



ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

INTELLIGENCE AND SOCIAL FACTORS RELATED TO SELF-CARE
HEALTH BEHAVIOR OF BREAST CANCER PATIENTS

หรรษาญา รongพล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2565



2557937373

SWU_Thesis_gs601130459_thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

หรรษาชญา รองพล

ปฏิญานีพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



2557937373

SWU_Thesis_gs601130459_thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

INTELLIGENCE AND SOCIAL FACTORS RELATED TO SELF-CARE
HEALTH BEHAVIOR OF BREAST CANCER PATIENTS

HATCHAYA RONGPOL

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF SCIENCE
(Applied Behavioral Science Research)

Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

2022

Copyright of Srinakharinwirot University



2557937373

SMU iThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ของ

หรรษชญา รองพล

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวิธน์ กิตติพิชัย)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญานี พูนพล)



2557937373

SMU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ผู้วิจัย	หรรษชญา รองพล
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน 2) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยลักษณะทางจิตและกลุ่มปัจจัยลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ 3) ค้นหาปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2563 รวมจำนวน 186 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามระยะความรุนแรงของโรค เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับที่มีค่าความเชื่อมั่นของคอนบราค เท่ากับ .798 - 0.910 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test, ANOVA และ Regression ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุดด้วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.05, 5.09 และ 5.92 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($p < .05$) และมี 3) ความฉลาดทางสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 62.0

คำสำคัญ : ปัจจัยทางสังคม, ปัจจัยทางจิต, ความฉลาด, พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Title INTELLIGENCE AND SOCIAL FACTORS RELATED TO SELF-CARE HEALTH BEHAVIOR OF BREAST CANCER PATIENTS
Author HATCHAYA RONGPOL
Degree MASTER OF SCIENCE
Academic Year 2022
Thesis Advisor Associate Professor Ungsinun Intarakamhang , Ph.D.

This comparative correlation research aims to 1) compare self-care behaviors of breast cancer patients with different socio-cultural characteristics, 2) examine the interaction between psychological and social factors on the self-care behaviors of breast cancer patients, and 3) identify important predictors of self-care behaviors among breast cancer patients. The sample consisted of 186 breast cancer patients who received treatment at a hospital between January and December 2020. The data was collected using a questionnaire with a reliability coefficient ranging from .798 to .910. The data was analyzed using statistical methods such as t-test, ANOVA, and regression analysis. The findings of the research revealed that 1) the majority of breast cancer patients had high levels of self-care behaviors, stress management, and adherence to medical treatment with average scores of 5.05, 5.09, and 5.92, respectively. It was also found that breast cancer patients below the age of 60 had higher levels of self-care behaviors compared to those above 60 years old. 2) There was an interaction between health knowledge and social support, as well as between self-perceived empowerment and perceived social norms, which influenced self-care behaviors ($p < .05$). 3) Health literacy, health quotient, and spiritual intelligence could predict overall self-care behaviors of breast cancer patients with an accuracy of 62.0%.

Keyword : social factor, psychological factor, intelligence, self-care behavior, breast cancer patient

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดีด้วยความกรุณาในการให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือจาก รศ.ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อย ส่งผลให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปด้วยความราบรื่น ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ รศ.ดร. วิริณธ์ กิตติพิชัย ประธานกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และ ดร. พิชญานี พูนผล ที่กรุณาให้คำแนะนำและความกระจ่างเชิงวิชาการ เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณอาจารย์คณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน ที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ศ.คลินิก พลตรี สุรพงษ์ สุภาภรณ์ พบ. สาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) รศ.ดร. พ.อ. ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์ พบ. สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) และ ผศ.ดร. พ.อ.วิริยะ แก้วกังสะดาด พบ. สาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) เป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณพี่ๆ และเพื่อนๆ สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจในการเรียนร่วมกันมาโดยตลอด

ขอขอบคุณผู้ช่วยกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่านที่เป็นส่วนสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกและขอบพระคุณบิดาและมารดาที่อบรมสั่งสอน สนับสนุนและกำลังใจให้ฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

หรรษชญา รองพล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของการวิจัย	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านม	9
1.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม	9
1.2 อาการและอาการแสดง	11
1.3 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม.....	12
1.4 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม	13
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: ความหมาย การวัด และ งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง.....	15



2557937373

SWU :Thesis gs601130459 thesis / rev: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ตอนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	34
3.1 ลักษณะทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	35
3.2 ปัจจัยลักษณะทางจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย	40
3.3 ปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย	56
สมมติฐานในการวิจัย	59
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	62
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
4. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	73
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา	74
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่.....	75
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	95
สมมติฐานในการวิจัย	95
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	96
ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า.....	97
อภิปรายผลการวิจัย.....	104



2557937373

SWU -IThesis gs601130459 thesis / rev: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ข้อเสนอแนะการวิจัย 112

บรรณานุกรม 114

ภาคผนวก แบบสอบถาม..... 127

ประวัติผู้เขียน..... 135



2557937373

SWU :Thesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง	21
ตาราง 2 สรุปองค์ประกอบและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000	42
ตาราง 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	73
ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา	74
ตาราง 5 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกัน	76
ตาราง 6 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพแตกต่างกัน	77
ตาราง 7 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะของโรคแตกต่างกัน	78
ตาราง 8 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น: การแจกแจงเป็นปกติ	79
ตาราง 9 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A)และได้รับการสนับสนุนทางสังคม (B)	80
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม	80
ตาราง 11 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (A)และมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (B) .	82
ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับ ความเชื่ออำนาจภายในตน และระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม	82
ตาราง 13 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น: การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	84
ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	85

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนaylorลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	87
ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนaylorลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่ม ย่อย	89
ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียด ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนaylorลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่ม ย่อย	91
ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษา ของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนaylorลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่ม รวมและกลุ่มย่อย	93
ตาราง 19 สรุปปัจจัยสำคัญในการทำนaylorพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	103



255797373

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ(B) ปัจจัย สภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (Bandura, 1997).....	34
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	58
ภาพประกอบ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม	81
ภาพประกอบ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจ ภายในตน และระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม	83



2557937373

SWU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของการวิจัย

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายที่ทั้งโลกและประเทศไทยให้ความสำคัญตามที่ นายแพทย์สุชุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า ในปัจจุบันนี้ มะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 ของการป่วยเป็นมะเร็งทั้งหมดในกลุ่มสตรีทั่วโลก โดยในปี พ.ศ.2561 สถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกมากถึง 2,088,849 คน เสียชีวิตถึง 626,679 ราย และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับแรก และในปี พ.ศ.2565 พบหญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมถึง 38,559 ราย มากกว่ามะเร็งปากมดลูกจำนวน 12,956 ราย และพบในกลุ่มหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย, 2565) หญิงไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายเดือน 31.36 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนหรือมีจำนวน 14,804 คนหรือ 40 คนต่อวันและเสียชีวิต 10 คนต่อวัน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่รับการรักษาตามระบบสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก และเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆทั่วโลก เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าสภาพสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็น โรคมะเร็งได้เช่นกัน ทั้งนี้ กลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะพบในหญิงที่อายุมากขึ้น โดยเฉพาะอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติครอบครัวเป็น มะเร็งเต้านมมาก่อน หรือเคยมีก้อนบริเวณเต้านมที่ผลตรวจพบผิดปกติ หรือมีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปี หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปีและเคยได้รับการฉายรังสีบริเวณทรวงอก ก่อนอายุ 30 ปี ในขณะที่ ผู้ชายก็มีสิทธิ์เป็นมะเร็งเต้านมได้ 1 ใน100 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นควรเอาใจใส่ตรวจเช็คสุขภาพ หมั่นศึกษาหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งไข้เจ็บ ร่วมกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้เดือนตุลาคมของทุกปี เป็นเดือนแห่งการรณรงค์ด้านภัยมะเร็งเต้านมทั่วโลกโดยใช้สัญลักษณ์ในการรณรงค์เป็นรูปโบว์ชมพู (Pink Ribbon) เพื่อให้ทุกประเทศตระหนักและร่วมรณรงค์ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง สอนการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตัวเอง พร้อมเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557)

การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งนี้ ในระดับบุคคลพบว่าสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่นอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย และเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำหรือเป็นมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ เกิดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และสตรีเหล่านี้ภายหลังการได้รับการรักษาเสร็จสิ้นแล้วพบว่า ยังคงต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในระดับครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง สัมพันธภาพกับคู่สมรส สถานภาพสมรสจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดมะเร็งเต้านม (ประทุม สร้อยวงค์ และ ชวพรพรรณ จันประสิทธิ์, 2546) และกับสมาชิกในครอบครัวคือการเป็นแม่บ้านจึงยอมส่งผลกระทบต่อสมาชิก โดยเฉพาะส่งผลกระทบต่อบุตรส่วนในระดับชุมชนสตรีมีบทบาทในการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนเนื่องจากสตรีเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่มต่างๆ หากกลุ่มหรือองค์กรต้องสูญเสียสตรีจากมะเร็งเต้านมย่อมส่งผลกระทบต่อชุมชนตามมาได้

จากสภาพปัญหา และผลกระทบต่อสุขภาพบุคคลและสังคม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใส่ใจกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีของตนเองโดยเริ่มจากการส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทุกคนสามารถพึงกระทำบทบาทของตนได้ความเหมาะสม โอเร็ม (จรุง วรบุตร, 2550, น. 19; คัณธรัตน์ จันทศิริ และคณะ, 2559 อ้างอิงจาก Orem, 1991, pp. 177) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพว่า บุคคลที่ริเริ่มและกระทำด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนการหลีกเลี่ยงจากโรคภัยที่คุกคามต่อชีวิต เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที และการพัฒนา ดำเนินไปจนถึงจุดหมายของแต่ละบุคคล ส่วน เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพของบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตตนเอง เกิดสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้านคือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การตรวจสุขภาพซึ่ง Orem (1985, pp. 90-99) แบ่งความต้องการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 3 ด้าน 1) การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองและสวัสดิภาพของบุคคลจึงจำเป็นสำหรับคนทุกวัยโดยทั่วไปมีเช่น ความต้องการ อาหารน้ำและอากาศที่เพียงพอการพักผ่อนป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตหน้าทีเป็นต้น 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆเช่น การตั้งครรภ์ การคลอดการเจริญเติบโต

เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสีย คู่ชีวิตบิดามารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เนื่องจาก โรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาทางแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพการปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยและการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ และการปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเอง และส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นระยะของการเจ็บป่วยตามแนวคิดของโอเร็ม ในการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงต้องมีองค์ประกอบของ การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ร่วมด้วย

กล่าวได้ว่าทฤษฎีของโอเร็มที่จริงคาบเกี่ยวระหว่างการจัดการดูแลสุขภาพตนเองในระยะป้องกัน และการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพตนเองในระยะเจ็บป่วยเริ่มตั้งแต่ ด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ทั้งนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ ทฤษฎีทางปัญญาสังคมของ Bandura (1986) มาอธิบายสาเหตุตามที่ แบนดูรา กล่าวว่า พฤติกรรมนั้นเกิดจาก ปัจจัยหลัก 2 ด้านคือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) หรือปัจจัยลักษณะทางจิต และปัจจัยด้านสังคม (Environmental factors) หรือปัจจัยลักษณะทางสังคม

ปัจจัยลักษณะทางจิต ประกอบด้วย ความฉลาดทางสุขภาพตามที่ อังคินันท์ อินทรกำแหงและกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้กล่าวว่า ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงการนำวิทยาการต่างๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1) ด้านความรู้สึกละเอียดถึงปฏิกิริยาที่แสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสภาวะและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองเช่นชอบหรือไม่ชอบ สบายใจหรือเครียด เป็นต้น 2) ด้านตระหนักรู้หมายถึงในจิตใจของบุคคลรู้ว่าควรจะทำหรือไม่ทำอะไรใดที่มีผลต่อสุขภาพที่ดีของตนเอง 3) ด้านการกำกับตนเองหมายถึงบุคคลสามารถกำหนดพฤติกรรมของตนเองโดยการตั้งเป้าหมาย ตลอดจนการวางแผนเพื่อประเมินผลควบคุมตนเอง 4) ด้านการจูงใจตนเองหมายถึงแรงผลักดันของบุคคลนั้น ได้แก่ ความมุ่งมั่น ที่ส่งผลให้บุคคลบรรลุตามวัตถุประสงค์ตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

และหลีกเลี่ยงการมีสุขภาพที่ไม่ดี 5) การบริหารจัดการบุคคลหมายถึงวิธีการในการจัดระบบ ความสัมพันธ์ทั้งทางตรง และทางอ้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองและ 6) ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ คือกำกับสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพนอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความฉลาดทางจิตวิญญาณมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบ (รัชนี อภิทธิวรากร, 2552; วชิรุณี หวังสม, 2561) และปัจจัยทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามที่ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ยังพบว่า ความเชื่ออำนาจในตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ในชมรมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับการศึกษาของ นรานุช ชะวะเชื่อน และคณะ (2565) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม

ปัจจัยลักษณะทางสังคม ตามที่แบนดูร่า ได้กล่าวว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมยังเป็นตัวผลักดัน (Reinforced) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและกลุ่มบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคม (มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, 2556) พบงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้ง การสนับสนุน ด้วยการได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านทรัพยากร ดังเช่น งานวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางสถิติทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .05$) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (วชิรุณี สมหวัง 2561; มนทรา ใหม่แก้ว และคณะ, 2562) ทั้งนี้ในการดูแลสุขภาพที่ดี จึงควรเริ่มต้นด้วยการเฝ้าระวังภาวะความผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคร้าย อย่างมะเร็งหรือป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำหากบุคคลขาดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่มักพบในสตรีวัยทำงานที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการละเลยการดูแลตนเอง ซึ่งจำนวนที่สูงขึ้นส่งผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงส่งผลให้ ผลผลิตในการทำงานไม่อยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากการเจ็บป่วย และมีภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมยังคง อยู่ในลำดับต้นและมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น และงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงสัมพันธ์ที่ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสาเหตุกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาที่ใช้การบูรณาการหลายศาสตร์ทั้งด้านจิตวิทยา สังคมและพฤติกรรมศาสตร์ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย

โรคมะเร็งเต้านม และมุ่งศึกษาเชิงปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรปัจจัย รวมถึงการศึกษาที่ใช้ตัวแปรชีวสังคมเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มในการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มย่อย เพื่อให้ได้คำตอบที่ลุ่มลึกเฉพาะเจาะจง บางกลุ่มย่อยเพื่อนำไปสู่การเสนอแนะที่ละเอียดมากขึ้นเฉพาะกลุ่มบุคคล ยังพบน้อย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้เข้ารับการบริการบริการตรวจรักษามะเร็งเต้านมระยะแรกถึงระยะสุดท้ายของสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปด้วยการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ เพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากปัจจัย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ และระยะเวลาความรุนแรงของโรค กลุ่มปัจจัยลักษณะทางจิตประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และความเชื่ออำนาจภายในตน และกลุ่มปัจจัยลักษณะทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม เพื่อนำไปสู่การนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดีขึ้น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน
2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยลักษณะทางจิตและกลุ่มปัจจัยลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ ญาติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เข้าใจสาเหตุของการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและนำไปส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของคลินิกโรคมะเร็งในการวางแผนให้การช่วยเหลือ และพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้าใจตนเอง ปรับตัวและดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรคือ สตรีที่รับบริการตรวจรักษามะเร็งเต้านม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วย ในการศึกษาใช้ระยะแรกถึงระยะที่ 4 ที่มีสถิติรายงานการเข้ามารับการรักษามะเร็งเต้านม ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกรมแพทยทหารบกตลอดในช่วงปี พ.ศ. 2563 รวมจำนวนทั้งสิ้น 300 คน โดยเป็นผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (ระดับ 1-2) จำนวน 190 คน และระยะรุนแรง (ระดับ 3-4) จำนวน 110 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่รับบริการตรวจรักษามะเร็งเต้านม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรกถึงระยะที่ 4 ในการศึกษา แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกรมแพทยทหารบกที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะ และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 186 คน ซึ่งคำนวณได้จากตารางตัวอย่างของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามระยะความรุนแรงของโรค ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น 118 คน และผู้ป่วยในระยะรุนแรง 68 คน

2. ขอบเขตตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

2.1.1 ปัจจัยลักษณะทางสังคม ได้แก่

2.1.1.1 การสนับสนุนทางสังคม

2.1.1.2 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

2.1.2 ปัจจัยลักษณะทางจิต

2.1.2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.2.2 ความฉลาดทางสุขภาพ

2.1.2.3 ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

2.1.2.4 ความเชื่ออำนาจภายใน

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.2.2 พฤติกรรมการจัดการความเครียด

2.2.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.2.4 พฤติกรรมการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์

3. ลักษณะทางชีวสังคมได้แก่อายุ สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค

3.1 อายุ

3.2 สถานภาพสมรส

3.3 ระดับความรุนแรงของโรค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

2. การวิจัยสามารถไปใช้เป็นเสนอแนวทางในการดูแลสุขภาพที่มีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่มารับบริการตรวจรักษามะเร็งเต้านม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 1 หรือ ระยะ 2 หรือ ระยะ 3 หรือ ระยะที่ 4 ที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกรมแพทย์ทหารบก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยแบ่งเป็นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านม

- 1.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม
- 1.2 อาการและอาการแสดง
- 1.3 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม
- 1.4 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2.2 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ตอนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

- 3.1 ปัจจัยลักษณะทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.1.1 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.1.2 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- 3.2 ปัจจัยลักษณะทางจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.2.2 ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.2.3 ความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.2.4 ความเชื่ออำนาจในตนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- 3.3 ปัจจัยลักษณะชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.3.1 อายุ
 - 3.3.2 สถานภาพสมรส



2557937373

SWU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

3.3.3 ระยะความรุนแรงของโรค

ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเซลล์เต้านมมีการเจริญเติบโต และกระจายอย่างไร้การควบคุม มีการสร้างเนื้อเยื่อจำนวนมากที่เรียกว่าเนื้องอกอาการของมะเร็งเต้านมโดยรวมพบก้อนบวมที่เต้านมและกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับแรก โดยพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้หญิงไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 18,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 49 คนต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมราว 4,800 คน หรือคิดเป็น 13 คนต่อวัน ซึ่งแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 22,000 คนต่อปี สำหรับสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้มากขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น รับประทานอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และดื่มสุรา รวมถึงบางปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และอายุที่มากขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

โดยพบว่า การเกิดในผู้ป่วยใหม่ประมาณ 12% และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (สภากาชาดไทย, 2557) โรคมะเร็งเต้านมจึงกลายมาเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และล่าสุดสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2554 พบว่า หญิงไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 34,539 คน เสียชีวิต 2,724 คนเฉลี่ยถึงวันละ 7 คน จากจำนวนประชากรไทยกว่าครึ่งที่เป็นเพศหญิงคือ 32,546,885 คน มะเร็งเต้านมจึงเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับ 1 และในปัจจุบัน 3 จังหวัดที่มีอุบัติการณ์สูงสุดตามลำดับ คือ ชลบุรี กรุงเทพมหานคร และระยอง โดยอยู่ที่ประมาณ 34 ถึง 40 รายต่อประชากรเพศหญิง 100,000 คน ซึ่งจะสังเกตได้ว่าทั้งหมดล้วนเป็นจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นที่ตั้งของเขตอุตสาหกรรมหลายแห่ง (<https://www.bangkokpattayahospital.com/th/healthcare-services/breast-center-th/breast-articles-th/item/515-breast-cancer-in-current-th.html>)

1.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่สามารถระบุสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงได้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น พันธุกรรมและสภาวะแวดล้อม และสภาวะแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว (National Comprehensive Cancer Network, 2015) ได้แก่

1. ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าเพศชาย 100 เท่า
2. ผู้หญิงอายุมากกว่า 40 ปี
3. ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนอายุน้อยกว่า 12 ปี หรือผู้หญิงที่หมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี
4. ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกอายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้หญิงที่ไม่มีบุตร
5. ผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาฮอร์โมนทดแทนในวัยที่หมดประจำเดือนหรือใช้ยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลาานาน
6. ผู้หญิงที่มีประวัติเคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณหน้าอกในปริมาณมากช่วงวัยเด็ก โดยเฉพาะเมื่อมีอายุขณะได้รับรังสีน้อยกว่า 30 ปี
7. ผู้หญิงที่มีประวัติก้อนเต้านมทั้งชนิดภาวะก่อนเป็นมะเร็งในเต้านม (Atypical ductal / Lobular hyperplasia) หรือก้อนเนื้อเอกภรรมาตามีโอกาสที่ก้อนจะเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต
8. ผู้หญิงที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมในครอบครัว เช่น กลุ่มอาการของมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่เกิดจากความบกพร่องทางพันธุกรรมและการถ่ายทอดสารพันธุกรรมจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง (Hereditary breast and Ovarian syndrome) ภาวะทางพันธุกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหลากหลายของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ (Li-Fraumeni syndrome) กลุ่มอาการควาเดน (Cowden syndrome) ที่ส่งผลให้เกิดเนื้องอกผิดปกติตามร่างกาย อนึ่ง แม้ตรวจในครอบครัวไม่พบการกลายพันธุ์ของยีนก่อโรคทางพันธุกรรมดังกล่าวข้างต้น หากมีญาติพี่น้องสายตรง (First degree relatives) เป็นมะเร็งเต้านม โอกาสที่ผู้หญิงกลุ่มนี้จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมก็สูงมากขึ้นกว่าคนทั่วไป

นอกจากนี้ ผู้หญิงที่อ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือน ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีแคลอรีหรือไขมันสูงเป็นประจำ การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็เพิ่มรายงานความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกหลังจากรับการรักษาแล้วที่อยู่ในภาวะอ้วน ออกกำลังกายน้อยยังเพิ่มโอกาสที่โรคมะเร็งเต้านมจะกลับเป็นซ้ำเมื่อติดตามต่อเนื่องอีกด้วย

ดังนั้น การให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสนับสนุนและให้ความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเอง สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำแนะนำ โดยผ่านการชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการ

ดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารย์ แก้วอุบล, 25638, น. 23 – 24)

1.2 อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกผู้ป่วยโดยทั่วไปจะไม่มีอาการเจ็บหรือปวดแต่จะมีอาการเฉพาะที่ เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม อาจมีอาการปวด บวม กดเจ็บบริเวณก้อนผิวหนังบริเวณเต้านม หรือลักษณะเต้านม หรือหัวนมผิดปกติ เมื่อก่อนมีขนาดโตขึ้น ถ้าโรคกระจายไปที่บริเวณใกล้เคียงจะพบก้อนที่บริเวณรักแร้ คอ นอกจากนี้ อาจพบอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง และอาการของระบบที่ก้อนมะเร็งกระจายไป เช่น ตับ ปอด กระดูก สมองถ้ามะเร็งลุกลาม (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559, น. 500) การเกิดมะเร็งเต้านมเป็นพยาธิสภาพที่เริ่มขึ้นที่ส่วนของ “เยื่อท่อน้ำนมส่วนปลาย” (Terminal Duct Lobular Unit) ในเต้านมที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ โดยเริ่มแรกจะมีการเปลี่ยนแปลงท่อน้ำนมหนาตัว (*Ductal hyperplasia*) หรือก้อนกลม (Lobular hyperplasia) แล้วจึงเปลี่ยนเป็นก้อนเนื้ออก ซึ่งเป็นการเจริญผิดปกติจากเซลล์ชนิดหนึ่งในเนื้อเยื่อในส่วนของเซลล์แบ่งตัวมากเกินไป (*Dysplasia*) (Faulk RM, Sickles EA, Sollitto RA, Ominsky SH, Galvin HB, Frankel SD. 1995, 194, pp. 193-197) ต่อจากนั้นจะเปลี่ยนเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่เป็นมะเร็ง (*Ductal / Lobular Carcinoma In Situ* หรือ LCIS) และท้ายสุดจึงเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเต้านมแบบลุกลามออกนอกท่อน้ำนม (*Invasive ductal / Lobular Carcinoma* หรือ ILC) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถวินิจฉัยโดยใช้การถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) และ/หรือ การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) นอกจากนี้การรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถทำให้ไม่เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่ลุกลาม และทำให้หายขาดจากโรคได้ (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559, น. 500)

ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งมักมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการวินิจฉัยโรค โอกาสและทางเลือกในการรักษา การดำเนินโรค การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา การดูแลหลังการรักษา การกลับเป็นซ้ำ และการเฝ้าระวังสุขภาพ ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านการรักษาจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุด และพบว่าทำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญอย่างมาก ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในกระบวนการต่างๆ ของการตรวจวินิจฉัย การรักษา การจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ในระหว่างกระบวนการรักษา (Puts MTE, Papoutsis A and Tourangeau AE., 2012, pp. 1379 – 94)

1.3 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมสามารถแบ่งได้หลายวิธี แต่ปัจจุบันนิยมแบ่งการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Tumor Lymph node Metastasis Classification System หรือ TNM) ที่กำหนดมาตรฐานตามสมาพันธ์ควบคุมโรคมะเร็งสากล (Union for International Cancer Control หรือ UICC) โดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็งการแพร่กระจายในเต้านมไปสู่ต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 0 เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกยังไม่ลุกลามหรือแพร่กระจายออกนอกเยื่อหุ้มเต้านม ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โอกาสหายจากโรคมะเร็งได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ต้องตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการตรวจเต้านมที่เหลืออยู่อีกข้าง

ระยะที่ 1 เป็นมะเร็งชนิดลุกลามออกนอกเยื่อหุ้มเต้านม หรือต่อมน้ำนม แต่มีขนาดไม่เกิน 2 ซม. และไม่มีมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเต้านม โดยเฉพาะบริเวณรักแร้ ถ้ารักษาจะหายได้ถึงร้อยละ 80 เมื่อวัดผลปีที่ 10 หลังการรักษา ร้อยละ 20 จะเป็นซ้ำใหม่ และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม

ระยะที่ 2 มะเร็งโตขึ้นไม่เกิน 5 ซม. หรือมีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเต้านมแล้วระยะนี้ผู้ป่วยจะหายจากโรคได้ประมาณร้อยละ 60 เมื่อวัดผลปีที่ 10 หลังการรักษา

ระยะที่ 3 มะเร็งมีขนาดเกิน 5 ซม. และมีต่อมน้ำเหลืองโตจากการแพร่กระจายของมะเร็งที่รักแร้ด้วย ระยะนี้การรักษาได้ผลดีเพียงประมาณร้อยละ 40 เมื่อวัดผลปีที่ 10 หลังการรักษา

ระยะที่ 4 มะเร็งแพร่กระจายไปถึงต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกับเต้านม หรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ กระดูก สมอง ปอด ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายที่ยังไม่มีวิธีการใดที่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาในระยะนี้เป็นเพียงการประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไป โดยทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง หรือยับยั้งมิให้เจริญเติบโต การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีความสำคัญต่อวิธีการเลือกการรักษาโรค และติดตามโรค แพทย์จะทำการวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งในระยะใดแล้วทำการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งส่วนใหญ่มักพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งในระยะที่ 2 และ 3 แล้วเนื่องจากก้อนมีขนาดโตพอที่จะคลำพบได้ แพทย์ผู้ทำการรักษามุ่งหวังที่จะทำการรักษาผู้ป่วยโรคนี้อให้หายขาดในระยะ 1 และ 2 ส่วนในระยะ 3 และ 4 แพทย์จะทำการรักษาแบบประคับประคองพยายามรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวที่สุด ดังนั้น การค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญมาก

การศึกษาค้นคว้าวิจัยกำหนดพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มอาการระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ลุกลามหรือแพร่กระจายออกนอกเยื่อบุท่อน้ำนม จนถึงมีการลุกลามออกนอกเยื่อบุท่อน้ำนม หรือต่อมน้ำนมมีขนาดไม่เกิน 2 ซม. แต่ยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเต้านม หรือบางรายมีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเต้านมแล้ว และกลุ่มอาการระยะรุนแรง ก้อนมะเร็งมีขนาดเกิน 5 ซม. และมีต่อมน้ำเหลืองโตจากการแพร่กระจายของมะเร็งที่รักแร้ด้วย นอกจากนี้ หมายรวมถึงมะเร็งแพร่กระจายไปถึงต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกับเต้านม หรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ กระดูก สมอง ปอด ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย

1.4 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

ศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย โอเจริญรัตน์ (2022) อธิบายถึง การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีวิธีที่นิยมกันโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การผ่าตัดบริเวณเต้านม ซึ่งแบ่งเป็น 2 วิธี คือ 1) การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy) รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย (เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย) แต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ก้อนมะเร็งมีหลายก้อน เต้านมขนาดเล็กมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกหรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด และ 2) การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast-conserving surgery) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปรกติที่อยู่รอบ โดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1 – 2 ซม. โดยมากจะคงเหลือหัวนมฐานหัวนมและส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านม ส่วนมากจะเลือกใช้ในรายที่มะเร็งมีขนาดเล็ก มะเร็งเพียงตำแหน่งเดียว และ/หรือเต้านมมีขนาดใหญ่พอสมควร ซึ่งศัลยแพทย์จะแนะนำถึงการผ่าตัดแต่ละวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตน

ขณะเดียวกันกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือการใช้ยาที่มีคุณสมบัติในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ฤทธิ์ของยาสามารถผลได้ทั่วร่างกายต่างจากการผ่าตัดที่ได้ผลเฉพาะบริเวณที่ผ่าตัดเท่านั้น ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสจะหายขาดมากขึ้น และมีชีวิตยืนยาวออกไป ยาเคมีบำบัดนั้นนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังอาจมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ไขกระดูก (ซึ่งจะเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด) เยื่อบุทางเดินอาหาร ผมหและขน และระบบสืบพันธุ์ (รังไข่) เซลล์ดังกล่าวบางส่วนจะถูกทำลายไปด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดผลข้างเคียงแต่เนื่องจากเซลล์



ปกติมีคุณสมบัติที่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้ ดังนั้นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาแล้วทุกอย่างจะกลับมาใกล้เคียงปกติ

2. การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) หมายถึง การใช้เครื่องมือพิเศษที่ปล่อยอนุภาครังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อหยุดยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง รังสีจะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมากจะถูกทำลายมากกว่า ส่วนเซลล์ปกติยังมีคุณสมบัติที่จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายไป จึงทำให้นเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ยังคงรูปร่างและทำงานได้ตามปกติ

ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Breast conserving surgery) จะให้การฉายแสงร่วมกับการผ่าตัด นอกจากนั้นอาจใช้เป็นวิธีการรักษาร่วมในผู้ป่วยบางรายที่ถึงแม้จะตัดเต้านมออกหมด (Total mastectomy) แต่ต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วยเช่นในผู้ป่วยที่ขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 5 ซม. มะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ำมเนื้อหน้าอกซึ่งอยู่ในชั้นลึกหรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมาก เป็นต้น

การรักษาโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ตั้งแต่จันทร์ถึงศุกร์ หยุดเสาร์และอาทิตย์ เพื่อให้ร่างกายและผิวหนังได้มีเวลาพักผ่อนและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายไป เมื่อเริ่มรักษาแล้วควรจะมารับการรักษาดูแลต่อเนื่องจนครบกำหนด สำหรับการฉายแสงรักษามะเร็งเต้านมนั้นจะเป็นการฉายรังสีที่ไม่ลงไปถึงอวัยวะสำคัญที่อยู่ลึกลงไป

3. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy) ขึ้นอยู่กับผลการตรวจพิเศษโดยพยาธิแพทย์ว่าเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (hormone receptor) หรือไม่ ซึ่งถ้าเป็นผลบวกจะเป็นตัวช่วยชี้เป็นแนวทางว่าสมควรที่จะรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน จากสถิติของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณ 2 ใน 3 รายจะมีการตอบสนองต่อการให้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยากลุ่มนี้ในการรักษาได้ เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่าเห็นสมควรจะได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ แพทย์จะดูอายุมากน้อยเพียงใดยังมีประจำเดือนอยู่หรือไม่ หมดประจำเดือนไปนานเท่าไรแล้ว หรือไม่ มีประจำเดือนจากการผ่าตัดมดลูกหรือไม่ เนื่องจากยาที่ใช้รักษาอาจมีความต่างกัน

4. การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted Therapy) ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยากลุ่มใหม่ เช่น ยาด้านเฮอร์ทู ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยากลุ่มเดิม กล่าวคือเซลล์มะเร็งเต้านมในผู้ป่วยบางรายจะมีตัวรับสัญญาณเฮอร์ทูอยู่ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถใช้ยาดังกล่าวเพื่อจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ ดังนั้นเซลล์อื่นที่ไม่มีตัวรับสัญญาณจะไม่ได้รับผลกระทบจากยากลุ่มนี้

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยเห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถป้องกันการเกิดได้โดยการเฝ้าระวังด้วยการตรวจด้วยตนเอง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ขณะเดียวกันหากปรากฏความสงสัยหรือเกิดโรคควรรับการรักษาตั้งแต่วะยะเริ่มแรก และ/หรือเข้าสู่กระบวนการรักษาตามขั้นตอนที่แพทย์กำหนดไว้ เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพยืนยาวของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่จงใจและเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพเพื่อความผาสุก (Well - Being) สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ การพยาบาลเป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง นอกจากนี้ยังเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โดยโอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” โอเร็มใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้แก่

1. บุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
2. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well - Being)
4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อม และการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน
5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล
6. การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การยกย่องส่งเสริม
7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

8. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพ อันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem. 2001, pp. 258 - 265)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities For Care Operation) (Orem. 2001) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น ทั้งนี้ ความสามารถประกอบด้วย 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และ องค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power. Components: enabling. Capabilities For Self Care) (Orem. 2001) โอเริ่มมองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ใน ลักษณะตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่าง จงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำ โดยทั่วไปพลังความสามารถ 10 ประการดังนี้

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเองทั้งภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญ สำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น ในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities & Disposition) (Orem, 2001) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่วไปแบ่งเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน การนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสัยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8 ความหวังใยในตนเอง



3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

การดูแลตนเองจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคม วัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานดังกล่าวย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จูงใจและมีเป้าหมายที่เป็นผลดีต่อตนเอง ทำให้ไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการสนองตอบความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองได้ ในทำนองเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลล้วนก่อปรด้วยปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรคด้วยระยะเวลายาวนาน และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่หากผู้ป่วยรู้จักดูแลรักษาและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมจะสามารถควบคุมภาวะวิกฤตจากโรคได้ ทำให้สามารถมีชีวิตยืนยาวและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2554) เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองในการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการจดจำในกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

การดูแลสุขภาพเป็นมิติสำคัญจากบุคคลมีการเรียนรู้ตนเองจากการสอน คำแนะนำ และสถานการณ์จริงด้วยการกระทำกิจกรรมในแต่ละวัน โดยนำมาจัดการกับตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างผาสุก (Orem, 1985, pp. 38 - 41) ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองมีปัจจัยแวดล้อมที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเป็นความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีการประยุกต์ใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพเพื่อมีอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ โดยมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกรวมถึงปฏิกิริยาที่แสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสภาวะสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ชอบหรือไม่ชอบ มีหรือไม่มีสบายใจหรือเครียด เป็นต้น 2) ด้านตระหนักรู้หมายถึง ความคิดอย่างมีสำนึกในจิตใจของบุคคลว่าควรจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดที่มีผลต่อสุขภาพที่ดีของตนเอง 3) ด้านการกำกับตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกำหนดพฤติกรรมของตนเอง โดยเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมายการสังเกตตนเอง การเตือนตนเอง ตลอดจนการวางแผนเพื่อประเมินผลควบคุมตนเอง 4) ด้านการจูงใจตนเอง หมายถึง แรงผลักดันของบุคคลนั้น ได้แก่ ความต้องการ ความพยายาม ความมุ่งหวังที่ส่งผล

ให้บุคคลบรรลุตามวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และหลีกเลี่ยงการมีสุขภาพที่ไม่ดี 5) การบริหารจัดการบุคคล หมายถึง การใช้กลยุทธ์ หรือกระบวนการในการจัด การความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ และ 6) ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพเป็นการจัดการสิ่งแวดล้อม (อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ขณะที่ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1985, pp. 90 - 99) แบ่งการดูแลสุขภาพตนเองจากความต้องการ 3 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลการดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับคนทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการจุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอาหารน้ำและอากาศที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างเวลาการเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทาหน้าที่ และพัฒนาให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและ

ตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตบิดามารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งเป็น 2 อย่างคือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการซึ่งจะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิดวัยทารกวัยผู้ใหญ่วัยกลางคนและวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการของบุคคล ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะอันตรายที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากการขาดการศึกษาการปรับตัว

ทางสังคมการสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และความพิการ ตลอดจนถึงขั้นสุดท้ายนั้นคือการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการ ตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาทางแพथ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ด้าน ดังนี้คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ

3.2 การรับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพที่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ

3.4 การรับรู้สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองได้

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

นอกจากนี้ โอเร็มให้ความสำคัญกับดูแลตนเองด้วยทฤษฎีการดูแลสุขภาพที่มีการกำหนดขั้นตอนที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยประยุกต์องค์ประกอบการวัดของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์ โดยมีรายละเอียดของขอบเขตและความหมายของแต่ละองค์ประกอบที่สอดคล้องกัน ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะนำมาศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากสาเหตุของโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค อาการของโรค และการรักษาโรค เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งปัจจัยภายนอกและภายในที่เรียกว่า ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) (Orem, 1995)

จากการศึกษาของจากรูนี้ แก้วอุบล (2563; 15) พบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สำคัญ นอกจากให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้ความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักป้องกันผลข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างเหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด สามารถดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองซึ่งแตกต่างกันตามระยะเวลาของการรักษามะเร็งเต้านม เช่น ระยะวินิจฉัยโรค ระยะหลังผ่าตัด ระยะหลังรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี และระยะฟื้นฟูเมื่อสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในระหว่างรักษาและถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ

การวิจัยปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองตามทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม โดยกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์ โดยสังเคราะห์องค์ประกอบจากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตาราง 1 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้วิจัย	ปี	องค์ประกอบของพฤติกรรม				
		การรับประทานอาหาร	การจัดการความเครียด	การออกกำลังกาย	การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด	การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์
อรุณ อบเชย	2548	/	/	/	/	/
ธาริณี กาญจนวัลย์	2551	/	/	/	/	/
อินทุกานต์ กุลไวย	2563	/	/	/	/	/
จากรูเพ็ญ ภูจอมจิตร	2565	/	/	/	/	/
Orem	1985	/	/	/	/	/
ร้อยละ		4(100)	4(100)	4(100)	2(40)	4(100)

จากการสังเคราะห์องค์ประกอบผู้วิจัยนำมากำหนดกรอบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดของภราดร ล้อธรรมมา, สิริธิดาภา ตั้งคำวาณิช, อุดมลักษณ์ เจนพานิชย์ และปกรณ์ ประจัญบาน, 2558, น. 172-180) ที่พบว่า การสอน การชี้แนะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การแนะนำให้กำลังใจถึงโอกาสหายขาดจากโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในชีวิต การแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลทั้งการกินอาหารการพักผ่อนและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับประทานอาหาร (Nutrition)

คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ (2555, น. 24) แนะนำการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ได้แก่

- 1) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว
- 2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก
- 3) รับประทานอาหารผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ
- 4) รับประทานปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมันไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
- 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
- 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันพอควร
- 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานและเค็มจัด
- 8) รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน และ
- 9) งดเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

การรับประทานอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมทั้งผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ที่มีผลข้างเคียงที่ไม่เพียงทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น (Petpichetchian, 2011) เช่น การอักเสบของเยื่อช่องปาก ปากแห้ง การรับรสอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเดินมีความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย จนเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรืออาการผอมแห้งน้ำหนักลด และในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงมากอาจถึงแก่กรรมได้ (สนทรี ศิริ, 2553) เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะโปรตีนที่ช่วยสร้างความแข็งแรงของใยกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวลดลง ร่างกายอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ดังนั้นภาวะโภชนาการนับเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับ

สารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเต็มที่ ร่างกายทนต่ออาการข้างเคียงของรังสีรักษาได้ดี (Kriwibun, 2555) และช่วยฟื้นฟูเซลล์ร่างกายในส่วนที่สึกหรอ อันเป็นผลเกิดจากการรักษา นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า การตัดสินใจปรับเปลี่ยนรูปแบบของการรับประทานอาหาร (Brown et al, 2010:268) และชนิดของอาหารด้วยตัวผู้ป่วยเอง เป็นวิธีที่จะช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพราะตัวผู้ป่วยเองต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ทุกวัน จึงต้องมีความรับผิดชอบในการควบคุมการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้นั้น จำเป็นต้องมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ดีเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของร่างกาย

จากแนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่งเสริมหลักโภชนาการพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมารบริโภคที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา (ลักษณะ น้อยปาม, 2556) ฉะนั้น การรับประทานอาหารนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญยิ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักถึงเป็นอย่างยิ่งเพื่อมิให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

ความเครียดและการจัดการความเครียด (Stress and Stress management)

ความเครียด (Stress) เกิดจากสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลเน้นที่เหตุการณ์ (Event) และการเกิด (Occurrence) ถ้าเหตุการณ์ใดก็ตามนำไปสู่ความยุ่งยากทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือส่งผลต่อสมรรถนะของบุคคล (Performance) ในการปฏิบัติหน้าที่เหตุการณ์นั้นๆ เรียกว่า สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด (Stressor) Holmes และ Rahe (1967) กล่าวว่า ความเครียดคือ ปริมาณการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งส่งผลให้มีการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมีความหลากหลาย อาจส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งทางบวก ทางลบ และมีความแตกต่างกับในระดับ (Degree) ของการปรับตัวและทฤษฎีที่ถูกนำมามาใช้ และกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ได้แก่ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (Interaction theories) ทฤษฎีนี้ได้เริ่มพัฒนามาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแต่ตัวแบบที่ชัดเจนที่สุดถูกพัฒนาขึ้น โดย Lazarus (1984) กล่าวว่า “ความเครียดไม่ใช่สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะของบุคคล และไม่ใช่การตอบสนอง แต่เป็นสิ่งที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction) ของบุคคล (Person) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด รวมทั้งสาเหตุของความเครียดต้องอาศัยความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของตนเพื่อประเมินค่าความเครียดด้วยการรู้คิด (Cognition)” แม้ว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเดียวกัน บุคคลแต่ละคนอาจจะแปลความหมาย



แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าสิ่งเร้าจากภายนอกส่วนใหญ่ไม่สามารถจะบอกได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างแท้จริงแต่กลับเป็นการประเมินค่าด้วยการรู้คิดของแต่ละบุคคล

บารอน และกรีนเบิร์ก (Baron & Greenberg, 1990, pp. 398) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจของบุคคลที่รับรู้ถึงการถูกคุกคามในการบรรลุเป้าหมายของตน และเป็นสภาวะผิดปกติ (Mondy et al., 1988, pp. 483) ซึ่งผลกระทบที่มีได้เฉพาะกับความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดำรงชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน เป็นต้น สอดคล้องการกล่าวของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 21) ที่ว่า ความเครียดเกิดจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการประเมินหรือมีความเข้าใจว่าความสัมพันธ์นั้นเป็นอันตรายต่อความสงบสุขของตน และเกินขีดความสามารถหรือเกินกำลังที่ตนเองจะสู้ได้

ในทำนองเดียวกัน ความเครียดเป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งทีมาจากทั้งภายในและภายนอกที่มาคุกคามขัดขวาง การทำงาน การเจริญเติบโต ความต้องการของมนุษย์เป็นผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ภาวะทางร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล แสดงให้รู้โดยมีกลุ่มอาการทางร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ (Selye, 1974, p. 54)

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด (Tangkittipaporn, 2016) แบ่ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ประกอบด้วย ภูมิหลังส่วนบุคคล (Personal Background) หมายถึง ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นหัวหน้าครอบครัว การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคม รายได้ หนี้สิน และที่อยู่อาศัย เป็นต้น

1.1 บุคลิกภาพ (Personality) เป็นภาพรวมของลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันระหว่างบุคคล ซึ่งลักษณะนิสัย บุคลิกภาพเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรม และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว ดังนั้น ผู้ที่มีลักษณะนิสัยบุคลิกภาพที่ต่างกัน ย่อมเกิดความเครียดที่แตกต่างกัน

1.2 สภาพจิต (Mental state) ความอดทนต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามได้ดี คือสภาพจิตที่มีความสุข (happy) ส่วนสภาพจิตที่มีความอดทนต่อสถานการณ์คุกคามได้ต่ำคือสภาพจิตที่มีความคับข้องใจ (frustration) และความขัดแย้ง (conflict)

1.3 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (Life change) มีทั้งที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ เช่น การแต่งงาน การเปลี่ยนงานใหม่ การเข้าสู่วัยทอง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น

การเกิดอุบัติเหตุ การป่วยเป็นโรคร้ายแรง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วย่อมมีผลกระทบต่อนักบุคคลเกิดความรู้สึกกังวลใจ ประหม่า และเครียด

2. ปัจจัยภายนอก (External factors) ประกอบด้วย

2.1 สภาพแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา กฎหมาย การเมือง เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกภายในชุมชน ปัญหาสังคม และภัยพิบัติ เป็นต้น

2.2 สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับงาน บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน และบรรยากาศภายในองค์กร เป็นต้น

3. การจัดการความเครียด คือ การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด โดยการใช้สติปัญญาเอกวิธีการจัดการความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จ และหากวิธีใดไม่ประสบความสำเร็จก็จะเลือกการจัดการวิธีอื่น ซึ่ง Koomthawiporn (2010) เสนอวิธีการจัดการความเครียด 3 ขั้นตอน ดังนี้

- การสร้างทักษะการรับรู้การตอบสนองต่อความเครียดของตนเอง คือ ขั้นตอนการสังเกตปฏิกิริยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองต่อความเครียด

- การตรวจสอบความเครียดกับความเป็นจริง คือ ขั้นตอนการตั้งสติเพื่อการคิดใคร่ครวญ เกี่ยวกับสาเหตุที่แท้จริงของความเครียด เนื่องจากทุกคนสามารถรับรู้ต่อความเครียดทั้งที่คิดขึ้นเอง หรือกังวลเกิดเหตุ เช่น กลัวคนรักไปมีแฟนใหม่ กังวลว่าจะไม่ได้เลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น

- การหาวิธีจัดการความเครียดหรือแก้ปัญหา คือ ขั้นตอนการคิดพิจารณาหาสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดให้ครบถ้วนด้วยใจเป็นธรรม ไม่เข้าข้างตนเอง และไม่โทษผู้อื่น โดย 3 กรณีดังนี้

3.1 กรณีที่เปลี่ยนแปลงหรือกำจัดสาเหตุของความเครียดได้ เนื่องจากสาเหตุของความเครียดเกี่ยวข้องกับตนเอง หรือผู้อยู่ในอำนาจที่สามารถจัดการได้

3.2 กรณีที่เปลี่ยนแปลงหรือกำจัดสาเหตุของความเครียดไม่ได้ จึงจำเป็นต้องยอมรับว่า “มันก็เป็นเช่นนั้นเอง” หากเรื่องที่เครียดสามารถหลีกเลี่ยงได้ควรเผชิญหน้าเฉพาะที่จำเป็น ร่วมกับการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนความคิดจากลบเป็นบวก และใช้วิธีคิดเพื่อลดความเครียด

3.3 กรณีเปลี่ยนแปลงไม่ได้และยอมรับไม่ได้ให้ใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เสริมสร้างและรักษาสุขภาพของตนเองเสมอ

จากการศึกษาความเครียดในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อบริเวณเต้านมพบว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย กลัวการผ่าตัดเต้านม และกลัวเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งกลวิธีในการเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดจากการศึกษาของเอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ การมีความหวังในการรักษา รองลงมาคือประสิทธิภาพของการรักษา ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ การลุกลามของโรค และความปวด ซึ่ง (Yen et..al, 2006) สถานการณ์ความเครียดมีผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครวั และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งสามารถจะประเมินสถานการณ์ความเครียดได้ เมื่อความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตรายร้ายแรง และคุกคามชีวิตส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ทางสังคม หน้าทีการทำงาน ซึ่งความเครียดของผู้ป่วยนั้นเป็นผลจากการประเมินตัดสินของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เริ่มตั้งแต่รับรู้ว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้นกับตน การรับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนวิธีการรักษา และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา เพื่อการจัดการความเครียดให้บรรเทาลงหรือหมดสิ้นไป ซึ่งการเผชิญความเครียด (Coping) ทั้งความคิดและการจัดการเป็นความพยายามที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาควรเกิดจากความต้องการภายในหรือภายนอก (External or internal demand) เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984:134) เชื่อว่าบุคคลจะเผชิญความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพตามบริบทนั้นๆ โดยการเรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหา รู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดโดยพยายามแก้ไข เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้นๆ

ในทำนองเดียวกัน การศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามกลุ่มละ 12 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านและที่โรงพยาบาลของเพนนี่ (Payne, 1990) พบว่า ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดหลายวิธี ได้แก่ 1) ไม่สนใจความเจ็บป่วย 2) ปฏิเสธความเจ็บป่วยไม่พูดถึงคำว่ามะเร็ง 3) สะกดอารมณ์ไม่พยายามคิดอะไร คิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะร้องไห้ 4) หันเหความสนใจ พยายามหางานที่ไม่ต้องใช้สมาธิทำ เช่น ดูโทรทัศน์ ต่อจิกซอร์ เล่นไพ่ เป็นต้น 5) เลือกวิธีการที่ไม่ทำให้เครียดเช่นขอฉีดยาก่อนที่จะถูกแทงเข็มเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ไม่สนใจยาเคมีบำบัดที่กำลังได้รับ เป็นต้น 6) คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ยังเป็นเรื่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับคนอื่น 7) ใช้อารมณ์ขัน พยายามหัวเราะเพื่อคลายเครียด



2557937373

8) พยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุดโดยหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น 9) มีอาการซึมเศร้า 10) มีความรู้สึกกลัววิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อเริ่มจะได้รับยาเคมีบำบัด 11) รู้สึกโกรธตนเองที่มีความล้มเหลวในชีวิตหรือโกรธผู้อื่นเช่น ทีมสุขภาพ ที่ไม่สามารถรักษาตนให้หายได้ 12) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ไม่รู้อนาคตของผลการรักษามักเกิดจากการขาดข้อมูล 13) การมีความรู้สึกทางบวกโดยคิดว่าการเป็นมะเร็งทำให้เกิดผลดีกับตน ทำให้ได้รับการดูแลที่ดี มีสามีคอยเอาใจใส่ มีเพื่อนมาคอยช่วยเหลือ ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้มากขึ้น

นอกจากนี้ การเผชิญความเครียดต่อการเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง (Krause, 1993) จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดจำนวน 43 ราย จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ โดยการใช้คำถามปลายเปิด ร่วมกับการสังเกตพบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญความเครียดมี 11 วิธีคือ 1) การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) การประเมินว่าเป็นเหตุการณ์เล็กน้อย เคยลำบากมากกว่านี้ 4) เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่หมดหวังแล้วคิดว่าตนเองคงหมดโอกาสที่จะหายจากโรค 5) ปล่อยอารมณ์ เช่น การร้องไห้ 6) ใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่น เก็บกด 7) ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ 8) ยึดมั่นในศาสนา 9) แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม 10) สร้างความหวังว่าตนเองจะต้องดีขึ้น และ 11) เปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่ดีขึ้นแล้วทำตามวิธีที่คนอื่นใช้ได้ผล เช่นเดียวกับดอดด์ ดิบเบิล และโทมัส (Dodd, Dibble & Thomus, 1993, pp. 2 - 7) ที่พบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัดใช้ในการเผชิญความเครียดทางร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ และภาระงานมากที่สุด ประกอบด้วย 1) การกระทำเพื่อการแก้ปัญหาโดยตรง 2) การแสวงหาข้อมูล 3) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม

การออกกำลังกาย (Exercise)

การออกกำลังกาย (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) หมายถึง การใช้กำลังและแรงในการบริหารร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายได้มีการเผาผลาญสารอาหารมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น

วิทยาเวชศาสตร์การกีฬาของอเมริกา (ACSM, 2000) ให้ความหมายของการออกกำลังกาย ว่าหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างมีระบบแบบแผน มีการกระทำเป็นประจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกายและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

การออกกำลังกายจึงเป็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าด้วยความสมัครใจในช่วงเวลาของกิจกรรมทางกายอย่างตั้งใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงร่างกาย สภาวะของร่างกายหรือเพื่อสุขภาพ (Caspersen & Powell, 1985 as cited in Shephard, 1994)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญมีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ มีผลดีต่อสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ (Pender, 2006) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประโยชน์ด้านร่างกาย

การออกกำลังกายช่วยให้อวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น (มนัส ยอดคำ, 2545) เมื่อมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะมีการหดตัว มีความแข็งแรง มีกำลัง และมีความทนทานของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น หากมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอกล้ามเนื้อจะมีการเจริญเติบโตขึ้น เส้นใยของกล้ามเนื้อมีขนาดโตขึ้น ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ขณะที่มีการออกกำลังกายกระดูกจะถูกดึง ถูกบีบจากแรงกล้ามเนื้อ กระตุ้นให้กระดูกเจริญขึ้น ทั้งความกว้าง ความใหญ่ และความหนา และข้อต่อมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับการทำงาน (มนัส ยอดคำ, 2545)

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มการไหลเวียนเลือด และออกซิเจนไปที่หัวใจและหลอดเลือด โดยที่ขณะออกกำลังกาย อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นทันที และจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ตลอดระยะเวลาของการออกกำลังกายจนถึงระดับอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) ซึ่งตามหลักของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา กำหนดสูตรอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เท่ากับ 220 ลบด้วยอายุเป็นการออกกำลังกายที่ให้ผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้นั้นจะต้องมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึง 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (ACSM, 2001) ซึ่งจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มปริมาณการนำออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในหลอดเลือดแดง เพิ่มปริมาณเลือดในหลอดเลือดแดงและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อครั้ง ดังนั้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจ (ACSM, 2001) จากการศึกษาของเนลสันและคณะ (2547) เรื่องการออกกำลังกายอย่างเพียงพอและพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า บุคลากรในสถานศึกษาหรือโรงพยาบาลเองยังมีการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอในการช่วยให้การทำงานของระบบหลอดเลือดแข็งแรง และควรมีการพัฒนาทักษะการออกกำลังกายของบุคลากรเพื่อให้ได้มาตรฐานและเกิดประโยชน์สูงสุด สำนักงานส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย (2543) ได้กล่าวถึงบทบาทการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย (physical fitness) ในด้านการป้องกันโรคความสามารถช่วยลดความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง (chronic diseases) ที่



2557937373

SWU - IThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

สำคัญ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานในผู้ใหญ่ ความอ้วน ฯลฯ อันเป็นผลมาจากการขาดหรือออกกำลังกายน้อย ดังนั้น ในการสาธารณสุข การออกกำลังกายจึงเปรียบเสมือนวัคซีนป้องกันโรคเรื้อรัง ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายจะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ผู้ที่ออกกำลังกายโดยการเดินเร็วๆ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง จะมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงร้อยละ 40 ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีโอกาสการเกิดโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 42 และผู้ที่ออกกำลังกายมากจนกระทั่งเหงื่อออก 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 22

2. ประโยชน์ด้านจิตใจและอารมณ์

การออกกำลังกายส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ช่วยลดอาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับเหนื่อยล้า ซึมเศร้า และเครียด การออกกำลังกายทำให้บุคลิกภาพที่มั่นคงสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดความเครียดจะปรับตัวได้เร็ว และดีกว่าผู้ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) และ ซีโรโทนิน (serotonin) ภายในร่างกายช่วยลดอาการซึมเศร้า และภายหลังการออกกำลังกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดर्फิน (endorphin) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์แจ่มใส มีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (McArdle et al, 2000)

3. ประโยชน์ด้านสติปัญญา

การออกกำลังกายทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์มีความสามารถในการเรียนรู้ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ใหม่ๆ เนื่องจากกิจกรรมและสถานการณ์การออกกำลังกายมีตามหลากหลาย ทำให้ผู้ออกกำลังกายได้เรียนรู้ และพัฒนาความสามารถด้านต่างๆ ของตัวเอง (มนัส ยอดคำ, 2545)

4. ประโยชน์ด้านสังคม

การออกกำลังกายช่วยให้มีคุณภาพทางสังคม เพราะการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางสังคม ลักษณะกิจกรรมออกกำลังกายจะเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีสุขภาพดีมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับผู้ที่ออกกำลังกาย (มนัส ยอดคำ, 2545) นอกจากนี้การออกกำลังกายสามารถทำให้ปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานและผู้อื่นได้เพราะการออกกำลังกายร่วมกันกับบุคคลเป็นจำนวนมากก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมของมนุษย์ทำให้เกิดความเอื้อเฟื้อ มีเหตุผล อดกลั้น สุขุม มีความเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข (เบญจมาศ จรรยาวัฒนานนท์, 2544)



2557937373

SWU -Thesiss gs601130459 -thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

หลักการออกกำลังกายสำหรับบุคคลทั่วไปที่ถูกต้องเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ผู้ออกกำลังกายจะต้องปฏิบัติในการฝึกให้เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ปอดและหัวใจทำงานมากขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย โดยพิจารณาตามหลัก 4 ประการ (ACSM, 2001) ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency) หมายถึง การกำหนดความบ่อยหรือจำนวนครั้งที่ออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ การออกกำลังกายที่ได้ผลในแง่ของการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของหัวใจและปอด ควรออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ และต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ACSM, 2000) จึงจะมีผลต่อการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย ส่วนการออกกำลังกายในจำนวนครั้งนี้น้อยกว่านี้จะมีผลในการเผาผลาญพลังงานแต่ไม่มีต่อการเพิ่มสมรรถภาพทางกาย การออกกำลังกายเฉลี่ย 2 วันต่อสัปดาห์พบว่าไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและปอดที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (จิตอาวี ศรีอาคะ, 2543) แต่ไม่ควรทำมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนและหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บของร่างกาย (ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2537 อ้างใน เบญจมาศ จรรยาวัฒนานนท์, 2544; ACSM, 2001)

ความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity) หมายถึง การกำหนดขนาดของการออกกำลังกาย ซึ่งแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน การที่บุคคลจะออกกำลังกายโดยใช้ความแรงมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถที่มีอยู่เดิม แต่ที่ถือเป็นเกณฑ์ที่ดีที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายโดยการเต้นของหัวใจประมาณร้อยละ 60-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุเป็นปี) (ACSM, 2001) หากมีการออกกำลังกายความแรงถึงร้อยละ 85-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้มีอาการแสดง ได้แก่ มีการเจ็บปวด เป็นตะคริว รู้สึกเหนื่อยล้า การหายใจสั้น วิดตักกังวล และอาการซีมเศร้า (Huddleston, 2002) ความแรงของการออกกำลังกายสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1.1 ระดับต่ำ (low intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้ว หัวใจเต้นประมาณร้อยละ 50-65 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

1.2 ระดับปานกลาง (moderate intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นประมาณร้อยละ 66-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด 2.3 ระดับสูง (high intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นมากกว่าร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

สำนักงานวิทยาศาสตร์การกีฬา สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (สสส., 2550) กล่าวว่า อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัวชี้วัด ระดับความหนักของการออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่เป็นที่นิยมและได้ผลดี การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรจะตั้งชีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย และมีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายหนักปานกลางจะเพิ่มอายุ 1.57 ปี และลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลงร้อยละ 67

2. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time or Duration) หมายถึง ช่วงเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละประเภทของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรอยู่ระหว่าง 20-60 นาที มีความต่อเนื่องอย่างเพียงพอ (กรมอนามัย, 2543; ACSM, 2000) หรือเป็นช่วงๆ สั้น 8-10 นาที สะสมทั้งวัน ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความแข็งแรง ถ้าความแข็งแรงระดับปานกลางหรือต่ำต้องใช้เวลานานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีหรือมากกว่า แต่ถ้าใช้ความแข็งแรงระดับหนักหรือการฝึกฝนเป็นนักกีฬาควรทำอย่างน้อย 20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

3. ประเภทของการออกกำลังกาย (Type) การออกกำลังกายที่ดีและเกิดประโยชน์ควรมีการผสมผสานการออกกำลังกายแต่ละประเภท เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ขณะเดียวกันต้องช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจ และเป็นการออกกำลังกายที่สามารถด้วยตนเอง

การวิจัยปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการออกกำลังกายบนฐานความเชื่อว่าร่างกายจะแข็งแรงจะต้องมีสุขภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ที่มั่นคงรู้สึกผ่อนคลายมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถเผชิญความเครียดได้ดี

การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ (Compliance with medical treatment)

การตรวจสุขภาพเป็นพื้นฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคช่วยให้บุคคลรับรู้ภาวะการณ (สุนทรภรณ์ ทองไผ่, 2555, น. 11) ขณะเดียวกัน การได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี แม้เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวจะสามารถดำรงรักษาสุขภาพให้แข็งแรงได้ (ชาลินี พรตเจริญ, 2556) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งพึงควรปฏิบัติตามกระบวนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ซึ่งศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย โอเจริญรัตน์ (2022) อธิบายถึง การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน มีวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างแพร่หลาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การผ่าตัดบริเวณเต้านม ซึ่งแบ่งเป็น 2 วิธี คือ 1) การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy) รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย

(เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย) แต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ก้อนมะเร็งมีหลายก้อน เต้านมขนาดเล็กมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกหรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด และ 2) การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast-conserving surgery) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปรกติที่อยู่รอบ โดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1 – 2 ซม. โดยมากจะคงเหลือหัวนมฐานหัวนมและส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านม ส่วนมากจะเลือกใช้ในรายที่มะเร็งมีขนาดเล็ก มะเร็งเพียงตำแหน่งเดียว และ/หรือเต้านมมีขนาดใหญ่พอสมควร ซึ่งศัลยแพทย์จะแนะนำถึงการผ่าตัดแต่ละวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตน

ขณะเดียวกันกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือการใช้ยาที่มีคุณสมบัติในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ฤทธิ์ของยาสามารถผลได้ทั่วร่างกายต่างจากการผ่าตัดที่ได้ผลเฉพาะบริเวณที่ผ่าตัดเท่านั้น ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสจะหายขาดมากขึ้น และมีชีวิตยืนยาวออกไป ยาเคมีบำบัดนั้นนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังอาจมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ไขกระดูก (ซึ่งจะเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด) เยื่อทางเดินอาหาร ผมนและขน และระบบสืบพันธุ์ (รังไข่) เซลล์ดังกล่าวบางส่วนจะถูกทำลายไปด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดผลข้างเคียงแต่เนื่องจากเซลล์ปกติมีคุณสมบัติที่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้ ดังนั้นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาแล้วทุกอย่างจะกลับมาใกล้เคียงปกติ

2. การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) หมายถึง การใช้เครื่องมือพิเศษที่ปล่อยอนุภาครังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อยุติการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง รังสีจะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมากจะถูกทำลายมากกว่า ส่วนเซลล์ปกติยังมีคุณสมบัติที่จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายไป จึงทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ยังคงรูปร่างและทำงานได้ตามปกติ

ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Breast conserving surgery) จะใช้การฉายแสงร่วมกับการผ่าตัด นอกจากนั้นอาจใช้เป็นวิธีการรักษาร่วมในผู้ป่วยบางรายที่ถึงแม้จะตัดเต้านมออกหมด (Total mastectomy) แต่ต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วยเช่นในผู้ป่วยที่ขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 5 ซม. มะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ำเนื้อหน้าอกซึ่งอยู่ในชั้นลึกหรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมาก เป็นต้น



2557937373

SWU - IThesiss gs601130459 - thesiss / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

การรักษาโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ตั้งแต่จันทร์ถึงศุกร์ หยุดเสาร์และอาทิตย์ เพื่อให้ร่างกายและผิวหนังได้มีเวลาพักผ่อนและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายไป เมื่อเริ่มรักษาแล้วควรจะมารับการรักษาโดยต่อเนื่องจนครบกำหนด สำหรับการฉายแสงรักษามะเร็งเต้านมนั้นจะเป็นการฉายรังสีที่ไม่ลงไปถึงอวัยวะสำคัญที่อยู่ลึกลงไป

3. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy) ขึ้นอยู่กับผลการตรวจพิเศษโดยพยาธิแพทย์ว่าเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (hormone receptor) หรือไม่ ซึ่งถ้าเป็นผลบวกจะเป็นตัวช่วยชี้เป็นแนวทางว่าสมควรที่จะรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน จากสถิติของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณ 2 ใน 3 รายจะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยากลับนี้ในการรักษาได้ เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่าเห็นสมควรจะได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ แพทย์จะดูอายุมากน้อยเพียงใดยังมีประจำเดือนอยู่หรือไม่ หมดประจำเดือนไปนานเท่าไรแล้ว หรือไม่มีประจำเดือนจากการผ่าตัดมดลูกหรือไม่ เนื่องจากยาที่ใช้รักษาอาจมีความต่างกัน

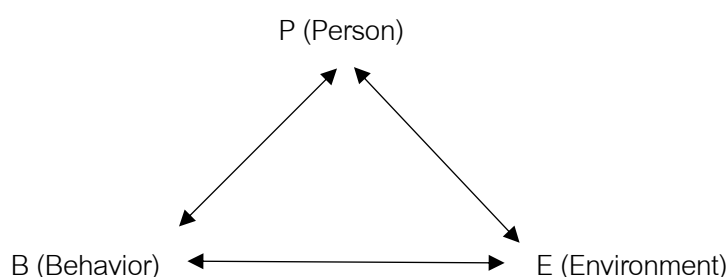
4. การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted Therapy) ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยากลับใหม่ เช่น ยาด้านฮอร์โมน ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยากลับเดิม กล่าวคือ เซลล์มะเร็งเต้านมในผู้ป่วยบางรายจะมีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนอยู่ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถใช้ยาดังกล่าวเพื่อจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ ดังนั้นเซลล์อื่นที่ไม่มีตัวรับสัญญาณจะไม่ได้รับผลกระทบจากยากลับนี้

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยเห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถป้องกันการเกิดได้โดยการเฝ้าระวังด้วยการตรวจด้วยตนเอง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ขณะเดียวกัน หากปรากฏความสงสัยหรือเกิดโรคควรรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และ/หรือเข้าสู่กระบวนการรักษาตามขั้นตอนที่แพทย์กำหนดไว้ เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพยืนยาวของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดของ จารุณี แก้วอุบล (2563, น. บทคัดย่อ) จากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามในแผนกศัลยกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 - เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1989, pp. 1- 60) เชื่อว่า พฤติกรรมของคนเราไม่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปตามเงื่อนไขภายในตัวบุคคล พฤติกรรมและสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 1 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ(B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (Bandura, 1997)

จากภาพประกอบแสดงถึงความเกี่ยวพันกันโดยมีความคิด ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตน เป้าหมาย และความตั้งใจซึ่งจะไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน หากต้องอาศัยเวลาที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดลักษณะ ปัจจัย และทิศทางของพฤติกรรม ขณะเดียวกัน การกระทำของบุคคลจะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะของร่างกาย การสนองตอบทางอารมณ์ ระบบการรับรู้ ระบบประสาทมีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับโครงสร้างของสมองและการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ทางพฤติกรรม (Greenough et al., 1987) เช่นเดียวกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552, น. 11) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ร่วมกัน

โดยกระบวนการปรับพฤติกรรมของบุคคลเป็นอิทธิพลจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ศึกษาปัจจัยด้านลักษณะตัวสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปและส่งผลต่อเนื่องกัน

3.1 ลักษณะทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ในส่วนนี้การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนนี้เกี่ยวข้องกับสาเหตุของลักษณะทางสังคมที่สำคัญกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากปัจจัยทางสังคมร่วมด้วย ซึ่งส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในการนี้ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงเหตุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดังรายละเอียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

3.1.1 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น อาทิ คนในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบที่ไม่เป็นทางการจะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญมีกำลังใจ และพลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคเพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเป็นปกติสุข หรือกระทำได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ นับเป็นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อดีสุขภาพกายและสุขภาพจิต (นริศรา พิงพิธิสภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2557)

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม โดยคานน์ (Kahn, 1979, อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) มีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิกริยาแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลในด้านที่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับและรับรู้ถึงพฤติกรรม การแสดงออกซึ่งกันและกัน คานน์ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมประกอบอย่างน้อยหนึ่ง หรือมากกว่าจากองค์ประกอบ 1) ความรัก (affect) คือ ความรัก การยอมรับ พอใจ นับถือและยกย่อง 2) การเห็นพ้อง (affirmation) หมายถึง การเห็นพ้อง เห็นด้วย และยอมรับความคิดเห็นในส่วนที่เป็นความถูกต้องและเหมาะสมของพฤติกรรมนั้น และ 3) การช่วยเหลือ (aid) หมายถึง การให้บริการโดยตรงหรือให้ความช่วยเหลือด้วยวัตถุสิ่งของ จากบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้น เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ

ในการทำงานเดียวกัน เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการประเมินตนเองและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับ เซเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ที่เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการบุคคลช่วยเหลือกันโดยมีปฏิสัมพันธ์กันในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ สิ่งของ รวมทั้งการบริการ และ (Heller & Seindle, 1991 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ ใสตะ, 2554) บุคคลในช่วงเวลาที่แต่ละบุคคลมีบทบาทในการที่จะเลือกและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมาข้างต้น

อาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทั้งด้านอารมณ์ การยอมรับ ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การให้กำลังใจ ให้ความห่วงใย ช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติเป็นการสนับสนุนทางสังคม หมายรวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

นอกจากมิติของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีหลากหลาย สิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการสนับสนุนทางสังคมคือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2019) ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ (primary groups) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็ก สมาชิกในกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความสัมพันธ์กันเป็นส่วนตัว การติดต่อสื่อสารเป็นแบบไม่เป็นทางการ มีลักษณะผ่อนคลาย กลุ่มปฐมภูมิเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญมาก บุคลิกภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มปฐมภูมิ ตัวอย่างของกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน

2. กลุ่มทุติยภูมิ (secondary group) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ เนื่องจากกลุ่มไม่ได้เน้นที่ความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม โดยมากเป็นการรวมกันเพื่อทำงานเฉพาะอย่าง ดังนั้น กลุ่มจะถือเอาผลงานและการแสดงบทบาทของสมาชิกเป็นสำคัญ การติดต่อสื่อสารจึงมีลักษณะเป็นทางการ ตัวอย่างของกลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มชมรม กลุ่มเพื่อน ช่างงาน

โดยทำนองเดียวกัน แหล่งการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งเป็น 2 ชนิด (House, 1981) ได้แก่

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal sources) ได้แก่ บุคคลในครอบครัวกลุ่มเพื่อน และเพื่อนร่วมงาน

2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal sources) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group)

นอกจากนี้ Pender (1996) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติ (Natural support) ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ วิถีปฏิบัติ

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support) หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญ เพื่อช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวจากสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตได้

3. การสนับสนุนจากบุคคลทางศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Organization support) ได้แก่ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลในองค์กรศาสนา โดยอาศัยความเชื่อ หลักคำสอนทางศาสนาเป็นเป้าหมาย

4. การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ (Health professional support) ซึ่งเป็นแหล่งการสนับสนุนในการบริการรักษาผู้ป่วย ทำให้บุคคลสามารถดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not direct by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งจะเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถพิจารณาแหล่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย บุคคลที่มีความใกล้ชิด บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางสังคม บุคลากรสหวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีการพัฒนาเครื่องมือที่มีความแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายที่นำไปใช้โดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) อาทิ สุภาพ ปิ่นทอง (2549) ที่ศึกษาความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ลักษณะด้านคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเคอร์ท 4 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยทำการหาความตรงของเครื่องมือนำไปทดลองกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 10 คน นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .91 และทดสอบกับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 10 คน นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคได้เท่ากับ .96

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรพิมล ว่องไว (2554) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 291 คนพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ($r = 0.134, 0.124$ และ 0.289) สอดคล้องกับการวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551, น. 85) ที่พบว่า การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ของสิริชญา มารักษาและคณะ (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด ($p < .05$)

ในการวิจัยปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งการปฏิบัติตน การรับคำแนะนำด้านสุขภาพ การปรับตัว ตลอดจนการยอมรับตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากนิยามปฏิบัติการประเมินค่า 6 ระดับคือ จริงที่สุดถึงไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่า มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3.1.2 การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

บรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) หมายถึง กฎเกณฑ์หรือแบบแผนของพฤติกรรมที่คาดหวังให้สมาชิกประพฤติปฏิบัติในสถานการณ์หนึ่ง บรรทัดฐานทางสังคมจึงเป็นเสมือนเครื่องชี้ทางแก่สมาชิก ทั้งในด้านความรู้สึกนึกคิด และการแสดงออกในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม หมายถึงการรับรู้และปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในสังคม (เอกสารประกอบการสอน (SO383), มปป.) ขณะที่ บรรทัดฐานของสังคม (Norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived control) (Ajzen & Fishbein, 1980) เป็นความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลว่าเป็นการแสดงเจตนา หรือการตัดสินใจกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่ง Godin & Kok (1996) กล่าวถึง ความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen (1991) เป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรม โดยมีเงื่อนไขของบริบทเฉพาะที่คือ เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับของสังคม ซึ่งจะแตกต่างกันไปแล้วแต่การกระทำนั้นๆ การใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาการปฏิบัติการดูแลเด็กภายหลังการผ่าตัดของบิดามารดาพบการศึกษาของ Tourigny et al. (2005) โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen (1991) กล่าวถึง ความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลของบิดามารดาในเด็กหลังผ่าตัดว่าเป็นแรงจูงใจของบิดามารดาในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางให้กระทำการดูแลเด็กหลังผ่าตัดไม่สำเร็จ รวมไปถึงความสนใจและการวางแผนที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังกลับจากห้องพักฟื้นและต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อเด็กกลับบ้านอยู่บ้าน

ดังนั้น การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล ซึ่งเริ่มจากตัวบุคคลเอง ครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน ตลอดจนบุคคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของปภาดา อื้อประเสริฐ (2554, น. 86) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี เกี่ยวกับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อยจำนวน 9 ข้อ ที่ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

จากการศึกษาการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกที่แสดงให้เห็นว่า การได้รับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมากย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความหมายการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ว่าหมายถึง การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษาให้มีประสิทธิภาพ

3.2 ปัจจัยลักษณะทางจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) หรือลักษณะทางจิตซึ่งส่งผลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งคุณลักษณะทางจิตกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดจากเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงเหตุต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

3.2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2556) หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึงเพื่อทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ซึ่งในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26 -30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (WHO, 1998)

นอกจากนี้ นักวิชาการสุขภาพสุขภาพหลายท่าน อาทิ Baker et al. (1999) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลตรงต่อความตั้งใจหรือความสามารถของบุคคลในการเกาะติดกับข้อมูลสารที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับ Lee Arozullah, & Cho (2004) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสถานะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเอง และการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉิน และรักษาในโรงพยาบาล



255797373

SWU-IThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ในการทำงานเดียวกัน Kwan, Frankish & Rootman (2006) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสาร ข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคง รักษาสุขภาพที่ดีที่สุดตลอดชีวิต Chin et al. (2011) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็น ประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 ค่า มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็น สิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ

สอดคล้องกับ Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการที่ได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถ เหล่านี้จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้ สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงใน ความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการ ตนเองดี แม้บางคนจะมีการแสวงหาข้อมูลน้อยและมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

อย่างไรก็ตาม แนวทางการให้ความหมายเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ Nutbeam, (2008) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เน้นถึงทักษะทางปัญญาสังคมเป็น เครื่องชี้้นำให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ สร้างเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) และ Intarakamhang & Kwanchuen (2016) ซึ่งประกอบด้วย การ ปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ นุหรี และสุรา) จากบทความวิจัยของ Pubmed and Science Direct ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ฉบับเต็มในปี ค.ศ.1999 - 2013 จำนวน 154 เรื่อง คัดเลือกเฉพาะบทความวิจัยที่ศึกษาและมีการวัดในเชิงพฤติกรรม จึงเหลือบทความวิจัยฉบับเต็ม 12 เรื่อง ที่สังเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อกำหนดองค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ดังสรุปไว้ในตาราง

ตาราง 2 สรุปองค์ประกอบและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
<p>แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ</p> <p>ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (Functional health Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น</p> <p>ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น</p> <p>ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical health Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมและปัญญาที่สูงขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ และสามารถจัดการสถานการณ์ปัญหาแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ประโยชน์ต่อบุคคล 1) พัฒนาความรู้ป้องกันความเสี่ยง 2) มีมาตรฐานต่อการดูแลตนเอง 3) เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตน 4) สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจ 5) เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา ต่อสังคม ได้แก่ 1) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ 2) พัฒนาปัจจัยเพื่อปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคมและการสื่อสารทางสังคม 3) เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่พัฒนาสังคมและ 4) เพิ่มขีดความสามารถชุมชน</p>

ดังนั้น องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008; Edwards, Wood, Davies & Edwards, 2012) อธิบายดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในด้านการฟังการดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ

2. ทักษะการทำความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง การรับรู้ เข้าใจ การอ่าน และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นการนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ และวัฒนธรรมอันดีของสังคม เพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต

3. ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (Communication skill) เช่น การเผยแพร่ ทัศนคติด้านสุขภาพ การปฏิบัติที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการคิด ตรวจสอบหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคม

4. ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง (Self-Management skill) หมายถึง วิธีการ ทักษะและกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้นการวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเอง และอื่นๆ ที่นำไปสู่การปฏิบัติ

5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจ คัดวิเคราะห์วิพากษ์เนื้อหาสารหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถตีความเนื้อหาสาระที่แฝงอยู่ในสื่อและประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้

6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง กระบวนการคิดในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ในปี ค.ศ.2008 ซึ่งมีผู้นำมาประยุกต์ใช้กันมาก ได้จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (Functional health Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่าน ใบยินยอม (consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health Literacy) ได้แก่สมรรถนะในการใช้ความรู้และทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมและปัญญาที่สูงขึ้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ และสามารถจัดการสถานการณ์ปัญหาแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีต่อเนื่อง

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับดูแลสุขภาพสู่การวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อสุขภาพจากองค์ประกอบ 6 ด้าน สะท้อนถึงคุณลักษณะและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสารทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในต่างประเทศ อาทิ ออสบอร์น และคณะ (Osborne, 2013) นำมาสู่การสร้างและพัฒนาแบบวัดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy Questionnaire: HLQ) ซึ่งใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย พัฒนาจากข้อมูลฐานรากที่ได้จากการสัมภาษณ์ และ

การประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มประชาชนผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งข้อคำถามที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญทั้งนี้ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า มี 9 องค์ประกอบ และมีข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ มัลแลนและคณะ (Mullan, 2017) พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแบบวัด HLQ ของออสบอร์นและคณะ (Osborne, 2013) จำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกถึงความเข้าใจและการสนับสนุนโดยผู้ให้บริการดูแลด้านสุขภาพ 2) การมีข้อมูลสำหรับการจัดการสุขภาพที่เพียงพอ 3) การจัดการสุขภาพเชิงรุก 4) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับสุขภาพ 5) การประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 6) ความสามารถที่จะมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ 7) การนำทางระบบการดูแลสุขภาพ 8) ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ดี และ 9) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ดีเพียงพอที่จะรู้สิ่งที่ต้องกระทำ โดยองค์ประกอบที่ 1-5 มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และองค์ประกอบที่ 6-9 มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ง่ายที่สุด” ถึง “ยากที่สุด” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง .80-.90 และโซเร็นเซน (Sorensen, 2012) ได้พัฒนาแบบวัด The HLS-EU-Q47 ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทำเดลฟายการสนทนากลุ่มนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง การนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ พร้อมผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 25 คน โดยมีค่า Chronbach, s alpa อยู่ระหว่าง 0.51-0.91 รวมจำนวน 47 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า Likert scale 5 ระดับคือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก, 2 ยาก, 3 ง่าย, 4 ง่ายมาก และ 5 คือ ไม่ทราบ/ไม่เคย โดยวัดจาก 4 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง การเข้าใจการตรวจสอบ/ประเมิน/ตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ กองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2556) ได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส โดยวัดเนื้อหาความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ จำนวน 51 ข้อ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นแบบให้เลือกตอบ มีข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ทุกครั้ง” ถึง “ไม่ได้ปฏิบัติ” และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนน 1-4 คะแนน มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .61 ถึง .91 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .33 ถึง .85 เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพสูง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

การวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
 สุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง
 สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
 ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานีของอัญชลี จันทรินทร์การ
 (2557) ที่อธิบายว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวกับสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งส่วน
 ใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความฉลาดทางสุขภาพมี
 ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 นอกจากนี้ แมนทวิล, โมเนสเตล-อูมานา และซัลทซ์ (Mantwill, 2015) ศึกษา
 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ การรวบรวม
 และประเมินเอกสารอย่างเป็นระบบพบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะ
 สุขภาพ ชูกะและคนะ (Suka, 2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพของชาวญี่ปุ่น พบว่า ความรอบ
 รู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสถานะทางสุขภาพ ผ่านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรม
 สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญา
 สกุล (2560) ศึกษาอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวกและบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อ
 พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาพจะครอบคลุมโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวใน
 ชุมชนกึ่งเมือง การวิจัยผานวิธิ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม
 สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าอิทธิพล เท่ากับ .61) นอกจากนี้ แลมเบิร์ตและ
 คนะ (Lambert, 2014) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การทำความเข้าใจและการรับรู้อุปสรรค
 ของบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ศึกษาที่ศูนย์บริการดูแลสุขภาพ โดยเก็บ
 ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพที่
 ทำงานกับผู้ป่วย พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด
 เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำซึ่งการขาดการทำความเข้าใจร่วมกับการรับรู้อุปสรรค
 ที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถ
 จำกัดที่จะทำความเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองและขาดคำชี้แนะที่จะจัดการกับสุขภาพของ
 ตนเองด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 จากนิยามเชิงปฏิบัติการ และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง (อังคินันท์
 อินทรกำแหง, 2560) โดยสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของไซเรนเซ็น

(Sørensen, 2012) ที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า นักศึกษาที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3.2.2 ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความฉลาดทางสุขภาพหรือเซาท์สุขภาพ ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Health quotient : HQ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) เป็นการเรียนรู้วิถีทางการดำเนินชีวิต เป็นการประกอบการตัดสินใจเพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง ร่างกายต้องการความเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย อาหารการกินในปริมาณที่เหมาะสม และเลือกชนิดอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นธรรมชาติมากที่สุดปรุงแต่งแต่น้อยรู้จักจัดการความเครียดได้ดี ท่ามกลางสังคมที่กำลังเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคมที่ซับซ้อนและยุ่งเหยิง รวมทั้งไม่เอาสารที่ก่อปัญหาต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลัง เข้าสู่ร่างกายก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดีเพื่อให้อายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยารักษา (ชาญวิทย์โคธีรานุกักรักษ์, 2550) ดังนั้นความฉลาดทางสุขภาพเมื่อมีการนำมาใช้ทั้งนี้ก็ได้นักวิชาการในเมืองไทยก็ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพไว้มากมายเช่นกัน

ภัทรารุช อินทรกำแหง และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2550) กล่าวว่า เซาท์สุขภาพ (Health quotient) ผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถที่จะทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ พันธุ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์ (2557, น. 33 - 34) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) คือกระบวนการศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบวิธีการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกันเพื่อลดภาวะความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ซึ่งมีปัจจัยที่ใช้พิจารณาในการลงทุนเรื่องสุขภาพได้แก่รูปแบบการดูแลสุขภาพทางพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพ ความรู้ ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการสุขภาพตลอดจนวิธีการเริ่มต้นดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยหลักการ 6 ข้อ เพื่อการมีความฉลาดทางสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเจ็บป่วย ได้แก่ 1) อาศัยอยู่แบบไลฟ์สไตล์ 2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) แอนตี้ความชรา 4) การเอาน้ำหนักส่วนเกินลง 5) การกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีและ 6) ออกกำลังกายด้วยฮอร์โมนที่สมดุล

โดยทซี วาฮ์ จุน (Tze, Wah Jun, 2000) กล่าวว่า เซาท์สุขภาพในหนังสือ “Health quotient”ว่า เป็นการจัดการกับความรู้ทั้งการเรียนรู้โดยตรงหรือโดยอ้อมที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพตามที่บุคคลเข้าใจร่วมกับลักษณะนิสัยและคุณลักษณะทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลนั้นและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพออกมาให้เห็นถ้ากระทำถูกต้องตามหลัก

วิทยาศาสตร์ก็จะเป็นกุญแจสำคัญที่สุดในการที่จะมีภาวะสุขภาพกายและใจที่ดีรวมถึงการดูแลตัวเองและจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพคนที่มี HQ สูงมากจะมีความรับผิดชอบของบุคคลต่อการพัฒนาระดับสุขภาพและการดูแลตัวเองให้ดีขึ้น

นอกจากนี้ อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงการประยุกต์ใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพเพื่อมีอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกรวมถึง ปฏิบัติการที่แสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสภาวะสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองเช่นชอบหรือไม่ชอบมีหรือไม่มีสบายใจหรือเครียดเป็นต้น 2) ด้านตระหนักรู้ หมายถึง ความคิดอย่างมีสำนึกในจิตใจของบุคคลว่าควรจะทำหรือไม่ทำอะไรใดที่มีผลต่อสุขภาพที่ดีของตนเอง 3) ด้านการกำกับตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกำหนดพฤติกรรมของตนเองโดยเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมายการสังเกตตนเองการเตือนตนเองตลอดจนการวางแผนเพื่อประเมินผลควบคุมตนเอง 4) ด้านการจูงใจตนเอง หมายถึง แรงผลักดันของบุคคลนั้น ได้แก่ ความต้องการความพยายามความมุ่งมั่นที่ส่งผลให้บุคคลบรรลุตามวัตถุประสงค์ตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงการมีสุขภาพที่ไม่ดี 5) การบริหารจัดการบุคคล หมายถึง การใช้กลยุทธ์หรือกระบวนการในการจัดการความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพตนเองและ 6) ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ คือการวิเคราะห์วางแผนควบคุมกำกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการเอกสารเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพสามารถอธิบายความหมายได้ว่าเป็นการตัดสินใจระทำการอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีทักษะการทำความเข้าใจประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองจัดการสุขภาพตนเองตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขได้ดังนั้นบุคคลที่มี HQ สูงจะมีความสามารถในการเลือกแก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด

การวัดความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีผู้สร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในปี

ค.ศ. 2002 บริษัท อะไลฟ์ พลัฟลิชชิง กรุ๊ป (รุ่งอรุณ ฟิงแฮม, 2554, น. 25; อ้างอิงจาก Alive Publishing Group, 2005) ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ได้พัฒนาสร้าง HQ test ขึ้นมาใหม่จำนวน 100 ข้อ โดยครอบคลุมเรื่องสุขภาพปัจจุบัน (น้ำหนักโรคประจำตัวและการใช้ยา เป็นต้น) พันธุกรรมภาวะโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย อารมณ์ สิ่งแวดล้อมและความตระหนักในสมดุลระหว่างอาหารร่างกายและอารมณ์ ะเผยแพร่บนเว็บไซต์โดยเรียกเครื่องมือวัดว่า แบบวัดเชาว์สุขภาพ (Health quotient assessment) นอกจากนี้ อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้สร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกรู้จักจำนวน 13 ข้อค่าความเชื่อมั่น .787 2) ด้านความตระหนักจำนวน 13 ข้อค่าความเชื่อมั่น .742 3) ด้านการกำกับตนเองจำนวน 12 ข้อค่าความเชื่อมั่น .837 4) ด้านการจูงใจตนเองจำนวน 21 ข้อค่าความเชื่อมั่น .846 5) ด้านการบริหารบุคคลจำนวน 10 ข้อค่าความเชื่อมั่น .746 และ 6) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมจำนวน 11 ข้อค่าความเชื่อมั่น .803

ในการวิจัยครั้งนี้ความฉลาดทางสุขภาพวัด โดยแบบวัดของอังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับคือ จริงที่สุดให้คะแนน 6 ถึงไม่จริงเลย ให้คะแนน 1 ผู้เป็นโรคเมเร็งที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่า มีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คลิกแมน (อรุณี หล้าเขียว, 2558, น. 647 อ้างอิงจาก Kalichman, 2008) ที่ว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอก็จะมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดด้านสุขภาพเพียงพอนอกจากนี้ ทัศนญาแซ่โก (2552) ได้ศึกษาเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตาพบว่าความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอจะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอและกำลังและพระมหาประจักษ์กิตติเมธี (2559, น. 110) ได้ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธซึ่งพบว่าเมื่อคนมีความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธก็จะหันมาออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆและหันมาบริโภคอาหารที่ปลอดภัยสารพิษมีประโยชน์ต่อร่างกายจนทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และเกิดกระแสการรักสุขภาพขึ้นในสังคมเมืองจะเห็นได้ว่าเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธมีผล

ทำให้สุขภาพกายที่ดีคือเข้มแข็งร่าเริงแจ่มใส และคิดบวกส่งผลให้สุขภาพกายของตนแข็งแรงไปด้วยจนเกิดการไม่มีโรค

จากการศึกษาประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการขาดทางสุขภาพล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งความสัมพันธ์จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวกแสดงให้เห็นว่ายิ่งได้รับความขาดทางสุขภาพมากเท่าไร ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้นตามไปด้วย

จากการศึกษางานวิจัยตัวแปรทั้งสองตัว คือความรอบรู้ด้านสุขภาพและความขาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกันที่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการใช้ทักษะและความสามารถทางปัญญา และทักษะการปฏิสัมพันธ์ในการเข้าถึง การทำความเข้าใจประเมินข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพที่ได้รับจากสื่อสุขภาพในสภาพแวดล้อมรอบด้าน ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกทางในการดูแลสุขภาพตนเองพร้อมจัดการสุขภาพตนเองและเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองครอบครัวและชุมชนต่างจาก ความขาดทางสุขภาพ เป็นการเรียนรู้วิถีทางการดำเนินชีวิตเป็นการประกอบกาตัดสินใจเพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง เช่น ร่างกายต้องการความเคลื่อนไหวออกกำลังกาย อาหารการกินในปริมาณที่เหมาะสม และเลือกชนิดอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นธรรมชาติมากที่สุดปรุงแต่งแต่น้อยรู้จักจัดการความเครียดได้ดี ท่างกลางสังคมที่กำลังเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคมที่ซับซ้อนและยุ่งเหยิง รวมทั้งไม่เอาสารที่ก่อปัญหาต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลังเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้มีสุขภาพที่ดีเพื่อให้อายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยารักษา

3.2.3 ความขาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ความขาดทางจิตวิญญาณ (Spiritual quotient) เป็นความขาดที่ใช้แก้ปัญหาในเรื่องความหมายคุณค่าของชีวิตการเข้าใจตัวตนและบุคลิกภาพของมนุษย์โดยในประเทศไทยมีการศึกษาถึงเรื่องจิตวิญญาณกันเป็นจำนวนมากบางงานวิจัยก็มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณความผาสุกทางจิตวิญญาณ หรือเซาวจิตวิญญาณมาใช้เป็นตัวแปร ในการศึกษา และมิงงานวิจัยหลายเล่มที่ให้ความตระหนักถึงการพัฒนาด้านนี้เป็นจำนวนมาก จนมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นคำว่าความขาดทางจิตวิญญาณซึ่งจิตวิญญาณถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพราะบุคคลประกอบไปด้วยร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณการดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆได้แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการ

เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล (อวยพรภัทรภักดีกุลและคณะบทความวิจัย 2553, น. 101 อ้างอิงจาก ทศนีย์ ทองประทีป) หากจะกล่าวไปแล้วจิตวิญญาณก็มีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นหลักแก่นของชีวิตมีหน้าที่คอยเชื่อมโยง และประสานการทำงานของร่างกายจิตใจ และสังคมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจอย่างหนึ่งทำให้คนเราเกิดความหวัง และกำลังใจรู้ถึงความหมายของชีวิตทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยความลาบาคความผิดหวังหรืออุปสรรคในชีวิต

ความหมายของคำว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ มีดังนี้กรมสุขภาพจิต (2558) และ Zohar & Marshall (2000) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณหมายถึงความสามารถในการพัฒนาจิตใจ เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตรู้ถึงความมุ่งหมายของชีวิตเข้าใจอัจฉริยภาพสูงสุดของตนเองในมุมที่กว้างขึ้นลึกซึ้งขึ้นมีคุณค่า และมีความหมายจากการใช้สมองทุกส่วนในการทำงานได้อย่างลึกซึ้งกว่าคนทั่วไปเป็นการสร้างคุณค่าให้กับตัวเองภายใต้กรอบศีลธรรม และเป็นความคิดที่ก่อให้เกิดประโยชน์เป็นศูนย์กลางในการเผชิญ และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมนอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความหมายของความฉลาดทางจิตวิญญาณหมายถึงความสามารถในการพัฒนาจิตใจ เพื่อค้นหาความหมายของชีวิตรับรู้ถึงคุณค่าหรือจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิตเกิดความตระหนักเข้าใจตนเอง และผู้อื่นเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่างๆที่มีสติที่อยู่ภายใต้กรอบศีลธรรมรวมถึงมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆตามวิถีทางหรือแนวทางของตนและสามารถเลือกประเมินหรือกระทำรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆได้ดีและดำเนินชีวิตที่ถูกต้องอย่างมีคุณภาพ และเกิดความผาสุก (รัชนี อธิวิธากร, 2552, น. 11; ญัฐภรณ์ นรพงษ์ 2553, น. 8 ; ปภาวุฒิ สุจินตามณีชัย, 2556, น. 15) ส่วน King (คิงส์, 2008, น. 56) ได้ให้ความหมายไว้ว่าความฉลาดทางจิตวิญญาณว่า หมายถึง ความฉลาดทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถทางจิตระดับหนึ่งที่จะช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และสามารถประยุกต์ใช้และปรับเปลี่ยนทั้งด้านความเชื่อสิ่งเหนือธรรมชาติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำรงชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ภายใต้เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ตลอดจนการเพิ่มคุณค่า และ ค้นหาความหมายของชีวิตรับรู้ถึงสภาวะเหนือธรรมชาติ และเกิดการเรียนรู้ในด้านจิตวิญญาณของตน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความฉลาดทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ เดวิด บีคิง (รัชนี อธิวิธากร, 2552, น. 22 อ้างอิงจาก David B King, 2008) เนื่องจากผู้วิจัยเล็งเห็นว่าแนวคิดและการแบ่งองค์ประกอบเกี่ยวกับความฉลาดทางจิตวิญญาณ ของเดวิดบีคิงมีความชัดเจนและง่ายต่อการทำความเข้าใจมากที่สุดซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านดังนี้

