = 9.27$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์รายด้านเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย ด้านหน้าที่การงานและฐานะ ด้านการเงิน ด้านการประเมินตนเอง ด้านเพื่อน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้านชีวิตความเป็นอยู่ ด้านสุขภาพ และด้านศาสนา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ $.1908, .1827, .1546, .1405, .1253, .1042,$ และ $.1019$ ตามลำดับ) โดยความห่วงกังวลด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย

บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) วิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 65 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลโดยตรง และสถานการณ์ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล เมื่อเกิดความเครียด ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด โดยญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการมากที่สุด สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารญาติ ผู้ดูแลได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด และพบว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรพรหม รุจีไพโรจน์ (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 100 คน พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612, p < 0.05$; $r = 0.650, p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.225, p < 0.05$) โดยความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 52.5 ($F_{(3,96)} = 35.42, p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ได้ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) เกิดความไม่แน่นอนจากการรักษา 3) กังวลใจ เจ็บปวด ทรมาน 4) ค่ารักษาพยาบาล และ 5) การเดินทาง พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ฐานิตย์ หิรัญคุปต์ (2552) ได้ศึกษาแนวทางการจัดการตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการบริการทางสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มีระยะของโรครอยู่ในระยะที่ 1 ระยะเวลาของการเป็นโรคมะเร็งน้อยกว่า 1 ปี และได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ของโรงพยาบาล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และด้านข้อมูลข่าวสารได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ส่วนด้านการเงิน วัตถุประสงค์ของ หรือการบริการได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และความต้องการการบริการทางสังคมพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านบริการทางการแพทย์มีความต้องการในระดับมาก ส่วนบริการทางสังคมมีความต้องการในระดับปานกลาง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และความต้องการการบริการทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มายอิงซาน ยี และคณะ (Myungsun and et al. 2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้หญิงเกาหลีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะปรับเปลี่ยน ค้นหาเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลที่ต้องการของผู้หญิงเกาหลีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้แบบสอบถาม 52 ฉบับ จาก Toronto Informational Needs Questionnaire of Breast Cancer (TINQ-BC) สอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวแบบข้ามวัฒนธรรมของคนเกาหลีโดยกลุ่มตัวอย่างสาวเกาหลี จำนวน 164 คน เข้าร่วมแบบกลุ่มผู้สนับสนุนตัวเอง พบว่า ผู้หญิงเกาหลีที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความต้องการข้อมูลข่าวสารสูงเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 203.61 (ค่าความเบี่ยงเบน 34.43 ; range 109-255)

หยานดิง เหม่ยเฟิง ซาน และหยานลี่ ซู. (Yan Ding, Mei-Feng Zhang and Yan-Li Zhu. 2008) ได้ศึกษาระยะเวลาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ชาวจีนในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วย 75 คน โดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ พบว่า ในระยะที่ 1 และ 3 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ดี และ 97% ของผู้ป่วยที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ประสบความสำเร็จในระยะที่ 2 แต่ไม่พบความแตกต่างกันของแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกระยะ อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวในทุก ๆ ระยะของโรค และมีเพียงสถานะทางเศรษฐกิจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวในระยะที่ 1

เติร์กบา และซาเบีย (Tugba and Sabire. 2010) ได้ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 71 คน ผลพบว่าระดับการรับรู้แรงสนับสนุนของผู้สูงอายุแต่ละคนอยู่ในระดับดี แรงสนับสนุนหลักที่ผู้สูงอายุได้รับมาจากสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัว คือ ความปลอดภัย แต่สิ่งที่ขาดมากที่สุด คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และระดับของแรงสนับสนุนในแต่ละบุคคลที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับความรุนแรงของประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คริสโตเฟอร์ และคณะ (Christopher et al. 2012) ได้ศึกษาความพร้อมในการรักษาในระยะแรกเริ่มของมะเร็งเต้านมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิง จำนวน 132 คน ที่รับการรักษา มะเร็งเต้านมในระยะที่ 0 ถึง 3A ที่รับการรักษาจนครบ โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามการบาดเจ็บในระยะแรกเริ่ม แบบวัดระดับผลกระทบของเหตุการณ์ แบบวัดอาการเหนื่อยล้าในทุกมิติ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของโรคมะเร็งเต้านม พบว่า มะเร็งมีความสัมพันธ์กับความโศกเศร้าในผู้หญิงที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่สนใจ และผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความพร้อมลดลงในการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ การทำหน้าที่ และเกิดความทุกข์ภายหลังรับการรักษา มะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความไม่มั่นคง และการที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อนหรือผู้ป่วยโรคเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น มีความสุขทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้มีความเหนื่อยล้าจากอาการข้างเคียงของยาลดลง และมีความไม่มั่นคงลดลงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2.3.7 งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

นันทวัน ธรรมนิตย์ (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลโดยการอบรมและให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และรับรู้การส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาลี และคณะ (Ali et al. 2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความหุดหู่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังเข้าร่วมในกลุ่มสนับสนุนมะเร็ง เป็นการศึกษาระยะยาว 1 ปี ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมะเร็งในอิหร่าน จำนวน 56 คน พบว่า ความวิตกกังวลและความหุดหู่มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานการมารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนความวิตกกังวลกับพื้นฐานการมารับการตรวจรักษาตามนัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.03$) และคะแนนความหุดหู่กับพื้นฐานการมารับการตรวจรักษาตามนัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (0.008) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสนับสนุนมะเร็งมีความสำคัญต่อการลดระดับความวิตกกังวลและความหุดหู่ได้

เทรานี และคณะ (Tehrani et al. 2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่ใช่ระยะลุกลาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยให้โปรแกรมแรงสนับสนุนจากเพื่อนในกลุ่มทดลองด้วยการพบปะพูดคุยกับกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นมะเร็งเต้านม และกลุ่มควบคุมให้ความรู้ตามปกติเป็นระยะเวลา 3 เดือน และวัดผลก่อนและหลังทดลอง พบว่าระดับคะแนนสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับการปฏิบัติตนในทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

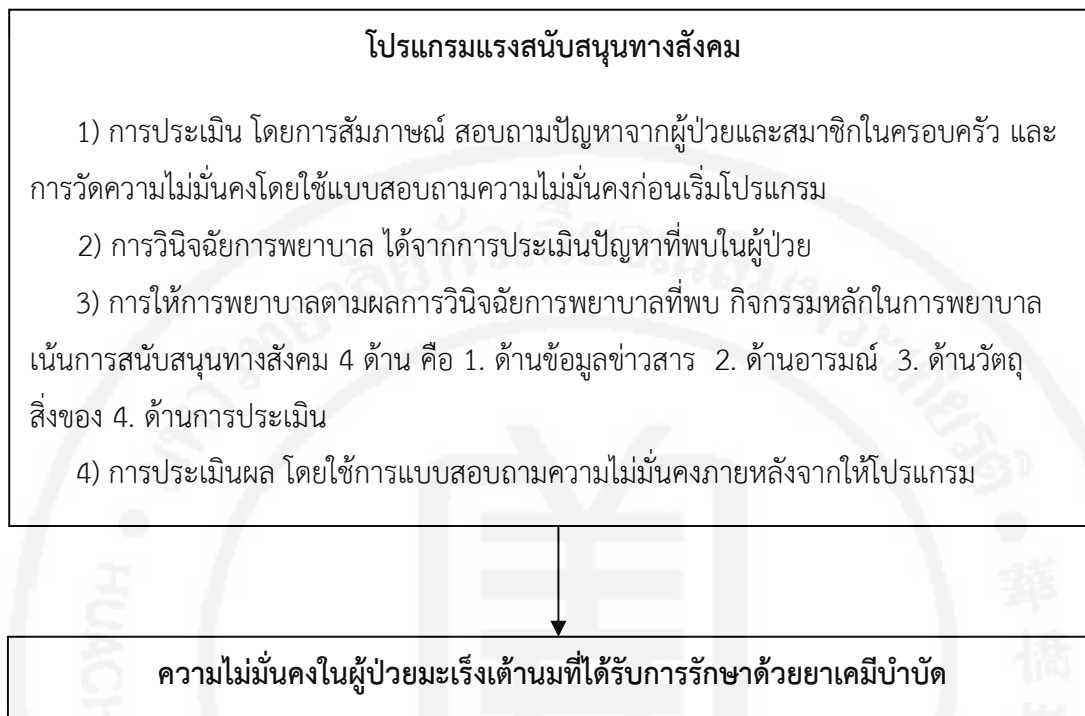
แฮริงตัน เบเกอร์ และฮอฟแมน (Harrington, Baker and Hoffman. 2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้โปรแกรมแรงสนับสนุนต่อความหวังกังวลและความผาสุกของผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม โดยให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากนักบำบัด โปรแกรมประกอบด้วยการรักษาปกติที่ใช้มีการฝังเข็ม โภชนาการ การนวด สุคนธบำบัด การนวดกดจุดแบบญี่ปุ่น การให้คำปรึกษา และการนวดกดจุด และประเมินโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีโรคมะเร็งเต้านมก่อนและหลังได้รับการรักษาเสริมไปแล้ว 6 ชั่วโมง พบว่า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับคะแนนพื้นฐานของความหวังกังวลและความผาสุก ซึ่งหลังการบำบัดพบว่า 91% มีระดับคะแนนความหวังกังวลอยู่ในระดับดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก และหายไป

จากวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมที่ให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้ป่วยอันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นคงลดลงได้ โดยพบว่า ผลจากการให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน เช่น การให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน การเอาใจใส่ ความรักความห่วงใย การให้ข้อมูลข่าวสาร การทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน และบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลให้มีความไม่มั่นคงลดลงได้

