

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
นวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2545
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
นวลจันทร์ ปรีทาพันธุ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา
กุมภาพันธ์ 2545

๒ ๑๖๑๖๑

นวลจันทร์ ปรีธาพันธุ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา
สุขวงศ์, รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌิมานุกุล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา
ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดตามตัวแปรอิสระ ตัวแปรอิสระที่ศึกษา
ในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะ
ครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้
เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโร
คมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235
คนเลือกโดยวิธีเจาะจงจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลในสังกัด
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อ
มูลเพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) และ
วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ มีการดูแลตนเองอยู่ใน
ระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของ
การเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
และการได้รับเคมีบำบัด มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบ
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในตัวแปรระดับการ
ศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อน
จากการได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคมที่ระดับ .05

**SELF CARE OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
AT HOSPITALS UNDER THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES,
THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, BANGKOK METROPOLITAN**

**AN ABSTRACT
BY
NUANJUN PREEDAPUN**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
February 2002**

Nuanjun Freedapun. (2002). *Self Care of Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy at Hospital the Department of Medical Services the Ministry of Public Health Bangkok Metropolitan*. Master thesis, M.Ed. (Health Education) Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirat University. Advisor Committee : Assist. Prof. Viriya Sukwongs, Assoc. Prof. Napaporn Madhyamankura.

The purpose of this study was to determine the level of self-care of breast cancer patients receiving chemotherapy and also to compare the self-care of the patients with variety of Independent variables, i.e., age, education levels, occupation, income, marital status, family types, duration of illness, history of treatment, numbers of receiving chemotherapy, knowledge about breast cancer, attitudes toward chemotherapy, and social support. Two hundred and thirty-five of breast cancer patients receiving chemotherapy were selected by purposive sampling from hospitals under the Department of Medical Services, the Ministry of Public Health, Bangkok Metropolitan. The instruments were constructed by the Investigator. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, t-test, and one-way analysis of variance.

Results of the study are the followings:

1. The self-care of the breast cancer patients receiving chemotherapy in this study was at a good level.
2. The breast cancer patients receiving chemotherapy with different age, marital status, duration of illness, history of treatment, numbers of receiving chemotherapy, and the attitudes toward chemotherapy had no significant differences in the self-care; whereas a statistically significant differences in the self-care of the patients was found in education level, occupation, income, family types, knowledge about breast cancer, and social support at .05 level.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ของ

นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)
วันที่ ๑๙ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๕

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วริยา สุขวงศ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ และรองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัชฌิมางกูร ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรณภา พูลศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ คุณสุภาพร คำรงวานิช ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบพระคุณท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. ธาภา วิมลวัตรเวท และรองศาสตราจารย์ จุฑามาต เทพชัยศรี คณะกรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม

ขอกราบขอบพระคุณ พ.ต.หญิง กนกพร ประกอบกิจ หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แพทย์หญิง สุตสวาท เลหาวินิจ หัวหน้างานโรคมะเร็ง โรงพยาบาลราชวิถี คุณผุสดี บวรธรรมรัตน์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล นายแพทย์ธีรชัย ยงชัยตระกูล นายแพทย์องอาจ วิอินธนสาร คุณอัมพกา สินธุประเสริฐ แพทย์และหัวหน้าพยาบาล หน่วยมะเร็งโรงพยาบาลเลิดสิน และผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และ ดร.พรทิพา พิชา ประธานพิจารณางานวิจัยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัย และขอขอบพระคุณ บิศา มารดา พี่ น้องสาว น้องชาย คุณสุกิจ เกรียงชัยพฤกษ์และคุณนาคยา เกรียงชัยพฤกษ์ที่ร่วมเก็บข้อมูล ให้คำปรึกษาชี้แนะ รวมทั้งเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
ตัวแปรอิสระ.....	6
ตัวแปรตาม.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
สมมติฐานในการวิจัย.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	14
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเต้านม.....	14
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง.....	17
ความหมายของมะเร็ง.....	17
ชนิดของมะเร็ง.....	18
สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง.....	20
การป้องกันโรคมะเร็ง.....	29
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม.....	31
ความหมายของมะเร็งเต้านม.....	31
สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม.....	32
อาการและอาการแสดง.....	34
การตรวจวินิจฉัย.....	35
วิธีรักษามะเร็งเต้านม.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ.....	46
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง.....	50
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	68

บทที่	สารบัญ (ต่อ)	หน้า
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	76
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	76
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	78
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	88
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	88
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการค้นคว้า.....	89
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	89
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	90
	เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย.....	90
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	92
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	94
	การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	126
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	126
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	126
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	126
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	127
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	128
	อภิปรายผล.....	130
	ข้อเสนอแนะ.....	145
	บรรณานุกรม.....	146

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	158
ภาคผนวก ก	159
ภาคผนวก ข	161
ภาคผนวก ค.	169
ภาคผนวก ง.	181
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	192

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. 2536-2540 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน.....	2
2 เปรียบเทียบการตายด้วยมะเร็งที่ต่าง ๆ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2537-2541.....	3
3 แสดงอัตราส่วนของผู้ป่วยมะเร็งและชนิดที่พบในเพศชาย และเพศหญิง ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536.....	19
4 วิธีการตรวจมะเร็งที่พบบ่อยในระยะเริ่มต้นสำหรับเพศหญิงและเพศชาย.....	29
5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	89
6 จำนวน และคำร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาในการ เจ็บป่วย ประวัติการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด.....	103
7 จำนวน และคำร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยว โรคกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง.....	107
8 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแล ตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ.....	108
9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนก ตามอายุ.....	109
10 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแล ตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	109
11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนก ตามระดับการศึกษา.....	110

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	110
13	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกอาชีพ.....	111
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	112
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	112
16	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	113
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	114
18	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	114

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
19	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	115
20	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	116
21	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว...	116
22	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	117
23	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....	117
24	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....	118
25	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประวัติการรักษา.....	119

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
26	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประวัติการรักษา.....	119
27	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด.....	120
28	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด.....	120
29	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด.....	121
30	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด.....	121
31	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด.....	122

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
32	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด.....	123
33	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด.....	123
34	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	124
35	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	125
36	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นรายข้อ.....	182
37	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดเป็นรายข้อ.....	183
38	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ.....	184

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
39 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับ เคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการดูแลตนเอง เป็นรายข้อ.....	186
40 แสดงค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับเคมีบำบัด.....	187
41 แสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเจตคติ.....	188
42 แสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม.....	189
43 แสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการดูแลตนเอง	190
44 การสุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปของ Nan Lin Parameter In Population Assumed to Be over 85 Percent or under 15 Percent and for 95 percent confidence level	191

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
2 แสดงลักษณะและส่วนประกอบต่าง ๆ ของเต้านม.....	15
3 แสดงทางเดินน้ำเหลืองบริเวณเต้านม.....	16
4 ชั้นตรวจในขณะอาบน้ำ.....	36
5 การตรวจหน้ากระจก ท่าที่ 1	37
6 การตรวจหน้ากระจก ท่าที่ 2	37
7 การตรวจในท่านอน.....	38
8 การตรวจแต่ละข้าง.....	38
9 การบีบหัวนม.....	39
10 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี.....	51
11 ระยะของการดูแลตนเอง.....	54
12 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง.....	60

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง และการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าขึ้นนั้น มนุษย์นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าและสำคัญที่สุด ประชากรในประเทศไทยมีทั้งชาย และหญิง ประมาณ 62,407,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 9) สตรีซึ่งเป็นประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด จำนวน 31,296,000 คน ดังนั้น สตรีจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจและในหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐและเอกชน สตรีเป็นกำลังสำคัญในการคิด ริเริ่ม สร้างสรรค์งานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศชาติให้มีศักยภาพทัดเทียมมา ๆ ประเทศด้วย นอกจากนั้นสตรียังมีส่วนในการยกระดับฐานะทางสังคมของประเทศชาติ และยังมีบทบาทสำคัญในสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก หากประเทศใดมีสตรีเจ็บป่วยจำนวนมากจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รวมทั้งยังทำให้เกิดผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาประเทศในด้านอื่นอีกด้วย

ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุของการขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดการเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องนั้น ๆ และขาดความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง ดังเช่น การเจ็บป่วยโรคบางโรคจะแสดงอาการให้รู้ล่วงหน้า แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคอาจจะไม่ปรากฏอาการให้รู้ล่วงหน้า จะแสดงอาการให้รู้ก็ต่อเมื่อโรคนั้นได้ลุกลามไปมากแล้วเช่น โรคมะเร็ง

มะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งและได้ทำลายชีวิตประชาชนเป็นจำนวนมาก ในแต่ละปีทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า ก่อนปี พ.ศ. 2510 โรคมะเร็งจัดอยู่ 1 ใน 10 อันดับของการตาย แต่หลังจากนั้นอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2516 พบว่าโรคมะเร็งจัดอยู่ในอันดับที่ 6 ของการตายทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2529 การตายของโรคมะเร็งเลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับที่ 2 หรือ 3 รองจากโรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ใน พ.ศ. 2536 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 63,740 คน และอัตราการตายของโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 45.00 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2540 พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 43.80 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจัดเป็นการตายเป็นอันดับ 3 ของโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542 : 78) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. 2536 – 2540
ต่อประชากรหนึ่งแสนคน

สาเหตุการตาย	อัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนคน				
	2536	2537	2538	3539	3540
โรคหัวใจ	58.5	62.5	69.2	77.4	72.1
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	52.7	61.5	61.5	62.0	49.7
มะเร็งทุกชนิด	45.0	48.0	50.9	50.5	43.8
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	16.4	15.7	16.1	15.6	13.5
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่น ๆ	14.7	11.1	13.3	13.8	12.6
โรคเกี่ยวกับตับ และตับอ่อน	13.0	13.0	12.9	12.4	10.6
ปอดอักเสบ และโรคอื่น ๆ ของปอด	13.8	11.2	11.8	12.6	10.4
ไตอักเสบ กลุ่มของไตพิการ	9.9	9.9	11.0	8.1	8.5
วัณโรคทุกชนิด	6.1	5.9	7.0	7.7	6.2
อัมพาตทุกชนิด	5.4	5.6	5.8	-	-

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2540 – 2541).

2542 : 78.

จากตาราง 1 แสดงว่าโรคมะเร็งมีการตายอยู่ในอันดับที่ 3 ของทุกปี (พ.ศ. 2536 – 2540) โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในขณะนี้ เนื่องจากในปัจจุบันโรคมะเร็งจัดเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าหากผู้ป่วยมะเร็งไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม หรือขาดการรักษาโรคมะเร็งอย่างถูกต้อง จะทำให้เกิดการลุกลามขยายตัวออกไปอย่างรวดเร็ว และกระจายตัวออกไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ ไม่ว่ามะเร็งนั้นจะเกิดที่ส่วนไหนของร่างกาย โรคมะเร็งนี้ไม่ได้ทำประโยชน์อะไรให้แก่ร่างกาย แต่จะแบ่งอาหารที่อยู่ในร่างกายของคนที่เป็นโรคเพื่อไปเลี้ยงเซลล์มะเร็งของร่างกายของคนนั้นให้เกิดเซลล์มะเร็งที่โตขึ้นอีก นอกจากนี้มะเร็งยังทำลายเซลล์ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายทรุดโทรมเกิดการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น ถ้าผู้ป่วยเป็นสตรี หรือสตรีนั้นป่วยเป็นมะเร็งก็ย่อมส่งผลกระทบต่าง ๆ มากมาย เช่น การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของสตรี การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นเหตุขัดขวางการดำรงชีวิต เพื่อให้มนุษย์ทุกคนได้ในสิ่งที่มนุษย์ต้องการ และการที่ครอบครัวใด

มีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวนั้นมีสตรีป่วยเป็นมะเร็ง ซึ่งในช่วงเวลาปกติ สตรีเป็นผู้ที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งทำงานนอกบ้าน จัดเตรียมอาหารและการเจ็บป่วยของทุกคนในครอบครัวที่สตรีคอยดูแลอยู่ ส่วนใหญ่สตรีไม่เคยชินกับการเป็นผู้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น เมื่อเจ็บป่วยทำให้สตรีเกิดความคับข้องใจในตนเอง รู้สึกตนเองเป็นภาระของบุคคลอื่น ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ไปด้วย เช่น สามีต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงครอบครัว และค่ารักษาพยาบาลของภรรยา บุตรขาดคนคอยดูแล และให้คำปรึกษา และต้องจัดเวลามาคอยดูแลภรรยาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งดังกล่าว โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมองว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า ไม่กล้าที่จะพบปะกับญาติ พี่น้อง รวมทั้งการเข้าสังคม

“เต้านม” คือ เอกลักษณ์เชิดชูความงามของสตรี ที่ทั้งบุรุษและสตรีให้ความสำคัญเสมอมา โดยเฉพาะความสำคัญของเต้านมต่อบทบาทภรรยา บทบาทความเป็นมารดา และบทบาททางสังคมที่ส่งความภาคภูมิใจมาสู่ตัวสตรีที่เป็นเจ้าของ เต้านมเป็นอวัยวะส่วนที่แสดงถึงความเป็นสตรีเพศ เต้านมช่วยส่งเสริมรูปร่างและภาพลักษณ์ของสตรีให้ยาวนาน ชวนมอง ดึงดูดใจผู้พบเห็น และสตรียังได้ให้การดูแลถนอมอวัยวะส่วนนี้เป็นพิเศษด้วยหวังว่า จะได้ใช้อวัยวะส่วนนี้ เพื่อเสริมบทบาทของตนในการตอบสนองความต้องการของสามีและลูกในอนาคต สตรีจึงรู้สึกคุ้นเคย ผูกพันกับการดำรงอยู่ของเต้านมอย่างยิ่ง

จากสถิติสถานวิทยามะเร็งศิริราช พ.ศ. 2537-2541 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เจ็บป่วยในจำนวนแสนคน มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2537-2541 เป็นจำนวนมาก โดยตามลำดับพบ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 7.34, 9.98, 9.40, 9.79 และ 10.37 เป็นต้น มะเร็งเต้านมมีการตายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบการตายด้วยมะเร็งที่ต่าง ๆ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2537-2541

	ร้อยละ				
	2537	2538	2539	2540	2541
ปากมดลูก	17.45	16.73	15.02	15.60	13.93
เต้านม	7.37	9.98	9.40	9.79	10.36
เม็ดเลือด	8.17	6.89	5.77	7.25	7.53
ลำไส้ใหญ่	5.06	4.41	4.54	6.08	6.43
ปอด	5.32	5.34	6.47	6.63	6.62
ช่องปาก	6.43	7.86	6.24	5.18	5.21
รังไข่	6.21	5.53	8.45	4.46	4.85

ตาราง 2 (ต่อ) เปรียบเทียบการตายด้วยมะเร็งที่ต่าง ๆ ต่อประชากร 100,000 คน
พ.ศ. 2537-2541

	ร้อยละ				
	2537	2538	2539	2540	2541
ตับ	6.23	5.24	4.11	4.93	4.04
ต่อมน้ำเหลือง	4.58	4.78	4.99	5.31	3.93
ผิวหนัง	2.87	2.80	3.03	30.80	3.60
รวม	35.12	37.41	39.88	40.14	36.10

ที่มา : Siriraj hospital. (1998). *Tumour Registry Siriraj Cancer Center : Statistical Report 1998*. P 21.