1. การคำนึงถึงการมีชีวิตรอยู่ (Critical existential thinking) คือ มนุษย์เข้าใจถึงสถานะแห่งความเป็นจริงหรือธรรมชาติของสรรพสิ่งทั้งหลายตลอดจนการประยุกต์คิดวิเคราะห์ห้สังเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาและนำมาใช้ตัดสินใจ ในการดำเนินชีวิตอยู่ของบุคคล ความสามารถในการคำนึงถึงการดำรงชีวิต เพื่อแสวงหาความหมายของชีวิต และหาเหตุผลว่าตัวเรานั้นมีชีวิตรอยู่เพื่ออะไรและสามารถเข้าใจความเป็นธรรมชาติของการมีชีวิตรอยู่ของ

2. การสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต (Personal meaning production) คือความสามารถค้นหาความหมายเป้าหมายในชีวิตจากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในแต่ละวันรวมไปถึงการสร้างสรรคการควบคุมเป้าหมายที่กำหนดไว้การมีความหมายในชีวิตก็เปรียบเสมือนการกำหนดทิศทางว่าจะไปในแนวทางใด ซึ่งจะเป็นเหตุผลในการมีชีวิตรอยู่อีกด้วย หรืออาจจะเป็นนียมการกำหนดเป้าหมายในชีวิตของตนเองไว้แล้วล่วงหน้า

3. การตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติ (Transcendental awareness) คือความสามารถของจิตในการรับรู้ภาวะที่เกินขอบเขตประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น การยกระดับจิตใจให้อยู่เหนือลักษณะส่วนบุคคลหรือตัวตนซึ่งจะทำให้เราสามารถเข้าใจปัญหาและความเป็นไปของสรรพสิ่งทั้งหลายในโลก ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้มแข็ง และเห็นคุณค่าภายในตัวตน

4. การเข้าสู่สมาธิ (Conscious state expansion) คือ ความสามารถในการเข้าสู่สมาธิ หรือการเข้าสู่ภาวะที่มีสติในขั้นสูงเช่นการนั่งสมาธิการสวดมนต์ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดความตึงเครียด และเพื่อเพิ่มความสงบภายในจิตใจ

จึงสรุปได้ว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณหมายถึงความสามารถในการพัฒนาจิตใจของบุคคล เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงรับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต เพื่อเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่าและมองโลกในแง่ดี รวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆ ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตรอยู่ ด้านการสร้างและค้นหาความหมายในชีวิต ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติและด้านการเข้าสู่สมาธิ เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

การวัดความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความฉลาดทางจิตวิญญาณนั้นมีลักษณะที่คล้ายกัน คือส่วนมากมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) ตัวอย่างเช่น สุภาวดี เนติเมธี (2547, น. 100) ได้ศึกษาเรื่องความหวังพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางการแพทย์การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้สร้างแบบวัดด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบด้วยข้อคำถาม 20

ข้อเป็นแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” ไปจนถึง “ไม่เห็นด้วย” เกณฑ์การแปลงผลตามหลักของการแบ่งอัตราภาคชั้น (Class interval) โดยใช้หลักค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 นอกจากนี้สมพร ปานผดุง (2556, น. 197) ได้ศึกษาเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล เครื่องมือเป็นแบบสอบถามคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือมากที่สุดมากปานกลางน้อยและน้อยที่สุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ส่วนรัชณี อิทธิวรากร (2552, น. 115) ได้สร้างเครื่องมือความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตรอยู่จำนวน 9 ข้อความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านค้นหาความหมายให้ชีวิตรอยู่จำนวน 10 ข้อความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านการตระหนักรู้จำนวน 9 ข้อความฉลาดทางจิตวิญญาณด้านการเข้าสู่สมาธิจำนวน 10 ข้อรวม 38 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือมากที่สุดมากปานกลางน้อยและน้อยที่สุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .896 ส่วนในการวิจัยครั้งนี้ความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย วัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชณี อิทธิวรากร (2552) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับคือจริงที่สุดให้คะแนน 6 ถึงไม่จริงเลยให้คะแนน 1 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 505 คน ผู้ป่วย 373 คนผลการวิจัยพบว่าการรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับขจรศรี แสนปัญญา (2553) ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลต่อความตายการมองโลกในแง่ดีความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 385 คนผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับได้ในส่วนของความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ระดับนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ส่วน อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพการปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 382 คนพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวภาวะสุขภาพและการปฏิบัติธรรมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ สุภาวดีเนติเมธี (2547, น. 77) ได้ศึกษาเรื่องความหวังพฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่า ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับ กนกอร กองจันทร์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤตพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีความผาสุกในระดับปานกลาง และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากที่สุดนอกจากนี้ แอมแรม (รัชนี อธิธิวรากร, 2552, น. 30 อ้างอิงจาก Amram, 2005) ได้ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีผลต่อประสิทธิภาพของหัวหน้างานซึ่งในงานวิจัยของเขาได้กล่าวถึงผลของความฉลาดทางจิตวิญญาณที่มีต่อสุขภาพเช่นช่วยให้อัตราการเกิดโรคลดลงและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น

จากการศึกษาและประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าความฉลาดทางจิตวิญญาณในด้านความสุขด้านสุขภาพและจิตใจ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งความสัมพันธ์ จะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางบวกแสดงให้เห็นว่า ยิ่งได้รับความฉลาดทางจิตวิญญาณมากเท่าไร ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้นตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาจิตใจของบุคคล เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงรับรู้ถึงจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิตเพื่อเผชิญ และแก้ไขปัญหาอย่างมีคุณค่า และมองโลกในแง่ดีรวมถึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆ ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ด้านการคำนึงถึงการมีชีวิตอยู่ด้านการสร้าง และค้นหาความหมายในชีวิตด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติ และด้านการเข้าสู่สมาธิเช่น การสวดมนต์การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดวัดโดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชนี อธิธิวรากร (2552) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับคือ จริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3.2.4. ความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ความเชื่ออำนาจภายในตน (internal locus of control) คือความตระหนักของผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผลได้ ซึ่งแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน



255797373

SMU eThesis gs601130459 thesis / rev: 12082566 21:15:55 / seq: 39

เกี่ยวกับความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากแนวคิดของ รอตเตอร์ (Rotter, 1966) ได้อธิบายลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนว่าที่เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมหนึ่งจะเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์เดิม ถ้าสาเหตุนั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้า ผลตอบแทนไม่เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อยๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความสามารถและทักษะของตนเอง ความเชื่อนี้คือความเชื่ออำนาจภายในตน และบุคคลที่ความเชื่ออำนาจภายในตนซึ่งจะกระตือรือร้น มานะพยายามที่จะต่อสู้ปัญหาต่างๆ เป็นผู้ประสบความสำเร็จในชีวิต และมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 10 ข้อนี้พัฒนามาจากนิยามเชิงปฏิบัติการและปรับปรุงแบบวัดของ พรพรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) เป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนนถึงจริงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยของภวัญญ์ พลแสน (2555) พบว่าความเชื่ออำนาจในตนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน การมุ่งอนาคตควบคุมตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีได้แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางกายได้ทำให้ตั้งสมมติฐานได้ว่า ทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการทำงาน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการความเชื่ออำนาจในตนกับพฤติกรรมที่น่าปรารถนาหลายด้าน เช่น พฤติกรรมรับผิดชอบต่อหน้าที่ (สุภาสิณี นุ่มเนียม, 2546) รวมทั้งงานวิจัยของ รุจิเรศ พิษิตานนท์ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกินของนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 650 คน ผู้วิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจในตน มีผลต่อพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.21$, $p<.01$) แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมต่างๆ และในองค์ประกอบต่างๆ นั้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามีผลรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองในด้านต่างๆ แต่ยังไม่แนชัดว่าเป็นพฤติกรรมแบบใด ซึ่งหากแพทย์ประเมินแบบแผนความเชื่อเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง ก็จะทำให้การรักษาตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างไร ซึ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็ม มาเป็นแนวคิดที่สำคัญ เพื่อเป็นแนวทางและประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

3.3 ปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางชีวสังคมที่แตกต่างกันของผู้ที่ถูกศึกษาซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย อายุ สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถอธิบายให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านชีวสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ดังนี้

อายุ เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและมีความเกี่ยวข้องกับกรยอมรับสิ่งใหม่ๆ โดยผู้ที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีสภาพจิตใจอารมณ์และแนวความคิด ตลอดจนประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน อันเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ดังการศึกษาของ อรทัย สนใจยุทธ (2540) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยว อายุ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ แฮริส และกูเติน (Haris.; & Guten, 1972, น. 17-29) พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มี อายุมากขึ้นอาจเพราะเนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้นและมีเวลาพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคสอดคล้องกับงานวิจัยของ บัณณทัต ตันธบัญญัติกรและ อัมภาวูฒิ โยธาสุภาพ (2565) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่ดำ อำเภอนองแคว จังหวัดสระบุรีและการศึกษาของ ณรงค์ ใจเที่ยงและคณะ (2565) พบว่า กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.2 และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความรู้ ทัศนคติ สถานภาพและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส ตามการศึกษาของ ณรงค์ ใจเที่ยงและคณะ (2565) พบว่า กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงที่โสดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 1.4 เท่าของผู้หญิงที่แต่งงานแล้วและมีบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (ศุภกร โรจนนรินทร์, 2546) และการศึกษาของ ยมนา ชนะนิล, อุไรวรรณ สาสังข์ และสุนันทา ครองยุทธ (2565) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.135$ $p=.044$; $r_s=.229$ $p<.001$; $r_s=.372$ $pr_s=-.257$ $p<.001$)

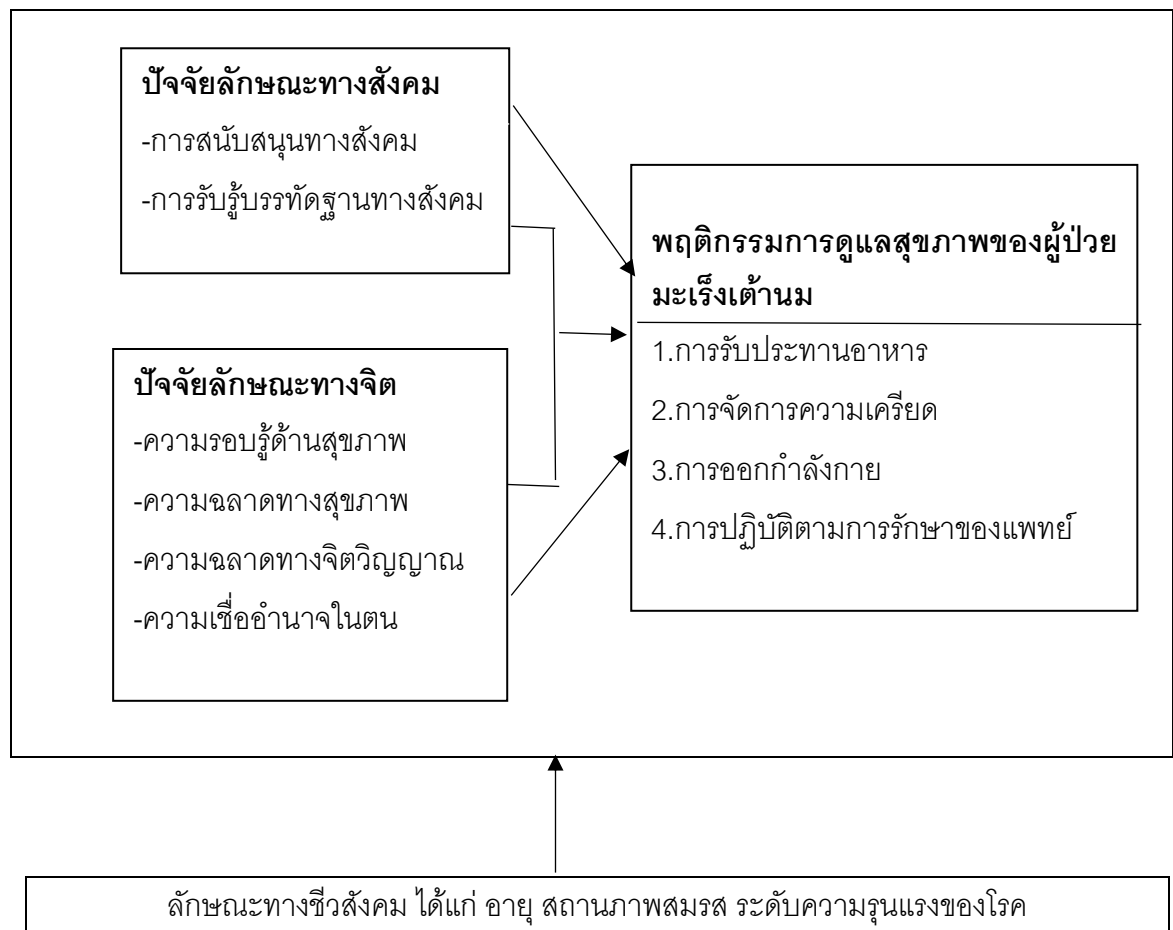
ระดับความรุนแรงของโรค บุคคลที่มีโรคประจำตัวมากจะกลายเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่บกพร่องทำให้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ต้องถูกจำกัดเนื่องจากมีความวิตกกังวลขาดความมั่นคงทางจิตใจและสังคมซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นในเรื่องของการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือการมาพบแพทย์มักจะแตกต่างจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่มีจำนวนโรคน้อยกว่าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่า เป็นไปในแนวทางเดียวกับ แมคคอร์เคิล และยัง (McCorkle & Young, 1978, pp. 373-378) โดยพบว่า อาการรุนแรงของโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานส่วนใหญ่เป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ปกติของร่างกายโดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้เย็บช่องปากอักเสบ ท้องเสีย น้ำหนักลด ปวด อาการทางระบบประสาทส่วนปลายและการพักผ่อนที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (Kuo & Ma, 2003, pp. 309-317; Munkres, Oberst & Hughes, 1992, pp. 593-599; Oberst et al., 1991; O'Hare, Malone, Lusk & McCorkle, 1993, pp. 659-664; Schober, et al, 1992, pp. 131-132) เหล่านี้เป็นต้น แม้ว่าอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่ก็เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นอาการจะดีขึ้นและหายไปภายหลังสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาการเหล่านี้จะมาก น้อยในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ระยะเวลาป่วยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจากทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยวิเคราะห์การดูแลสุขภาพจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนใน

การดำเนินชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ตนเอง และความเชื่อมั่นตนเอง ที่มีเป้าหมาย เพื่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และกิจกรรม สันทนาการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษา ตัวแปรสาเหตุ

และผลของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย 1) ตัวแปรปัจจัย ลักษณะทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม 2) ตัวแปรปัจจัย ลักษณะทางจิต ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทาง จิตวิญญาณ ความเชื่ออำนาจในตน 3) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัดจาก 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยแตกต่างกัน
2. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยลักษณะทางจิต และตัวแปรในกลุ่มปัจจัยลักษณะทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ความเชื่ออำนาจในตน การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม สามารถเข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมต่างกัน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่ส่งผล หรือที่ส่งเสริมให้เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกายของตนเอง ให้ปราศจากความเจ็บป่วยต่อโรค และส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นการกระทำสม่ำเสมอ ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

- พฤติกรรมการจัดการความเครียด หมายถึง การต้องปรับสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผ่อนคลายความเครียด เช่นการดูหนัง ฟังเพลง และนอนหลับพักผ่อนให้ได้ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

- พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยการเคลื่อนไหวร่างกายและส่วนต่างๆของกล้ามเนื้อ เช่นการเดิน การวิ่ง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นต้น

- พฤติกรรมการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ หมายถึง การมาพบแพทย์ทุกครั้งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น เพื่อตรวจวัดค่ามะเร็งในเลือดอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลาและสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ตลอด ตลอดจนมารับยาเองทุกครั้ง เมื่อยาหมด

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และปรับปรุงมาจากแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 6

ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 6 จนถึง แทบไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 1 ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย จากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่นการได้รับความรักโดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม ความห่วงใย ความเห็นใจ การเห็นค่า และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข เช่นการแนะนำ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อลดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านม เป็นต้น

แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการและปรับปรุงจากแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับคือ จริงมากที่สุดให้คะแนน 6 ถึงจริงน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

3. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่าสังคมที่ตนอยู่ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่ตนเองยอมรับนับถือ มีความตระหนักเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่เมื่อยามเจ็บป่วยในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพ

แบบวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ปภาดา อื้อประเสริฐ (2554) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ถึงจริงน้อยที่สุด ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่ามีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ทักษะทางการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการเข้าถึง เพื่อทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจตนเอง ให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพปรับปรุงจากแบบวัด ของ อังคิณันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง จริงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

5. ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยมะเร็ง ในการตัดสินใจซึ่งเป็นการกระทำต่อเนื้อที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านความคิด การเลือกสิ่งที่ดีให้กับ สุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีทักษะการทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการ ดูแลตนเองจัดการสุขภาพตนเองตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้ความเป็นอยู่ อย่างปกติสุขได้บุคคลที่มี HQ สูงจะมีความสามารถในการเลือกแก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพพัฒนามาจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และปรับปรุงจาก แบบวัดของ อังคินันท์ อินทรกำแหง กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบบวัดเป็นมาตราประเมินรวม ค่า 6 ระดับคือจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนนถึงจริงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่ามีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

6. ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Spiritual quotient) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วย มะเร็งในการพัฒนาจิตใจเพื่อเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และรู้ถึงความมุ่งหมายของ ชีวิต เข้าใจศักยภาพของตนเองในมุมมองที่กว้างขึ้นลึกซึ้ง มีคุณค่าและมีความหมาย จากการใช้ สมองคิดได้อย่างลึกซึ้งซึ่งกว่าคนทั่วไปเป็นการสร้างคุณค่าให้กับตนเองภายใต้กรอบศีลธรรมและ เป็นความคิดที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการเผชิญและแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

แบบวัดพัฒนาจากนิยามเชิงปฏิบัติการและปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความ ฉลาดทางจิตวิญญาณของ รัชนี อธิธิวราร (2552) ปรับแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุดให้ 6 คะแนน ถึงจริงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้คะแนนสูงกว่า ค่าเฉลี่ย แสดงว่ามีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

7. ความเชื่ออำนาจภายในตน (Locus of control) หมายถึง ความเชื่อและความตระหนัก ของผู้ป่วยมะเร็งว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนจะเป็นสิ่งดีหรือไม่ดีซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมจำนวน 10 ข้อนี้พัฒนามาจากนิยามเชิงปฏิบัติการและปรับปรุงแบบวัดของ พรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) เป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนนถึง จริงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สตรีที่รับบริการตรวจรักษามะเร็งเต้านม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ระยะแรกถึงระยะสุดท้าย ณ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกรมแพทยทหารบก จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้มารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดปี พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มต้น (ระยะ 1-2) จำนวน 190 คน และระยะรุนแรง (ระยะ 3-4) จำนวน 110 คน รวมจำนวน 300 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่รับบริการตรวจรักษามะเร็งเต้านม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ระยะแรกถึงระยะที่ 4 ที่ใช้ในการศึกษา ณ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกรมแพทยทหารบกที่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 186 คน คำนวณได้จากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) ตามระยะความรุนแรงของโรคทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น 118 คน และผู้ป่วยในระยะรุนแรง 68 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกมะเร็งเต้านม แผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงปี พ.ศ. 2563 โดยระหว่างการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง กระทั่งกระทั่งมีอาการผิดปกติและจิตใจจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะที่ดี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยไม่สะดวกใจที่จะทำ

แบบสอบถามในเวลาที่ยึดข้อมูล มีข้อห้ามของแพทย์ที่รักษาในการเข้าร่วมวิจัย และมีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถตอบใจท์การวิจัย โดยกำหนดคุณลักษณะ ดังนี้

1. การหาคุณภาพเครื่องมือ

1.1 การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อประเมินค่าความเที่ยงตรงของภาษาและเนื้อหาของข้อคำถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) มีค่า ตั้งแต่ 0.66 -1.00 และปรับข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่า 0.50 ผู้วิจัยทำการปรับปรุง

1.2 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ (Item-total correlation) ที่มีขนาด 0.2 ขึ้นไปหรือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับแบบสอบถามฉบับทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 32 คน และแบบสอบถามฉบับที่ใช้จริงพบว่า มีค่าอำนาจจำแนก มากกว่า 0.2

1.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามหาความเชื่อมั่น ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ 0.7 ขึ้นไป (Cronbach's Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531, น. 138) สำหรับแบบสอบถาม วัดทุกตัวแปรฉบับทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 32 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.721 - 0.965 ในขณะที่แบบสอบถามฉบับที่ใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 0.780 - 0.910

2. ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ฉบับ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

1. แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม
2. แบบสอบถามด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3. แบบสอบถามด้านคุณลักษณะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ความเชื่ออำนาจในตน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านลักษณะทางชีวสังคม

แบบสอบถามด้านลักษณะทางชีวสังคมเป็นแบบสอบถามที่ถามข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาความรุนแรงของโรค มีจำนวนคำถามทั้งหมด 3 ข้อ

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพ
 - () สมรส/คู่ () โสด/หย่าร้าง
3. ระดับความรุนแรงของโรค
 - () ระยะเวลาที่ 1 () ระยะเวลาที่ 2
 - () ระยะเวลาที่ 3 () ระยะเวลาที่ 4

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เป็นแบบวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองในระยะเจ็บป่วยของโอเร็ม (Orem, 1985, pp. 82-103; Orem, 1991, pp. 117-143) นำแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบมาตรวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับใช้เก็บจริงโดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.880 โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ถึง แทบไม่เคยปฏิบัติเลยจำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	การปฏิบัติด้านสุขภาพ					
	ปฏิบัติ ประจำ	บ่อย มาก	บ่อย	ปาน กลาง	นานๆ ครั้ง	แทบไม่ เคย เลย
-ฉันมีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรม หรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมี เหงื่อออกได้ต่อเนื่อง 30 นาที						
-ฉันดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว						
-ฉันมาพบแพทย์ตามนัดและ ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่าง เคร่งครัด						
-ฉันหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้ อารมณ์ฉันขุ่นมัวด้วยการดูหนังฟัง เพลงหรือกิจกรรมผ่อนคลาย						

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ปฏิบัติประจำ	คะแนนที่ระดับ 6
ปฏิบัติบ่อยมาก	คะแนนที่ระดับ 5
ปฏิบัติ	คะแนนที่ระดับ 4
ปฏิบัติปานกลาง	คะแนนที่ระดับ 3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	คะแนนที่ระดับ 2
แทบไม่เคยปฏิบัติ	คะแนนที่ระดับ 1

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะจิต ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยนำแนวคิดของ Bloom (1968) และนำไปใช้เก็บจริงกับผู้ป่วยมะเร็ง

เด้านม โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.890 โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ถึง จริงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	น้อย	น้อย ที่สุด
-ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพตนเอง						
-ฉันทราบวิธีที่จะสืบค้นข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้คำตอบที่ฉันต้องการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง						
-ฉันเข้าใจสาเหตุและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ						

ส่วนที่ 2 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำแนวคิดมาจากแบนดูรา (Bandura, 1986, pp. 414-420) และนำแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบมาตรวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับใช้เก็บจริง โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.910 โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ถึงจริงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	น้อย	น้อย ที่สุด
-ฉันรู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่ได้ ออกกำลังกาย						
-ฉันรู้สึกดีกับการไปพบแพทย์						