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีความไม่มั่นคงเกิดขึ้น โดยปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นต้น หากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการสนับสนุนจากพยาบาลจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้โรคที่ตนเองเป็นอยู่เข้าใจแผนการรักษา ตอบสนองต่อความไม่มั่นคงของตนเองได้และสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ขณะที่ครอบครัวจะสามารถปฏิบัติการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการให้กำลังใจ การปลอบใจ การให้คำแนะนำก็จะช่วยเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและเสริมหนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ตั้งแต่ได้รับทราบ การวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrel and et al. 1998) โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของ ไวส์แมน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่างมีความไม่มั่นคงเกิดขึ้นทั้งสิ้น (Weisman. 1976) การวิจัยครั้งนี้จึงเห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมและออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนที่เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นคงลดลงภายใต้แนวคิดของ แฮาส์ (House. 1981) โดยให้ความสำคัญกับการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการสนับสนุนตามผลการประเมินจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยและการวินิจฉัยการพยาบาลจากปัญหาที่พบ รวมทั้งมีการประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในที่จะดูแลตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เน้นการใช้ยาเคมีบำบัดภายใต้การสนับสนุนของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ยอมรับความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นและจัดการตนเองจนความไม่มั่นคงลดลงได้ในที่สุด

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวความคิด



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (The One Group pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ศูนย์มะเร็ง ในศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก จำนวน 34 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1.1) สามารถสื่อสาร ฟังและพูดโต้ตอบได้ดี รวมทั้งอ่านภาษาไทยได้
- 1.2) มีอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี
- 1.3) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แพทย์ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรใดสูตรหนึ่งดังต่อไปนี้

คือ

- ไซโคลฟอสฟาไมด์ + เมทโทเทรกซ์เซท + 5-ฟลูออโรราซิล (CMF^{*})
- เอเดรียมัยซิน/ด็อกโซรูบิซิน + ไซโคลฟอสฟาไมด์ (AC^{*})
- ไฟว์ เอฟ ยู + ไซโคลฟอสฟาไมด์ + เอเดรียมัยซิน/ด็อกโซรูบิซิน (FAC^{*})
- ไฟว์ เอฟ ยู + อีพิรูบิซิน + ไซโคลฟอสฟาไมด์ (FEC^{*})

หมายเหตุ * C = Cyclophosphamide, M = Methotrexate, F = 5-FU, A = Adriamycin (Doxorubicin), E = Epirubicin

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดไม่เกิน 5 ครั้ง
2. สนับสนุนให้ความร่วมมือกับการวิจัยในครั้งนี้

2) เกณฑ์การคัดออก

2.1) ในระหว่างดำเนินการวิจัย หากผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤติ เช่น ไม่รู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น

2.2) ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาเปลี่ยนการรักษาจากการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาในรูปแบบอื่นแทน

2.3) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนหรือย้ายสถานรักษาพยาบาล

2.4) ผู้ป่วยที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากหลักอำนาจการทดสอบโดยมีค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 โดยมีการคำนวณค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (นิโบล กฤษณพันธ์. 2532) จากสูตร

$$n \geq \frac{\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_0 - \mu_1)^2}$$

| | |
|-----------------|--|
| n | = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง |
| σ^2 | = ค่าความแปรปรวนของประชากร |
| $Z_{1-\alpha}$ | = ค่าปกติมาตรฐานที่ Alpha เท่ากับ 0.05 |
| $Z_{1-\beta}$ | = ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 |
| $\mu_0 - \mu_1$ | = ค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความไม่มั่นคงของประชากร |

$$n \geq \frac{5.41^2 (1.96 + 1.28)^2}{(21.62 - 19)^2}$$

$$\geq 33.48 = 34 \text{ ราย}$$

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความไม่มั่นคง ซึ่งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 2) โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ทดลองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เครื่องมือแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ชุดแบบประเมินความไม่มั่นคง แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง และจากรายงานประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความไม่มั่นคง ผู้วิจัยสร้างเองโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญปัญหาในโรคมะเร็งของ ไวส์แมน (Weisman. 1976) ที่มีเครื่องมือประเมินผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง คือ แบบวัดความไม่มั่นคงของ โอเมก้า (Omega vulnerability sating scale) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความไม่มั่นคง แบบสอบถามนี้มี เริ่มแรกมีจำนวน 26 ข้อ โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีการสร้างโดยอ้างอิงมาจากอารมณ์ทั้ง 13 อารมณ์ แต่เนื่องจากข้อคำถามที่สร้างมาทั้งหมด ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจเครื่องมือพิจารณาและเห็นสมควรให้ตัดข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของอารมณ์ถูกทอดทิ้งออก ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกเพียง 12 อารมณ์ จำนวน 15 ข้อมีรายละเอียดดังนี้ คือ

- ข้อความที่ 1 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกรุนแรง โหดร้าย
- ข้อความที่ 2 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง
- ข้อความที่ 3 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกคับข้องใจ
- ข้อความที่ 4 และ 5 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกกระวนกระวายใจ
- ข้อความที่ 6 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียพลังใจ
- ข้อความที่ 7 และ 8 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวล
- ข้อความที่ 9 และ 10 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อยล้า
- ข้อความที่ 11 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกไร้ค่า
- ข้อความที่ 12 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกปฏิเสธความจริง
- ข้อความที่ 13 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกซึมเศร้า หดหู่
- ข้อความที่ 14 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกปฏิเสธความช่วยเหลือ
- ข้อความที่ 15 เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกไร้อนาคต

ในการวัดความไม่มั่นคงทำโดยให้ผู้ป่วยความรู้สึกภาวะอารมณ์ประเมินของตนเองที่แท้จริงในปัจจุบัน จำแนกเป็น 4 ระดับ โดยอ้างอิงตามหลักของการให้คะแนนที่แบ่งตามระดับความรุนแรงของแบบวัดความไม่มั่นคงของ โอเมก้า (Wiseman. 1976) คือ ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกทั้งหมด ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ และไม่ตรงกับอารมณ์ความรู้สึก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถาม คือ ตรงกับความรู้สึกทั้งหมด (หมายเลข 4) ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ (หมายเลข 3) ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ (หมายเลข 2) และไม่ตรงกับความรู้สึก (หมายเลข 1)

- | | |
|-----------------------------------|-------------|
| เลือกไม่ตรงกับความรู้สึก | ได้ 1 คะแนน |
| เลือกตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ | ได้ 2 คะแนน |
| เลือกตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ | ได้ 3 คะแนน |
| เลือกตรงกับความรู้สึกทั้งหมด | ได้ 4 คะแนน |

เนื่องจากข้อความของผู้วิจัยมีลักษณะของข้อความ 2 แบบ คือ ข้อความเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนในข้อความเชิงลบที่ได้มาทำการกลับค่าของคะแนน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยตัวแปรดังกล่าวได้ถูกนำมาพิจารณาการกระจายตัวของข้อมูลว่าปกติหรือไม่ โดยพิจารณาด้วย Kolmogorov-Smirnov test (K - S test) หากพบว่ามี การกระจายตัวของข้อมูลที่ไม่ปกติจะพิจารณาความเบ้ ความโด่ง และ P-P Plot ร่วมด้วยตัวแปรดังกล่าวพบว่า การกระจายของข้อมูล มีลักษณะเส้นโค้งใกล้เคียงปกติ จึงนำข้อคำถาม ทั้ง 15 ข้อ มาตรวจสอบความเบ้ และความโด่งของส่วนโค้ง โดยความเบ้ของความโค้งดูจากค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Skewness พบว่า มีค่าที่เข้าใกล้ศูนย์ (ค่าปกติ คือ 0) แสดงว่ามีสัดส่วนที่มีความโค้งใกล้เคียงความโค้งปกติ (Brown. 1996) และตรวจสอบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Kurtosis พบว่า มีความโด่งและกว้างกว่าปกติในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับมาตรฐานของความกว้างและความโด่งของโค้งปกติ (ค่าปกติ คือ 3) (Brown. 1996)

คะแนนภาวะอารมณ์ทุกข้อจะมีความระหว่าง 15 – 60 คะแนน
ค่าคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข้อสูงมาก หมายถึง มีภาวะอารมณ์ทุกข้อสูง
ค่าคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข้อน้อย หมายถึง มีภาวะอารมณ์ทุกข้อต่ำ

3.2.2 ชุดโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบเองบนแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House. 1981) ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และการประเมินผล (ภาคผนวก) ซึ่งสรุปตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ของทฤษฎีและกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

| Concept of Social support Theory | Intervention |
|---|---|
| 1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร | <p>- ให้ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด พร้อมแจกใบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด</p> <p>- สไลด์ประกอบการบรรยาย เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อรับยาเคมีบำบัด</p> |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

| Concept of Social support Theory | Intervention |
|----------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อรับยาเคมีบำบัด - กลุ่มตัวอย่างซักถามในข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อรับยาเคมีบำบัด |
| 2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ | <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้ป่วยบอกความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง รับฟังสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีความไม่มั่นคงที่เกิดจากเจ็บป่วยและการรักษา การให้ความสนใจเอาใจใส่ การแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ เช่น อาการข้างเคียงจากการรักษา ปัญหาทางเศรษฐกิจ - ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสัมผัส เช่น การจับมือ บีบมือเบา ๆ การจับแขน การโอบกอดด้วยสัมผัสที่อ่อนโยนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง - ส่งเสริมให้คิดบวกเพื่อให้เกิดความหวังในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีความมั่นใจและเข้มแข็งในการเผชิญกับความไม่คงที่เกิดขึ้นระหว่างที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด - แนะนำการเลือกทำกิจกรรม วิธีและเทคนิคในการลดความไม่มั่นคงตามความชอบ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การฟังดนตรี การร้องเพลง การดูทีวีหรือภาพยนตร์ การท่องเที่ยวในสถานที่ชื่นชอบ |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

| Concept of Social support Theory | Intervention |
|--|---|
| 3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ | <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำสิทธิการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ได้ ตลอดจนการช่วยเหลือตามสิทธิการรักษาที่มีอยู่และพึงได้รับ เช่น หากมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และจำเป็นต้องได้รับยาหรือการรักษาที่ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาที่มีอยู่ได้ จะมีการพูดคุยและประสานงานกับแพทย์ที่รักษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อคลายความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายและไม่เสียโอกาสในการรักษาของตนเอง |
| 4. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน | <ul style="list-style-type: none"> - เล่านิทานชวานากับลา - กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าข้อคิดที่ได้หลังจากที่รับฟังนิทาน - กลุ่มตัวอย่างร่วมบอกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เพื่อสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธีที่เลือกใช้ และความเหมาะสมในวิธีการลดความไม่มั่นคงของแต่ละคนเพื่อสามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม - สะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระหว่างการให้คำแนะนำในแต่ละครั้ง - การชื่นชมและเสริมแรงต่อการจัดการภาวะอารมณ์ทุกโศกที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น |