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปี พ.ศ. 2541 คิดเป็นร้อยละ 10.36 ซึ่งการป่วยโดยโรคมะเร็งเต้านมมีผลกระทบต่อร่างกาย คือ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม เต้านมมีรูปแบบผิดปกติไปจากสภาพเดิม เต้านมไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติตลอดชีวิต สูญเสียเต้านม นอกจากนั้นการเป็นมะเร็งเต้านมยังมีผลทางด้านจิตใจ คือ หดงอใจ ห่อเหี่ยว กลัว อับอาย ซึมเศร้า เครียด ความคิดสับสน วิตกกังวลต่อการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในฐานะภรรยา มารดาของบุตร และการทำงานทั้งในและนอกบ้าน กังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล อีกประการหนึ่งคือ มีผลต่อสังคม วัฒนธรรม และครอบครัว ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ของคู่ชีวิต และบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง การมีปฏิสัมพันธ์กับญาติ เพื่อน การถูกไล่ออกจากงาน การไม่รู้สึกร่วมมิตรต่อผู้ร่วมงาน การไม่ได้รับการสนับสนุน การด้อยโอกาสในการทำงาน เป็นอุปสรรคสำคัญที่จะสร้างความเชื่อมั่น ความนับถือตนเอง และความสุขโดยทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากข้อความที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ขาดการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพตนเอง เริ่มตั้งแต่ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และสิ่งที่มีผลขาดการดูแลตนเอง เช่น ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น ดังนั้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ก็จะต้องทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวมทั้งต้องให้ความรู้ ความเข้าใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมอย่างถูกต้อง รวมทั้งมารับการรักษาตามกำหนดเวลาและได้รับประโยชน์จากการรักษาเต็มที่ เพราะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมจะเป็นผู้ที่เผชิญกับความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยควรที่จะมีความรู้ ความเข้าใจภาวะของโรคมะเร็งเต้านม การดำเนินการของโรคมะเร็งเต้านม การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา และการดูแลตนเองหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การมาตรวจตามแพทย์นัด เพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับเคมีบำบัดรักษาต่าง ๆ กัน และบางครั้งวิธีการรักษาก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดตามมา จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง โดยไม่ให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ต้องการความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อต้องการศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้ ความเข้าใจ และดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมให้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ญาติ บุคคลใกล้ชิด และแพทย์ที่รักษารวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแล

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

3. เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมให้เหมาะสมต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่แพทย์สั่งการรักษา โดยใช้เคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ขอบเขตของการวิจัย

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 863 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 235 คน ซึ่งได้จากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำเร็จรูปของ Nan Lin (Nan Lin. 1976 : 447) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ประกอบด้วย

/1.1 อายุ

/1.2 ระดับการศึกษา

/1.3 อาชีพ

/1.4 รายได้

/1.5 สถานภาพสมรส

/1.6 ลักษณะครอบครัว

/1.7 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

1.8 ประวัติการรักษา

1.9 จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

1.10 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

1.11 เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด

1.12 การสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลตนเอง

หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่กระทำในชีวิตประจำวันภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การบรรเทาอาการข้างเคียง การขับถ่าย การป้องกัน การติดเชื้อ การรับประทานยาอื่น ๆ การพักผ่อน การใช้เวลาว่าง การคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล การออกกำลังกาย การเข้าสังคมกับบุคคลอื่น การมาตรวจตามแพทย์นัด

2. โรคมะเร็งเต้านม

หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงซึ่งเกิดขึ้นบริเวณเต้านม สามารถแทรกซึมลุกลามทำลายเนื้อเยื่อ ต่อมน้ำเหลือง และเส้นโลหิตบริเวณใกล้เคียงโดยรอบ และสามารถแพร่กระจายไปยังทุกส่วนของร่างกาย ทางกระแสโลหิตและน้ำเหลืองได้

3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

4. อายุ

หมายถึง จำนวนปีที่เกิดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

4.1 อายุต่ำกว่า 30 ปี

4.2 อายุ 30-40 ปี

4.3 อายุ 41-50 ปี

4.4 อายุมากกว่า 50 ปี

5. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

5.2 ประถมศึกษา

5.3 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

5.4 อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า

6. อาชีพ

หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทำเป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท

6.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

6.2 ค้าขายหรือธุรกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด

6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างเหมาเป็น รายรับ รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัวมีรายได้ไม่แน่นอน

6.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานในเชิงเศรษฐกิจ ไม่มีรายได้

7. รายได้

หมายถึง จำนวนเงินเฉลี่ยต่อเดือนที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้อื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ

7.1 ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

7.2 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน

7.3 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน

7.4 15,000 บาทขึ้นไป

8. สถานภาพการสมรส

หมายถึง ตำแหน่ง หรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกัน แบบสามีภรรยาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบ่งออกเป็น

8.1 โสด

8.2 คู่

8.3 ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

9. ลักษณะของครอบครัว

หมายถึง สถานภาพการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ และบุตร ได้แก่

9.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร เป็นครอบครัว

9.2 ครอบครัวยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยว และญาติพี่น้องของฝ่ายสามีและฝ่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

10. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

หมายถึง จำนวนปีตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น

- 10.1 น้อยกว่า 1 ปี
- 10.2 1-3 ปี
- 10.3 มากกว่า 3 ปีขึ้นไป

11. ประวัติการรักษา

หมายถึง การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับในการรักษามะเร็งเต้านมก่อนที่จะมารักษาด้วยเคมีบำบัด แบ่งเป็น

- 11.1 ผ่าตัด-เคมีบำบัด
- 11.2 ผ่าตัด-รังสี-เคมีบำบัด
- 11.3 รังสี-เคมีบำบัด

12. จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

หมายถึง จำนวนครั้งตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีทำลายก้อนมะเร็งจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น

- 12.1 น้อยกว่า 5 ครั้ง
- 12.2 5-10 ครั้ง
- 12.3 มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป

13. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบ่งเป็น

- 13.1 ความรู้ระดับดี
- 13.2 ความรู้ระดับปานกลาง
- 13.3 ความรู้ระดับควรปรับปรุง

14. เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด

หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็นต่อโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งเป็น

- 14.1 เจตคติในระดับดี

14.2 เจตคติในระดับปานกลาง

14.3 เจตคติในระดับไม่ดี

15. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ แบ่งเป็น

15.1 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

15.2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

15.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

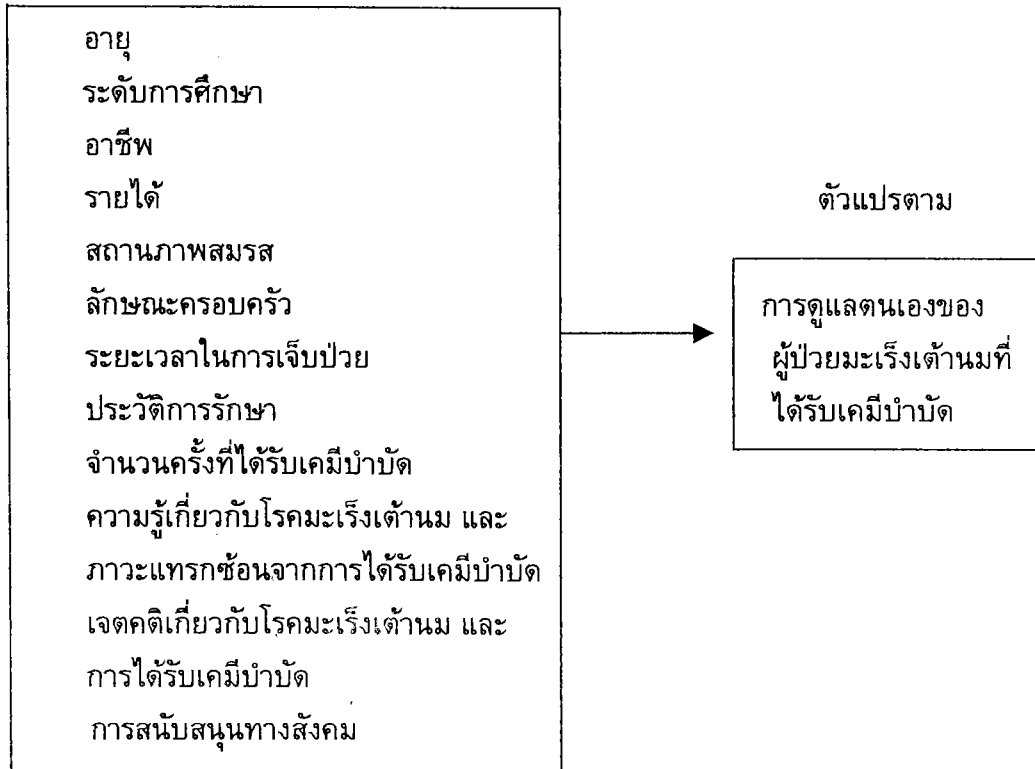
16. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์

หมายถึง สถานบริการของรัฐที่เปิดให้บริการในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้เคมีบำบัดในการรักษา และเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำเป็นจะต้องดูแลตนเอง เอาใจใส่ต่อสุขภาพ และปรับปรุงกิจวัตรประจำวันของตนเองให้สอดคล้องกับสภาพของโรค และการรักษาที่ได้รับ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นการส่งเสริมการปรับตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านจิตสังคมต่อความเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากโรครวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงปัญหาในอนาคตควรสนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งนี้จะเป็นการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไปโดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีประวัติการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีจำนวนครั้งต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
11. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
12. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งรับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า โดยนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และงานวิจัยเกี่ยวข้องที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ทั้งในต่างประเทศ และในประเทศในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างกรอบการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเต้านม
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
 - 2.1 ความหมายของมะเร็ง
 - 2.2 ชนิดของมะเร็ง
 - 2.3 อุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศ
 - 2.4 สาเหตุการเกิด
 - 2.5 การป้องกันโรคมะเร็ง
3. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
 - 3.1 ความหมายของมะเร็งเต้านม
 - 3.2 สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม
 - 3.3 อาการและอาการแสดง
 - 3.4 การตรวจวินิจฉัย
 - 3.5 วิธีรักษามะเร็งเต้านม
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care)
6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 7.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 7.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

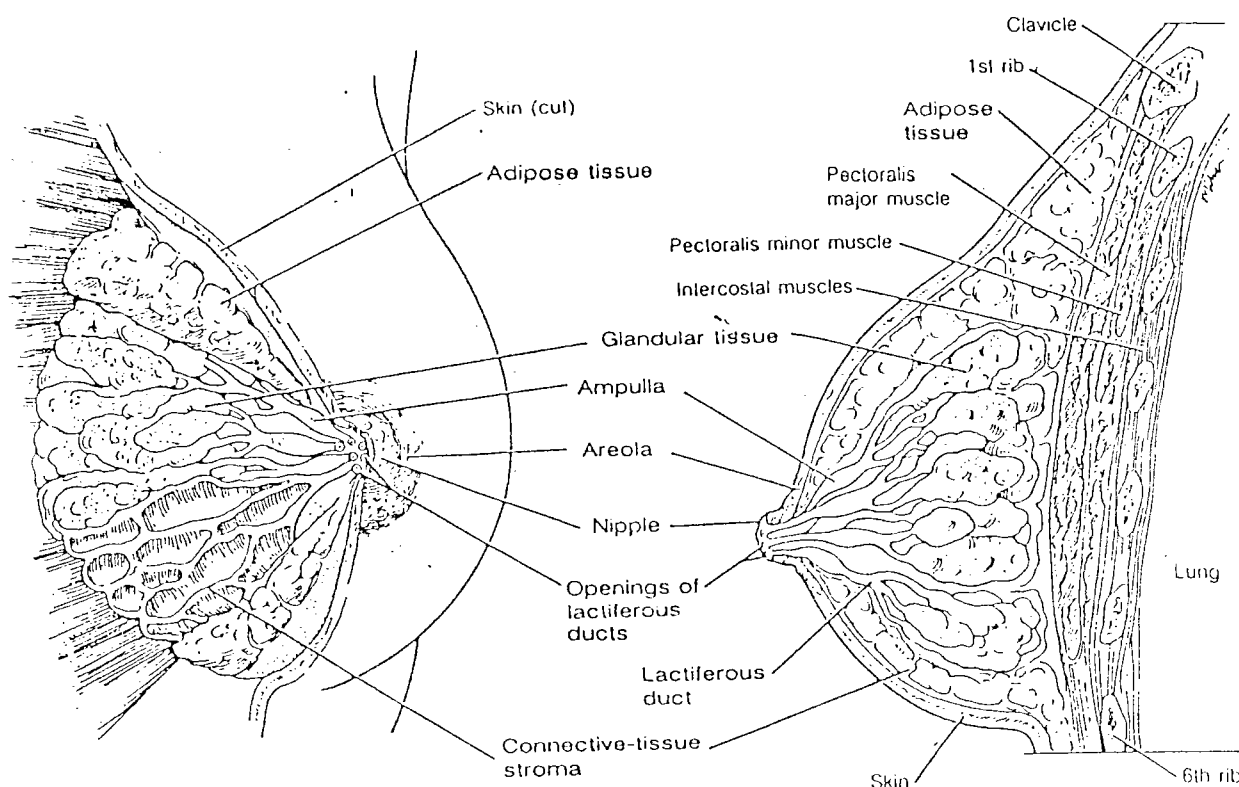
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเต้านม

เต้านม

เต้านมเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย และมีหน้าที่ในการผลิตน้ำนม เต้านมมีลักษณะคล้ายรูปกรวยคว่ำ อยู่ด้านหน้าของทรวงอกระหว่างซี่โครงที่ 2-6 และมีบางส่วนของเต้านมเลยเข้าไปในรักแร้ เรียกว่า ส่วนหางของเต้านม (Axillary tail) เต้านมประกอบด้วยหัวนม (Nipple) ผิวหนังที่ล้อมรอบฐานของหัวนมจะมีสีคล้ำกว่าผิวหนังทั่ว ๆ ไปของเต้านม เรียกว่า บริเวณผิวหนังสีคล้ำรอบ ๆ ฐานของหัวนมนี้ว่าลานนม (Areola) บริเวณลานนมมีตุ่มนูนขึ้นมาคล้ายสิว ต่อมนี้มีหน้าที่ขับไขมัน ทำให้ผิวหนังบริเวณหัวนมและลานนมชุ่มชื้นไม่แห้งแข็ง ต่อมเหล่านี้เรียกว่าต่อมมอนด์โกเมอร์ (Gland of montgomery) และรูปทรงของเต้านมคงอยู่ได้จากการยึดของเอ็นคูเปอร์ (Cooper's ligament) เอ็นนี้ทำหน้าที่ยึดผิวหนังที่คลุมเต้านมให้ติดกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของทรวงอกที่หุ้มกล้ามเนื้อ เพ็คโทราลิส เมเจอร์ (Pectoralis major) ปกติเอ็นนี้จะมีความยืดหยุ่นและช่วยให้เต้านมคงรูป เมื่อสตรีมีอายุมากขึ้นหรือเต้านมได้รับการขยายตัวหลาย ๆ ครั้ง เช่น ในช่วงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เอ็นคูเปอร์นี้จะถูกยืดออกทำให้หมดความยืดหยุ่น เต้านมจึงหย่อนยาน ในโรคมะเร็งเต้านมเอ็นคูเปอร์จะถูกทำลาย มีการหดตัว ทำให้ผิวหนังของเต้านมส่วนนั้นเกิดรอยบุ๋ม หรือมีหัวนมหด (ลัคนา ทองมานะเสถียร. 2544 : 15-16)