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำแบบวัดของ พรพรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) มาปรับปรุงและพัฒนาพร้อมกับตรวจสอบมาตรฐานวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับใช้เก็บจริง โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.880 โดยแบบสอบถามเป็นการประเมินค่า 6 ระดับคือ จริงมากที่สุด ถึงจริงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
	มาก ที่สุด	มาก	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	น้อย	น้อย ที่สุด
-ฉันดูแลสุขภาพด้วยตัวท่าน เสมอ						
-การที่ฉันมีสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของตัวเอง						
-ถ้าฉันปฏิบัติตนได้ถูกต้องฉัน จะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						

ส่วนที่ 4 แบบวัดเกี่ยวกับความฉลาดทางจิตวิญญาณกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ รัชณี อธิวิธรากร (2552) มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบมาตรวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับใช้เก็บจริง โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .798 ซึ่งเป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ถึง จริงน้อยที่สุด แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	น้อย	น้อยที่สุด
- ฉันเตรียมพร้อมอยู่เสมอเกี่ยวกับความตายของตนเอง						
-ฉันสามารถคุมตนเองในการดำเนินชีวิตไปตามจุดหมายได้						

ตอนที่ 4 แบบสอบถามลักษณะทางสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยนำแนวคิดของ เฮาส์ (พรพิมล ว่องไว, 2554, น. 30: อ้างอิงจาก House, 1981; อ้างอิงจาก Tilde, 1985, p. 201) มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบมาตรวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับใช้เก็บจริง โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ.780 เป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือ มากที่สุด ถึงจริงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ



2557937373

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	น้อย	น้อยที่สุด
-บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านออกกำลังกายเมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนดูแลท่านตลอด						
- การแพทย์ให้กำลังใจเมื่อเกิดความท้อแท้จากการเจ็บป่วย						
- บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ						

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยแบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ปภาดา อ้อประเสริฐ (2554) มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบมาตรวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับใช้เก็บจริง โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .880 เป็นแบบวัดเป็นมาตราประเมิน

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างจริง	ไม่จริง	น้อย	น้อยที่สุด
-บุคคลที่รักและใกล้ชิดต้องการให้ดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย						
-ทำตามความต้องการของบุคคลที่รักในการดูแลสุขภาพตนเองว่ามีประโยชน์						
-บุคลากรทางสุขภาพอยากให้อันตรระหนักถึงการมาตรวจสุขภาพ						

รวมค่า 6 ระดับคือ จริงมากที่สุด ถึง จริงน้อยที่สุด แบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

ตัวอย่างข้อคำถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเลขที่รับรอง SWUEC-G 360/2563E และ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับหนังสือตอบรับจากโรงพยาบาล และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด หากสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการเห็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะแจ้งกับผู้ป่วยว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยจะปกปิดและไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน จึงเริ่มการเก็บข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดทำหนังสือเพื่อแจ้งความประสงค์ขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยห้องตรวจโรค
- 2) ผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามไปดำเนินการ ติดต่อขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล กับ กลุ่มตัวอย่าง
- 3) ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ติดต่อขอเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยห้องตรวจโรค เมื่อได้รับอนุญาตจึงเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) นำข้อมูลที่ได้มากำหนดรหัสและบันทึกนำไปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติดังนี้
วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
- 2) วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าที (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
- 3) วิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 2
- 4) วิเคราะห์สถิติสมการถดถอย (Stepwise - Multiple Regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางจิตและปัจจัยลักษณะทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ 3) เพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มด้วยรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และรายด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวสังคมต่างกันโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent sample t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) ทีละคู่ตัวแปรเมื่อพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

3. ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และรายด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยใช้ตัวทำนาย

กลุ่มลักษณะทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และกลุ่มลักษณะทางจิต ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพความฉลาดทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน ตน และความฉลาดทางจิตวิญญาณ ด้วยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพ และระยะของโรค ด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(n=186)	ร้อยละ(%)
อายุ		
น้อยกว่า 60ปี	116	62.4
60ปีขึ้นไป	70	37.6
สถานภาพสมรส		
โสด	76	40.9
สมรส/หย่าร้าง	110	59.1
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะเริ่มต้น (ระยะ 1-2)	118	63.4
ระยะรุนแรง (ระยะ 3-4)	68	36.6

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 186 คนจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมได้ว่า เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 เมื่อจำแนกตามสถานภาพพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส/หย่าร้าง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 และสถานภาพโสดจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 และเมื่อ

จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรคพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มต้นจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 63.4 และระยะรุนแรงจำนวน 68คน คิดเป็นร้อยละ 36.6

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณลักษณะทางสังคม และคุณลักษณะทางจิต ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จาก 1 – 6 คะแนน ซึ่งมีการแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	5.01-6.00
มาก	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	4.01-5.00
ปานกลาง	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	3.01-4.00
น้อย	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	2.01-3.00
น้อยที่สุด	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.01-2.00

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	Min- Max	M	SD	การแปลความหมาย
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	2.00-6.00	5.06	0.60	มากที่สุด
ด้านการออกกำลังกาย	2.50-6.00	5.00	0.92	มาก
ด้านการรับประทานอาหาร	2.50-6.00	4.64	0.83	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	1.50-6.00	5.09	0.56	มากที่สุด
ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์	1.00-6.00	5.92	0.44	มากที่สุด
คุณลักษณะทางสังคม				
การสนับสนุนทางสังคม	3.33-6.00	5.01	0.40	มากที่สุด
การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม	3.75-6.00	5.81	0.40	มากที่สุด

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	Min- Max	M	SD	การแปล ความหมาย
คุณลักษณะทางจิต				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.00-6.00	3.85	1.50	ปานกลาง
ความฉลาดทางสุขภาพ	2.80-6.00	5.28	0.59	มากที่สุด
ความเชื่ออำนาจภายในตน	3.50-6.00	5.51	0.46	มากที่สุด
ความฉลาดทางจิตวิญญาณ	3.50-6.00	5.13	0.47	มากที่สุด

จากตาราง 4 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความฉลาดทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความฉลาดทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และรายด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตสังคมต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีปัจจัยชีวิตสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านแตกต่างกัน ในลำดับต่อไปผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตสังคมต่างกันโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent Sample t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อทดสอบสมมติฐาน



2557937373

SWU :Thesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ตาราง 5 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกัน

กลุ่มอายุ	n	M	SD	t	p-value
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม					
น้อยกว่า 60 ปี	116	5.16	0.50	3.202	0.002**
60 ปีขึ้นไป	70	4.88	0.70		
ด้านการออกกำลังกาย					
น้อยกว่า 60 ปี	116	5.21	0.81	4.188	0.000**
60 ปีขึ้นไป	70	4.65	1.00		
ด้านการรับประทานอาหาร					
น้อยกว่า 60 ปี	116	4.77	0.73	2.784	0.006**
60 ปีขึ้นไป	70	4.43	0.94		
ด้านการจัดการความเครียด					
น้อยกว่า 60 ปี	116	5.12	0.49	0.776	0.439
60 ปีขึ้นไป	70	5.05	0.67		
ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์					
น้อยกว่า 60 ปี	116	5.96	0.21	1.493	0.137
60 ปีขึ้นไป	70	5.86	0.67		

** $p < .01$

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ส่วนกลุ่มอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ที่ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพแตกต่างกัน

	n	M	SD	t	p-value
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม					
โสด	76	5.06	0.66	0.132	0.895
สมรส/หย่าร้าง	110	5.05	0.55		
ด้านการออกกำลังกาย					
โสด	76	5.09	0.99	1.131	0.260
สมรส/หย่าร้าง	110	4.94	0.87		
ด้านการรับประทานอาหาร					
โสด	76	4.66	0.84	0.266	0.790
สมรส/หย่าร้าง	110	4.63	0.82		
ด้านการจัดการความเครียด					
โสด	76	5.04	0.63	-1.043	0.298
สมรส/หย่าร้าง	110	5.13	0.51		
ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์					
โสด	76	5.88	0.61	-1.136	0.257
สมรส/หย่าร้าง	110	5.95	0.27		

** p < .01

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีสถานภาพแตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและรายด้านทุกด้านที่ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะของโรคแตกต่างกัน

ระยะของโรค	n	M	SD	t	p-value
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม					
ระยะเริ่มต้น (ระยะที่1-2)	118	5.08	0.54	0.793	0.429
ระยะรุนแรง (ระยะที่3-4)	68	5.01	0.68		
ด้านการออกกำลังกาย					
ระยะเริ่มต้น (ระยะที่1-2)	118	5.07	0.90	1.404	0.162
ระยะรุนแรง (ระยะที่3-4)	68	4.88	0.96		
ด้านการรับประทานอาหาร					
ระยะเริ่มต้น (ระยะที่1-2)	118	4.63	0.79	-0.108	0.914
ระยะรุนแรง (ระยะที่3-4)	68	4.65	0.89		
ด้านการจัดการความเครียด					
ระยะเริ่มต้น (ระยะที่1-2)	118	5.12	0.48	1.002	0.318
ระยะรุนแรง (ระยะที่3-4)	68	5.04	0.68		
ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์					
ระยะเริ่มต้น (ระยะที่1-2)	118	5.96	0.24	1.558	0.121
ระยะรุนแรง (ระยะที่3-4)	68	5.85	0.66		

** p < .01

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีระยะของโรคแตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะของโรคที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและรายด้านทุกด้านที่ไม่แตกต่างกัน

3.2 ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมี 2 สมมติฐานย่อย ได้แก่

สมมติฐานที่ 3.2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากความเบ้ (Skewness) ที่ไม่เกินค่าสัมบูรณ์เท่ากับ 3 และความโด่ง (Kurtosis) ที่ไม่เกินค่าสัมบูรณ์เท่ากับ 10 จึงจะมีข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ พบว่าข้อมูลกลุ่มตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพและตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้งในระดับต่ำและระดับสูง มีค่าไม่เกินเกณฑ์พิจารณาที่กำหนดไว้ จึงถือว่า ข้อมูลมีแนวโน้มที่มีการแจกแจงแบบปกติ ดังตาราง

ตาราง 8 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น: การแจกแจงเป็นปกติ

ตัวแปร	ความเบ้(Skewness)	ความโด่ง (Kurtosis)
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-0.297	-1.270
2. ความฉลาดทางสุขภาพ	-1.200	1.624
3. ความเชื่ออำนาจภายในตน	-1.648	3.164
4. ความฉลาดทางจิตวิญญาณ	-0.824	1.023
5. การสนับสนุนทางสังคม	-0.672	1.874
6. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม	-2.669	7.525
7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	-0.969	2.480

ตาราง 9 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A)และได้รับการสนับสนุนทางสังคม (B)

ตัวแปรตาม	F (AxB)	% ทำนาย
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	5.731*	35.1

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 9 พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์หิทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมด้วยวิธีการ Bonferroni

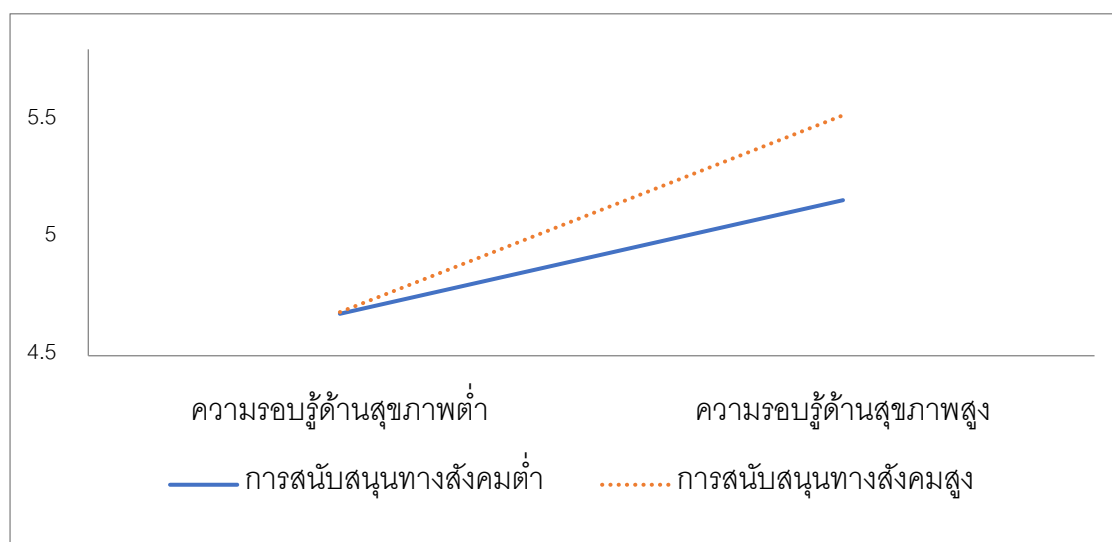
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การสนับสนุนทางสังคม	จำนวนคน (n)	M	SE	Mean difference	p-value
ระดับต่ำ	ระดับต่ำ	54	4.678	0.065	0.007	0.948
ระดับต่ำ	ระดับสูง	27	4.685	0.093		
ระดับสูง	ระดับต่ำ	50	5.160	0.068	0.360	0.000*
ระดับสูง	ระดับสูง	55	5.520	0.065		

* $p < .05$

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ



ภาพประกอบ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานที่ 3.2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากความเบ้ (Skewness) ที่ไม่เกินค่าสัมบูรณ์เท่ากับ 3 และความโด่ง (Kurtosis) ที่ไม่เกินค่าสัมบูรณ์เท่ากับ 10 จึงจะมีข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ พบว่าข้อมูลกลุ่มตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตนและตัวแปรการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมทั้งในระดับต่ำและระดับสูง มีค่าไม่เกินเกณฑ์พิจารณาที่กำหนดไว้ จึงถือว่า ข้อมูลมีแนวโน้มที่มีการแจกแจงแบบปกติ

ตาราง 11 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (A)และมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (B)

ตัวแปรตาม	F (AxB)	% ทำนาย
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	5.566*	14.3

* $p < .05$, ** $p < .01$

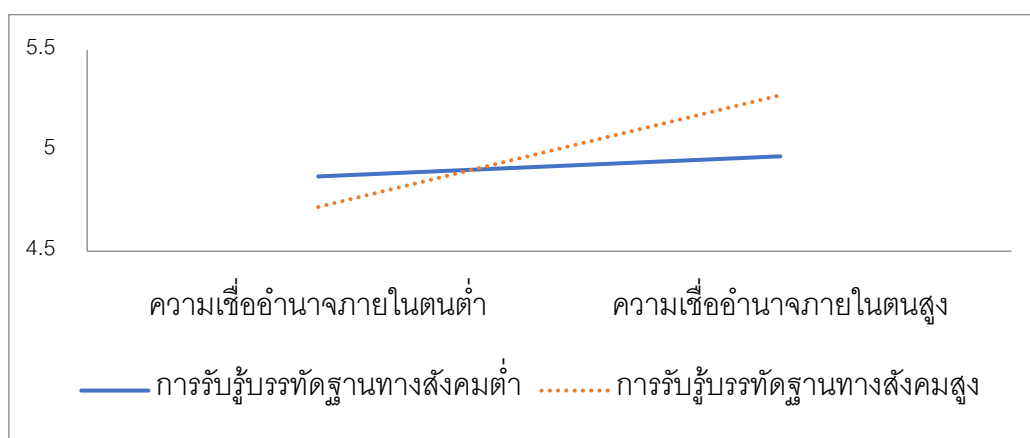
จากตาราง 11 พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพบว่ามีผลแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์หือทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน และจำแนกตามระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้วยวิธีการ Bonferroni

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน และระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

ความเชื่ออำนาจภายในตน	การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม	จำนวนคน (n)	จำนวนคน		Mean difference		p-value
			M	SE	differenc e	p-value	
ระดับต่ำ	ระดับต่ำ	32	4.87	0.09	0.152	0.248	
			2	8			
ระดับต่ำ	ระดับสูง	40	4.72	0.08	0.304	0.034	
			0	7			
ระดับสูง	ระดับต่ำ	18	4.97	0.13	0.304	*	
			2	0			
ระดับสูง	ระดับสูง	96	5.27	0.05	0.304	*	
			6	6			

* $p < .05$

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน และระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง และมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่ำ



ภาพประกอบ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน และระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

3.3 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และรายด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยใช้ตัวทำนากลุ่มลักษณะทางสังคม และกลุ่มลักษณะทางจิต

ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน จึงทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ข้อมูลแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากความเบ้ (Skewness) ที่ไม่เกินค่าสัมบูรณ์เท่ากับ 3 และความโด่ง (Kurtosis) ที่ไม่เกินค่าสัมบูรณ์เท่ากับ 10 จึงจะมีข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ พบว่า ข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ มีค่าไม่เกินเกณฑ์พิจารณาที่กำหนดไว้ ถือว่าข้อมูลมีแนวโน้มที่มีการแจกแจงแบบปกติ และ 2) ผลการทดสอบปัญหาภาวะพหุเส้นตรงร่วม

(Multicollinearity) โดยพบว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน .85 (Kline, 2005) ซึ่งถือว่าไม่มีปัญหาภาวะพหุเส้นตรงร่วม โดยเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงสามารถวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนได้ ดังตาราง

ตาราง 13 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น: การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

	HL	HI	IL	SP	SS	SN
HL	-	.699**	.237**	.338**	.236**	-.045
HI		-	.629**	.490**	.412**	.319**
IL			-	.521**	.482**	.634**
SP				-	.680**	.328**
SS					-	.437**
SN						-

หมายเหตุ: HL = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ HI = ความฉลาดทางสุขภาพ
 IL = ความเชื่ออำนาจภายในตน SP = ความฉลาดทางจิตวิญญาณ
 SS = การสนับสนุนทางสังคม SN = การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

การอธิบายอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มลักษณะทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม) และกลุ่มลักษณะทางจิต (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความฉลาดทางจิตวิญญาณ) ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน(Stepwise Regression Analysis)

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนายลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ		จำนวน (คน)	%	เบต้า	ตัวทำนายที่มี นัยสำคัญ
ตนเอง	ด้านรวม				
กลุ่มรวม		186	62.0	.46, .33, .12	4, 3, 6
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	116	66.6	.49, .41, -.13	3, 4, 2
	60 ปีขึ้นไป	70	56.7	.76	4
สถานภาพ	โสด	76	64.8	.38, .33, .31	3, 2, 4
	สมรส/หย่าร้าง	110	63.5	.46, .41	4, 3
ระยะเวลา	ระยะเริ่มต้น	118	63.8	.48, .39	4, 3
รุนแรงของโรค	ระยะรุนแรง	68	63.3	.60, .26	4, 3

หมายเหตุ: 1=การสนับสนุนทางสังคม; 2=การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม; 3=ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; 4=ความฉลาดทางสุขภาพ; 5=ความเชื่ออำนาจภายในตน; 6=ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

จากตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่าตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .46) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .33) และความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta = .12) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 62.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .49) ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .41) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = -.12) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 66.6อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .76) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 56.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .38) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .33) และความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .31) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 64.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .46) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .41) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 63.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .48) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .39) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเบื้องต้นได้ร้อยละ 63.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .60) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .26) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 63.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนายลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย		จำนวน (คน)	% ทำนาย	เบต้า	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ
กลุ่มรวม		186	63.8	.47, .31, .11, .10	4, 3, 6, 2
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	116	64.1	.51, .36	4, 3
	60 ปีขึ้นไป	70	53.2	.73	4
สถานภาพ	โสด	76	67.1	.38, .30, .19, .18	4, 3, 2, 6
	สมรส/หย่าร้าง	110	61.1	.59, .25	4, 3
ระยะเวลา	ระยะเริ่มต้น	118	58.5	.57, .26	4, 3
รุนแรงของโรค	ระยะรุนแรง	68	75.4	.54, .33, .15	4, 3, 6

หมายเหตุ: 1=การสนับสนุนทางสังคม;2=การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม; 3=ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ;4=ความฉลาดทางสุขภาพ;5=ความเชื่ออำนาจภายในตน; 6=ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

จากตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .47) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .31) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta = .11) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .10) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 63.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .51) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .36) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 64.1อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .73) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 53.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .38) ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .30) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .19) และความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta = .18) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 67.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .59) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .25) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 61.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .57) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .26) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเบื้องต้นได้ร้อยละ 58.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .54) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .33) และความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta = .15) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 75.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนายลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร	จำนวน (คน)	% ทำนาย	เบต้า	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ
กลุ่มรวม	186	58.7	.45, .39	3, 4
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	116	57.3	.49, .34, -.19	3, 4, 2
60 ปีขึ้นไป	70	62.6	.53, .35	4, 3
สถานภาพ				
โสด	76	64.2	.51, .28, .19	3, 4, 2
สมรส/หย่าร้าง	110	57.1	.45, .37, -.15	4, 3, 2
ระยะเวลา				
ระยะเริ่มต้น	118	57.5	.45, .37	3, 4
รุนแรงของโรค				
ระยะรุนแรง	68	65.0	.69, .29, -.27	4, 3, 5

หมายเหตุ: 1=การสนับสนุนทางสังคม; 2=การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม; 3=ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; 4=ความฉลาดทางสุขภาพ; 5=ความเชื่ออำนาจภายในตน; 6=ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

จากตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .45) และความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .39) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 58.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .49) ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .34) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = -.19) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการ

รับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 57.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .53) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .35) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 62.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .51) ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .28) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .19) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 64.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .45) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .37) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = -.15) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 57.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .45) และความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .37) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเบื้องต้นได้ร้อยละ 57.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .69) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .29) และความเชื่ออำนาจภายในตน (Beta = -.27) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 65.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนายลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด		จำนวน (คน)	% ทำนาย	เบต้า	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ
กลุ่มรวม		186	29.7	.40, .20, .20, -.27	3, 4, 6, 5
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	116	42.6	.61, -.24	3, 2
	60 ปีขึ้นไป	70	29.9	.56	4
สถานภาพ	โสด	76	21.3	.47	4
	สมรส/หย่าร้าง	110	30.5	.56	3
ระยะเวลา	ระยะเริ่มต้น	118	29.8	.55	3
รุนแรงของโรค	ระยะรุนแรง	68	31.1	.63, .27, -.47	4, 6, 5

หมายเหตุ: 1=การสนับสนุนทางสังคม; 2=การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม; 3=ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ; 4=ความฉลาดทางสุขภาพ; 5=ความเชื่ออำนาจภายในตน; 6 =ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

จากตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .40) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .20) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta = .20) และความเชื่ออำนาจภายในตน (Beta = -.27) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 29.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .61) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = -.24) โดยตัวแปรดังกล่าว

สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 42.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .56) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 29.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .47) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 21.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .56) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 30.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .55) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 29.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Beta = .62) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Beta = .27) และความเชื่ออำนาจภายในตน (Beta = -.47) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 31.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยตัวทำนายลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์	จำนวน (คน)	% ทำนาย	เบต้า	ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ	
กลุ่มรวม	186	24.9	.50	2	
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	116	43.2	.82, -.26	5, 2
	60 ปีขึ้นไป	70	35.4	.60	2
สถานภาพ	โสด	76	41.0	.65	2
	สมรส/หย่าร้าง	110	27.2	.53	2
ระยะเวลา	ระยะเริ่มต้น	118	41.3	.65	2
รุนแรงของโรค	ระยะรุนแรง	68	21.1	.47	2

หมายเหตุ: 1=การสนับสนุนทางสังคม; 2=การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม; 3=ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; 4=ความฉลาดทางสุขภาพ; 5=ความเชื่ออำนาจภายในตน; 6=ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

จากตารางที่ 18 ผลการเปรียบเทียบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .50) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 24.9อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน (Beta = .82) และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = -.26) โดยตัวแปรดังกล่าว

สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 43.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .60) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 35.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .65) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 41.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .53) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 27.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .65) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 41.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Beta = .47) โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 21.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยทางสังคมและความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวแปรคุณลักษณะความฉลาด ลักษณะทางสังคม ตลอดจนคุณลักษณะทางชีวสังคม มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในครั้งนี้นี้มากหรือน้อยเพียงใด และเพราะเหตุใดในบทนี้จะกล่าวถึงความมุ่งหมายให้การวิจัยสมมติฐาน วิธีดำเนินการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลตามสมมติฐาน และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน
2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยแตกต่างกัน
2. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างคุณลักษณะทางจิต (ความรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และความเชื่ออำนาจภายในตน) ลักษณะทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม) ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มรวม