3.2.3 การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ดังนี้

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความไม่มั่นคงและโปรแกรมแรงสนับสนุนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (โรคมะเร็ง) 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องตามทฤษฎี ความถูกต้องของเนื้อหาและความชัดเจนทางด้านภาษา โดยแบบประเมิน ที่สร้างขึ้นมีจำนวน 26 ข้อ เมื่อผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ สามารถนำมาใช้ได้ 15 ข้อ โดยตัดข้อความในส่วนของอารมณ์ความรู้สึกออก 1 อารมณ์คือ ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดที่ไว้ใจให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่ได้อยู่ตามลำพัง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำผลการประเมินคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Polit and Beck, 2008) มีเกณฑ์เพื่อแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- ให้
- 1 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง
 - 2 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก
 - 3 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
 - 4 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง

ในการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากสูตรคำนวณ คือ

$$CVI = \sum \frac{R_{3,4}}{N}$$

- เมื่อ
- | | |
|-------------------|--|
| CVI | เป็นดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา |
| R _{3, 4} | เป็นจำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ระดับ 3 และ 4 |
| N | เป็นจำนวนข้อสอบทั้งหมด |

ได้ค่า CVI = 0.94

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นเฉพาะส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามด้วยการนำไปทดลองใช้ กับสตรีที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่สถาบันมะเร็งแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟามี ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(\frac{1 - \sum S_i^2}{St^2} \right)$$

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| α | คือ ค่าความสอดคล้องภายใน |
| n | คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม |
| $\sum S_i^2$ | คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ |
| St^2 | คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ |

ได้ค่าเท่ากับ 0.81

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ คือ ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2557 มีดังนี้

- 1) ผู้วิจัยศึกษาความรู้จากงานวิจัยต่าง ๆ เอกสาร และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ และความไม่มั่นคงของ ไวส์แมน เพื่อเป็นแนวทางในการลดปัญหาความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ขออนุญาตรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- 3) ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้แบบสอบถามและการดำเนินการวิจัย
- 4) เข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ฝ่ายบริหารด้านวิชาการ หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตลอดจนการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
- 5) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 34 คน และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง
- 6) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยชุดแบบประเมินความไม่มั่นคงมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไป และส่วนของแบบประเมินความไม่มั่นคง ก่อนการให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่าง
- 7) จัดให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 5 ครั้ง มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยให้โปรแกรมเป็นรายบุคคล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้
 - (1) อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบวัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมในการวิจัย จำนวนครั้งของโปรแกรม ลักษณะและระยะห่างของโปรแกรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมตลอดกระบวนการวิจัยในแต่ละครั้ง รายละเอียดของโปรแกรมในแต่ละครั้งว่าประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยและรับการรักษารักษาเหมือนกัน

(2) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวิธีการติดตามและนัดผู้ป่วย ว่าการใช้โปรแกรมในแต่ละครั้งจะ ใช้การโทรศัพท์ โดยจะสอบถามความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งต่อไปล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน โปรแกรมมีทั้งหมด 5 กิจกรรม โดยในกิจกรรมที่ 1 จะมีระยะห่างจากกิจกรรมที่ 2 หนึ่งสัปดาห์ กิจกรรมที่ 2 จะมีระยะห่างจากกิจกรรมที่ 3 สองสัปดาห์ กิจกรรมที่ 3 จะมีระยะห่างจากกิจกรรมที่ 4 หนึ่งสัปดาห์ และกิจกรรมที่ 5 จะมีระยะห่างจากกิจกรรมที่ 4 คือ สองสัปดาห์ โดยรายละเอียดของ กิจกรรมมีดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของกิจกรรม ใช้เวลานาน 5 นาที
2. ผู้วิจัยจะตั้งคำถามและให้ตอบในประเด็นเรื่อง
 - อาการและผลกระทบของโรค และการรักษาที่เกิดกับตนเอง ครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคม
 - สิ่งในกลุ่มตัวอย่างอยากจะพูด อารมณ์ความรู้สึกนึกคิดหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากรับยาเคมีบำบัดและวิธีการแก้ปัญหา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา
3. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด พร้อมแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อรับยาเคมีบำบัด
4. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดย
 - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง
 - รับฟังผู้ป่วยสิ่งที่ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวล ทุกข์ทรมานที่เกิดจากการรักษา การให้ความสนใจใส่ใจใส่ต่อผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยต่อผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
 - ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ด้วยการสัมผัสซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความไม่มั่นคงลดลงและสร้างความเชื่อมั่นในตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง
 - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดบวกเพื่อให้เกิดความหวังในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีความมั่นใจและเข้มแข็งในการเผชิญกับความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นระหว่างที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
 - แนะนำการเลือกทำกิจกรรม วิธีและเทคนิคในการลดความไม่มั่นคงตามความชอบของกลุ่มตัวอย่าง

5. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ โดยการให้คำแนะนำสิทธิการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในปัจจุบัน ตลอดจนการช่วยเหลือตามสิทธิการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างมีอยู่และพึงได้รับ การพูดคุยและประสานงานกับแพทย์ที่รักษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคลายความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายและไม่เสียโอกาสในการรักษาของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที

กิจกรรมที่ 2

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปยังหมายเลขโทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างมอบให้ไว้เพื่อติดต่อ
2. สันทนาการทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านตามแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง
3. อธิบายเพิ่มเติมถึงวิธีการปฏิบัติตัว รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน
4. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยที่พบเมื่อพักรักษาตัวที่บ้านพร้อมทั้งให้คำแนะนำ และกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถลดความไม่มั่นคงและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
5. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ของการนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 3 ต่อไป และย้ำเตือนวันที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3

1. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดหลังจากที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านในเรื่องดังต่อไปนี้
 - อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด
 - ปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
 - ผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและวิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลดี
2. ให้การสนับสนุนด้านการประเมิน โดยสอบถามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่รับฟังและร่วมบอกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เพื่อสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธีที่เลือกใช้และความเหมาะสมในวิธีการลดภาวะความไม่มั่นคงของแต่ละคนเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้วิจัยมอบเอกสารประกอบการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน คือนิทานเรื่องชวานากับลา แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยเริ่มเล่านิทานเรื่องชวานากับลาให้กลุ่มตัวอย่างรับฟัง หลังจากจบนิทานแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปข้อคิดที่ได้จากนิทานเรื่องดังกล่าว

5. ผู้วิจัยสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายจากการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดในระหว่างการให้คำแนะนำในแต่ละครั้ง

6. ผู้วิจัยให้การชื่นชมและเสริมแรงต่อการจัดการภาวะอารมณ์ทุกโศกที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น

สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที

กิจกรรมที่ 4

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปยังหมายเลขโทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างมอบให้ไว้เพื่อติดต่อ
2. สนทนาทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ตามแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง
3. อธิบายเพิ่มเติมถึงวิธีการปฏิบัติตัว รวมทั้งวิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน
4. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยที่พบเมื่อพักรักษาตัวที่บ้านพร้อมทั้งให้คำแนะนำ และกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถลดความไม่มั่นคงและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
5. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ของการนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 5 ต่อไป และย้ำเตือนวันที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด

สัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5

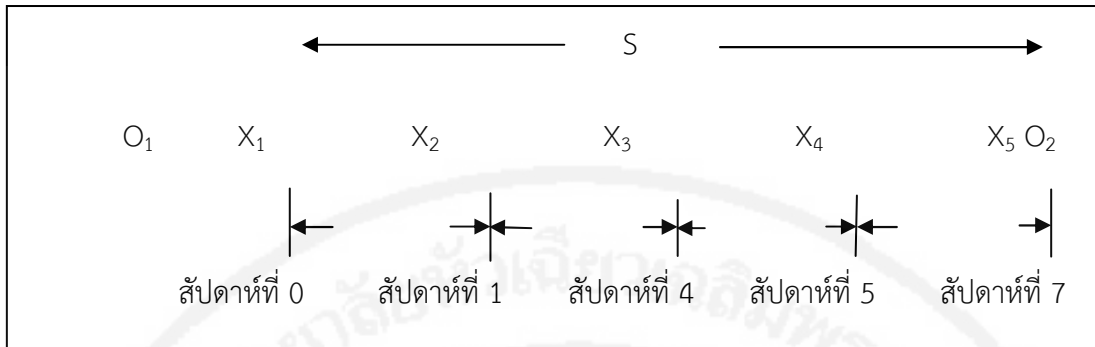
1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบอกกล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ผู้วิจัยกล่าวสรุปสาระสำคัญของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย
4. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความไม่มั่นคง เฉพาะในส่วนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างทำภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งที่ 5