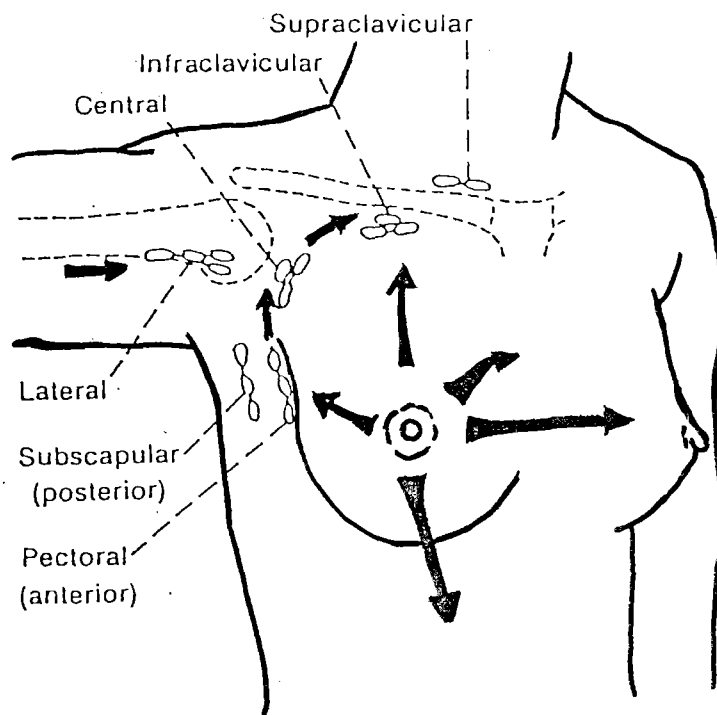
เต้านมประกอบด้วย ต่อมน้ำนมเล็ก ๆ หลายต่อมอยู่รวมกัน ลักษณะเป็นพู (Lobe) ประมาณ 15-20 พู ในแต่ละพูจะมีเอกซ์ครีตอรีเซลล์ (Excretory cell) อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และมีท่อเล็ก ๆ (Excretory duct) มารวมกันเป็นท่อน้ำนม (Lactiferous duct) มีประมาณ 15-20 ท่อในเต้านมแต่ละข้าง และจะเปิดสู่บริเวณหัวนม (Nipple) ท่อเหล่านี้จะพองโตขึ้นในบริเวณใกล้กับหัวนม เรียกว่า แอมพลู (Ampule) ส่วนหัวนม (Nipple) อยู่บริเวณช่องกระดูกซี่โครงช่องที่ 4 ติดกับเส้นกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้า บริเวณรอบ ๆ หัวนมเรียกว่า ลานนม (Areola) สีผิวหนังบริเวณนี้จะเข้มกว่าบริเวณอื่น บริเวณลานนมประกอบด้วยต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ ต่อมไขมันบริเวณนี้จะขยายใหญ่ขึ้นในระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตร และพาเรนไคมา (Parenchyma) ของเต้านม ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ชนิดด้วยกันคือ เนื้อเยื่อของท่อ (Ductular) เนื้อเยื่อโลบลูล่า (Lobular) และเนื้อเยื่อเอซินา (Acinar) ตรงส่วนกลางและส่วนบนของเต้านม ส่วนใหญ่เป็นเนื้อเยื่อประเภทท่อ (Ductular) ส่วนนอกส่วนใหญ่เป็นไขมัน พบว่าบริเวณส่วนบนด้านนอกเป็นบริเวณที่พบมะเร็งของเต้านมมากที่สุด (อวยพร สุทธิสนธิ. 2528 : 11)

จากข้อความข้างต้นที่กล่าวถึงเต้านม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเต้านมเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ภายในเต้านมประกอบด้วยเนื้อเยื่อ และท่อต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน ดังภาพประกอบ 2 (อวยพร สุทธิสนธิ. 2528 : 12)



ภาพประกอบ 2 แสดงลักษณะและส่วนประกอบต่าง ๆ ของเต้านม

เส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณเต้านม มาจากเส้นเลือดแดง แลทเทอรอลแมมมารี (Lateral mammary artery) และเส้นเลือดแดงทอโรซิก แมมมารี (Thoracic mammary artery) เส้นเลือดแดงเหล่านี้จะกระจายเป็นร่างแหรอบ ๆ เต้านม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับเส้นเลือดดำและหลอดน้ำเหลือง ดังภาพประกอบ 3 (อวยพร สุทธิสนธิ. 2528 :13)



ภาพประกอบ 3 แสดงทางเดินน้ำเหลืองบริเวณเต้านม

เส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณเต้านมจะแตกแขนงมาจากสาขาของส่วนหน้าและด้านข้างของเส้นประสาทอินเตอคอस्टัลที่ 4-6 และฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญต่อเต้านม ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ฮอร์โมนทั้งสองตัวนี้ทำงานร่วมกัน จากต่อมใต้สมอง (Pituitary) ฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) และคอร์ติโคโทรปิน (Corticotropin) ฮอร์โมนเหล่านี้จะทำให้เต้านมขยายใหญ่ขึ้น และทำหน้าที่หลั่งน้ำนมได้ โดยเฉพาะในระยะตั้งครรภ์และช่วงมีประจำเดือนจะมีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน เป็นผลให้มีโลหิตมาเลี้ยงบริเวณเต้านมมากขึ้น หลอดน้ำเหลืองบริเวณเต้านมมีการขยายตัว และการยอมให้สารผ่านได้ (Permeability) ลดลง (อวยพร สุทธิสนธิ. 2528 :14)

ชนิดของเนื้องอกบริเวณเต้านม

ชนิดของเนื้องอกบริเวณเต้านม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ

1. เนื้องอกชนิดธรรมดา (Benign tumors) เป็นเนื้องอกชนิดที่พบได้บ่อย ลักษณะของเนื้องอกมักจะคลำได้ก้อนเรียบ ขอบเขตชัดเจน สามารถจับเคลื่อนไปมาได้ (Movable) บางครั้งอาจคลำได้ลักษณะคล้ายถุงน้ำ มักพบในคนอายุน้อย ได้แก่

1.1 เนื้องอกของเต้านม (Fibroadenoma) เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุด พบในสตรีช่วงอายุ 20-40 ปี ก้อนมีลักษณะแข็ง กดไม่เจ็บ ก้อนเนื้องอกจะโตขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และเล็กลงในช่วงหลังวัยหมดประจำเดือน

1.2 เนื้องอกจากเยื่อบุท่อน้ำนม (Intraductal papilloma) มักเกิดในช่วงระยะวัยหมดประจำเดือน (Perimenopause) โดยมีของเหลวเป็นเลือด หรือน้ำใสไหลออกจากหัวนม คล้ายก้อนเนื้องอกไม่ได้ ต้องทำการวินิจฉัยโดยการเอกซเรย์เต้านม (Mammography)

1.3 โรคถุงน้ำพังผืด (Fibrocystic disease ; FCD) เป็นสภาวะของเต้านมที่เกิดถุงน้ำขึ้นในท่อหรือต่อมของเต้านม มักพบว่ามีหลายก้อนกระจายอยู่ทั่วไปในเต้านม พบมากในสตรีอายุระหว่าง 30-50 ปี และจะหายได้เองเมื่อหมดประจำเดือน เนื้องอกชนิดนี้จะมีอาการปวด ขนาดของก้อนและอาการปวดจะมีความสัมพันธ์กับรอบเดือน จากการศึกษาพบว่า สตรีที่เป็นเนื้องอกชนิดนี้มีอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีทั่วไป เนื่องจากโรคนี้เป็น ๆ หาย ๆ ได้บ่อย ดังนั้นสตรีจึงควรเฝ้าระวังและตรวจหามะเร็งเต้านม

1.4 โรคถุงน้ำนม (Galactoceles) เป็นท่อน้ำนมที่ขยายตัวกลายเป็นถุงน้ำ เนื่องจากท่อน้ำนมถูกอุดตัน มีน้ำนมขุ่นอยู่ข้างใน มักเกิดขึ้นในระหว่างหรือไม่นานหลังจากให้นมบุตร รักษาหายได้โดยใช้เข็มเจาะดูดออก

1.5 โรคท่อน้ำนมโป่งพอง (Mammary duct ectasia) มักเกิดในช่วงอายุ 40-50 ปี มีลักษณะคือ ท่อน้ำนมขยายพองออก มีน้ำนมขุ่นอยู่ข้างใน และมีการอักเสบเรื้อรังภายในท่อและรอบ ๆ ท่อน้ำนม หัวนมอาจบวมจากการตึงรั้งของแผลเป็น ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ มักโต ถ้าวินิจฉัยแยกโรคจากมะเร็งเต้านมได้ ก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา

1.6 ภาวะเต้านมโตในเพศชาย (Gynecomastia) เป็นโรคของเต้านมที่เปลี่ยนจากสภาพเดิมไปใกล้เคียงกับเต้านมสตรี

2. เนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant tumors) ได้แก่ มะเร็งเต้านม

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ความหมายของมะเร็ง (Cancer)

มีผู้ให้ความหมายของมะเร็งไว้หลายท่าน ดังนี้

อำนาจ เสมรสุต (2510 : 1) กล่าวว่า มะเร็ง หรือ Cancer เป็นเนื้องอกชนิดร้าย (Malignant tumour) เกิดขึ้นโดยการเจริญเติบโตผิดปกติ โดยไม่หยุดยั้งของเซลล์ที่อวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย เริ่มด้วยตุ่มโต หรือแผลเล็ก ๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด เจริญโตขึ้นเร็ว ลูกกลมออกแทรกแซงเข้าไปในเนื้อรอบ ๆ และอาจหลุดไปเจริญเติบโตขึ้นที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ตามกระแสเลือดและกระแสโลหิต เมื่อแผลโตมากจึงเริ่มมีอาการปวดและมากขึ้น ร่างกายทรุดโทรมลง จนถึงแก่ความตายเพราะพิษของโรคนี้

ไพรัช เทพมงคล (2524 : 21) กล่าวว่า มะเร็ง หมายถึง ก้อน ตุ่ม ใดที่ผิดปกติที่ปรากฏภายในหรือบริเวณผิวหนังของร่างกาย เราเรียกรวม ๆ กันว่า “เนื้องอก” เนื้องอกนี้เกิดขึ้นมาใหม่จากเนื้อเยื่อของร่างกาย อยู่เหนือการควบคุมของร่างกาย ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และบางอย่างอาจมีโทษต่อร่างกาย เนื้องอกแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ เนื้องอกชนิดธรรมดา กับเนื้องอกชนิดร้าย

บุญเดิม แสงดิษฐ์. (2542 : 2) กล่าวว่า มะเร็ง คือโรคของเซลล์ ซึ่งทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติกลายเป็นก้อนมะเร็ง สามารถบุกรุกทำลายเนื้อเยื่อใกล้เคียง และกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้

จากที่ได้กล่าวถึงความหมายของมะเร็ง สรุปได้ดังนี้คือ มะเร็ง หมายถึง ความผิดปกติในการเจริญเติบโตของเซลล์ในส่วใดส่วหนึ่งของร่างกาย เมื่อเซลล์นี้แบ่งตัวออกไปเพิ่มขึ้นมากเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นก้อน จึงเรียกว่า เนื้องอก

ชนิดของมะเร็ง

มะเร็งเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะยกเว้น ผม ขน เล็บและฟันที่งอกขึ้นมาแล้ว ดังนั้นการแยกประเภทของมะเร็งนั้นจะขึ้นอยู่กับเนื้อเยื่อและชนิดของเซลล์ที่เกิด มีการแยกประเภทของมะเร็งออกเป็นหลายประเภท แต่ถ้าจะแยกออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ จะได้ดังนี้ คือ

1. Sarcomas คือ มะเร็งที่เกิดจาก Connective tissue และ Supporting tissue เช่น ที่กระดูก กระดูกอ่อน ประสาท และบริเวณไขมันของร่างกาย
2. Carcinoma คือ มะเร็งที่เกิดจาก Epithelial tissue เช่น ผิวหนังเยื่อบุช่องหรืออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จากต่อมต่างๆ เช่น เต้านม หรือ ต่อมลูกหมาก
3. Leukemia คือ มะเร็งที่เกิดกับทิสซุที่สร้างเม็ดเลือด (Blood-forming tissue) โดยมีการผลิตเม็ดเลือดขาวมากเกินไปจนเกิดความผิดปกติ

อุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรไทย ในแต่ละปีมีการตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ย 64,000 คนต่อปี และเสียชีวิตด้วยโรคร้ายนี้ประมาณ 30,000 คนต่อปี ช่วงอายุที่คนไทยเป็นมะเร็งมากที่สุดคือ 55-75 ปี ในเพศชาย และ 45-65 ปีในเพศหญิง โดยที่โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเริ่มมากขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปีสำหรับเพศชาย และ 25 ปีสำหรับเพศหญิง

ตาราง 3 แสดงอัตราส่วนของผู้ป่วยมะเร็งและชนิดที่พบในเพศชาย และเพศหญิง ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536

ชาย	อัตรา	หญิง	อัตรา
ตับ	37.4	ปากมดลูก	20.9
ปอด	26.5	เต้านม	16.3
ลำไส้	10.4	ตับ	15.5
ช่องปาก	5.4	ปอด	11.2
กระเพาะปัสสาวะ	5.2	ลำไส้	7.5
กระเพาะอาหาร	4.9	รังไข่	4.7
ต่อมน้ำเหลือง (NHL)	3.7	ช่องปาก	4.0
หลอดอาหาร	3.7	ไทรอยด์	3.2
เนโอฟาร์ลิ่งซ์	3.6	กระเพาะอาหาร	3.0
เม็ดเลือดขาว	3.3	มดลูก	2.9

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติมะเร็งแห่งชาติ. 2537 : 5.