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ความเชื่ออำนาจภายในตน การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมต่างกัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย (1) สถิติพื้นฐานใช้พรรณนาข้อมูลเบื้องต้น คือ ค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และพิสัย (Range) (2) การวิเคราะห์ค่าที (t-test) (3) วิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 (4) วิเคราะห์สถิติสมการถดถอย (Multiple Regression) แบบ Stepwise เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 186 คน จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมได้ว่า เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 เมื่อจำแนกตามสถานภาพพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส/หย่าร้าง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 และสถานภาพโสด จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 และเมื่อจำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มต้นจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 63.4 และระยะรุนแรงจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความฉลาดทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความฉลาดทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านแตกต่างกันพบว่า

- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ส่วนกลุ่มอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ที่ไม่แตกต่างกัน

- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและรายด้านทุกด้านที่ไม่แตกต่างกัน

- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะของโรคที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและรายด้านทุกด้านที่ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับกลุ่มตัวแปรลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มี 2 สมมติฐานย่อย ได้แก่

สมมติฐานที่ 2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและด้านย่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($p < .05$)

สมมติฐานที่ 2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน และระดับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่ำ ($p < .05$)

สมมติฐานที่ 3 การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และรายด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มลักษณะทางสังคม และกลุ่มลักษณะทางจิต ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานย่อยดังนี้

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 62.0

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 66.6

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพโดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 56.7

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 64.8

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้าง
ได้ร้อยละ 63.5

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มี
นัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถ
ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะ
เริ่มต้นได้ร้อยละ 63.8

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มี
นัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถ
ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะ
รุนแรงได้ร้อยละ 63.3

3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ
ความรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม
โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 63.8

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาด
ทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 64.1

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทาง
สุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 53.2

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้
ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมและความฉลาดทางจิต
วิญญาณ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 67.1

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ
ความฉลาดทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนาย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 61.1

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 58.5

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 75.4

3.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 58.7

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 57.3

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 62.6

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 64.2

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปร

ดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 57.1

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 57.5

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตน โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 65.0

3.4 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และความเชื่ออำนาจภายในตน โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 29.7

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 42.6

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 29.9

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 21.3

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 30.5

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 29.8

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และความเชื่ออำนาจภายในตน โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 31.1

3.5 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยลักษณะทางสังคมและคุณลักษณะทางจิตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมโดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 24.9

กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 43.2

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 35.4

กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมโดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ร้อยละ 41.0

กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 27.2



2557937373

SMU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 41.3

กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะรุนแรง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะรุนแรงได้ร้อยละ 21.1

สามารถสรุปสมมติฐานข้อที่ 3 ได้ดังตาราง

ตาราง 19 สรุปปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรม	กลุ่มรวม (%ทำนาย)	อายุ (%ทำนาย)		สถานภาพสมรส (%ทำนาย)		ระยะของโรค (%ทำนาย)	
		<60 ปี	60ปีขึ้นไป	โสด	สมรส/หย่าร้าง	เริ่มต้น	รุนแรง
ด้านรวม	HI, HL, SP (62%)	HL, HI (66.6%)	HI (56.7%)	HL, SN, HI (64.8%)	HI, HL (63.5%)	HI, HL (63.8%)	HI, HL (63.3%)
ออกกำลัง กาย	HI, HL, SP (63.8%)	HI, HL (64.1%)	HI (53.2%)	HL, HI, SN (67.1%)	HI, HL (61.1%)	HI, HL (58.5%)	HI, HL, SP (75.4%)
รับประทาน อาหาร	HL, HI (58.7%)	HL, HI, SP (57.3%)	HI, HL (62.6%)	HL, HI, SN (64.2%)	HI, HL, SN (57.1%)	HL, HI (57.5%)	HI, HL, IL (65.0%)
จัดการ ความเครียด	HI, HL, SP, IL (29.7%)	HL, SN (42.6%)	HI (29.9%)	HI (21.3%)	HL (30.5%)	HL (29.8%)	HI, SP (31.1%)
ปฏิบัติตาม การรักษา	SN (24.9%)	IL, SN (43.2%)	SN (35.4%)	SN (41.1%)	SN (27.2%)	SN (41.3%)	SN (21.1%)

หมายเหตุ: HL = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

HI = ความฉลาดทางสุขภาพ

IL = ความเชื่ออำนาจภายในตน

SP = ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

SS = การสนับสนุนทางสังคม

SN = การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านแตกต่างกัน พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน คือ

1.1 เป็นไปตามสมมติฐานคือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปีจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม และรายด้าน 2 ด้านคือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ด้วยเหตุผลที่ว่า บุคคลที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่จะมีสุขภาพดีกว่าคนสูงอายุ เนื่องจาก มีความพร้อมทางด้านร่างกาย ที่สรีระร่างกายยังแข็งแรง มีระบบการเผาผลาญพลังงานที่ดี สามารถออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงหนักได้ และในปัจจุบันคนรุ่นใหม่ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพกันมากขึ้นจากการเข้าถึงสื่อเผยแพร่ความรู้ และการยอมรับจากสังคม ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักพบในกลุ่มคนอายุมากหรือพบในผู้สูงอายุดังเช่น ในสตรีที่อายุ 40 – 49 ปี พบมะเร็งเต้านมประมาณ 16 % ในขณะที่ สตรีอายุ 60-69 ปี พบ 25 % (Cancer Unit: Khon Kean University, 2002) จึงสนับสนุนผลที่ว่า สตรีกลุ่มอายุน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าสตรีวัยสูงอายุ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณรงค์ใจเที่ยงและคณะ (2565) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยผู้ที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีสภาพจิตใจอารมณ์ และแนวการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันด้วย

1.2 ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน คือ ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมและรายด้านทุกด้านระหว่างผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดและสถานภาพสมรสและหย่าร้าง และไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมฯ ระหว่างผู้ป่วยที่มีระยะของการเป็นโรคในระยะเริ่มต้นและระยะรุนแรง ตามหลักการทางการแพทย์ที่ยืนยันว่า การเกิดมะเร็งเต้านมนั้นยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด มีเพียงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมเท่านั้น และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็นับเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งได้ (Dewit, 1992; Beare & Myers, 1994; Gale & Charette, 1995) และยังไม่มียางานว่า สถานภาพสมรสจะเป็นปัจจัยเสี่ยงเพราะการเกิดมะเร็งเต้านมสามารถเกิดได้ทั้งกับคนโสดและผู้ที่สมรส เพียงแต่มีรายงาน สถิติว่า ผู้หญิงที่โสดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 1.4 เท่าของผู้หญิงที่แต่งงานแล้วและมีบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (ศุภกร โรจนนินทร์, 2546) แต่ทั้งนี้ มีอาจเป็นไปได้ว่า สตรีสมรสมีความใส่ใจในการเข้ารับการตรวจมะเร็งมากกว่าสตรีโสด

จึงทำให้โอกาสการตรวจพบพบ มะเร็งได้ก่อนจึงเกิดขึ้นกับสตรีสมรส ดังผลวิจัยของ ชัยกิจ อุดแน่น (2565) ที่ศึกษาในกลุ่มมะเร็งปากมดลูก และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 1,902 ราย (ร้อยละ 61.80) ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีโสด ในขณะที่ การตรวจ มะเร็งเต้านมนั้น ได้รับการตรวจตั้งแต่วัยรุ่นวัยเรียน ให้ฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และส่วน ใหญ่พบได้จากการเริ่มที่ผู้ป่วยตรวจพบเจอก่อนที่เต้านมด้วยตนเองจึงมาพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยัน จึงอาจมีผลให้สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมได้ประกอบกับ การป่วยด้วยโรคมะเร็ง อาจจะมาจากรวมพันธุกรรมด้วย ดังนั้น โอกาสสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพโสด อาจจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง จากสตรีสมรสที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้รวมถึงระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันในการ ศึกษาครั้งนี้ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะจากข้อมูลการวัด ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านรวมอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 5.06) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ในด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกันทุกคน และเป็นการวัดพฤติกรรมในปัจจุบันจึงเป็นเหตุผลให้กลุ่ม ผู้ป่วยกลับมาใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าก่อนเจ็บป่วย จึงเป็นเหตุผลให้ระดับความรุนแรงของ การเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในปัจจุบันของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม

จากสมมติฐานที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับกลุ่มตัวแปร ลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ

2.1 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งพบว่าผลการศึกษาเป็นไป ตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Bandura, 1986) ที่ แบนดูราได้ให้ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ของ ปัจจัยบุคคลและสิ่งแวดล้อม และถือว่าการเรียนรู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นผลของ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นผู้เรียนกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพล ต่อกันและกันซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ปัจจัยด้านบุคคลคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เกิดจากผู้เรียน ต้องการเรียนรู้ กับปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment) ในงานวิจัยครั้งนี้คือ การสนับสนุนทาง สังคม ช่างเป็นการสนับสนุนจากบุคคลในสังคมของผู้ป่วยที่มาสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการ เรียนรู้และปรับพฤติกรรมใหม่ที่ดีของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริชญา มารักษา นิษชาภัทร ชันสาคร อัจฉรา วรารักษ์และนริมาลย์ นีละไพจิตร (2564) ที่ศึกษาตัวแปร

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ จำนวน 135 คน พบว่า ผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไปมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และยังพบว่ามีความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัททัย ไกรสรสวัสดิ์ (2561) ที่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความสามารถของตน ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งอนุมานการรับรู้ความสามารถของตนเทียบกับตัวแปรด้านบุคคลคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งวัด จากการรับรู้ความสามารถของตนในการเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพเช่นกัน จากผลวิจัยนี้จึงแสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.2 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม

ผลวิจัยแสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนทั้งสูงและต่ำและมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่ำ จากผลวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องและสนับสนุนทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ที่ แบนดูราได้ให้ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของปัจเจกบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการเกิดพฤติกรรม ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ปัจเจกบุคคลได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมคือ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรานุช ชะระเชื่อน ดลปัทฏ์ ทรงเลิศ และบุญประจักษ์ จันทรวิน (2565) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และการศึกษาของ ดวงเดือน ศาสตรภัทร จิราภรณ์ โภชกปริภักดิ์ สุวัลย์ สัตยาอภิธานและสุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีอิทธิพลสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาปริมาณความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ของ Rotter (1966) อ้างใน



2557937373

SWU -Thesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

พรรณราย พิทักษ์เจริญ, 2543) ที่ให้ความหมายว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้นเป็นความเชื่อในเรื่องของโชคลาภ ความบังเอิญหรือความเชื่อของคนอื่นที่มีอำนาจเหนือตน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความหมายของ บรรทัดฐานทางสังคมคือ รับรู้และปฏิบัติตามความเชื่อและแนวทางของบุคคลอื่นในสังคมที่ตนเองยอมรับนับถือ (ปภาดา อ้อประเสริฐ, 2554) ซึ่งในที่นี้ก็คือ บุคลากรทางการแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษาและครอบครัวที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยยอมรับนับถือและปฏิบัติตาม จึงกล่าวได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน มีปฏิสัมพันธ์กันที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้งานวิจัยในครั้งนี้ที่เกิดผลปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของปัจจัยความเชื่ออำนาจภายในตนและปัจจัยการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

จากสมมติฐานที่ 3 การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านรวม และรายด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหาร 3) ด้านการจัดการความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มลักษณะทางสังคม และกลุ่มลักษณะทางจิต พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 คือ

3.1 กลุ่มรวม พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญล้วนเป็นปัจจัยลักษณะทางจิตคือ ความฉลาดทางสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ มากตามลำดับ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 62.0 จากผลวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยทางจิตมีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตใจ (Theory of mind) ที่กล่าวว่าเป็นความสามารถในการระบุสถานะทางจิตของเรา โดยทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานอย่างหนึ่งของบุคคลและสามารถตีความทางจิตใจออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อเจตนาความปรารถนา อารมณ์และความรู้ของตัวเราที่แตกต่างจากผู้อื่นจึงเป็นความสามารถในการรู้คิดของบุคคล (Westby & Robinson, 2014) เช่นเดียวกับปัจจัยด้านบุคคลของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการรู้คิดหรือกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) ของบุคคลในการรับรู้หรือเลียนแบบสิ่งต่างๆ แล้วเกิดการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ จึงนับได้ว่า บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมได้ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญาหรือการคิดในเหตุและผลหรือผ่านการวิเคราะห์สังเคราะห์ถึงจะตัดสินใจที่จะกระทำตามในพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงสนับสนุนในงานวิจัยนี้ว่าตัวแปรปัจจัยสำคัญที่เข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงเป็นตัวแปรกลุ่มความฉลาดหรือปัญญา ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของ วชิรวุฒิ

หวังสม (2561) ที่พบว่า มีปัจจัย ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางจิตวิญญาณสามารถเข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

3.2 กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้ร้อยละ 66.6 อาจจะเป็นเนื่องจาก กลุ่มคนอายุน้อยนั้น ยังคงมีความสามารถในการเรียนรู้และความสามารถทางปัญญาในการเข้าถึง เข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุผลให้ตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าทำนายพฤติกรรมได้มากที่สุด ประกอบกับ กลุ่มคนอายุน้อยกว่า มีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมคือ ยอมรับและปฏิบัติตามบุคคลหรือสังคมที่ตนนับถืออาจจะเป็นครอบครัวหรือแพทย์ผู้รักษาอย่างเคร่งครัด จึงส่งผลให้ตัวแปร บรรทัดฐานทางสังคมเข้าร่วมทำนายพฤติกรรมร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วชิรวิมล หวังสม (2561) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ ยังพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปีด้วยแสดงว่า อายุเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มที่สำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและงานวิจัยของ วรวิษา สำราญเนตร นิตยา กออิสรานูภาพ และอรนุช ศรีสารคาม (2565) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .72, p\text{-value} < .001$) ส่วนงานวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพดังกล่าวงานวิจัยของ รำไพพรรณ หน้อยบุญตัน ศิริรัตน์ ปานอุทัย และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเอง ($p < .01$) และงานวิจัยของ นฤภัทร ดูเหว่า โจรณี จินตนาวัฒน์ และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ด้วยค่าอิทธิพล .13 โดยทำนายร่วมกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้มากถึงร้อยละ 70 สำหรับปัจจัย บรรทัดฐานทางสังคม พบว่า ผลวิจัยของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2561) ที่พบว่า บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น เมื่อพิจารณาโดยรวมปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนาย

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

3.3 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 56.7 อาจจะเป็นเนื่องจากผลวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด จึงพบว่าปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพเข้าทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปด้วย และเมื่อพิจารณาตามความหมายของ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health quotient -HQ) นั้นหมายถึงความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งในการตัดสินใจกระทำโดยใช้ทักษะทางด้านการคิด ในการเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย และสามารถดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้ความเป็นอยู่อย่างปกติสุขได้ ทั้งนี้ บุคคลที่มี HQ สูงจะมีความสามารถในการเลือกแก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด(อังคินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา, 2556) จากนิยามนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการใช้ทักษะการคิดและทักษะการแก้ปัญหาได้ดี ดังนั้นโอกาสที่บุคคลอายุมากซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตมักจะมีทักษะการคิดเชิงเหตุผลและทักษะการแก้ปัญหาได้ดี ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นข้าราชการ หรือสิทธิบัตรทองที่เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โดยรอบจึงเป็นคนในเขตเมือง ที่มักจะพึ่งพาตนเองเป็นหลัก สามารถแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือได้ด้วยตนเองจึงเป็นเหตุให้ความฉลาดทางสุขภาพ มีอิทธิพลสูงในการทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี ขามชัย ลาวัลย์ รักษาเวช จันทร์เพ็ญ อุงอำรุงและพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 125 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอายุมากกว่า 60 ปี และพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่รวมถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพพร้อมด้วย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.420 ($p < .001$) ในขณะที่ การศึกษาของ วรวิษา สำราญเนตร นิตยา กออิสรานูภาพ และอรนุช ศรีสารคาม (2565) ที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.72 และ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร จันทะพฤษ์และ ลักขณา ชอบเสียง (2563) ที่ศึกษาใน

กลุ่มผู้สูงอายุป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมี ความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยเช่นกัน

3.4 กลุ่มที่มีสถานภาพโสด พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม และความฉลาดทางสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถ ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพโสดได้ ร้อยละ 64.8 อาจจะเป็นเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดนั้นเป็นกลุ่มใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ และผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงทำให้ผลการศึกษาปัจจัยส่วนใหญ่ที่เข้าทำนายพฤติกรรมจึงเป็น ตัวแปรเดียวกับกลุ่มอื่นได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพและ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ ใจเที่ยงและคณะ (2565) ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก สุขบัญญัติแห่งชาติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพ โสด จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี อาจเนื่องมาจากมีเวลาและมีความสนใจดูแลรูปร่าง และคงสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ จิตเจียรไน สุชัยรัตน์ อังสนา บุญธรรมทัศนีย์ รวีวรกุลและณัฐนารี เอมยงค์ (2564)ที่พบว่า สถานภาพโสด ความสัมพันธ์คนในครอบครัวและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีต่อความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถดูแล ตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีศรา จิรเสถียรพรและคณะ (2564) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 71.4 และพบว่า มีความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่อายุน้อย เช่น พฤติกรรมการกินหวานมันเค็ม การออกกำลังกายระดับปานกลาง เป็นต้น และความเป็นไปได้ ของผู้ป่วยกลุ่มโสด ประกอบกับบรรทัดฐานทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองร่วมด้วย อาจเนื่องมาจาก กลุ่มคนโสดมีการแสวงหาข้อมูลความรู้กับผู้อื่นที่ตนเองยอมรับและ มีความเชื่อในบุคคลที่ตนเองยอมรับนับถือเป็นหลักจึงมีการปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคม

3.5 กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส/หย่าร้าง พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาด ทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มสถานภาพสมรส/หย่าร้างได้ร้อยละ 63.5 จากรายงานสถิติทางการแพทย์ที่ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่สมรสแล้วหรือเคยแต่งงานแล้วหย่าร้าง พบว่า เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้สูงกว่ากลุ่มโสด ดังนั้น สถานภาพสมรสจึงเป็นปัจจัย เสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ประทุม สร้อยวงค์ และชวพรพรรณ จันประสิทธิ์, 2546) แต่

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการดำรงชีวิตของกลุ่มคนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะสนใจในการดูแลสุขภาพเพื่อการมีอายุที่ยืนยาวอยู่กับครอบครัวหรือดูแลบุตรหลาน จึงมักจะใส่ใจแสวงหาความรู้และความเข้าใจในด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตามนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัทมทัต ตันธนปัญญากร และอัมภาวุฒิ โยธาสุภาพ (2565) ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ส่วนใหญ่เป็นสตรีมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 71.9 ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเส้นเลือด เป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ คำก้อน และคณะ (2565) ที่ศึกษาในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.32 และในกลุ่มที่อาศัยในเขตเมืองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าผู้อาศัยในเขตกึ่งเมือง

3.6 กลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคระยะเริ่มต้น และกลุ่มผู้ป่วยระยะรุนแรงพบว่า มีตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่นเดียวกันโดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มระยะของโรคระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 63.8 และ 63.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ไม่ว่าจะรับรู้ว่าคุณเองมีระดับความรุนแรงหรือระยะของโรคที่อยู่ในระดับต้นหรือระดับความรุนแรงก็ตาม ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขาดความมั่นคงทางจิตใจและสังคมซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและการแสวงหาความรู้ ข้อมูลและบริการที่ถูกต้องเพื่อใช้ในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมจึงนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ของผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ สมควร สีนีนาฏ ชาวตระการและวรางคณา นาคเสน (2565) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมทุกระยะของความรุนแรงของโรคมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการจัดการตนเอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. จากผลวิจัยพบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญล้วนเป็นปัจจัยลักษณะทางจิตคือ ความฉลาดทางสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางจิตวิญญาณ ตามลำดับและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้มากถึงร้อยละ 62.0 จึงเป็นข้อเสนอที่ให้กับบุคลากรสุขภาพในการทำงานด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมฝึกอบรมหรือส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการเลือกวิถีปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวมทั้งการส่งเสริมความฉลาดทางจิตวิญญาณด้วยการจัดกิจกรรมที่เน้นการฝึกพัฒนาจิตใจในการยอมรับและเข้าใจธรรมชาติของปัญหาด้วยตนเองเพื่อเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงอยู่ในระยะเริ่มต้นและรุนแรง

2. สำหรับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่า ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นปัจจัยเดียวที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถึงร้อยละ 56.7 ดังนั้นจึงเสนอแนะสำหรับ คลินิกโรคมะเร็งและบุคลากรสุขภาพ ให้เห็นความสำคัญนอกจากการให้การรักษาผู้ป่วยแล้ว ควรมีกิจกรรมเสริมในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจรักษา หรือระหว่างที่มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ควรมีการจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพที่สูงขึ้นต่อเนื่อง เช่น การตั้งคำถามให้ผู้ป่วยได้ฝึกกระบวนการคิด การเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่ดีด้วย การสนับสนุนให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยยอมรับนับถือ มีความตระหนักรู้ถึงบทบาทในการปฏิบัติตนดูแลสุขภาพผู้ป่วยในยามที่มีอาการเจ็บป่วยขึ้น

3. จากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ดังนั้น คลินิกโรคมะเร็งควรมีนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดการออกกำลังกายทั้งภายในสถานพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มโอกาสและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ด้วยการวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาลักษณะทางจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นสำคัญ

2. จากผลวิจัยที่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงร่วมด้วย ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปสำหรับการศึกษาเชิงทดลองโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการนำตัวแปร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาร่วมศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มร่วมด้วย และสำหรับการศึกษาเชิงทดลองโปรแกรมส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายในตน ควรมีการนำตัวแปร การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม มาร่วมศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มร่วมด้วย เพราะถือเป็นตัวแปรสำคัญที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วม

3. จากผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบปัจจัยด้าน การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญสุดที่เข้าทำนายทั้งในผู้ป่วยกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมต่างกัน ดังนั้นจึงมีความน่าสนใจที่ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษางานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยด้วยการมีส่วนร่วมของบุคคลอ้างอิงที่ผู้ป่วยยึดเป็นบรรทัดฐานทางสังคม มาร่วมในกิจกรรมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

4. จากผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ศึกษาในครั้งนี้ มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นกลุ่มที่น่าสนใจที่จะศึกษาวิจัยในเชิงลึก ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อาจจะมีศึกษาทั้งกลุ่มอายุมากกว่าและน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งอาจมีแนวทางปฏิบัติที่ดีแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไรก็ได้

บรรณานุกรม

- Ajzen, I. (1991). The theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50, 179 – 211.
- Ajzen, I., and Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ali, F., Nadeem, M. A., Khalil, I. H., Barut, M., Yüce, I., and Baloch, F. S. (2022). Estimation of genetic parameters in F3 segregating spring wheat populations for yield and yield related traits. *Yuzuncu Yil University Journal of Agricultural Sciences*, 32(1), 1-10.
- American College of Sport Medicine. (1998). Exercise physical activity for older adults. *Medical Science Sport Exercise*, 30, 992 -1008.
- Bandura, A. (1986a). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1986b). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. (Prentice-Hall, Inc.), Englewood Cliffs, NJ,
- Bangkok Hospital Pattaya. มะเร็งเต้านมในปัจจุบัน. สืบค้นจาก <https://www.bangkokpattayahospital.com/th/healthcare-services/breast-center-th/breast-articles-th/item/515-breast-cancer-in-current-th.html>
- Barron, R. A., and Greenberg, J. (1990). *Behavior in organizations*. 3rd ed. New York: Allyn & Bacon.
- Brown, J. K., Byer, T., Doyle, C. K. S., Demark, W. f. W., and Koshi, L. H. (2010). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment. *An American Cancer Society Guide for Informed Choice*.
- Brown, J. K., Byer, T., Doyle, Coorneya, K. S., Demark, W., fried, W., and Koshi, L. H. (2010). *Nutrition and physical activity during and after cancer treatment*. An American Cancer Society Guide for Informed Choice.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Vol. Behavioral Publication: New York.