กรณีผู้ป่วยไม่สะดวกเข้ารับโปรแกรมครั้งต่อไป ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายอีกครั้งในสัปดาห์ถัดไป

(3) เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินระดับความไม่มั่นคงหลังให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม และวิเคราะห์ข้อมูล

จากขั้นตอนการวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้

แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการวิจัย



- O₁ คือ วัดความไม่มั่นคงก่อนการให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม
- X คือ กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย
- X₁ คือ กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 1
- X₂ คือ กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 2
- X₃ คือ กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 3
- X₄ คือ กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 4
- X₅ คือ กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 5
- O₂ คือ วัดความไม่มั่นคงหลังให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม
- S คือ ระยะเวลาของการให้กิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่างและบุคคลในครอบครัวประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ และด้านการประเมิน

แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล



3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามากกว่า 30 ราย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบพารามेटริกซ์ (Parametric Statistic) และตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้รับการตรวจสอบค่าความปกติ ได้แก่ การตรวจสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test ความโด่ง ความเบ้และ P-P plot ก่อนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความไม่มั่นคงก่อนและหลังการโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้ป่วยสตรีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี ที่รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและแพทย์ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2557

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อและจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก และได้รับหนังสืออนุมัติหมายเลขที่ อ.208/2557 และ รบ.0032.102.1/073 (ภาคผนวก ข) ให้ทำการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ถูกวิจัยเป็นอย่างมาก โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษาในครั้งนี้ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบในเรื่องต่อไปนี้

1.1 ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการทำวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ถูกเปิดเผยถึงแหล่งที่มาของรายบุคคล

1.3 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เปิดเผยต่อบุคคลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้

1.4 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีที่สิ้นสุดการวิจัย

1.5 การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในลักษณะของภาพรวมในการนำเสนอเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อจริงและใช้เป็นนามสมมติของผู้ให้ข้อมูล

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาลักษณะของความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และผลของการได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n = 34) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| อายุ | | |
| 35 - 39 ปี | 6 | 17.65 |
| 40 - 49 ปี | 7 | 20.59 |
| 50 - 59 ปี | 21 | 61.76 |
| — X = 49.59 ปี | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 1 | 2.94 |
| คู่ | 28 | 82.35 |
| หย่า | 1 | 2.94 |
| หม้าย | 4 | 11.77 |
| เคยมีญาติ มารดา หรือพี่สาว หรือน้องสาว หรือคนในครอบครัว มีก้อนที่เต้านม หรือเป็นมะเร็งเต้านม | | |
| ไม่เคย | 30 | 88.23 |
| เคย | 4 | 11.77 |
| สิทธิการรักษาพยาบาลโรคของท่าน | | |
| เบิกจากต้นสังกัด | 2 | 5.88 |
| ประกันสังคม | 8 | 23.53 |
| หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 23 | 67.65 |
| ข้าราชการบำนาญ | 1 | 2.94 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n = 34) | ร้อยละ |
|---|----------------|--------|
| ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา | | |
| มี | 5 | 14.71 |
| ไม่มี | 29 | 85.29 |
| บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย | | |
| ไม่มี | 0 | 0.00 |
| มี ระบุ (เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด) | 34 | 100.00 |
| 1. สามี | | |
| 2. บุตร | | |
| 3. ญาติพี่น้อง | | |
| การช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น เงิน ช่วยทำงานบ้าน ให้กำลังใจ และค้นหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ (เรียงลำดับจาก มากที่สุดไปน้อยที่สุด) | | |

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.59 ปี (S.D. = 7.940) อายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.76 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.35 ผู้ป่วยมีประวัติไม่เคยมีญาติ มารดา หรือพี่สาว หรือคนในครอบครัวมีก่อนที่เต้านม หรือเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.23 ส่วนใหญ่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.65 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.29 และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้จากมากที่สุดไปน้อย ได้แก่ สามี บุตร ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ตามลำดับ โดยการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับโดยเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดคือ เงิน ช่วยทำงานบ้าน ให้กำลังใจ และค้นหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ

4.2 ลักษณะของความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างเรียงลำดับตามลักษณะความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่าง จากมากที่สุดไปน้อยที่สุดก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม (n=34)

| ความไม่มั่นคง | ตรงกับ ความรู้สึก ทั้งหมด ร้อยละ (ราย) | ตรงกับ | | ไม่ตรงกับ ความรู้สึก ร้อยละ (ราย) | ค่าเฉลี่ย คะแนน ความ ไม่มั่นคง | S.D. |
|---|--|--|---|--|---|-------|
| | | ตรงกับ ความรู้สึก เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ (ราย) | ความรู้สึก เป็น ส่วนน้อย ร้อยละ (ราย) | | | |
| 1. รู้สึกกระวนกระวายใจ กับการรักษา | 64.71 (22) | 26.47 (9) | 8.82 (3) | 0.00 (0) | 1.44 | 0.660 |
| 2. รู้สึกถึงความไม่ แน่นอนของระยะเวลาใน การมีชีวิตอยู่ | 61.76 (21) | 29.42 (10) | 5.88 (2) | 2.94 (1) | 1.50 | 0.749 |
| 3. รู้สึกว่าการเจ็บป่วย ด้วยโรคนี้อาจบอกให้ สมาชิกในครอบครัวหรือ บุคคลที่ไว้วางใจรับทราบ | 61.76 (21) | 14.70 (5) | 14.70 (5) | 8.82 (3) | 3.29 | 1.031 |
| 4. รู้สึกกลัวอาการ ข้างเคียงจากการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด | 55.88 (19) | 38.24 (13) | 5.88 (2) | 0.00 (0) | 1.50 | 0.615 |
| 5. รู้สึกว่าตนเองเป็น ภาระแก่ผู้อื่น | 55.88 (19) | 38.24 (13) | 5.88 (2) | 0.00 (0) | 1.50 | 0.615 |
| 6. รู้สึกกระวนกระวายใจ กับการเจ็บป่วย | 50.00 (17) | 38.24 (13) | 8.82 (3) | 2.94 (1) | 1.65 | 0.774 |
| 7. รู้สึกกลัวเหตุการณ์ที่ อาจเกิดขึ้นในอนาคตจาก การเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งเต้านม | 32.36 (11) | 50.00 (17) | 17.64 (6) | 0.00 (0) | 1.85 | 0.702 |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ความไม่มั่นคง | ตรงกับ ความรู้สึก ทั้งหมด ร้อยละ (ราย) | ตรงกับ ความรู้สึก เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ (ราย) | ตรงกับ ความรู้สึก เป็น ส่วนน้อย ร้อยละ (ราย) | ไม่ตรงกับ ความรู้สึก ร้อยละ (ราย) | ค่าเฉลี่ย คะแนน ความ ไม่มั่นคง | S.D. |
|---|--|---|---|--|---|-------|
| 8. รู้สึกสูญเสีย ภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง ถูกตัดเต้านม เป็นต้น | 14.70 (5) | 38.24 (13) | 47.06 (16) | 0.00 (0) | 2.32 | 0.727 |
| 9. คิดว่าจะหายจากโรค | 11.76 (4) | 47.06 (16) | 32.36 (11) | 8.82 (3) | 2.62 | 0.817 |
| 10. ยาเคมีบำบัดจะ ช่วยรักษาให้หายขาดจาก โรคได้ | 5.88 (2) | 64.71 (22) | 29.41 (10) | 0.00 (0) | 2.76 | 0.554 |
| 11. ไม่ต้องการพูดถึง การเจ็บป่วยครั้งนี้ | 5.88 (2) | 11.77 (4) | 26.47 (9) | 55.88 (19) | 3.32 | 0.912 |
| 12. รู้สึกว่าการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดจะช่วย ให้การมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น | 2.94 (1) | 70.59 (24) | 23.53 (8) | 2.94 (1) | 2.74 | 0.567 |
| 13. รู้สึกเหนื่อยล้ากับ การดูแลตนเอง | 2.94 (1) | 55.88 (19) | 35.30 (12) | 5.88 (2) | 2.44 | 0.660 |
| 14. รู้สึกเหนื่อยล้าจาก อาการข้างเคียงของยาเคมี บำบัด | 2.94 (1) | 64.71 (22) | 32.36 (11) | 0.00 (0) | 2.29 | 0.524 |
| 15. คิดวางแผนและ ตั้งเป้าหมายในการดำเนิน ชีวิต | 0.00 (0) | 47.06 (16) | 52.94 (18) | 0.00 (0) | 2.47 | 0.507 |

จากตารางที่ 6 พบว่า ลักษณะความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่าง คือ รู้สึกกระวนกระวายใจกับผลการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.71 ($\bar{X} = 1.44$, S.D. = 0.660) รองลงมา มี 2 ลักษณะ เท่ากัน คือ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ คิดเป็นร้อยละ 61.76 ($\bar{X} = 1.50$, S.D. =

0.749) และรู้สึกว่ารู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้ต้องบอกให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ รับทราบ คิดเป็นร้อยละ 61.76 ($\bar{X} = 3.29$, S.D. = 1.031) ส่วนการไม่ต้องการพูดถึงการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 5.88 ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.912) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกน้อยที่สุด

ในระหว่างการใช้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม มีกิจกรรมการติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 34 คน ทางโทรศัพท์ โดยใช้ข้อความปลายเปิดเชิงกึ่งโครงสร้าง จำนวน 2 ครั้ง พบว่า