การเกิดของโรคมะเร็ง

บุญเติม แสงดิษฐ์ (2542 : 4) กล่าวว่า การเกิดโรคมะเร็งในมนุษย์ก็เหมือนกับการเกิดโรคโดยทั่วไป ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค 3 ประการ คือ คน สิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสิ่งแวดล้อม แต่ละคนมีการต้านทานต่อสารก่อมะเร็งได้มากน้อยต่างกัน ขึ้นกับภูมิคุ้มกันที่ต่างกัน เมื่อได้รับสารก่อมะเร็งจะทำให้เซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถทำลายได้ เซลล์มะเร็งจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วกลายเป็นก้อนมะเร็ง ร่างกายจะต้องได้รับสารก่อมะเร็ง ซึ่งติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จึงจะเกิดโรคมะเร็งขึ้น อาจใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี ขึ้นกับชนิดและปริมาณของสารก่อมะเร็ง

เมื่อเกิดมะเร็งขึ้นแล้ว เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง แพร่ผ่านระบบน้ำเหลือง ทำให้ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงโต และแพร่กระจายตามระบบไหลเวียนเลือด ไปยังอวัยวะต่างๆ ที่พบบ่อย คือ ปอด ตับ สมอง กระดูก ดังนั้นอาการของโรคมะเร็งจึงเกิดได้จากอวัยวะที่เกิดมะเร็งระยะแรกและอวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไป

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง

ปัจจุบันได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าหาสาเหตุเกี่ยวกับเซลล์ปกติของร่างกายของเรา ที่เกิดการแบ่งตัวที่ผิดปกติจนกลายเป็นเซลล์มะเร็ง และแพร่กระจายไปตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และทำให้เสียชีวิต สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งพอจะสรุปได้ดังนี้ (สุจิรา จรัสศิลป์. 2541 : 28-49)

สาเหตุจากภายใน

1. พันธุกรรม ได้มีการศึกษาพบว่า โรคนี้มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ลูกที่เกิดจากบิดา หรือมารดาที่ป่วยเป็นมะเร็ง จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคมะเร็งสูงกว่าคนปกติทั่วไป

โรคมะเร็งเต้านมก็มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอย่างชัดเจน โอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคนี้จะสูงขึ้น ถ้ามารดา พี่สาว น้องสาว ยายหรือแม่แต่ญาติผู้หญิงคนอื่นๆ เคยป่วยด้วยโรคนี้มาก่อนแล้ว จิตใจและอารมณ์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลผู้นั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากกว่าคนทั่วไป

2. จิตใจและอารมณ์ คนเราประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ร่างกายและจิตใจ จิตใจมีอิทธิพลที่เหนือร่างกายที่เห็นได้ง่าย ๆ ก็คือ คนเวลาโกรธจะมีหน้าแดง มือสั่น ขณะเครียด วิตกกังวลจะมีคิ้วขมวด ซึ่งสภาพจิตใจนั้นมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ที่ทำให้ผู้นั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากกว่าบุคคลทั่ว ๆ ไป

สาเหตุจากภายนอก

1. อาหาร ในปัจจุบัน สังคมซึ่งมีแต่ความรีบเร่งต้องแย่งกันทำมาหากิน คนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาปรุงอาหารให้ตนเองและครอบครัว จำเป็นต้องซื้ออาหารจากตลาด หรือไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร ผู้ขายอาหารก็จำเป็นต้องแย่งลูกค้ากัน จึงต้องพยายามปรุงอาหารของตนให้มีสีกลิ่นที่สวยงาม กลิ่นหอม รสชาติถูกปากลูกค้าให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เครื่องปรุงรสอาหารใดที่สามารถทำให้อาหารดูน่ารับประทานแล้ว ผู้ขายบางรายจะใช้ใส่ลงในอาหารได้ทั้งนั้น โดยมีได้คำนึงถึงผลที่จะเกิดตามมาว่า ผู้บริโภคจะได้รับพิษที่สะสมค้างอยู่ในร่างกายเพียงใด ตัวอย่างเช่น

อาหารสำเร็จรูปประเภทเนื้อ เช่น เนื้อกระป๋อง ปลากระป๋อง หมูแฮม แหนม กุนเชียง ไส้กรอก เนื้อเค็ม ปลาร้า เนื่องจากมีสารไนไตรท์

อาหารประเภทผักดองหรือผักที่เก็บไว้ค้างคืนที่อุณหภูมิห้อง จะทำให้สารไนเตรทในอาหารเปลี่ยนเป็นสารไนไตรท์ ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ดังนั้นควรเก็บอาหารสดไว้ในตู้เย็นเสมอ

สารฆ่าแมลงและปราบศัตรูพืช ได้แก่ สารพวกคลอรีเนเตด ไฮโดรคาร์บอน (Chlorinated hydrocarbon) หรือ พวกดีดีที พวกฟอสเฟตอินทรีย์ (Organophosphates) และพวกคาร์บาเมต (Carbamates) สารกลุ่มนี้มีผลต่อระบบประสาท โดยทำให้ผู้ได้รับพิษ มีอาการอัมพาตทางประสาทและกล้ามเนื้อ

สารที่เป็นพิษและไม่ควรนำมาใส่อาหาร คือ สารที่ได้จากสารอนินทรีย์ เช่น สารประกอบของฟลูออรีน สารหนู แคดเมียม ทองแดง ตะกั่วปรอทและสังกะสี

สารรสหวานหรือน้ำตาลเทียม (Sodium cyclamate) และซัคคาริน (Saccharin) เป็นสารรสหวานเทียมที่ใช้กันมากที่สุดมานานแล้ว จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1969 จึงได้มีการห้ามใช้ เพราะพบว่ามันทำให้เกิดมะเร็งในหนูได้

สารกันบูดและสารกันหืน พบได้ทั้งในอาหาร ยา และเครื่องสำอาง สารกันบูดใช้สำหรับฆ่าและป้องกันเชื้อจุลินทรีย์โตของแบคทีเรีย สารกันหืนเป็นสารกันปฏิกิริยาออกซิเดชันรักษากลิ่นและรสของอาหาร เพราะสารที่ถูกออกซิไดส์ได้ง่ายจะทำให้มีกลิ่นและรสแปลกไป สารกันบูดที่มีพิษคือ Paraben, Hexachlorophene, Formaldehyde, Glutaraldehyde, Organic mercuriol, Benzalkonium chloride, Boric acid, Formic acid, Salicylic acid, Benzoic acid, Sodium benzoate, Sodium bisulphite และ Sodium fluoride

น้ำส้มสายชู ที่มีการปนปลอมรสเปรี้ยวของน้ำส้ม โดยการใส่กรดเกลือแร่ เช่น กรดซัลฟูริกหรือ กรดไฮโดรคลอริก ซึ่งฤทธิ์กรดของมันเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างยิ่ง น้ำส้มสายชูที่แท้จริงควรมีกรดอะซิติกเป็นส่วนประกอบ และเตรียมมาจากการหมักน้ำตาลผลไม้ด้วยยีสต์

เชื้อแบคทีเรียที่ปนอยู่ในอาหาร อาจจะสังเคราะห์สารพิษแล้วนำออกมาสู่ภายนอกของมัน คือ เข้าสู่อาหารที่มันอาศัยอยู่ สารพิษจากแบคทีเรีย เช่น โบทูลิน และเอกโซทอกซิน ชนิดอื่นๆ สารพิษนี้ถูกขับออกมาโดยธรรมชาติจากเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในอาหาร แม้ว่าเชื้อจุลินทรีย์จะถูกทำลายด้วยความร้อนก็ตาม แต่ปรากฏว่าสารพิษบางอย่างทนต่อความร้อนสูงๆ ได้ และมีอำนาจในการแสดงพิษมาก จึงเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภคอาหารนั้นเป็นอย่างยิ่ง

สารพิษโบทูลินถูกผลิตโดยเชื้อ *Bacillus* ชนิด *Clostridium botulinum* เชื้อที่อยู่ในสภาพของสปอร์จะทนความร้อนได้สูงมาก เชื้อนี้พบได้บ่อยในอาหารกระป๋อง ไส้กรอกผักต่างๆ

เชื้อรา *Aspergillus flavus* และ *Aspergillus parasiticus* จะผลิตสารพิษ อะฟลาทอกซิน พบได้ในอาหารประเภทถั่วลิสง เช่น ถั่วลิสงคั่วป่นที่ใช้ปรุงอาหาร กากถั่วลิสงที่บีบน้ำ

มันออกแล้วใช้เป็นอาหารสัตว์ น้ำมันถั่วลิสง ข้าวโพด ข้าวสาลี มันสำปะหลัง ถั่วเหลืองหมัก เช่น เต้าเจี้ยวและถั่วเน่า กระเทียม พริกแห้ง ปลาแห้ง

ผู้ที่เคี้ยวหมากเป็นประจำจะได้รับสารอะเรไคดีน (Arecaidine) และอะเรไคลีน (Arecoline) สามารถทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้ นอกจากนี้ยังมีสารก่อมะเร็งตัวอื่นซึ่งอยู่ในใบพลู เส้นยาสูบ และปูนขาวด้วย

อาหารที่ทำให้สุกด้วยการย่างด้วยถ่านไฟโดยตรง เช่น เนื้อย่าง ปลาย่าง ไก่ย่าง สัตว์ปีก เนื้อส่วนที่ถูกไฟรอนจัดเผาจนไหม้เกรียมสุกเต็มทีนั้น อาจจะมีสาร ไพโรไลเซต (Pyrolysates) สารที่ก่อมะเร็ง เราจึงควรเลือกอาหารที่ย่างสุกพอสมควร หรือใช้การทอดหรือการต้มเนื้อแทนการย่าง

ผงชูรส มีสาร โมโนโซเดียมกลูตาเมต (Monosodium glutamate) ซึ่งอาจก่อให้เกิดมะเร็งได้

สารอาหารที่ส่งเสริมการเกิดมะเร็ง

1. สารที่ให้พลังงานมาก เช่น อาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน ได้มีผู้ศึกษาพบว่า อัตราการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งของมดลูกและปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับสารอาหารประเภทไขมันอย่างชัดเจน

2. โปรตีนและกรดอะมิโน การบริโภคอาหารโปรตีนมากๆ ตับจะเปลี่ยนไนโตรเจนของกรดอะมิโนให้เป็นยูเรียจำนวนมาก ส่วนใหญ่ของยูเรียจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต บางส่วนจะถูกขับออกจากระแสเลือดทางตับ ละลายในน้ำดี ถูกหลั่งสู่ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ขณะที่ยูเรียถูกปล่อยผ่านไปตามทางเดินอาหารจะถูกแบคทีเรียทำให้สลายตัว ได้แอมโมเนียและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ แอมโมเนียเป็นตัวอย่างแรง และเป็นพิษต่อการทำงานของเซลล์ ในภาวะบางอย่างเช่น ท้องผูก กากอุจจาระน้อย การขับถ่ายไม่เป็นเวลา แอมโมเนียที่ค้างอยู่ในอุจจาระร่วมกับสารก่อมะเร็งอย่างอื่น เช่น อนุพันธ์ของเกลือ กรดน้ำดี ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ง่าย

2. บุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุโดยตรงประการเดียวที่พบได้บ่อยที่สุดในการทำให้เกิดมะเร็งในคน เช่น มะเร็งปอด มะเร็งภายในช่องปาก และหลอดลม สารพิษในควันบุหรี่มีดังนี้

2.1 นิโคตินและนอร์นิโคติน (Nicotine and nornicotine) เป็นสารเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดบุหรี่

2.2 สารจำพวกกรดและฟีนอล (Phenols) เช่น รูติน (Rutin) และคลอโรจีนิกแอซิด (Chlorogenic acid) เป็นสารที่มีฤทธิ์ร่วมก่อมะเร็ง (Cocarcinogen)

2.3 สารจำพวกอัลดีไฮด์ (Aldehydes) และคีโตน (Ketones)

2.4 สารพวกเทอร์ปีน (Terpenes) และไอโซพรีน (Isopreneids) สควาลีน (Squalene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง

2.5 สารพวกโพลีไซคลิกอะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbons) เช่น เบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง

นอกจากนี้ยังอาจมีสารพิษเจือปนในบุหรี่ ได้แก่ ยาฆ่าแมลง DDT ซึ่งตกค้างมากับใบยาสูบ สารโลหะหนักบางอย่าง เช่น สารหนู สารไนเตรท สารไนไตรท์ สารไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง

3. สุรา เบียร์ วิสกี้ กระแช่ และเครื่องดื่มที่ทำให้มีเมานะจะมีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) เป็นสารสำคัญ ในความเข้มข้นที่แตกต่างกัน

แอลกอฮอล์มิได้เป็นสารก่อมะเร็งโดยตรง แต่เป็นสารเสริมการก่อมะเร็ง (Promotor) หรือเป็นสารแนวร่วมการก่อมะเร็ง (Cocarcinogen) เพราะมีรายงานทางวิทยาศาสตร์อย่างชัดเจนว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมักจะเป็น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง

กลไกการเกิดมะเร็งของแอลกอฮอล์ สรุปได้ดังนี้

1. แอลกอฮอล์ ทำให้ร่างกายขาดสมดุลทางอาหาร หรือขาดสารอาหาร คือ วิตามินบีหนึ่ง กรดโฟลิก แมกนีเซียม เหล็ก และสังกะสี
2. แอลกอฮอล์ เป็นสารที่มีฤทธิ์รุนแรงระคายเคืองต่อเซลล์และเนื้อเยื่อ เช่น เยื่อบุผิวช่องปาก หลอดอาหารและตับ
3. แอลกอฮอล์ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันมีประสิทธิภาพลดลง
4. สารปนเปื้อนที่มากับแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะสุราเถื่อน เหล้าฝรั่งเศส ซึ่งกลั่นมาจากข้าวโพด ข้าวมอลต์ และข้าวไรย์ จะมีสารเอมิลแอลกอฮอล์ (Amyl alcohol) เพนทิลแอลกอฮอล์ (Pentyl alcohol) และไนโตรซามีน ปะปนด้วย
5. แอลกอฮอล์เป็นโปรโมเตอร์ หรือ โคคาร์ซิโนเจนของสารก่อมะเร็งที่อยู่ในควันบุหรี่ คือ ช่วยให้สารพิษผ่านเข้าสู่เซลล์บุผิวในช่องปาก หลอดอาหารได้มากขึ้น

3.1 ผู้ที่ดื่มสุราปริมาณมาก จะมีโอกาสเป็นมะเร็งตับสูงมาก โดยเฉพาะผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคตับอักเสบ (Hepatitis B virus Infection) มาก่อนแล้ว

3.2 สตรีที่ดื่มสุราในปริมาณหนึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

3.3 การดื่มสุราในปริมาณมากรวมกับการสูบบุหรี่ จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งภายในช่องปาก (Oral and laryngeal cancer) ของทั้งชายและหญิง มากกว่าการที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง หรือไม่ทั้งสองอย่าง

4. การได้รับสารก่อมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการทำงาน

4.1 ผู้ที่ทำงานในโรงปั่นฝ้าย โรงกลั่นน้ำมัน และคนงานทำความสะอาดปล่องไฟ จะได้รับสารเคมีก่อมะเร็งคือ เขม่าจากปล่องควันไฟ โพลีไซคลิก ไฮโดรคาร์บอน จากน้ำมัน เครื่องยนต์ ดินน้ำมัน และเบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งปอด หลอดลม ผิวน้ำ และกระเพาะปัสสาวะ

4.2 คนงานโรงงานผลิตสี ผลิตยาง และเปลือกหุ้มสายเคเบิล จะได้รับสารก่อมะเร็ง คือ อะโรมาติกเอมีน (Aromatic amines) เช่น ออรามิน (Auramine) เบนซิดีน (Benzidine) แนฟไทลามีน (Naphthylamine) อาจทำให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

4.3 ผู้ที่ทำงานในโรงถลุงและแต่งแร่เงินเกิด จะได้รับสารก่อมะเร็งคือ ผงเงินเกิด ผู้ที่ทำงานในโรงงานทำรองเท้า เครื่องไม้ จะได้รับฝุ่นหนังสือสัตว์และฝุ่นละอองไม้ จึงอาจทำให้เกิดมะเร็งช่องโพรงจมูก (Nasal sinus)

4.4 คนงานเหมืองแร่ยูเรเนียม เหมืองแอสเบสตอส โรงงานทำผลิตภัณฑ์ของมัน จะได้รับสารกัมมันตรังสีในแร่ยูเรเนียม และแอสเบสตอส ทำให้เกิดมะเร็งปอดได้

4.5 ผู้ที่ทำงานในโรงงานทำพลาสติกโพลีไวนิลคลอไรด์ จะได้รับสารไวนิลคลอไรด์โมโนเมอร์ ทำให้เกิดแองจิโอซาร์โคมา ของตับ (Liver angiosarcoma) และมะเร็งสมอง

5. การได้รับสารก่อมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์

5.1 สตรีที่ตั้งครรภ์และมีแนวโน้มที่จะแท้ง (Threatened abortion) ถ้าได้รับยา Diethylstilbestrol จะมีผลทำให้ลูกสาวของหญิงเหล่านี้มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก (Vaginal carcinomas) เมื่ออย่างเข้าสู่วัยรุ่น