- Caspersen, C. J. et al. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126 -131.
- Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community*, 16(Suppl 3), 222 – 241.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., and Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, and G. B. H. (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (Vol. oxford University Press., pp. 3-25). New York.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., and Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(130). doi:10.1186/1471-2458-12-130
- Faulk, R. M., Sickles, E. A., Sollitto, R. A., Ominsky, S. H., Galvin, H. B., and Frankel, S. D. (1995). Clinical efficacy of mammographic screening in the elderly. *Radiology*, 194, 193-197.
- Godin, G., and Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87- 98.
- Heller, K., Swindle, R., and Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: comments and integration. Published 1 Psychology. *Medicine Journal of consulting and clinical psychology*.
- Holmes, T. H., and Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- House, j. (1981). *Work stress and social support*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley Publications.
- Intarakamhang, U., and Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594. doi:10.5372/1905-7415.1006.527
- King, D. B. (2008). *A Variable Model of Spiritual Intelligence*. Retrieved from <http://www.dbking.net/SpiritualIntelligence/>

- Koomthawiporn, P. (2010). *Oncology nurse prevention and caring. Bangkok: Hayabusa graphic (In Thai).*
- Krause, D. (1993). Environmental consciousness: An empirical study. *Environment and Behavior, 25*(1), 126–142.
- Kriwibun, P. (2012). *Eat when cancer.* Bangkok: Pimdee. (In Thai.).
- Kwan, B., Frankish, J., and Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations.* University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research, Vancouver.
- Lau. (1988). *Social Problem and The Quality of Life.* 2nd ed. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown.
- Lazarus, R., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist, 39*(2), 124-129.
- McArdle, W. D., Katch, F. L., and Katch, V. L. (2000). *Essentials of exercise physiology.* 2nd ed. Philadelphia: Williams & Wilkinns.
- Mondy, L. A., Graham, A. L., Majumdar, A., and Bryant, L. E. (1986). Techniques of measuring particle motions in concentrated suspensions. *Int. J. Multiphase Flow, 12*(3), 497-502.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2015). *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer 2015.* Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259 - 267.
- Orem, D. E. (1980-1985). *Nursing: Concepts of practice.* New York: Mc Graw Hill Co.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing : Concept of Practice.* 3rd ed. New York: McGrew Hill Book.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice.* 4th ed. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing Concepts of Practice.* 5th ed. Mosby, Boston.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St Louis, MO: Mosby.

- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., and Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*(13), 1-17.
- Payne, R. L., and Martin, M. L. (1990). The epidemiology and management of skin tears in older adults *Ostomy Wound Manage.* 26(Jan-Feb), 26-37.
- Pender, N. J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice.* 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Petpichetchian, W. (2011a). *Nursing excellence in the care of cancer patient.* Song kla: Chanmuang press.(In Thai.).
- Petpichetchian, W. (2011b). *Nursing excellence in the care of cancer patient.* Vol. Song kla: Chanmuang press (In Thai).
- Puts MTE, Papoutsis, A, Springall, E, and Tourangeau, A. (2012). A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients. *Supportive Care in Cancer,* 20(7), 1377-1394.
- Rootman, I. (2009). *Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria.* British Columbia Canada. Personal Communication.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *80*(1), 1-28.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress.* Philadelphia: J.B: Lippincott Company.
- Sørensen, K. (2013). *Health literacy: the neglected European public health disparity.* (Maastricht University, the Netherlands),
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., and Ishikawa, H., et al.,. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in. *98*(5), 660-668.
- Tangkittipaporn, J. (2016). *Psychology of personality and health behavior.* Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai).
- Tourigny, J., Chapados, C., and Pineault, R. (2005). Determinants of parental behavior when children undergo day-care surgery. *Journal of Advanced Nursing,* 52(5), 490 - 497.

- Tze, W. J. (2000). *HQ (Health Quotient): An Intelligent Approach to Personal Health*. Retrieved from <http://www.amazon.ca/Hq-Health-Quotient-Intelligent-Approach/dp/067931055x>
- Weiss, R. W. (1974). The provisions of social relationships. In R. Z. (Ed.), *Doing unto others*. Engle Wood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- WHO. (1998). *Health promotion glosser*. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization. (1998). *Health Promoting Glossary*.
- Yen, J. (1999). *Percieeved benefits of and barriers to exercise and exercise activity among female undergraduate students*. (Master of nursing science in maternal and child nursing), Graduate school. Chiangmai university,
- Zohar, D., and MARSHALL, I. (2000- 2002) . *SQ: Spiritual intelligence The Ultimate intelligence*. London: Bloomsbury.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *ความฉลาดทางจิตวิญญาณ*. ใน *คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรีซ โปธิสุวรรณ. (2550). *Current Practice in Breast Cancer Surgery*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มิติชน.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2556ก). *การสร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*. มปท.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2556ข). *คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- กัลยา นาคฤทธิ. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตัวเองของสตรีวัยกลางคน ในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลอนามัย ชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กิติ จินดาวิจักษณ์. (2545). มะเร็งเต้านม. *กุลสตรี*, 2(32), 12 - 33.
- ไกล้หมอ. (2548). *Brest & Cancer ดูแลเต้านมอย่างใส่ใจสู่ภัยมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). *ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิต วิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยา ชุมชน) คณะสังคมศาสตร์), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์ด้านการจัดการอาหารของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ.
- จตุพร จันทะพุกษ์ และลักขณา ชอบเสียง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 243 - 258.
- จรุง วรบุตร. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาชุมชน) บัณฑิต วิทยาลัย), มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- จันทร์เพ็ญ เลิศอมรวิทย์. (2564). *การจัดระเบียบทางสังคม SOC3083 (SO383) 64014. พิมพ์ครั้งที่ 3: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง*.
- จันทร์สุภาหิ์ ไวยฤทธิ์. (2555). *ปัจจัยทางจิตสังคมและบรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบข้างที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่า ในเขตกรุงเทพมหานคร*. (ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- จารุณี แก้วอุบล. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7), 23 - 24.

- จิตเจียรระโน สุชัยรัตน์, อังสนา บุญธรรม, ทศนีย์ รวีวรกุล และณัฐนารี เอมยงค์. (2564). ปัจจัยพหุระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(2), 1-14.
- ชฎานิภา ศรีวิชัย. (2557). การศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดคอมพิวเตอร์: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 1- 15.
- ชัยกิจ อุดเนน. (2565). ต้นทุน-ผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(6), 602-609.
- ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. (2544). มะเร็งป้องกันได้ไหม? *ใกล้หมอ*, 25(10), 39 - 43.
- ณัททัย ไกรสรสวัสดิ์. (2561). *ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. (ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ณัฐกรณัฏ วรเชษฐบัญชา และคณะ. (2559). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานตามมาตรฐานจรรยาบรรณของข้าราชการตำรวจในจังหวัดมุกดาหาร. ใน *นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12 วิจัย และนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ*. สืบค้นเมื่อ conference.nu.ac.th/nrc12/downloadPro.php?plD=37&file=.pdf
- ณิชารีย์ ใจคำวัง. (2558a). พฤติกรรมความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 3(2), 173 - 184.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง. (2558b). พฤติกรรมความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 3(2), 173 - 184.
- ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, จิราภรณ์ โภชกปริภันธ์, สุวัลลี สัตยาอภิธาน และสุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ. (2564). ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุ. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*, 18(2), 1- 13.
- ทิพวรรณ สมควร, สินีนาฏ ชาวตระการ และวรางคณา นาคเสน. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขผ่านนา*, 18, 1.
- ธนพล ไหมแสง. (2544). มะเร็งเต้านม. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 19(1), 31-41.

- ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์. (2559). ปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้เฟชบุ๊กด้วยปัญญาของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. (ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ธริสรา จิระเสถียรพร, มณธีร์ จิตต์อนันต์, นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ชนกานต์ สกุดแก้ว และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอาจารย์มหาวิทยาลัยอายุน้อยที่มีปัจจัยเสี่ยง. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 36(1), 184 - 200.
- ธานี ขามชัย, ลาวัลย์ รักษาเวศ, จันทร์เพ็ญ อู่อำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(2), 71- 83.
- ธาริณี กาญจนวัลย์. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้บริหารจากหน่วยสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นนทรี สัจจาธรรม และณัฐนี พงศ์ไพฑูรย์สิน. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการใช้บริการสาธารณสุขของครุฑมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี. ใน *การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์และสาธารณสุข วิทยาลัยราชพฤกษ์*, กรุงเทพฯ.
- นรานุช ชะระเขื่อน, ดลปภัฏ ทรงเลิศ และบุญประจักษ์ จันทรวิน. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(6), 488 - 501.
- นฤภัทร ดูเหว่า, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2022). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 37(3), 16.
- เนสินี ไชยเอี้ย และคณะ. (2548). การออกกำลังกายอย่างเพียงพอและพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(1), 11-11 16.

- เบญจมาศ จรรยาวัฒน์นานนท์. (2544). *แรงจูงใจและอุปสรรคในการออกกำลังกายของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร*. (ปริญญาานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ปภาวุฒิ สุจินตมณีชัย. (2556). *การยอมรับตนเองและบุคลิกภาพองค์ประกอบที่พยากรณ์ความฉลาดทางจิตวิญญาณของครูโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยม เขต 10 จังหวัดสมุทรสาคร*. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, กรุงเทพมหานคร.
- ปภาดา อื้อประเสริฐ. (2554). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี*. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, ราชบุรี.
- ประกายทิพย์ จันทร์ภิรมณ์. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปณิตทัต ดันธนปัญญากร และอักษฎาภูมิ โยธาสุภาพ. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไม้ต่าอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี*. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิทยาลัยการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 17(1), 85 - 98.
- พนม เกตุมาน. (2534). *สุขใจกับลูกวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: บริษัทแปลน พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พรชัย โอเจริญรัตน์. (2022). *วิธีการรักษามะเร็งเต้านม*. สืบค้นจาก <https://www.medparkhospital.com/content/breast-cancer-treatment>
- พรพิมล ว่องไว. (2554). *การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันสูงจังหวัดสระแก้ว*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พระมหาประจักษ์ กิตติเมธี. (2559). *การเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเชิงพุทธ*. *วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์*, 3(3), 110 - 117.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ และกษานต์ สีตลารมณ. (2545). การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม. *วารสารกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*, 18(5), 344 - 480.
- พนัธมิตร มะลิสวรรณ. (2549). *อยู่อย่างไรเมื่อเป็นมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: แอ๊ปเปิ้ล ฟรันทิง.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2550). *รายงานการวิจัยความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย: บทบาทพยาบาล*. สืบค้นจาก www.thainurse.org/new/attachments/article/163/sheet7.pdf
- พิมพ์การ์ ยาโน, ณัฐตา จินราช, วัชรภาพร พวงไพโรฤกษ์ และคนอื่นๆ. พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลบ้านดู่ จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 6(1), 61-69.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล. (2559). มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(5), 497 - 507.
- มนัส ยอดคำ. (2545). *สุขภาพกับการออกกำลังกาย*. ใน *เอกสารประกอบการสอน ภาควิชาพลานามัย: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- ยมนา ชนะนิล, อุไรวรรณ สาสังข์ และสุนันทา ครองยุทธ,. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(1), 45 - 58.
- ยุวดา สิงห์เมธา. (2554). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของบุคคลากรในโรงพยาบาลเทพารินทร์*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- รัชณี ฉิวทอง. (2546). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคลวิทยาเขตพระนครเหนือ*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- รัชณี อธิวิธากร. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณ ความสุขในการทำงาน และความตั้งใจที่จะลาออก: กรณีศึกษาบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รำไพพรรณ น้อยบุญตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัย เชียงใหม่*, 49(1), 213 - 224.
- รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม. (2554). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพของบุคคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุกภาพ และอรนุช ศรีสารคาม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชนเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลสภาภาคไทย*, 15(3), 198-213.
- ศศิธร เจริญวุฒพงษ์ และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(1), 46-61.
- ศศิธร พุกศรีสุข. (2554). *ผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง และแบบเกมสนามเล็กต่อปริมาณการสูบบุหรี่และระดับการเสพติดนิโคตินในนักศึกษาเพศชายที่สูบบุหรี่*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริลักษณ์ น้อยปาน. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
- ศุภกร โรจนนรินทร์. (2546). *นมใคร...นมมัน...จะดูแลกัน..ยังไง?* กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *กรมการแพทย์เผยภัยของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในผู้หญิงไทย*. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/02/172408/>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วีเจ พรินต์ติ้ง.

- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2543). *การออกกำลังกายในสถานประกอบการ*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริขญา มารักษานิชาภัทร, ชันสาคร, อัจฉรา วรารักษ์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร. (2564). ที่ศึกษา ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(2), 435-442.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2553). การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านสุขภาพกับวิธีการส่งเสริมความสนใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อเข้ารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(1), 11 - 17.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2555). ผลการสอนแบบสาธิตต่อทักษะการสวนปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*, 23(1), 63 - 70.
- สุภาพ ปิ่นทอง. (2554). *การเปรียบเทียบความสามารถในการแก้ปัญหาคณิตศาสตร์เรื่อง อสมการ และเจตคติต่อการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ได้รับการสอนโดยใช้รูปแบบ SSCS และการสอนโดยใช้เทคนิค KWDL. (ปริญญาโท กศ.ม.), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, นนทบุรี.*
- สุภาวดี เนติเมธิ. (2547). *ความหวังพฤติกรรมดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลครอบครัว) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.*
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ. (2547). *มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลนานาชาติแห่งประเทศไทย รพ.พระมงกุฎเกล้า.*
- อรุณ อบเชย. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสุขภาพศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.*
- อรุณี หล้าเขียว. (2558). *วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ความฉลาดด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจาก <http://jomolj.grad.ssru.ac.th/index.php/5-01/article/view/328>*

- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และ ภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2550). 6Q หนทางสู่ความสุข ความสำเร็จ: HQ พัฒนาเซาท์ทางสุขภาพ. ใน *เอกสารประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (HQ)*.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญากุล. (2561). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาพะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง: การวิจัยผสมผสานวิธี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 24(1), 1 - 22.
- อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวที, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัทร์ ภูมิภู และกัญจน์ธิดา เรื่องชัยวิสุข. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), 1- 16.

ภาคผนวก
แบบสอบถาม



2557937373

SWU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

เรื่อง “แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษา การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทางสังคมและ
ความฉลาดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 5 ตอนตอนที่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านลักษณะทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะจิต

ตอนที่ 4 แบบสอบถามลักษณะทางสังคม

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ขอความกรุณาท่านกรุณาตอบแบบสอบถามตรงความเป็นจริง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูล
นำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคลใด ๆ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านมา ณ โอกาสนี้

จำสืบเอก หญิง หรรษชญา รองพล

นักศึกษาระดับปริญญาโท (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านลักษณะทางชีวสังคม

คำชี้แจงของผู้ตอบแบบสอบถาม : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความที่ตรงกับ
ความเป็นจริง

1. อายุ _____ ปีเต็ม
2. สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่าร้าง
3. ระดับความรุนแรงของโรคในปัจจุบัน () ระยะ 1 () ระยะ 2 () ระยะ 3 () ระยะ 4

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แบบสอบถามนี้ มีความต้องการสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโปรดอ่านและพิจารณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
ระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความถี่ในการปฏิบัติของท่าน ปฏิบัติเป็น
ประจำให้ 6 คะแนน และแทบไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน



2557937373

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					
		6	5	4	3	2	1
1	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม						
1.1	<u>ด้านการออกกำลังกาย</u> ฉันมีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที						
1.2	<u>ด้านการรับประทานอาหาร</u> ฉันดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว						
1.3	<u>ด้านการออกกำลังกาย</u> ฉันเลือกกระทำกิจกรรมทางกายที่ช่วยให้ฉันมีสุขภาพดีเป็นลำดับแรกก่อน						
1.4	<u>ด้านการรับประทานอาหาร</u> ฉันรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายของชนิดอาหารและปริมาณพอดีต่อร่างกายในแต่ละมื้อ						
1.5	<u>ด้านการรับประทานอาหาร</u> ฉันรับประทานผักและผลไม้มากกว่าครึ่งของมื้ออาหารในแต่ละวัน						
1.6	<u>ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์</u> ฉันมาพบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด						
1.7	<u>ด้านการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์</u> ฉันรับประทานยาสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงสารเสพติด เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ตามคำแนะนำของแพทย์						
1.8	<u>ด้านการจัดการความเครียด</u> ฉันหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์ฉันขุ่นมัวด้วยการดูหนังฟังเพลงหรือกิจกรรมผ่อนคลาย						
1.9	<u>ด้านการรับประทานอาหาร</u> ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มจัด เช่น อาหารทอด ขนม เครื่องดื่มรสหวาน เนื้อติดมัน เป็นต้น						
1.10	<u>ด้านการจัดการความเครียด</u> ฉันนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง						



2557937373

SWU :Thesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะจิต ประกอบด้วย 4 ส่วนถ้าข้อความตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดให้ 6 และจริงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
		6	5	4	3	2	1
1	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
1.1	ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพตนเอง						
1.2	ฉันทราบวิธีค้นหาข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ได้คำตอบที่น่าเชื่อถือตามที่ฉันต้องการ						
1.3	ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ด้วยตนเองโดยไม่พึ่งใคร						
1.4	ฉันเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบต่อสุขภาพของโรคที่ฉันเป็นอยู่						
1.5	ฉันมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอย่างเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง						
1.6	ฉันสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพได้						
1.7	ฉันเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ได้						
1.8	ฉันสอบถามผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือต่อการนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพได้						
1.9	ฉันสามารถตัดสินใจได้ว่าฉันจะเลือกวิธีป้องกันตัวเองจากการอาการแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยได้อย่างไรโดยพิจารณาจากข้อมูลในสื่อ						
1.10	ฉันสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ฉันมีเพียงพอไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพได้						



2557937373

SWU_1Thesis_gs601130459_thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
		6	5	4	6	2	1
2.	ความฉลาดทางสุขภาพ						
2.1	ฉันสามารถดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ						
2.2	ฉันพยายามเคลื่อนไหวร่างกายทุกวันเพื่อให้ร่างกายเผาผลาญพลังงาน						
2.3	ฉันให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพตนเองเป็นประจำ						
2.4	ฉันรู้วิธีจัดการความเครียดถ้ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับสุขภาพ						
2.5	ฉันรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่ต้องทำ						
2.6	ฉันวางแผนดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของตนเอง						
2.7	ฉันให้ความสำคัญเรื่องรับประทานอาหารของตนเอง						
2.8	ฉันอยากมีสุขภาพดีขึ้นฉันจึงลดอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม						
2.9	ฉันปรารถนามีอายุยืนยาว ฉันจึงดูแลสุขภาพของฉันให้แข็งแรง						
2.10	ฉันเตือนตนเองให้ไปตรวจสุขภาพประจำปี						
3.	ความเชื่ออำนาจภายในตน						
3.1	สุขภาพของฉันดีขึ้นได้ด้วยการใส่ใจในตัวของฉันเอง						
3.2	การที่ฉันมีสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับดูแลสุขภาพของตัวเอง						
3.3	ถ้าฉันปฏิบัติตนได้ถูกต้องฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
3.4	เมื่อฉันเจ็บป่วย การกระทำและการให้กำลังใจของฉันจะเป็นตัวกำหนดว่าฉันจะหายเร็วหรือช้า						
3.5	สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพคือการกระทำของตัวเอง						

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏ กับตัวท่าน					
		6	5	4	6	2	1
3.6	ถ้าฉันดูแลสุขภาพตนเองได้ดีจะสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้						
3.7	เมื่อฉันมีจิตใจและร่างกายที่เข้มแข็งก็จะสามารถทำสุขภาพของฉันดีได้						
3.8	เมื่อเกิดปัญหาขึ้นฉันจะพยายามหาวิธีแก้ไขได้						
3.9	ฉันรู้ว่าหากทำให้สงบนิ่ง จะช่วยแก้ปัญหาที่เข้ามาได้						
3.10	ฉันรู้ว่าการทำสิ่งใหม่ในแต่ละวันจะทำให้ชีวิตฉันไม่น่าเบื่อ						
4	ความฉลาดทางจิตวิญญาณ						
4.1	ฉันเตรียมพร้อมอยู่เสมอเกี่ยวกับความตายของตนเอง						
4.2	ฉันสามารถควบคุมตนเองในการดำเนินชีวิตไปตามจุดหมายได้						
4.3	บ่อยครั้งที่มาพบแพทย์ฉันมักจะถามตัวเองเสมอว่า ฉันมี ชีวิตอยู่เพื่ออะไร						
4.4	การคิดว่าฉันมีชีวิตเพื่ออะไร จะช่วยทำให้ฉันอยากดูแล ตัวเองมากขึ้น						
4.5	ฉันรู้สึกว่าคุณค่า						
4.6	เมื่อฉันป่วย ฉันคิดว่าชีวิตนี้ต้องใช้ให้คุ้มค่า จึงหันมาดูแล ตัวเองและใส่ใจเรื่องอาหารการกิน						
4.7	การระลึกถึงสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่นคุณงามความดี บุญ กุศล ช่วยทำให้จิตใจของฉันดีขึ้น						
4.8	ฉันมีความสุขในการดำเนินชีวิต						
4.9	ฉันให้สัญญาใจกับบุคคลากรทางการแพทย์ว่าจะเป็น คนไข้ที่ดีเพื่อให้ตัวเองมีชีวิตยืนยาว						
4.10	ฉันยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง						

ตอนที่ 4 แบบสอบถามลักษณะทางสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน ถ้าข้อความตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนนและจริงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏในตัวท่าน					
		6	5	4	3	2	1
1	การสนับสนุนทางสังคม						
1.1	บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ฉันมีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย						
1.2	เมื่อฉันไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนดูแลฉันตลอด						
1.3	บุคคลากรทางการแพทย์ให้กำลังใจฉันเมื่อเกิดความท้อแท้จากการเจ็บป่วย						
1.4	บุคคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ						
1.5	บุคคลากรทางการแพทย์ให้ความใส่ใจในเรื่องการมาตรวจสุขภาพตามนัดของฉัน						
1.6	บุคคลในครอบครัวให้เวลากับฉันเพื่อไปพักผ่อนร่วมกัน						
1.7	สมาชิกในครอบครัวพร้อมที่จะให้คำปรึกษากับฉันได้ทุกเมื่อที่ต้องการ						
1.8	ฉันได้รับความช่วยเหลือ/คำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากคนรอบข้าง						
1.9	ฉันได้รับความร่วมมือในการทำงานหรือปฏิบัติตนได้เป็นอย่างดี						
1.10	บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจฉันเสมอในยามที่ฉันอ่อนแอ						



255797373

SWU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

	ข้อความถาม	ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏกับตัวท่าน					
		6	5	4	3	2	1
2	การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม						
2.1	บุคคลที่ฉันรักและใกล้ชิดต้องการให้ฉันหันมาดูแลสุขภาพตนเองเป็นลำดับแรก						
2.2	ฉันทำตามความต้องการของบุคคลที่รักให้ฉันใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง						
2.3	บุคลากรทางสุขภาพอยากให้ฉันตระหนักถึงการมาตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ						
2.4	เพื่อนบ้านสนับสนุนส่งเสริมให้ฉันดูแลตัวเองและเป็นการกำลังใจให้ฉัน						
2.5	ฉันทำตามความต้องการของบุคคลที่เรารักเพราะว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง						

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



2557937373

SMU eThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39

ประวัติผู้เขียน



2557937373

SWU iThesis gs601130459 thesis / recv: 12082566 21:15:55 / seq: 39