1. อาการทางร่างกายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เรียงจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ ผม่วิ่ง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีแผลในปาก นอนไม่หลับ ตามลำดับ

2. ความรู้สึกของผู้ป่วยกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น คือ ส่วนใหญ่ จะเข้าใจว่าเป็นอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด มีอาการกลัวอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นว่าจะเพิ่มขึ้นใน ครั้งต่อไปหรือไม่ ผลเลือดไม่ผ่านทำให้ไม่แน่ใจว่าถ้ารับยาได้ไม่ต่อเนื่องแล้วมะเร็งจะกลับมาอีก เป็น ภาระให้ครอบครัว เพราะต้องพึ่งพาจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น รู้สึกว่าจากเวรกรรมที่อาจเคยทำในอดีต รู้สึกอยากตายเพราะไม่อยากทนกับ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน

3. วิธีจัดการกับอาการข้างเคียงด้านร่างกาย คือ การสวมใส่หมวก การโกนผมและใส่ผมปลอม การใช้ผ้าคลุมผม การนอนพักผ่อนมาก ๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำจากพยาบาล การอ่านคู่มือการปฏิบัติ ตัวที่ได้รับ การทำตามคำแนะนำที่เพื่อนผู้ป่วยโรคเดียวกันปฏิบัติแล้วได้ผลดี

4. การจัดการกับความทุกข์ที่เป็นทุกข์ คือ การพูดคุยปรับทุกข์กับสามี บุตรและญาติพี่น้อง การขอคำปรึกษาแนะนำจากพยาบาลในเรื่องที่เป็นกังวล การดูโทรทัศน์ การทำงานบ้าน การคิดถึงลูก และคนที่ตัวเองรักเพื่อที่จะได้มีกำลังใจอยู่ต่อไปเพื่อจะได้มีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลเหล่านี้ การไปทำบุญที่ วัด การเข้าโบสถ์

4.3 ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความไม่มั่นคงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความไม่มั่นคงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

| คะแนนความไม่มั่นคง | Mean | S.D. | t | df | p-value |
|--------------------|-------|-------|---------|----|---------|
| ก่อนการให้โปรแกรม | 2.247 | 0.434 | -23.484 | 33 | 0.000 |
| หลังได้รับโปรแกรม | 3.376 | 0.241 | | | |

p-value from Paired t-test *significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน = 2.247 คะแนน (S.D. = 0.434) และคะแนนความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน = 3.376 คะแนน (S.D. = 0.241) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความไม่มั่นคงโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนความไม่มั่นคงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก จำนวน 34 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความไม่มั่นคง ผลการศึกษามีดังนี้

5.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.59 ปี (S.D. = 7.940) อายุที่พบมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.76 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.35 ผู้ป่วยมีประวัติไม่เคยมีญาติ มารดา หรือพี่สาว หรือคนในครอบครัว มีก่อนที่เต้านม หรือเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.23 ส่วนใหญ่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.65 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.29 และมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 100 เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อย ได้แก่ สามี บุตร ญาติพี่น้อง และเพื่อน ตามลำดับ โดยการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น เงิน ช่วยทำงานบ้าน ให้อาหาร และค้นหา ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ

ลักษณะความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระวนกระวายใจกับ ผลการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.71 ($\bar{X}=1.44$, S.D.=0.660) รองลงมา มี 2 ลักษณะเท่ากัน คือ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ คิดเป็นร้อยละ 61.76 ($\bar{X}=1.50$, S.D.=0.749) และรู้สึกว่ารู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ออกให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจรับทราบ คิดเป็นร้อยละ 61.76 ($\bar{X}=3.29$, S.D.=1.031) ส่วนการไม่ต้องการพูดถึงการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็น ร้อยละ 5.88 ($\bar{X}=3.32$, S.D.=0.912)

5.1.2 ผลการเปรียบเทียบความไม่มั่นคงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนความไม่มั่นคงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในช่วง 25-54 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนน = 2.247 คะแนน (S.D.=0.434) และคะแนนความไม่มั่นคงของ กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในช่วง 17-34 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของ คะแนน = 3.376 คะแนน (S.D.=0.241) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความไม่มั่นคงโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนความไม่มั่นคงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีความไม่มั่นคงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

5.2 การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ พบว่า แหล่งแรงสนับสนุนที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ สามี บุตร และญาติพี่น้อง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทอร์ตัน และคูก (Turton and Cooke. 2000 ; สิริลักษณ์ จันทรมะ. 2541) ที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมากที่สุดของสตรี คือ สามีและครอบครัว โดยเฉพาะสามีและบุตร เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ และคอยให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ (ศิริไท พฤษะศรี. 2546) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง บุคคลในครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การเป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (วารุณี มีเจริญ. 2014) ซึ่งบุคคลในครอบครัวเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอาการมั่นคง ทำให้มีความรู้สึกนึกคิดในการแก้ไขปัญหาให้ดียิ่งขึ้นเพราะโรคมะเร็งในความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นโรคที่ร้ายแรง ขณะที่สมาชิกในครอบครัวก็รับรู้ว่าเป็นโรครุนแรง รวมถึงโรคนี้ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตรเพื่อนหรือญาติคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Hendrix, Abernethy, Sloane, Misuraca and Moore. 2009 ; Ornstein, Smith and Boal. 2009 ; Weinland. 2009) สามี บุตร และญาติจึงเป็นบุคคลที่ประคับประคองจิตใจ หาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับมือกับความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นได้ (ภารดี ปริชาวิทยากุล. 2552)

2. จากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความไม่มั่นคงที่พบ 3 ลำดับแรก คือ รู้สึกกระวนกระวายใจ กับผลการรักษา รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภารดี ปริชาวิทยากุล (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกเป็นทุกข์ กังวล ท้อแท้และหมดกำลังใจกับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวส์แมน (Weisman. 1976) ได้ศึกษาความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค พบว่า ความไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ร้าย อาการแสดงทางกาย ความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เดลกาโด ซี. (2007) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก ความรู้สึกนึกคิด ความเครียดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรครื้องอก พบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความไม่มั่นคงต่ำกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ การที่พบเช่นนี้เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน จึงทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้ให้ความสำคัญกับผลการรักษาในแต่ละช่วงเวลา พร้อมไปกับคาดการณ์ถึงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตและต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

จากการศึกษาของ ชมขนาด วรรณพรศิริ (2555) พบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะมีความทุกข์ทรมาน 3 ด้านคือ 1) ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย คือ คลื่นไส้และอ่อนเพลีย 2) ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความกลัว และ 3) ความทุกข์ทรมานด้านสังคม ได้แก่ การทำบาบาทในครอบครัวและสังคมลดลง ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง มีสาเหตุมาจากลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคมะเร็งเต้านมมีส่วนสำคัญที่บอกถึงลักษณะของโรค การตอบสนองต่อการรักษา และการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน (ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. 2552) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกระวนกระวายใจกับผลการรักษา รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น เพราะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ระหว่างการผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การฉายรังสีหรือการให้ฮอร์โมน (ประเสริฐ เลิศสงวนชัย. 2544) ซึ่งทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน และจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง (Skipper. 1979) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะต้องมีการวัดการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้ตัวชี้วัดการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด คือ อัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการรอดชีวิตที่ปราศจากโรค และอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (อนุเวช วงศ์มีเกียรติ. 2553)

3) ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นช่วยลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ ยิลมาเซอร์ (Yilmazer. 1994) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวจะมีภาพลักษณ์ในทางกายทางลบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ขณะที่ คริสโตเฟอร์ และคณะ (Christopher et al. 2012) พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความพึงพอใจลดลงในการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ การทำหน้าที่ และเกิดความผาสุกภายหลังรับการรักษา มะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยโดย กฤษณา สังข์มณีจินดา (2554) ที่ใช้โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความหวังเพิ่มมากขึ้น และปุนรดา พวงสมัย (2556) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี อาจเพราะโปรแกรมที่สร้างขึ้นมีลักษณะเด่นที่ออกแบบบนแนวคิดของ เฮ้าส์ ที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ วัสดุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้การประเมินผล และการประเมินผล รวมทั้งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วยการประเมิน โดยการสัมภาษณ์ สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การวินิจฉัยการพยาบาลได้จากการประเมินปัญหาที่พบในผู้ป่วย การให้การพยาบาลตามผลการวินิจฉัยการพยาบาลที่พบ ซึ่งการออกแบบดังกล่าว ทำให้พยาบาลสามารถเข้าถึงและลดความไม่มั่นคงจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างที่รับการรักษา ทำให้โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดี

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ มีการประเมินความไม่มั่นคง โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมน (Weisman. 1976) ที่ประกอบด้วยอารมณ์ต่าง ๆ 13 อารมณ์ ซึ่งเครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้ได้ตัดข้อคำถามด้านอารมณ์ความรู้สึกการถูกทอดทิ้งออก เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นหากต้องนำเครื่องมือนี้ไปใช้จริงในอนาคต ควรมีการพัฒนาเครื่องมือต้นแบบนี้ให้มีอารมณ์ครบทั้ง 13 อารมณ์ พร้อมเพิ่มความหลากหลายของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งทำให้ขาดความหลากหลาย และอาจส่งผลต่อคุณลักษณะของความไม่มั่นคงที่แตกต่างกันออกไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสังคม ล้วนส่งผลต่อความไม่มั่นคงของผู้ป่วย จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่อาจสรุปการเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งหมดได้

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ด้านการศึกษา

1) ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ครอบคลุมอารมณ์ความรู้สึกทั้ง 13 อารมณ์ เพื่อให้สอดคล้องตามแนวคิดของไวส์แมน