5.2 สตรีที่ได้รับยากุมกำเนิด (Oral contraceptives) ที่มีส่วนประกอบของเอสโตรเจน Synthetic steroidal estrogens อยู่เป็นเวลานานจะมีโอกาสเป็นมะเร็งตับ (Liver cell adenomas)

5.3 สตรีสูงอายุที่หมดประจำเดือนแล้วการได้รับเอสโตรเจน (Estrogens) เพื่อป้องกันอาการไม่สบายต่างๆ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผนังมดลูก (Endometrial carcinomas)

5.4 ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสถ้าได้รับการรักษาด้วยอาเซนิก (Organic arsenicals) อยู่เป็นเวลานาน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งผิวหนัง (Skin cancer) ได้

5.5 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ สารแอลไคเลทิง (Alkylating agents) เช่น สารเมลฟาลอน (Melfalon) และไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ไซทอกแซน (Cytosan)

อาจจะทำให้เกิดมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะได้ โดยเฉพาะถ้าใช้ในเด็กที่เป็นมะเร็งของเม็ดเลือด (Acute leukemia)

5.6 ยาปฏิชีวนะคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) อาจมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งในเม็ดเลือด (Leukemia) ซึ่งเกิดเนื่องจากยาไปมีผลต่อไขกระดูก (Bone marrow) และอาจทำให้เกิดโรคโลหิตจางชนิดหนึ่งที่เรียกว่า อะพลาสติก อนีเมีย (Aplastic anemia) เมื่อใช้ยาบ่อยครั้งและมากเกินไป เพราะยาไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ไขกระดูกไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงได้ตามปกติ

5.7 ยาแก้ปวด Phenacetin อาจจะมีผลทำให้เกิดมะเร็งของกรวยไต (Carcinoma of the renal pelvis)

6. รังสี การได้รับรังสีอาจจะมีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Breast) ปอด (Lung) กระเพาะอาหาร (Stomach) ต่อมไทรอยด์ (Thyroid) และเนื้อเยื่อต่างๆ (Connective tissues) โดยเฉพาะถ้าได้รับรังสีในขณะที่มีอายุน้อย

7. ไวรัส (Virus) ไวรัสอย่างเดียวยังไม่ได้เป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งได้ แต่ไวรัสจะมีผลต่อขั้นตอนแรกในการเกิดโรค ขั้นตอนต่อมาจะมีการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ที่ผิดปกติทำให้กลายเป็นโรคมะเร็งต่อไป คือ ให้ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งมากขึ้น

7.1 ฮิวแมน เรโทรไวรัส (Human retroviruses) เป็นไวรัสตัวแรกที่ทราบว่า ทำให้เกิดโรคมะเร็ง คือ มะเร็งในเม็ดเลือด

Human immunodeficiency virus HIV-1 และ HIV-2 เป็นฮิวแมน เรโทรไวรัส (Human retroviruses) ซึ่งทำให้เกิดโรคเอดส์ Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) แต่ไม่ได้เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งโดยตรง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยซึ่งเป็น AIDS จะมีโอกาสสูงต่อการเป็นมะเร็งอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วย AIDS จะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเป็น ก็คือ นอนฮอดจกิน ลิมโฟมา (Non-Hodgkin's lymphomas) แอนโอเจนิตัล หูด (Anogenital warts) และ แพปพิโลมา (Papilloma), ไวรัส แอสโซซิเอท สะแควมัส เซล คาร์ซิโนมา (Virus-associated squamous cell carcinomas) ซึ่งโรคเหล่านี้มีสาเหตุมาจากไวรัส (virus)

7.2 เฮปาทิติส บี ไวรัส (Hepatitis B virus) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งตับ (Hepato-cellular carcinoma)

7.3 แพปพิโลมา ไวรัส (Papillomaviruses) สามารถทำให้เกิด สะแควมัส เซล คาร์ซิโนมา (Squamous cell carcinoma)

ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ จะเป็นสาเหตุร่วมกับ Papillomaviruses ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก (Cervical carcinoma) ได้ นอกจากนั้นมะเร็งปากมดลูกยังอาจเกิดจากผู้หญิงที่มีการสำส่อนทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางเพศตั้งแต่อายุยังน้อย และรักษาสุขภาพของอวัยวะเพศไม่สะอาด หรืออาจจะเกิดจากการติดเชื้อ เฮอร์ปีส์ ไวรัส (Herpes virus) ร่วมกับ Papillomavirus ก็ได้

Papillomavirus ยังอาจทำให้เกิดมะเร็งในช่องปาก (Oral carcinoma) และมะเร็งของทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper airway carcinoma)

เอปสไตน์ บาร์ ไวรัส (Epstein-barr virus) เป็นดับเบิลสแตรนด์ ไวรัส (Double-stranded DNA virus) อยู่ในกลุ่ม Herpes virus เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งกิลิมโฟมา (Burkitt's lymphoma), มะเร็งของโพรงจมูก และลำคอ (Nasopharyngeal carcinoma) มะเร็งเม็ดเลือด (Lymphoma) ในผู้ป่วยซึ่งมีภูมิคุ้มกันบกพร่องทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือเป็นภายหลัง (Congenital or acquired immuno deficiency)

ผู้ป่วยซึ่งเป็นโรค AIDS ก็มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโพลีคลอนัล ลิมโฟมา (Polyclonal lymphomas) ถ้าติดเชื้อ Virus นี้ด้วย

8. สิ่งแวดล้อม

8.1 สารพิษในเครื่องสำอาง (Toxic compounds in cosmetics) เครื่องสำอางทั้งหลายคือสารเคมีหรือมีส่วนผสมที่เป็นสารเคมี อาจทำให้เกิดพิษแก่ผู้ใช้บางคนได้ เช่น เกิดอาการแพ้และมีผื่นคัน และอาจทำให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น ยาย้อมผม (Aniline dye) อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งของผิวหนังได้

8.2 ภาชนะที่ใช้บรรจุอาหาร เช่น พลาสติกที่มีสารไวนิลคลอไรด์โมโนเมอร์ (Vinyl chloride monomer) สารนี้อาจละลายในอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีไขมัน สีของหมึกพิมพ์ฉลากหรือป้ายชื่อที่ติดกับถุงพลาสติก หรือกระดาษที่ใช้ห่ออาหาร เป็นเกล็ดของตะกั่ว,

8.3 แคดเมียม และโลหะหนักอื่นๆ ซึ่งเป็นพิษ

8.4 อากาศเป็นพิษ เนื่องจากยานพาหนะและโรงงานอุตสาหกรรมต่างก็พ่นควันซึ่งมีสารพิษหลายอย่าง เช่น เขม่า ดินน้ำมัน เป็นโซไฟรีนคาร์บอนมอนนอกไซด์ ออกไซด์ของไนโตรเจนและกำมะถัน โพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbon) ซึ่งมีปัญหาคือระบบทางเดินหายใจ

สารพิษที่ร้ายแรงหลายชนิดรบกวนทำลายความเสียหายให้แก่ระบบการขนส่งออกซิเจน เช่น

- ก๊าซพิษคาร์บอนมอนนอกไซด์จะจับกับฮีโมโกลบินได้ดีกว่าออกซิเจนมากถึง 200-300 เท่า จนทำให้ฮีโมโกลบินไม่สามารถพาออกซิเจนได้

- สารตะกั่วรบกวนการทำงานของเอ็นไซม์ที่ช่วยการสร้างฮีโมโกลบินในเซลล์ไขกระดูก จนทำให้เป็นโรคโลหิตจางขาดฮีโมโกลบิน การพาออกซิเจนจึงลดลงโดยทางอ้อม

8.5 ผงฝุ่นแอสเบสตอส (Asbestos) แอสเบสตอสเป็นสารจำพวกแมกนีเซียมซิลิเกต (Magnesium silicate) ใช้ทำวัตถุทนไฟและกันความร้อน ทำผ้าเบรครถยนต์ ใช้ผสมในวัตถุต่างๆ เช่น ผสมซีเมนต์ได้เป็นแผ่นเชลโลกริต ซึ่งใช้ทำฝ้ายบ้านและเพดาน

แอสเบสตอสอาจรวมกับโลหะบางชนิด เช่น เหล็กโครเมียม และนิเกิล เป็นเกล็ดแข็งซึ่งจะร่วมกับสารก่อมะเร็งอื่นๆ ทำให้เกิดมะเร็งได้ง่ายขึ้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่

8.6 สารกัมมันตภาพรังสีการทดลองระเบิดปรมาณูทำให้เกิดธาตุกัมมันตภาพรังสีชนิดใหม่เพิ่มขึ้นมาในสิ่งแวดล้อม กระจายไปในบรรยากาศชั้นบน และแผ่ขยายไปทั่วโลก ธาตุกัมมันตรังสีที่เกิดจากระเบิดปรมาณูหรือจากเตาปฏิกรณ์ปรมาณู ได้แก่ สตรอนเตียม-90 (90 Sr) และซีเซียม-137 (137 Cs) ซึ่งทำให้รังสีเบต้ามามีช่วงชีวิตครึ่ง 20 ปีและ 30 ปี ตามลำดับ รังสีเบต้าจาก 90 Sr ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือด (Leukemia) และกระดูก คือ ลิ่วคีมีย และโบนทูเมอ (Bone tumor)

การตรวจวินิจฉัยมะเร็งในระยะเริ่มแรก

การที่ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก จะทำให้สามารถรักษามะเร็งให้หายขาดได้โดยไม่ยากนัก ดังนั้นจึงควรที่จะระมัดระวังตนเองและตรวจสอบว่าเป็นมะเร็งหรือไม่เป็น ระยะเพื่อความปลอดภัยของชีวิตและสุขภาพ ผู้ที่มีประวัติมะเร็งในครอบครัวจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากกว่าคนทั่วไป ในกรณีที่เป็นไวรัสตับอักเสบบจะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสมะเร็งปอดได้สูงและผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์บ่อยและมีคู่มากกว่าหลายคน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนภัยว่ามีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งได้สูง 7 ประการ ดังต่อไปนี้คือ (ก่าพล ศรีวัฒนกุล. 2542 : 31)

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
2. ผลเรื้อรังที่ไม่หายสนิท
3. มีภาวะตกเลือดหรือมีตกขาวผิดปกติ
4. มีก้อนที่เต้านมและบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย
5. อาหารที่ไม่ย่อยและกลืนอาหารลำบาก
6. มีไข้หรือหูดที่มีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว
7. มีอาการไอเรื้อรังหรือเสียงแหบ

การตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อตรวจหามะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งผิวหนัง และมะเร็งของหู คอ จมูก ในระยะเริ่มแรกสามารถทำได้ไม่ยากนัก นอกจากนี้การตรวจโดยเอาเซลล์เยื่อปากมดลูกมาตรวจที่เรียกว่า แป๊ป สเมียร์ (Pap smear) จะช่วยวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกได้ การตรวจหาเลือดในอุจจาระและส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ และทวารหนักอาจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ และการตรวจเอกซเรย์เต้านมแบบแมมโมแกรม (Mammograms) จะวินิจฉัยก่อนมะเร็ง เต้านมได้ การตรวจวินิจฉัยมะเร็งทั่วไป ควรทำทุก

ระยะ 3 ปี ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี สำหรับการตรวจมะเร็งเต้านม ควรทำทุก 3 ปี และควรตรวจคลำก้อนด้วยตนเองทุกเดือน รวมทั้งควรถ่ายเอกซเรย์เต้านมเป็นพื้นฐานไว้ก่อนในช่วงอายุ 35-40 ปี การตรวจมะเร็งเต้านม ปากมดลูกและมดลูก ควรทำการตรวจภายในทุกปี

สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี ผู้หญิงอายุมากกว่า 40 ปี ควรได้รับการตรวจก่อนที่เต้านมโดยแพทย์ทุกปี ร่วมกับการตรวจด้วยตนเองทุกปี และควรตรวจเอกซเรย์เต้านมทุกระยะ 1-2 ปีและสำหรับผู้หญิงที่อายุเกินกว่า 50 ปี ควรตรวจเอกซเรย์เต้านมปีละครั้ง

ในการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งมดลูก ควรตรวจภายในทุกปี สำหรับผู้หญิงที่อายุเกินกว่า 40 ปี และในผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งของมดลูก อาจนำตัวอย่างเนื้อเยื่อไปตรวจ ถ้าหากมีประวัติความเสี่ยงสูง สำหรับมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปี ควรตรวจทวารหนักทุกรอบ 1 ปี และตรวจหาเลือดในอุจจาระด้วย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ควรส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Sigmoidoscopy) ทุกระยะ 3-5 ปี การตรวจหามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่พบได้มาก แต่ในกรณีของมะเร็งปอด การฉายเอกซเรย์ปอดเป็นระยะที่ไม่สามารถจะช่วยลดอัตราการตายได้มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากมะเร็งปอดมีการลุกลามและแพร่กระจายเร็วมาก ดังนั้นทางที่ดีจึงควรที่จะป้องกันโดยไม่สูบบุหรี่จะเป็นวิธีที่ดีที่สุด

การตรวจเลือดวัดสารบางชนิดที่จะบ่งบอกว่าอาจเป็นมะเร็งหรือเรียกว่า Tumor Markers เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการวิเคราะห์โรคได้ สารเหล่านี้ใช้ประโยชน์ในทางคลินิกได้บ้างคือ สาร HCG (Human Chorionic Gonadotropin) ซึ่งจะถูกสกัดจากเซลล์ของรก และเซลล์สืบพันธุ์ในรังไข่และลูกอัณฑะ นอกจากนี้ยังมีสารประเภทกรัยโคโปรตีน เรียกว่า CEA (Carcinoembryonic antigen) ซึ่งอาจสร้างในปริมาณสูงในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก อ่อน กระเพาะอาหาร ปอด และเต้านม อย่างไรก็ตามสารนี้อาจพบได้ในโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ลำไส้อักเสบ โรคปอดเรื้อรังและตับแข็ง เป็นต้น สารอีกชนิดหนึ่งที่เรียกว่า อัลฟาฟีโตโปรตีน อาจพบได้ในกรณีที่เป็นมะเร็งตับ มะเร็งลูกอัณฑะ และมะเร็งของทางเดินอาหาร มะเร็งอีกหลายชนิดยังอาจตรวจพบสารที่ปกติไม่มีการสร้างในปริมาณที่สูงในผู้ไม่เป็นมะเร็ง และอาจบ่งบอกถึงความรุนแรงของมะเร็งได้บ้างอีกด้วย

ในปัจจุบันสถิติของโรคมะเร็งมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และหากเปรียบเทียบระยะเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งที่พบป่วยมีชีวิตอยู่หลังได้รับการรักษาจะพบว่าคนไทยจะเสียชีวิตได้เร็วกว่าคนตะวันตก ในกรณีที่มะเร็งชนิดเดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นจากการที่คนไทยไม่ให้ความสำคัญในการตรวจหามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงทำให้เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งมักจะมีอาการรุนแรงเกินกว่าจะรักษาได้ ดังนั้นสมควรที่จะให้ความสนใจในการตรวจเบื้องต้น เพื่อจะได้ค้นพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งอย่างน้อยที่สุดควรตรวจร่างกายประจำปี ดังคำแนะนำตามตาราง 4

ตาราง 4 วิธีการตรวจมะเร็งที่พบบ่อยในระยะเริ่มต้นสำหรับเพศหญิง และเพศชาย

อวัยวะที่ทำการตรวจ	วิธีการตรวจ	อายุ	ความถี่
เพศหญิง			
เต้านม	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง	20 ปีขึ้นไป	ทุกเดือน
	เอ็กซเรย์เต้านม	35-39 ปี	1 ครั้ง
	(Mammogram)	40-49 ปี	ทุก 1-2 ปี
ปากมดลูก	ตรวจหาเซลล์มะเร็ง	18 ปีขึ้นไป	ตรวจปีละครั้ง
และมดลูก	จากเยื่อบุบริเวณปากมดลูก	หรือเมื่อเริ่มมี	ติดต่อกัน 3 ปี
	และตรวจภายใน	เพศสัมพันธ์	ถ้าผลตรวจปกติ ทั้งหมดการตรวจครั้ง ต่อไปจะขึ้นอยู่กับ ความเห็นของแพทย์
ลำไส้	ตรวจทางทวารหนัก	40 ปีขึ้นไป	ทุกปี
	ตรวจอุจจาระส่องกล้อง	50 ปีขึ้นไป	ทุกปี
	เพื่อดูลำไส้ส่วนปลาย	50 ปีขึ้นไป	ทุก 3-5 ปี
เพศชาย			
ต่อมลูกหมาก	ตรวจเลือด	50 ปีขึ้นไป	ทุกปี
	ตรวจทางทวารหนัก		
ลำไส้ใหญ่	ตรวจทางทวารหนัก	40 ปีขึ้นไป	ทุกปี
	ตรวจอุจจาระ	50 ปีขึ้นไป	ทุกปี
	ส่องกล้องเพื่อดูลำไส้	50 ปีขึ้นไป	ทุก 3-5 ปี
	ส่วนปลาย		

ที่มา : กำพล ศรีวัฒนกุล. ศาสตร์แห่งโรคมะเร็ง. 2542 : 34-35.

การป้องกันโรคมะเร็ง

การป้องกันโรคมะเร็งที่สำคัญคือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งและสารก่อมะเร็งและพยายามตรวจพบมะเร็งให้ในระยะเริ่มแรก สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งโดยทั่วไป ดังนี้ (บุญเติม แสงดิษฐ์. 2542 : 38)

1. ไม่สูบบุหรี่
2. ไม่ดื่มสุรามากเกินไป
3. เลิกเคี้ยวหมาก
4. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารด้านมะเร็งคือ ผัก ผลไม้ ธัญพืชเป็นประจำทุกวัน
5. หลีกเลี่ยงสารก่อมะเร็งต่างๆ
6. ลดอาหารไขมันสัตว์และเนื้อสัตว์สีแดง เค็มจัด เผ็ดจัด อาหารหมักดอง ใส่ดินประสิว อาหารรมควัน อาหารที่ไหม้เกรียมจากการปิ้งย่าง
7. หลีกเลี่ยงการได้รับมลพิษจากสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน เช่น จาการรถยนต์ โรงงานอุตสาหกรรม
8. ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กแรกเกิด
9. ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับโดยเลิกรับประทานปลาน้ำจืดดิบ เช่น ปลาขาว ปลาดู ปลาตะเพียน ปลาแม่สะแตง
10. อย่าปล่อยให้มึนน้ำหนักร่างกายมากเกินไป
11. หลีกเลี่ยงการได้รับแสงแดดนานเกินไป
12. ลดความเครียด มีการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจพอสมควร
13. ออกกำลังกายพอควรอย่างสม่ำเสมอ
14. ตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในขณะที่ยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

สัญญาณบอกเหตุและวิธีป้องกันมะเร็งของอวัยวะต่างๆ

อวัยวะที่พบมะเร็งได้บ่อยมีสัญญาณเตือนของการเป็นมะเร็งระยะแรก และวิธีการสร้างเกราะคุ้มกันมีดังต่อไปนี้

เต้านม มีก้อนหรือรู้สึกผิดปกติที่เต้านม ควรตรวจร่างกายประจำปีในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ควรตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ในช่วงหลังจากมีประจำเดือน

ลำไส้ใหญ่ มีอาการถ่ายเป็นเลือด ท้องผูกสลับกับท้องเสีย ควรตรวจระบบลำไส้สำหรับผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี

ปอด มีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก เสมหะปนเลือด ควรตรวจเอกซเรย์ปอดปีละครั้ง หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ โดยไม่สูบบุหรี่และไม่สูดควันบุหรี่ของผู้อื่น

ช่องปาก มีอาการแผลเรื้อรังที่ไม่หาย ควรตรวจสุขภาพในช่องปากประจำปีรักษาฟันและเหงือกให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการกินหมาก ไม่สูบบุหรี่

ผิวหนัง มีแผลเรื้อรังที่ไม่หาย การเปลี่ยนแปลงของตุ่มและไฟ ควรตรวจร่างกายเมื่อพบความผิดปกติหลีกเลี่ยงการอาบแดด

มดลูกหรือปากมดลูก มีเลือดหรือตกขาวหรือประจำเดือนผิดปกติ ควรตรวจภายในปีละครั้งสำหรับหญิงที่มีบุตรแล้วและหญิงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี

กล่องเสียง มีอาการเสียงแหบ กลืนลำบาก ควรตรวจร่างกายประจำปี

โพรงหลังจมูก มีก้อนต่อมน้ำเหลืองข้างคอโต เลือดออกในโพรงจมูก ควรตรวจร่างกายประจำปี ไม่สูบบุหรี่

ไต ทางเดินปัสสาวะ มีอาการปัสสาวะขัด มีเลือดออกในปัสสาวะหรือมีชิ้นเนื้อมันกับปัสสาวะ ควรตรวจปัสสาวะปีละครั้ง ไม่สูบบุหรี่

ต่อมลูกหมาก มีอาการปัสสาวะขุ่นหรือไม่พุ่ง ควรตรวจร่างกายประจำปี

กระเพาะอาหาร ปวดท้องเรื้อรัง ถ่ายอุจจาระสีดำ อาเจียนเป็นเลือด ควรตรวจร่างกายประจำปี ไม่สูบบุหรี่

ระบบโลหิตและต่อมน้ำเหลือง ตับหรือม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ควรตรวจร่างกายประจำปี

หากมีอาการที่ผิดปกติดังกล่าวควรพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนที่จะสายเกินแก้ หากไม่มีอาการใดๆ เพราะคุ้มกันที่ดีคือการพบปรึกษาแพทย์ปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้แพทย์ตรวจก็จะมีโอกาสป้องกันการเกิดโรคมะเร็งหรือพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ การตรวจร่างกายจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามความเสี่ยงของโรคซึ่งขึ้นอยู่กับประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัวและความผิดปกติต่างๆ

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ความหมายของมะเร็งเต้านม

พรธนา จิตดำรงขันธ์ (2540 : 15) กล่าวว่า มะเร็งเต้านม หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายที่มีอันตรายร้ายแรง เกิดขึ้นในบริเวณเต้านม สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นทำลายเนื้อเยื่อ ต่อมน้ำเหลือง และเส้นเลือดใกล้เคียงโดยรอบ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตของมันได้

ดังนั้น มะเร็งเต้านม หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นบริเวณเต้านม และสามารถแทรกซึมลุกลามไปทำลายเนื้อเยื่อ ต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ และเส้นโลหิตบริเวณใกล้เคียงโดยรอบ รวมทั้งสามารถแพร่กระจายไปได้ทุกส่วนของร่างกาย

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่าจะเกิดจากสาเหตุอะไร แต่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่ได้ทำการศึกษา และพบว่าปัจจัยหลายประการที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่

1. เพศ จากการศึกษานี้ของ ไพรัช เทพมงคล (2528 : 436) พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงสูงถึงร้อยละ 99 และพบในเพศชายประมาณร้อยละ 1 ซึ่งการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศชายจะมีน้อยแต่จะมีความเร็วและรุนแรงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากพบว่าต่อมน้ำนมเจริญไม่มากซึ่งประกอบกับการมีเนื้อเยื่อและไขมันที่ห่อหุ้มต่อมน้ำมน้อย จึงทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้อย่างง่าย

2. อายุ อายุเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดมะเร็งเต้านม จากการศึกษานี้ของ ออลลิน และสตาส (Allen. 1996 : 199 by Strax. 1990 : unpage) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม และเกิดในผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จากการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2538 พบว่าการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงที่สุดในสตรีที่มีอายุระหว่าง 40-45 ปี (National Cancer Institute, 1995 : 5) และอายุของผู้หญิงที่มีประจำเดือนครั้งแรก และอายุช่วงหมดประจำเดือน ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ และพบว่า สตรีที่มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้หญิงปกติเป็น 2 เท่า (วิญญู มิตรานันท์. 2538 : 578)

3. สภาพร่างกาย จากการศึกษานี้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของสตรี พบว่า สตรีที่เคยเป็นโรคเนื้องอกของเต้านมบางชนิดมาก่อน เช่น โรคถุงน้ำพังผืด หรือเต้านมอักเสบเป็นถุงน้ำเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่า (สมปอง รักษาสุข. 2527 : 14) หรือสตรีที่เคยเป็นโรคมะเร็งเต้านมข้างใด ข้างหนึ่งมาก่อนมีโอกาเป็นอีกข้างหนึ่งได้ 4-5 เท่าของผู้ที่ไม่เคยเป็น (Stool. 1984 : 321) และผู้ที่เคยเป็นโรคมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งรังไข่ เยื่อบุมดลูก ลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำลายก็มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากเช่นกัน (Brunner & Suddarth. 1984 : 1069)

4. สภาพแวดล้อม องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อสรุปว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งสูงถึงร้อยละ 80 (World Health Organization. 1979 : 54) และสตรีที่อยู่ในเมืองเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่อยู่ในชนบท (สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์ และคนอื่น ๆ. 2532 : 42)

5. อาหาร อาหารมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการก่อและการเกิดโรคมะเร็งทั้งในคนและในสัตว์ อาหารที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้มากที่สุด คือ อาหารไขมัน (World Health Organization. 1990 : 62) และพบว่าอาหารการกินของสตรีที่อยู่ในเมืองมักจะอุดมไปด้วยไขมันและโปรตีนมากกว่าสตรีที่อยู่ในชนบท (สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์ และคนอื่น ๆ. 2532 : 42)

6. พันธุกรรม ปัจจัยทางพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ วินัส ปัทมภาสพงษ์ (2526 : 90) พบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมักจะเกิดมะเร็งที่อวัยวะเดียวกันมากกว่าบริเวณอื่น สตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าสตรีทั่วไป สตรีที่มีมารดาเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่า และหากสตรีผู้นั้นเกิดโรคนี้นี้ขึ้นมาบ้างก็จะเป็นเมื่อมีอายุน้อยกว่ามารดา หรือป้า นางสาวของตนที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 12 ปี (สมปอง รักษาสุข. 2527 : 130) และพบว่าสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีมารดาเป็นโรคมะเร็งเต้านม แต่ถ้ามารดาเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูงถึง 9 เท่า (วิญญู มิตรานันท์. 2538 : 578)

7. ยาฮอร์โมน สตรีที่ชอบใช้ยาฮอร์โมนติดต่อกันเป็นเวลานานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะสตรีที่เคยเป็นโรคเนื้องอกของเต้านม และยังใช้ยาฮอร์โมนด้วย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูง (บัญญัติ เลิศอวาส. 2535 : 19)

8. รังสี รังสีเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับสารกัมมันตภาพรังสี หรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี หรือ Fluoroscopy ในรายที่เป็นเต้านมอักเสบ หรือวัณโรค พบว่าอัตราการเสี่ยงสูงในผู้ที่มียาอายุยังน้อยขณะที่ได้รับรังสี และสูงสุดในระหว่างอายุ 10-20 ปี โดยเฉพาะสตรีที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก เต้านมของสตรีมีความไวต่อรังสีมากกว่าเต้านมของสตรีที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป (บัญญัติ เลิศอวาส. 2535 : 19)

กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ (2542 : 224) ได้กล่าวถึง สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม ดังนี้คือ

1. ประวัติครอบครัว พบว่าบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวคือแม่หรือพี่น้องเป็น จะมีความเสี่ยงถึง 2-3 เท่า นอกจากนี้การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของมะเร็งเต้านมพบได้ 5-10% ซึ่งมักจะเป็นโรคนี้นี้ตั้งแต่อายุยังน้อย และมักเป็นทั้ง 2 ข้าง มากกว่าข้างเดียว

2. บุหรี่ จากสถิติของประเทศอเมริกาพบว่าสตรีที่สูบบุหรี่มีอัตราการเป็นมะเร็งปอดสูงขึ้น และเป็นมะเร็งเต้านมสูงตาม

3. ประเทศที่เจริญแล้ว อันเป็นสังคมแบบ Urbanization ที่สูงกว่าในสังคมแบบ Rural เช่นในอเมริกาพบสูงกว่า 100 คน จากประชากรต่อ 100,000 คน ในขณะที่ในประเทศไทยหรือสังคมลักษณะเกษตร จะมีอุบัติการณ์ 13.5 คนต่อประชากร 100,000 คน

4. ประวัติของการมีประจำเดือน ยิ่งเริ่มมีประจำเดือนตั้งแต่อายุยังน้อย และหมดวัยของการมีประจำเดือนยิ่งอายุมาก ในกลุ่มสตรีดังกล่าวจะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงขึ้นด้วย

5. ประวัติการตั้งครรภ์ ยิ่งตั้งครรภ์น้อยยิ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้นด้วย หรือแม้แต่มีบุตรคนแรกหลังจากอายุถึง 35 ปี หรือไม่เคยตั้งครรภ์เลยโอกาสมากขึ้นด้วย

6. ประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม มีส่วนเพิ่มโอกาสหรืออัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมด้วยเช่นกัน

7. หญิงอ้วน สตรีที่นิยมบริโภคอาหารจำพวกไขมัน นม เนย ก็จัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

8. การได้รับการกระตุ้นจากรังสี ได้รับรังสีมาก่อน โดยเฉพาะในวัยเด็ก หรือสาว โดยเฉพาะได้รับรังสีในบริเวณเต้านมด้วย

ดังนั้น สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมที่กล่าวมาข้างต้น นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสตรีทุกคน เช่นเพศ อายุ สภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม พันธุกรรม ยาฮอร์โมน อาหาร รังสี ฯลฯ การดูแลสุขภาพร่างกายของสตรีนับว่ามีความสำคัญอย่างมาก สตรีทุกคนควรป้องกันตนเองในการที่จะดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเมื่อเริ่มแรกเข้าสู่การเป็นวัย หรือการเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก และจนถึงช่วงของวัยหมดประจำเดือน ฉะนั้นผู้หญิงทุกคนควรได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดและเฉพาะคือ คลำพบก้อนแข็งในเนื้อเต้านมในระยะแรกๆ จะไม่มีอาการเจ็บ ไม่ปวด ก้อนเคลื่อนไหวได้เล็กน้อยในขณะก้อนเล็ก ซึ่งจะคลำพบยาก เมื่อโรคเป็นระยะมากขึ้นการคลำก้อนจะง่ายขึ้น คลำได้ชัดเจนขึ้น ต่อเมื่อมีระยะลุกลามหรือก้อนโตมากขึ้น ซึ่งอาจจะมีการดึงรั้งผิวหนังของเต้านมบุ๋มลง (Dimpling of skin) หรือหัวนมให้บุ๋มลง (Nipple retraction) ซึ่งก้อนจากก้อนมะเร็งได้ลุกลามดึงรั้ง Cooper's ligament ในบางรายจะพบว่าน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากหัวนมได้ อาจจะพบว่าผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดง หรือมีลักษณะเหมือนผิวส้ม ซึ่งเป็นเพราะมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองบริเวณหนังของผิวหนัง ต่อมาก้อนจะแตกเป็นแผล มีกลิ่นเหม็น ลักษณะสกปรก มีเลือดออกง่าย

ปัจจุบันมะเร็งเต้านมมักมีการแพร่กระจายไปที่อื่นแล้วตั้งแต่แรก เมื่อผู้ป่วยคลำก้อนได้ด้วยตนเอง ซึ่งก้อนดังกล่าวมักมีขนาดใหญ่กว่า 1 ซม. จนถึง 2.5 ซม. หรือมากกว่านั้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจจะคลำได้จากขนาดประมาณ 0.6 ซม. แต่ถ้าด้วยประโยชน์ของเครื่องเอกซเรย์-แมมโมแกรม แล้วเราสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก 0.1 ซม.