2) แบบสอบถามควรได้รับการพัฒนาโครงสร้างของรูปแบบของข้อคำถาม ให้มีความครอบคลุม และสามารถใช้ในการประเมินความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งชนิดอื่น ๆ

3) ควรมีการเพิ่มระดับความสามารถให้กับบุคลากรตามสมรรถนะที่กำหนดโดยการพัฒนา ระบบการจัดการความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ หรือการกำหนดหลักสูตรและการถ่ายทอดความรู้ วิธีการใหม่ ๆ และการนำมาประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับหน่วยเคมีบำบัด ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งชนิดอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่พบปัญหาความไม่มั่นคง ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมาก หรือในกรณีฉุกเฉิน เพื่อลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วย และยังเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.4.2 ด้านการบริหาร

1) นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบ โครงสร้างของการให้บริการในหน่วยเคมีบำบัด โดยแบ่งแยกตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายที่ประเมินได้ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางของการให้บริการ ก่อให้เกิดการบริการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

2) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลต่าง ๆ ทางด้านวิชาการ หรือเสนอแนวทางหรือโครงการขอรับความช่วยเหลือ และสนับสนุนโครงการต่าง ๆ ทางด้านการพยาบาล

5.4.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) นำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด ในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด

2) เป็นต้นแบบของโปรแกรมการลดความไม่มั่นคงที่สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

5.4.4 ด้านการวิจัย

1) ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อสังเกตและบันทึกลักษณะของความไม่มั่นคงที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาระหว่างได้รับโปรแกรม เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมในแต่ละช่วงเวลา

2) ควรศึกษาติดตามระยะยาวโดยมีการจับคู่ (Matching) ลักษณะทางประชากรหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งวัดระดับความไม่มั่นคงเป็นช่วง เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมแต่ละระยะได้อย่างชัดเจน

3) ควรทดลองใช้โปรแกรมนี้ในผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งศึกษาความคล้ายคลึงและความแตกต่างของความไม่มั่นคงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

4) ควรออกแบบโปรแกรมให้กิจกรรมมีความหลากหลายและระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น โดยอาจประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่นเพิ่มเติมเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถลดความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

5) ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ครอบคลุมอารมณ์ความรู้สึกทั้ง 13 อารมณ์