การแบ่งระยะของโรค

ระยะที่ 0 : คลำไม่พบก้อน แต่ตรวจพบและพิสูจน์ได้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม

ระยะที่ 1 : ก้อนที่เป็นมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม.

ยังไม่มี การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรือที่ไกลๆ อื่นๆ

ระยะที่ 2 : เป็นแบบใดแบบหนึ่ง คือ

- ก้อนมะเร็งเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 ซม. และมีการกระจายไปต่อม

น้ำเหลือง ได้รั้งรั้งข้างเดียวกันแล้ว

- ก้อนมะเร็งขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลาง 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ข้างเดียวกันหรือไม่ก็ได้
- ก้อนมะเร็งเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ซม. แต่ไม่แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

ระยะที่ 3 A : เป็นแบบใดแบบหนึ่ง คือ

- ก้อนขนาดเล็กกว่า 5 ซม.
- มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ข้างเดียวกันและติดกันกับเนื้อเยื่ออื่นๆ โดยรอบต่อมน้ำเหลือง
- ก้อนขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ข้างเดียวกัน

ระยะที่ 3 B : เป็นแบบใดแบบหนึ่ง คือ

- มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงบริเวณเต้านม อันได้แก่ ผิวหนัง ผนังหน้าอก รวมทั้งกล้ามเนื้อหน้าอก กระดูกซี่โครง
- มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองด้านในระหว่างผนังหน้าอก

ระยะที่ 4 : มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว ซึ่งมักจะไปที่กระดูก ปอด ตับ และสมอง หรือมะเร็งอาจแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าของข้างเดียว

การตรวจวินิจฉัย

การค้นหามะเร็งเต้านมเพื่อพบโรคในระยะเริ่มแรกนั้น ได้แก่

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื่องจากของเต้านมรวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง

วิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สตรีทุกคนตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ โดยเฉพาะผู้มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และควรตรวจเพื่อหาก้อนในเต้านมหรือพังผืดหนาในเนื้อเต้านมทุกเดือน ช่วงเวลาที่เหมาะสมคือ ประมาณ 7 วันหลังวันแรกของประจำเดือน ซึ่งเต้านมในระยะนี้จะหายจากอาการปวด กดเจ็บ และบวมในช่วงก่อนและขณะมีประจำเดือน สำหรับสตรีสูงอายุที่หมดประจำเดือน ควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยตรวจในวันเดียวกันประจำทุกเดือน ในการตรวจนี้ควรเลือกใช้ช่วงสั้นๆ ที่เป็นเวลาว่างและเลือกใช้สถานที่ที่ไม่มีผู้หนึ่งผู้ใดมารบกวนในระยะสั้น ห้องอาบน้ำหรือห้องนอนเป็นสถานที่เหมาะสมที่สุด แต่ควรมีกระจกเงาที่จะช่วยให้สามารถมองเห็นเต้านมได้เป็นอย่างดี ควรทำการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอตลอดไป โดยการตรวจเพียงเดือนละครั้งก็พอ ระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำการตรวจคือ ภายหลังจากหมดประจำเดือนแต่ละเดือนใหม่ๆ ซึ่งในระยะ

เวลาดังกล่าวเต้านมจะมีลักษณะอ่อนตัวกว่าระยะอื่น ถึงแม้เข้าสู่วัยที่หมดประจำเดือน ควรจะ
กระทำการตรวจเต้านมเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 3 วิธีคือ

วิธีที่ 1 ตรวจในขณะอาบน้ำ

ขณะอาบน้ำเป็นระยะเวลาที่ผิวหนังเปียกและลื่นจะทำให้การตรวจง่ายขึ้น การ
ตรวจทำโดยใช้ปลายนิ้วมีอวางราบบนเต้านม คลำและเคลื่อนนิ้วมือในลักษณะคลึงเบาๆ ทั่ว
ทุกส่วนของเต้านม เพื่อค้นหาก้อนหรือเนื้อที่แข็งเป็นไตผิดปกติหลังอาบน้ำแล้วจึงทำการตรวจ
เต้านมต่อไป ดังภาพประกอบ 4 (ยุวดี จอมพิทักษ์. มปป : 40)

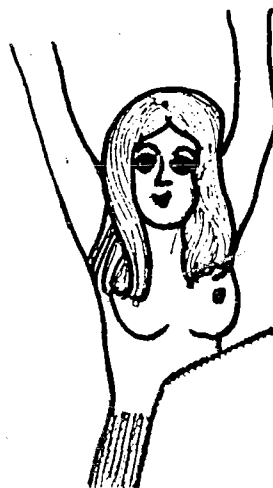


ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนตรวจในขณะอาบน้ำ

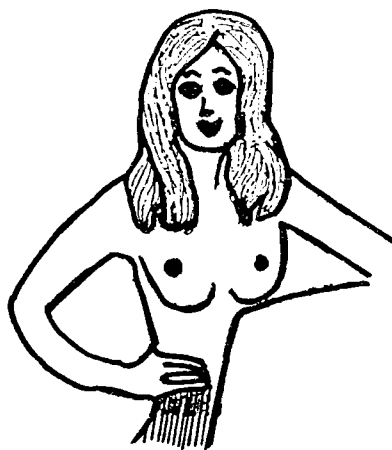
วิธีที่ 2 การตรวจหน้ากระจก

ท่าที่ 1 ยืนตรงมือแนบลำตัว แล้วยกแขนขึ้นสูงเหนือศีรษะ สังเกตลักษณะของเต้านมเพราะโดยการเคลื่อนยกแขนขึ้น จะสามารถมองเห็นความผิดปกติได้

ท่าที่ 2 ยกมือขึ้นทำเอว เอามือกดสะโพกแรงๆ เพื่อให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้ออก สังเกตดูลักษณะที่ผิดปกติ ดังภาพประกอบ 5 และ 6 (ยุวดี จอมพิทักษ์. มปป. : 41)



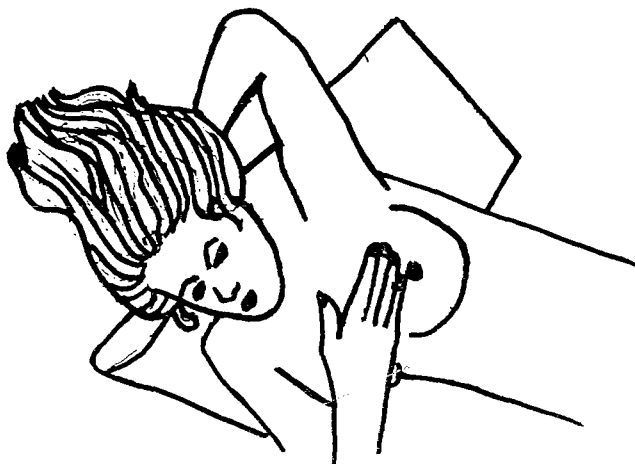
ภาพประกอบ 5 การตรวจหน้ากระจก ท่าที่ 1



ภาพประกอบ 6 การตรวจหน้ากระจก ท่าที่ 2

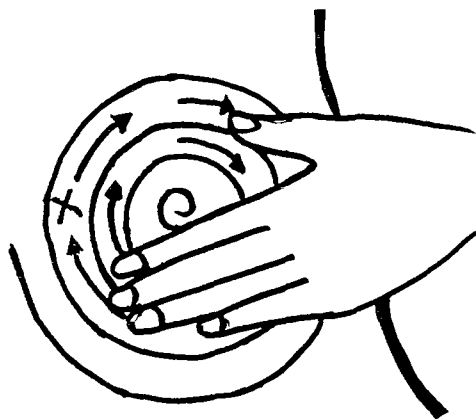
วิธีที่ 3 การตรวจในท่านอน

นอนราบและยกมือข้างหนึ่งไว้ใต้ศีรษะ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งตรวจคลำให้ทั่วทุกส่วนของเต้านม เสร็จแล้วตรวจเต้านมอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน ดังภาพประกอบ 7 (ยุวดี จอมพิทักษ์. มปป. : 42) .



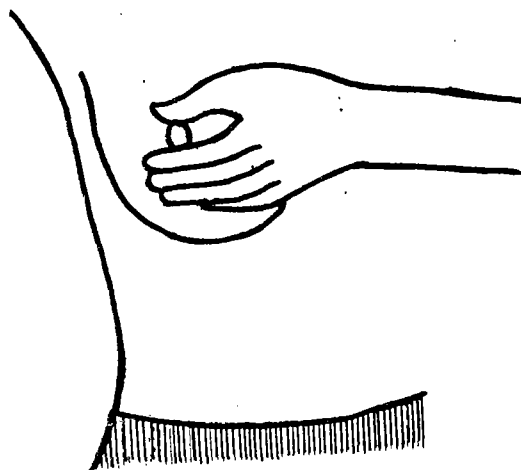
ภาพประกอบ 7 การตรวจในท่านอน

การตรวจแต่ละข้าง ให้เริ่มต้นที่จุดบริเวณส่วนนอกและเหนือสุดของเต้านม (จุด x ในภาพประกอบ 5) เวียนไปโดยรอบเต้านม แล้วเคลื่อนมือขยับเข้ามาเป็นวงแคบเข้าจนถึงบริเวณหัวนม พยายามตรวจให้ทั่วทุกส่วนของเต้านม ดังภาพประกอบ 8 (ยุวดี จอมพิทักษ์. มปป. : 42)



ภาพประกอบ 8 การตรวจแต่ละข้าง

ให้ค่อยๆ บีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เพื่อสังเกตดูว่ามีน้ำเลือด น้ำหนอง หรือน้ำใสๆ อื่นๆ ไหลออกมาหรือไม่ ดังภาพประกอบ 9 (ยวดี จอมพิทักษ์. มปป. : 43)



ภาพประกอบ 9 การบีบหัวนม

กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ (2542 : 230-233) ได้กล่าวถึง การรักษามะเร็งเต้านม ในเรื่องของการดูแลรักษาแตกต่างกันไป ขึ้นกับลักษณะของเซลล์ที่เป็นระดับการแพร่กระจายของโรค ในขณะที่วินิจฉัยได้ รวมทั้งอายุของคนไข้ สภาวะการมีประจำเดือน และสุขภาพโดยทั่วไปของคนไข้ก็มีบทบาทในการตัดสินใจ เลือกวิธีการรักษาเพื่อให้ผลดีที่สุด การรักษาจะทำการตามมาตรฐาน ซึ่งจะให้ผลดีมากที่สุดตามสถิติที่เคยใช้รักษาในอดีตที่ผ่านมา ๆ มา แต่บางครั้งผลที่ได้รับไม่เป็นที่น่าพอใจ ไม่ว่าจะเป็นผลข้างเคียงของการรักษา หรือการดื้อต่อการรักษา เมื่อนั้นการรักษาแบบที่ยังอยู่ในขั้นทดลองจึงจะถูกนำมาพิจารณาใช้เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ที่อาจได้ผลดีกว่าในการรักษา

วิธีรักษามะเร็งเต้านม

1. การผ่าตัด (Surgery) : เป็นการเอาก้อนที่เป็นมะเร็งออกไป
2. รังสีรักษา (Radiation therapy) : เป็นการให้ X-ray กำลังสูงในการฆ่ามะเร็ง
3. ฮอร์โมนบำบัด (Hormone therapy) : เป็นการให้ฮอร์โมนเพื่อยุติการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง
4. เคมีบำบัด (Chemotherapy) : เป็นการให้ยา (สารเคมี) ในการฆ่าเซลล์มะเร็ง

การผ่าตัดเพื่อการรักษา

เป็นการรักษาที่ต้องทำโดยพื้นฐานที่จะเอาก้อนที่เป็นมะเร็งออกไป ซึ่งมักต้องเจาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกมาด้วยเสมอ เพื่อตรวจดูการแพร่กระจายของโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดนั้นก็มีหลายวิธีการที่ใช้

1. การผ่าตัดแบบที่ยังเก็บเต้านมไว้มีหลายวิธีการคือ

1.1 Lumpectomy บางครั้งอาจเรียกว่า Excisional biopsy หรือ Wide excision เป็นการเอาก้อนที่เป็นมะเร็งและเนื้อเยื่อที่ติดรอบก้อนออกไปเท่านั้น การทำผ่าตัดแบบนี้มักต้องทำการฉายรังสีไปที่เต้านมที่ยังคงเหลือเอาไว้ด้วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่อีก

1.2 Partial หรือ segmental mastectomy เป็นการเอาก้อนเนื้อที่เป็นมะเร็งรวมทั้งเนื้อเยื่อเต้านมโดยรอบก้อน และชั้นพังผืดที่คลุมเหนือกล้ามเนื้อหน้าอกบริเวณใต้ก้อนมะเร็งออกไป และที่ต้องทำร่วมด้วยเสมอคือ การเจาะเอาต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกไป การผ่าตัดแบบนี้มักต้องใช้รังสีรักษาเต้านมที่ยังเหลืออยู่ด้วย

2. การผ่าตัดแบบตัดเต้านมออก

2.1 Total หรือ simple mastectomy เป็นการเอาเต้านมออกทั้งก้อน รวมไปถึงต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ด้วย

2.2 Modified radical mastectomy เป็นการเอาเต้านมออกทั้งก้อน รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ชั้นของพังผืดที่คลุมอยู่เหนือกล้ามเนื้อหน้าอก

2.3 Radical mastectomy เป็นการเอาเต้านมออกทั้งก้อน รวมทั้งกล้ามเนื้ออก และต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เอาออกไปด้วย เมื่อก่อนใช้การผ่าตัดแบบนี้กันเป็นส่วนมาก แต่ขณะนี้มักทำเฉพาะในรายที่มะเร็งลุกลามไปที่กล้ามเนื้อหน้าอกเท่านั้น

ในผู้ป่วยสตรีไทย Stage I โดยทั่วไปมักจะรักษาโดยการผ่าตัดที่ยังเก็บเต้านมไว้ โดยจะฉายรังสีรักษาบริเวณเต้านมที่เหลือไว้

การใช้รังสีรักษา

เป็นการใช้ X-rays กำลังสูง (High energy X-rays) ในการฆ่าเซลล์มะเร็งหรือทำให้ก้อนมะเร็งเล็กลงไป รังสีที่ใช้หรือทำให้ก้อนมะเร็งเล็กลงไป รังสีที่ใช้อาจจะออกมาจากเครื่อง หรืออาจจะใช้ใส่กัมมันตรังสีเข้าไปในส่วนที่เป็นมะเร็งก็ได้