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541) **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กริช โพธิ์สุวรรณ. (2545) “มะเร็งเต้านมไม่น่ากลัวอย่างที่คิด (ตอนที่ 1)” **วารสารคลินิก**. 18 (6) หน้า 412-420.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2553) **Constipation in palliative care**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thai FP.com> (5 พฤษภาคม 2557)
- กฤษณา สังข์มุณีจินดา. (2554) **ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย และดุขฎิ มุขสมบัติ. (2539) **ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จีรวรรณ จบสุบิน. (2551) **ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิต) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมนาด วรณพรศิริ. (2554) “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 5 (ฉบับพิเศษ) หน้า 109-118.
- ชมนาด วรณพรศิริ. (2555) “ความทุกข์ทรมานและการจัดการกับความทุกข์ทรมานในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 6 (1) หน้า 64-74.
- ชมภู ชิวบันเทิง. (2556) **ภาพลักษณ์ทางกายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ทำการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิตบัณฑิต) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูลีรัตน์ สารรัตน์. (2546) **ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่รับราชการครูในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดอุดรธานี**. การศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. (สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ฐานิต หิรัญคุปต์. (2552) **แนวทางการจัดบริการด้วยการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลศิริราช**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการทางสังคม) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธัญญา น้อยเปียง. (2545) **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทวัน ธรรมนิศย์. (2553) **ประสิทธิผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและ รังไข่ทั้ง 2 ข้าง โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ) มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นพวัชร สมานคดีวัฒน์. (2544) **มะเร็งเต้านม**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaiclinic.com/download/breast/breastcancer.doc> (25 กรกฎาคม 2556)
- นิโลบล กฤษณพันธ์. (2532) **วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชื่น อิมมาก. (2537) **การศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550) **ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2544) **ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสตรี) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจรัตน์ ชิวพูนผล. (2547) **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และ ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2552) **คู่มือโรค : โรคมะเร็งเต้านม**. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership. หน้า 397-399.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปูลองดา พวงสมัย. (2556) **ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551) **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1.** กรุงเทพมหานคร : โอกรูป เพรส.
- พรนภา ทีบจินดา. (2557) “ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา” **วารสารโรคมะเร็ง.** 34 (2) หน้า 92-103.
- พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550) **ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสนธิ์ จงตระกูล และวรสุดา ยูงทอง. (2553) **คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2).** ม.ป.ท. : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน. (2551) “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด” **วารสารสภาการพยาบาล.** 23 (4) หน้า 39-40.
- ไพศาล พงศ์ชัยพลฤกษ์. (2550) **ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป : Surgical oncology surgical oncology.** กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 59-147.
- ภัคจิรา รัชตะสังข์. (2547) **ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย และคณะ. (2552) **ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา.** กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล และคณะ. (2552) “ความต้องการคำแนะนำและการปรึกษาที่พบบ่อยจากการให้บริการสายด่วนโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” **สงขลานครินทร์เวชสาร.** 27 (2) หน้า 139-151.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- แม่นมมา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. (2552) **คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด**
ปรับปรุง ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : หน่วยมะเร็งวิทยาและภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- เยาวนุช คงदान. (2550) **ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป : Surgical oncology.** กรุงเทพมหานคร :
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ หม้อทอง และคณะ. (2549) “เต้านมและมะเร็งเต้านม” **วารสารศูนย์บริการวิชาการ.**
14 (1) หน้า 37-44.
- วรชัย รัตนธรรมา. (2543) **การรักษาโรคมะเร็งในสตรีสมัยใหม่.** กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิง.
- วรพรรณ คำผืน. (2554) “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้า
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. **พยาบาลสาร.** 38 (2) หน้า 1-17.
- วารุณี มีเจริญ. (2014) “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง : การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต”
Rama Nurs J. 20 (1) หน้า 10-22.
- วิริทธิ์พล รัตนพรศิริ. (2553) **Professional Dictionary อังกฤษ-ไทย.** ม.ป.ท. : ธนเชษฐ์.
- ศิริไท พฤกษ์ศรี. (2546) **พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลัง
ผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลราชบุรี. (2554) **ทะเบียนสถิติผู้ป่วยมะเร็ง.** ราชบุรี : โรงพยาบาลราชบุรี.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง. (2554) **รายงาน
ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2554.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.m-society.go.th> (25 กรกฎาคม 2556)
- สิรินุช บูรณเรืองโรจน์. (2549) “ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับเคมีบำบัด” **วารสารสภาการพยาบาล.** 21 (2) หน้า 47-61.
- สิริลักษณ์ จันทรมะ. (2541) **การพัฒนาแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุนีย์ จันทรมหาเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2540) “ความวิตกกังวลของผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม”
พยาบาลสาร. 33 (2) หน้า 39-47.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551) **ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์ สรรชัย กาญจนลาภ และสุमित วงศ์เกียรติขจร. (2542) **มะเร็งเต้านม Breast Cancer**. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. (2547) **มะเร็งเต้านม Breast Cancer : Morphologic Model of Breast Cancer Tumorigenesis**. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โฆษิตการพิมพ์.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2545) **ความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วย : แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรี ศิวแพทย์. (2549) **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์. (2546) “ปรากฏการณ์สูญเสียและเศร้าโศก : ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก” **วารสารพยาบาลรามาริบัติ**. 9 (2) หน้า 124-30.
- เสาวนีย์ จันทรัตน์. (2549) **การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อัญชลี แส่นพรม. (2549) “ความหวังกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้เป็นมะเร็งเต้านม” **พยาบาลสาร**. 33 (2) หน้า 131-139.
- อนุเวช วงศ์มีเกียรติ. (2553) **เอกสารประกอบการสอนวิชาศัลยศาสตร์ : ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา (Surgical oncology)**. ชลบุรี : โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี.
- Ali Montazeri, et al. (2001) “Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in cancer support group” **Patient Education and Counseling**. 45 page 195-198.
- American Cancer Society. (2008) **Cancer Facts and Figures 2008**. American Cancer Society, Atlanta, GA, Author. [Online] Available : <http://www.cancer.org> (5 June 2013)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- American Cancer Society. (2011) **Cancer Facts and Figures 2011**. American Cancer Society, Atlanta, GA, Author. [Online] Available : <http://www.cancer.org> (5 June 2013)
- Anderson, H., et al. (2001) "Evaluation of chemotherapy patients monitor : An interactive tools for facilitating communication between patients and oncologist during the cancer consultation" **European Journal of Cancer Care**. 10 page 115-123.
- Badger, T., et al. (2007) "Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners" **Nurse research**. 56 page 44-53.
- Berkman, L. F. and Glass, T. (2000) **Social integration, social network, and health**. In L. F., Berkman & I. Kawachi (Eds.), Social epidemiology. New York : Oxford University Press.
- Berkman L. F. and Syme S. L. (1979) **Social relationships and health**. [Online] Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11270065>. (3 June 2014)
- Bland KI, Daly JM. and Karakousis CP. (2001) **Surgical oncology : contemporary principles and practice**. New York : McGraw-Hill.
- Bland KI., et al. (1999) **Schwartz SI (ed) Principles of surgery**. 7th ed. page 543, 555. New York : McGraw-Hill.
- Brown, J. D. (1996) **Testing in language programs**. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall Regents.
- Caplan, G. (1999) **Support System and Community Mental Health**. New York : Lecture on Concept Development Behavior Publications.
- Christopher P., et al. (2012) "Child maltreatment and breast cancer survivors : Social support makes a difference for quality of life, fatigue and cancer Stress" **European Journal of Cancer**. 48 page 728-736.
- Cobb, S. (1976) "Social Support and Moderate life stress" **Psychosomatic Medicine**. 83 page 300-314.
- Connie Henke Yabro, Margaret Hansen Frogge and Michelle Goodman. (2004) **Cancer Symptom Management**. 3rd ed. page 47-54, 187-204, 252-264. U.S.A. : Jones and Bartlett Publishers.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Daly JM, Bertagnoli M, DeCosse JJ. and Morton DL. (1999) **Schwartz's Principles of Surgery**. 7th ed. page 297-360. New York : McGraw-Hill.
- Denise F. Polit and Cheryl Tatano Beck. (2008) **Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice Nursing Research**. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins
- Donna D. Ignatavicius and M. Linda Workman. (2010) **Medical-Surgical Nursing : Patient-Centered Collaborative care**. 6th ed. Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
- Drageset S, Lindstrom TC and Underlid K. J. (2010) "Coping with breast cancer : between diagnosis and surgery. Faculty of Health and Social Sciences, Bergen University College Norway" **Advanced Nursing**, 66 (1) page 149-58.
- Ferrell, B.R., et al. (1998) "Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services" **Oncology Nursing Forum**. 25 page 887-895.
- Finfgeld-Connett, D. (2005) "Clarification of social support" **Journal of Nursing Scholarship**. 37 (1) page 4-9.
- Fleming ID., et al. (1997) "AJCC cancer staging manual" **Philadelphia : Lippincott Raven**. 5th ed. page 171-80.
- Ghafoor, A., et al. (2003) "Trends in breast cancer by race and ethnicity" **CA – A Cancer Journal for Clinicians**. 53 page 342-355.
- Gorji,M. A. H., et al. (2012) **Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer**. BMC Research Notes, 5, 310. [Online] Available : <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/310>. (3 November 2014)
- Gottlieb BH. (1985) "Social Net Work And Social Support And Over view of Research, Practice and Policy Implication Health Education Quarterly" **XII**. page 5-22.
- Graydon, J. E. (1988) "Factors That Predict Patients's Funtioning following Treatment for Cancer" **International Journal Nusing Studies**. 25 (2) page117-112.
- Griffths, M.J., Murry, K.H. and Russo, P.C. (1984) **Oncology Nursing**. New York : Macmillan Publishing Company.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Harrington J. E., Baker B. S. and Hoffman C. J. (2012) "Effect of an integrated support programme on the concerns and wellbeing of women with breast cancer : A national service evaluation" **Complementary Therapies in Clinical Practice.** 18 page 10-15.
- Hendrix, C. C., e al. (2009) "A pilot study on the influence of an individualized and experiential training on cancer caregiver's self-efficacy in home care and symptom management" **Home Healthcare Nurse.** 27 (5) page 271-278.
- House, J. S. (1981) **Work stress and social support.** Reading, MA : Addison- Wesley.
- Kaplan, et al. (1977) "Social Support and Health" **Medical Care.** 15 page 47-58.
- Knobf MT. (2001) "The menopausal symptom experience in young mid-life women with breast cancer" **Cancer Nursing.** 24 (3) page 201-209.
- Langlie, J. K. (1997) "Social Network Health Belief and Prevention Health Behavior" **Journal of Health and Social Behavior.** 18 page 244-260,
- La-Vecchia -C, et al. (1998) "Monounsaturated fat and other types of fat and risk of breast cancer" **European Journal Cancer Preveiw.** 7 (6) page 461-4.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) **Stress, appraisal, and coping.** New York : Springer Publishing.
- Louise A, et al. (1995) "Oral contraceptives and breast cancer risk among younger Women" **J Ntl Cancer Inst.** 87 page 827-835.
- Marsh D, Zori R. (2002) "Genetic insights into familial cancer update and recent Discoveries" **Cancer Lett.** 181 page 125-64.
- Myungsun Yi, and et al. (2007) "Informational Needs of Korean Women with Breast Cancer : Cross-Cultural Adaptation of Toronto Informational Needs Questionnaire of Breast Cancer" **Asian Nursing Research.** 1 (3) page 176-186.
- Nagell JR, J., et al. (1976) "The management of gynecologic malignancy at the University of Kentucky Medical Center" **The Journal of the Kentucky Medical Association.** 74 (6) page 286-9.
- Ornstein, K., Smith, K. L. and Boal, J. (2009) "Understanding and improving the burden and unmet needs of informal caregivers of home bound patients enrolled in a home-based primary care program" **Journal of Applied Gerontology.** 28 (4) page 482-503.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A. (2006) **Health Promotion in Nursing Practice**. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Pilisuk, M. (1982) “Delivery of Social Support : The Social Innovation” **American Journal Orthopsychiatry**. 52 page 20.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2008) **Nursing research : Generating and assign evidence for nursing practice**. 8th ed. Philadelphia : Lippincott.
- Polovich M, White JM. and Kelleher LO (eds). (2005) **Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice**. 2nd ed. Pittsburgh, PA : Oncology Nursing Society.
- Raines, R.T. (1998) “Ribonuclease” **Chem. Rev.** 98 page 1045–1065.
- Rhodes, V. A. and McDaniel, R. W. (2001) “Nausea, vomiting, and retching : Problem in palliative care” **CA A Cancer Journal for Clinicians**. 51 (4) page 232-248.
- Saslow, D., et al. (2007) “American Cancer Society guidelines for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors” **CA : A Cancer Journal for Clinicians**. 57 page 7–28.
- Schmid-Buchi, S., et al. (2008) “A review of psychological needs abrest cancer patients and their relative” **Journal of Clinical Nursing**. 17 page 2895-2900.
- Skipper HE. (1979) “Historic milestones in cancer biology : a few that are important in cancer treatment (revisited)” **Semin Oncol**. 6 (4) page 506–514.
- Smith R.A., Cokkinides V. and Brawley O.W. (2008) “Cancer screening in the United States, 2008 : a review of current American Cancer Society guidelines and cancer screening issues” **CA : A Cancer Journal for Clinicians**. 58 (3) page 161-79.
- Susan Burdette-Radoux, Hyman B. and Muss. (2006) “Adjuvant Chemotherapy in the Elderly: Whom to Treat, What Regimen?” **The Oncologist**. 11 page 234-242.
- TehraniAM, et al. (2011) “Belonging to a peer support group enhance the quality of life and adherence rate in patients affected by breast cancer : A non-randomized controlled clinical trial” **J Res Med Sci**. 16 (5) page 658-65.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Thoits, P. A. (1988) "Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress" **Journal of Health and Social Behavior**. 23 page 145-149.
- Torton, P., and Cooke, H. (2000) "Meeting the needs of people with cancer for support and self-management" **Complementary Therapies in Nursing & Midwifery**. 3 page 129-137.
- Tugba Karakoc and Sabire Yurtsever. (2010) "Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy" **European Journal of Oncology Nursing**. 14 page 61-67.
- Weinland, J. A. (2009) "The lived experience of informal African American male Caregivers" **American Journal of Men's Health**. 3 (1) page 16-24.
- Weisman, A.D. (1976) "Early Diagnosis of Vulnerability in Cancer Patient" **The American Journal of the Medical Sciences**. 271 page 187-196.
- Weisman, A. D. and Worden, J. W. (1976) "The Existential Plight in Cancer : Significance of the First 100 Days" **The International of Psychiatry in Medicine**. 7 (1) page 1-15.
- Weisman, A. D. and Worden, J. W. (1979) **Coping with cancer**. New York : McGraw-Hill.
- Yan Ding, Mei-Zhang and Yan-Li Zhu. (2008) "Social support of Chinese patients with ovarian malignancies during chemotherapy : A cohort questionnaire survey" **International Journal of Nursing Studies**. 45 page 1205-1203.
- Yang SH, and et al. (2008) "Breast conservation therapy for stage I or stage II breast cancer : a meta-analysis of randomized controlled trials" **Ann Oncol**. 19 page 1039-44.
- Yilmazer N, et al. (1994) "A comparison of body image self- esteem and social support in total mastectomy and breast conserving therapy in Turkish women" **Support Care Center**. 2 (4) page 238-41.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย



เรียนรู้อีโอดีรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 28 มีนาคม 2557

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาว นภรสร สุธรรมาภิรักษ์

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 28 มีนาคม 2557

เลขที่รับรอง

อ.208/2557.

วันที่ให้การรับรอง: 28 มีนาคม 2557

วันหมดอายุใบรับรอง: 27 มีนาคม 2559

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉันนางสาวนภรรสสร กุรมาภิรักษ์ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล ถ้าท่านเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความไม่มั่นคง แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลราชบุรี

ดิฉันขอรบกวนเวลาของท่านเล็กน้อยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้โดยจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อไป

การตอบแบบสอบถามนี้เป็นการทำโดยสมัครใจ กรุณาตอบตามความเป็นจริงที่สุดให้ครบทุกข้อ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับข้อคำถามในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีอธิบายให้เข้าใจตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ท่านสามารถกระทำได้ตามความสมัครใจ

ที่สำคัญที่สุดการวิจัยครั้งนี้ จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาสละเวลา จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

นภรรสสร กุรมาภิรักษ์

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ความยินยอมในการวิจัย () ผู้ป่วย () ครอบครัว/ผู้ดูแล () บุคลากรทางสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข้อ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามความไม่มั่นคง

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

HN.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หย่า

() 4. แยก

() 5. อื่น ๆ ระบุ.....

5. บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ท่านเมื่อเจ็บป่วยในครั้งนี้มีหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี ให้ระบุคนที่ให้ความช่วยเหลือแก่ท่านโดยเรียงลำดับบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ

มากที่สุด ไปน้อยที่สุด

| ลำดับที่ | ความสัมพันธ์กับท่าน | การให้ความช่วยเหลือ ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง (ตัวอย่างเช่น เงิน สิ่งของ กำลังใจ การให้ข้อมูล) |
|----------|---------------------|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความไม่มั่นคง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบ โดยแต่ละข้อให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและโปรดตอบคำถามทุกข้อในช่องที่บ่งบอกถึงภาวะอารมณ์ที่แท้จริงในปัจจุบัน โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ และโปรดตอบทุกข้อ

ความหมายของคำในช่องว่างที่ท่านตอบมีดังนี้

ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกทั้งหมด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกทั้งหมดของท่าน
ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่
ของท่าน

ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนน้อย
ของท่าน

ไม่ตรงกับอารมณ์ความรู้สึก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

| ความไม่มั่นคง | ตรงกับ อารมณ์ ความรู้สึก ทั้งหมด | ตรงกับ อารมณ์ ความรู้สึก เป็นส่วนใหญ่ | ตรงกับ อารมณ์ ความรู้สึก เป็นส่วนน้อย | ไม่ตรงกับ อารมณ์ ความรู้สึก |
|--|---|--|--|-----------------------------------|
| 1. ท่านรู้สึกว่าจะหายจากโรค | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกว่ายาเคมีบำบัดจะช่วยรักษาให้หายขาดจากโรคได้ | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะช่วยให้การมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น | | | | |
| 4. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจกับการเจ็บป่วย | | | | |
| 5. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจกับผลการรักษา | | | | |
| 6. ท่านรู้สึกหุดหู่ที่ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง ถูกตัดเต้านม เป็นต้น . . . | | | | |
| 13. ท่านรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ | | | | |
| 14. ท่านรู้สึกว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นั้นต้องบอกให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจรับทราบ | | | | |
| 15. ท่านรู้สึกว่าต้องวางแผนและตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต | | | | |

ภาคผนวก ง
โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

| ครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | สื่อ | ประเมินผล | เวลาที่ใช้ (นาที) |
|----------|--|--|---|--|-------------------|
| 1 | 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างและเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย | 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตนเอง จากนั้นให้ผู้ช่วยแนะนำชื่อของตนเอง 2. ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของสาระต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์สอบถามจะถูกเก็บเป็นภาพลับและจะนำเสนอในรูปแบบของภาพรวมทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย 3. ถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้ารับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและให้เซ็นต์ยินยอมการเข้าร่วมโปรแกรม | - ใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย | - กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม | 60 |
| | 2. เพื่อให้ผู้ช่วยทราบวัตถุประสงค์และระยะเวลาของโครงการวิจัย | 1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยในกิจกรรมที่ 1, 2, 3 และ 4 จะมีระยะเวลาห่างกันกิจกรรมละ 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 5 จะมีระยะห่างจากกิจกรรมที่ 4 คือ 2 สัปดาห์ | - ใบแสดงระยะเวลาของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม | - กลุ่มตัวอย่างอ่านทำความเข้าใจและซักถามข้อสงสัย | |

โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

| ครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | สื่อ | ประเมินผล | เวลาที่ใช้ (นาที) |
|----------|---|---|--|--|-------------------|
| 5 | 1. เพื่อสรุปกิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ | <p>1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบอกกล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม</p> <p>2. ผู้วิจัยกล่าวสรุปสาระสำคัญทั้งหมดของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม</p> <p>3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย</p> | <p>- สไลด์ประกอบ</p> <p>การบรรยายเรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p> <p>การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด</p> <p>การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อรับยาเคมีบำบัด</p> <p>คู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อรับยาเคมีบำบัด</p> <p>- ใบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p> <p>การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด</p> | <p>- กลุ่มตัวอย่างสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม</p> <p>ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5</p> <p>- การถามตอบในข้อสงสัยต่าง ๆ จากกลุ่มตัวอย่าง</p> | 60 |

นิทานเรื่องชวานากับลา

กาลครั้งหนึ่งนานมาแล้ว มีชวานาคนหนึ่งเลี้ยงลาไว้ตัวหนึ่งซึ่งแก่มากแล้ว ด้วยความโง่ของมัน ดันเดินซุ่มซ่ามไปตกบ่อแห่งหนึ่ง มันร้องครวญครางอยู่เป็นเวลานาน ชวานาเองก็พยายามใคร่ครวญหาวิธีที่จะช่วยมันขึ้นมา

ในที่สุดชวานาหวนคิดขึ้นมาได้ว่า เจ้าลาที่แก่เกินไปแล้ว อีกอย่างบ่อนี้ก็ต้องกลบไม่คุ้มที่จะช่วยเจ้าลา ชวานาจึงไปขอแรงชาวบ้าน เพื่อมาช่วยกลบบ่อ ทุกคนใช้พลั่วตักดินสาดลงไปบ่อ ครั้งแรกเมื่อดินถูกหลังลา มันตกใจและรู้ชะตากรรมของตนเองทันที มันร้องโหยหวนสัปดาห์หนึ่ง ทุกคนก็แปลกใจที่เจ้าลาเงียบไป

หลังจากชวานาตักดินใส่บ่อได้สักสองสามพลั่ว เมื่อเหลือบมองลงไปบ่อ ก็พบกับความประหลาดใจที่ลามันจะสะบัดดินออกจากหลังทุกครั้งที่มีผู้สาดดินลงไป แล้วก้าวขึ้นไปเหยียบบนดินเหล่านั้น ยิ่งทุกคนพยายามเร่งระดมสาดดินลงไปมากเท่าไร มันก็ก้าวขึ้นมาเร็วได้มากยิ่งขึ้น ในไม่ช้าทุกคนต่างประหลาดใจ เพราะในที่สุด เจ้าลาก็สามารถหลุดพ้นจากปากบ่อดังกล่าวได้

สรุปข้อคิด (ให้ผู้ป้วยตอบตามความคิด)

.....

.....

.....

แนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง

1. หลังจากที่ท่านรับยาเคมีบำบัดในครั้งล่าสุดนี้ ท่านมีอาการทางร่างกายอย่างไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ผม่วรง มีแผลในปาก รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านจัดการอย่างไรกับความรู้สึกและอารมณ์ทุกข์ที่เกิดขึ้น (ตัวอย่างเช่น นั่งสมาธิ ฟังเพลง พูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจ เป็นต้น)

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
ชื่อผู้วิจัย นางสาวนภรรรสร กุรมาภักษ์
ที่อยู่ติดต่อ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 18/18 ถนนบางนา-ตราด กม.18
ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540
โทรศัพท์ โทรศัพท์ 02-3126300 ต่อ 1231

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่
จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้า
ยินยอม ตอบแบบประเมินภาวะอารมณ์ทุกข้อทุก จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทาง
สังคม และครั้งที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัว
ออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม
เท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน...

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี

การศึกษาสูงสุด : วท.ม. (โภชนศาสตร์)

ตำแหน่งปัจจุบัน : อาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ที่ทำงานปัจจุบัน : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล

การศึกษาสูงสุด : ประ.ด. (สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ แขนงวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว)

ตำแหน่งปัจจุบัน : อาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช

ที่ทำงานปัจจุบัน : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐสงค์

การศึกษาสูงสุด : กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

ตำแหน่งปัจจุบัน : อาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช

ที่ทำงานปัจจุบัน : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
4. นางสาวแม่นมณา จิระจรัส

การศึกษาสูงสุด : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ตำแหน่งปัจจุบัน : พยาบาลผู้ชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)

ที่ทำงานปัจจุบัน : หน่วยโรคแม่เหล็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวอัมพร จันทร์ดา

การศึกษาสูงสุด : การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)


ตำแหน่งปัจจุบัน : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง

ที่ทำงานปัจจุบัน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลราชบุรี

ภาคผนวก ข
หนังสืออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูล

ฝ่ายการพยาบาล
เลขที่ ๑๕๑
วันที่ 11 มี.ย. ๕๗
เวลา ๑.30


บันทึกข้อความ


ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี(กลุ่ม พรส.) โทร.๑๒๔๕
ที่ รบ.๐๐๓๒.๓๐๒.๑/ ๒๓/๒๗ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗
เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน นางสาวกรรสร กูรมาริรักษ์

สืบเนื่องจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ชื่อผลงานวิจัย"ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดภาวะอารมณ์ทุกข์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด" ผู้วิจัยหลัก นางสาวกรรสร กูรมาริรักษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลการพิจารณา **อนุมัติ** ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงการงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ


(นายสุพจน์ จีระราชวร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลราชบุรี

13 มิ.ย. ๕๗
นางสาวกรรสร กูรมาริรักษ์
คณะกรรมาธิการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ที่ น.ส. นภสรสร กูรมาริรักษ์
รพ.พ.นค.สำนักงานเขตพื้นที่ สาธารณ
การแพทย์ผู้ใหญ่ ต.เนินท่าเทศบาล
ผู้วิจัย (เรื่อง) ตีพิมพ์ผลวิจัย
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ
มีจนท. ต.เนินท่า โทร.๑๒๔๕๗๑ เลขที่
ได้ขอร้อง โทร.๑๒๔๕๗๑ จ.เช่นพญ

Am
10 มี.ย. ๕๗

10 มี.ย. ๕๗

ประวัติผู้เขียน

| | |
|---|---|
| ชื่อ-สกุล | นางสาวนภรสร กุรมาภิรักษ์ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 5 มิถุนายน 2521 |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | 255/2 หมู่ 3 ตำบลบ่อวิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20230 |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2542 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต |
| ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน | พ.ศ. 2558 อาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตั้ง เลขที่ 18/18 ถนนบางนา – ตราด กม. 18 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540 |