การใช้รังสีรักษาจะได้ประโยชน์เพราะเราไม่อาจทราบได้ว่าเซลล์มะเร็งมีการกระจายกระจายในเนื้อเยื่อส่วนอื่น ๆ ของเต้านมที่ยังเหลืออยู่บ้างหรือเปล่า พบว่าการฉายรังสีรักษาทำให้ลดอัตราการกลับเป็นใหม่อีกครั้งในจุดที่เคยเป็น และถ้ายังไม่ได้ใช้รังสีรักษาแล้วกลับเป็นใหม่ในจุดเดิมเราก็มักจะรักษาด้วยการฉายรังสีเสมอ

รังสีรักษาอาจจะใช้ก่อนการผ่าตัดก็ได้ ถ้าก้อนมะเร็งที่เป็นมีขนาดใหญ่มาก รังสีก็จะทำให้ขนาดของก้อนเล็กลง ทำให้ผ่าตัดออกได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้รังสีรักษามักใช้ในการลดการปวดจากการที่มะเร็งลุกลามไปที่กระดูกได้ดี และยังใช้ในการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่สมองได้ด้วย

การใช้รังสีอาจมีผลข้างเคียงคือปวดเมื่อปฏิบัติหน้าที่ผิวหนัง การรับรู้ความรู้สึก สัมผัส ผิวของผิวหนัง การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสผิวหนังจะเปลี่ยนไปเนื้อเยื่อบวมได้

ฮอร์โมนบำบัด

เป็นการเปลี่ยนระบบฮอร์โมนที่ร่างกายมีอยู่ที่อาจจะเป็นตัวช่วยให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโต โดยเฉพาะในคนไข้ที่พบว่ามี Estrogen หรือ Progesterone receptor ในก้อนมะเร็ง การใช้ฮอร์โมนบำบัดอาจทำได้โดยการผ่าตัดเอาอวัยวะที่ผลิตฮอร์โมนออก เช่น รังไข่ ซึ่งมักจะเป็นในสมัยก่อน หรืออาจใช้ยาฮอร์โมนที่ผลิตขึ้นให้คนไข้หรือกินเข้าไปก็ได้

หลังจากผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปไม่ว่าจะผ่าหมดหรือเก็บบางส่วนเอาไว้ ร่วมกับการใช้รังสีรักษา จะเป็นการรักษาและควบคุมไม่ให้กลับเป็นอีกในจุดบริเวณเดิมได้ดี ในคนไข้ที่ก้อนมะเร็งเล็กกว่า 1 ซม. และยังไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง มักจะหายและมีชีวิตอยู่ได้นานเกิน 5-15 ปี ถัดไป แต่ในกลุ่มที่พบก้อนมะเร็งที่ใหญ่กว่านี้ พบว่าหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดและรังสีแล้ว ยังอาจมีการตายจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ ได้อีก การใช้เคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด และรังสีรักษา จะช่วยฆ่าเซลล์มะเร็งที่อาจกระจายตัวไปแล้ว ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งลงได้อีกมาก

การรักษาด้วยเคมีบำบัด

เคมีบำบัดคือ การรักษาเซลล์มะเร็งด้วยสารเคมีที่มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญเติบโตหรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์ ยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากยาปฏิชีวนะและยารักษาโรคอื่นๆ คือ สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ

การรักษาทางเคมีบำบัดได้มีวิวัฒนาการของวิชาการสูงขึ้นเป็นลำดับจนกระทั่งปัจจุบันนี้สามารถรักษามะเร็งบางชนิดให้หายได้ หรืออย่างน้อยก็มีอายุยืนยาวนานเกิน 5 ปีขึ้นไปด้วยเคมีบำบัดอย่างเดียวหรือผสมผสานกับศัลยกรรม

สุเมตธา ทองประเสริฐ (2536 : 79-81) ได้กล่าวถึงเคมีบำบัดที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่สมัย ปี ค.ศ. 1940 เป็นต้นมา วิวัฒนาการเกี่ยวกับการค้นพบยาเคมีบำบัดชนิดใหม่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยา ข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละตัว ตลอดจนผลการรักษาของมะเร็งแต่ละชนิดได้มีการปรับปรุง แก้ไข และศึกษาเพิ่มเติมมาโดยตลอด จนกระทั่ง

ในปัจจุบันมียาเคมีบำบัดซึ่งใช้กันอยู่ทั่วไปเป็นจำนวนมาก ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีคุณสมบัติเด่น คือ การไปขัดขวาง ทำลายการทำงานของเอนไซม์หรือสารซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้าง DNA ของเซลล์ เซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งเซลล์อย่างรวดเร็วและมีการสังเคราะห์ DNA เกือบตลอดเวลา ดังนั้น เซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายด้วยยากลุ่มนี้ได้ง่ายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเซลล์ปกติในร่างกาย

การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีข้อควรระวังและผลข้างเคียงหลายประการ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการให้ยาจะต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากการใช้ยากลุ่มนี้ในการรักษามะเร็งในระยะแพร่กระจายแล้ว ยังอาจใช้เคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริม ร่วมกับการผ่าตัดหรือฉายรังสี และอาจใช้เป็นยาบำรุง ก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสีด้วย การให้ยาเคมีบำบัดปัจจุบันนี้นิยมนำตัวยาเดี่ยว ๆ จากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกันเป็น Combination chemotherapy ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดพิษของยาแต่ละชนิดลง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น รวมทั้งลดการดื้อยาของโรคมะเร็งด้วย

ยาเคมีบำบัด (Chemotherapeutic agents)

การแบ่งประเภทของยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งนั้นอาจแบ่งตามคุณสมบัติทางเคมีร่วมกับข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาว่าออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งที่ตำแหน่งใดของการสร้างเซลล์ โดยแบ่งออกได้เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้คือ

1. Alkylating agents ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์โดยวิธีเอา Alkyl group ไปแทนที่ Hydrogen atom ใน DNA จึงรบกวน DNA Replication มีผลทำให้การสร้างโปรตีนเสียไป อันเป็นผลทำให้เซลล์ตายในระยะต่อมา ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ busulfan, chlorambucil เป็นต้น

2. Antimetabolites ออกฤทธิ์รบกวนการสร้าง DNA ผิดปกติ (False coding) จึงใช้ได้ผลดีกับเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Ara-C, 5-fluorouracil, Methotrexate เป็นต้น

3. Antitumor antibiotics ออกฤทธิ์โดย 2 กลไกหลัก คือ

3.1 ยับยั้งการสร้าง DNA เช่น รวมตัวกับ DNA ทำให้เพิ่มจำนวนไม่ได้

3.2 ยับยั้งการสร้าง DNA-dependent RNA

4. Mitotic inhibitors หรือ Plant alkaloids เป็นยาที่ทำลายเซลล์ซึ่งอยู่ในวงจรของการแบ่งตัว ทำให้เซลล์อยู่ในระยะ Metaphase โดยที่ยานี้จะไปจับกับ Microtubules ทำให้การสร้าง Mitotic spindle เสียไป เป็นผลให้เซลล์หยุดการแบ่งตัวและการที่ขาด Mitotic spindle ยังมีผลทำให้ Chromosome กระจายอยู่ทั่วไปใน Cytoplasm หรือจับกันเป็นกลุ่ม ๆ เป็นผลทำให้มีเซลล์ตายในที่สุด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Vincristine, Vinblastine, Etoposide เป็นต้น

5. Platinum-containing agents ออกฤทธิ์โดยเข้าไปแทรกใน DNA ทำให้เกิด Single และ Double strand breaks ใน DNA ยากลุ่มนี้ได้แก่ Cisplatin

6. ยาอื่น ๆ ได้แก่

6.1 Hydroxyurea ออกฤทธิ์ยับยั้ง Ribonucleotide reductase จึงหยุดการสร้าง DNA

6.2 L-asparaginase ออกฤทธิ์ทำลาย Asparagine ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการสังเคราะห์โปรตีน

6.3 Procarbazine กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่าไปหยุดการสร้าง DNA RNA และโปรตีน

การให้ยาร่วมกัน (Combination chemotherapy)

คือ การให้ยาหลาย ๆ ตัวในการรักษามะเร็งชนิดหนึ่ง โดยให้พร้อมกันหรือหมุนเวียนให้ตรงกับจุดประสงค์ในระหว่าง Cell cycle การให้ยาร่วมกันนี้เป็นที่นิยมกันมากในปัจจุบัน เพราะทำให้มีอัตราการตอบสนองสูงกว่าการใช้ยาเดี่ยว ๆ ทำให้ไม่ดื้อยาเร็ว และไม่ค่อยพบปัญหาว่าเป็นพิษเพิ่มขึ้นถ้าหากลดขนาดให้เหมาะสม

หลักเกณฑ์การให้ยาร่วมกัน

1. ยาแต่ละตัวต้องมีฤทธิ์ทำลายเซลล์ของมะเร็งได้ดี
2. จะต้องออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ในขั้นตอนของการสร้าง DNA หรือ RNA ที่ต่าง

จุดกัน

3. จะต้องออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ใน cycle ที่อยู่คนละ phase
4. จะต้องไม่ออกฤทธิ์ต่อต้านกันเอง (Antagonism)
5. ต้องเลือกเวลาในการให้ยาแต่ละตัว ทำให้ยาทุกตัวออกฤทธิ์ได้อย่างเต็มที่
6. ยาแต่ละตัวต้องมีการข้างเคียงหรือความเป็นพิษที่ไม่ซ้ำกัน

เคมีบำบัดและอาการข้างเคียง

อาคม เขียรศิลป์ (2528 : 2) การเลือกให้ยาเคมีบำบัดกลุ่มใดนั้น แพทย์จะต้องพิจารณาจากชนิดของมะเร็ง ตำแหน่ง และระยะของมะเร็ง ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์รากผม โดยเลือกให้ยาที่มีผลต่อเซลล์ปกติที่น้อยที่สุด การใช้ยาเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกัน โดยเลือกยาที่มีคุณสมบัติเสริมฤทธิ์กันและมีผลข้างเคียงแตกต่างกัน ช่วยให้เกิดอาการข้างเคียงไม่รุนแรงเกินไป ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงได้และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา

อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจะมากหรือน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดแล้ว ยังขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ได้รับและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกายหลายๆ ระบบ ได้แก่

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

1.1 คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญที่พบได้เสมอในผู้ป่วยแทบทุกราย กลไกการเกิดยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน เชื่อว่าสาเหตุใหญ่เกิดจากเคมีบำบัดไปกระตุ้นที่คิโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์โซน (Chemoreceptor trigger zone) แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน อาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของยา ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงมากได้แก่ ซิสพลาติน (Cisplatin) แดกคาร์บาซีน (Dacarbazine) แดกตินอมัยซิน (Dactinomycin) เป็นต้น ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับยา และอาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้ยา

1.2 เบื่ออาหาร เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ความอยากอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์หลังได้รับยาเคมีบำบัด

1.3 เยื่อช่องปากอักเสบ (Stomatitis) เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) สำหรับเซลล์ใหม่ลดลง เซลล์เก่าหลุดลอกไปตามอายุไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทน เกิดเป็นแผลขึ้น อาการนี้จะเกิดขึ้นหลังได้เคมีบำบัด 5-7 วัน อาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและยาหมุดฤทธิ์ หากไม่ได้รับการดูแลมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องปาก ปวดแสบร้อนในปากและรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากเยื่อช่องปากมีความไวต่อความร้อนและความเย็นของอาหาร

1.4 เยื่อหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) จากผลของเคมีบำบัดต่อเซลล์เยื่อหลอดอาหาร ทำให้เกิดอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก

1.5 ท้องเสีย เคมีบำบัดระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารลดลง เกิดอาการท้องเสีย นอกจากนี้อาจเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราวและจะดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยาหรือเมื่อเซลล์เยื่อทางเดินอาหารเจริญขึ้นมา ทดแทน อาการท้องเสียที่รุนแรงทำให้เกิดการขาดน้ำ เสียสมดุลของเกลือแร่และอาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารร่วมด้วย

1.6 ท้องผูกเกิดจากยาเคมีบำบัดบางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มวินคาร์อัลคาลอยด์ (Vincal alkaloid) ซึ่งมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนี้ อาจเกิดจากความอ่อนเพลีย การขาดน้ำ การได้รับยาคลายกลัมเนื้อ คลายความวิตกกังวลและซึมเศร้า อาการท้องผูกจะเกิดขึ้นชั่วคราวและดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์

2. ระบบไขกระดูก เคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด ทำให้เกิด

2.1 ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ จากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด 7-14 วัน แล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์

2.2 ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง จากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง จะเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 7 วัน และอาการจะดีขึ้นภายใน 28 วัน อาการอ่อนเพลียมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานและคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง และทำให้เกิดความทุกข์ ซึมเศร้า

2.3 ภาวะเลือดออกง่าย จากผลของเคมีบำบัดต่อเกล็ดเลือดทำให้จำนวนเกร็ดเลือดลดน้อยลง อาการจะเกิดขึ้นหลังได้ยาเคมีบำบัดแล้ว 2 สัปดาห์ (Dodd 1987 : 35) ถ้าจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายและหยุดยากหากได้รับบาดเจ็บ และถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้มีเลือดออกได้เอง

3. ผิวหนัง ผมและขน เคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและผมร่วง

3.1 ผิวหนังแห้งและคัน เคมีบำบัดบางชนิดทำให้ผิวคล้ำดำและมีความไวต่อแสงแดด มีผื่นขึ้น เกิดสิว และมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว เช่น จาก อเดรียมัยซิน (Adriamycin) บลีโอมัยซิน (Bleomycin) บุซัลแฟน (Busulfan)

3.2 ผมและขนร่วง เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลต่อรากผมและขน ทำให้ผมและขนร่วงง่าย มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก แต่อาการนี้จะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์หลังได้รับยาและผมจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 1 เดือนหลังจากหยุดยาแล้ว

4. ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ (Soft tissue reaction) เคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด บางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อไม่รุนแรง เพียงทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ แต่บางชนิดมีผลต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมากทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด ได้แก่ อเดรียมัยซิน (Adriamycin) มัยโทมัยซิน (Mitomycin) วินคริสติน (Vincristin) วินบาสติน (Vinblastin)

5. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงเคมีบำบัดบางชนิดอาจมีผลทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดประจำเดือนได้ ส่วนในเพศชายอาจทำให้เป็นหมันชั่วคราวขณะรับการรักษา เพราะเคมีบำบัดส่วนใหญ่ทำให้จำนวนสเปิร์ม และการเคลื่อนไหวของสเปิร์มลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18-24 เดือน

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ความรู้ (Knowledge)

มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้หลายท่านดังนี้

กูด (Good. 1973 : 325) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึง

รายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นกระบวนการทางด้านสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการต่าง ๆ โดยลักษณะของความรู้จะเป็นการเพิ่มพูนมากขึ้นจากเดิม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึง พฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะได้จากการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

ระดับความรู้

ระดับความรู้สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้ บลูม (Bloom. 1975 : 65-197)

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถที่จะจดจำหรือระลึกได้ เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มาแล้ว

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ แล้วแสดงความเข้าใจออกมาในรูปของการแปลความ เป็นการจับใจความได้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมาย การตีความหมายเป็นการอธิบายหรือสรุปเรื่องราว และการขยายความของเนื้อหาที่เกินกว่าขอบเขตที่รู้

3. การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับมาไปปรับหรือประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ไปสู่ส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือเรื่องเหล่านั้น

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำส่วนย่อย ๆ มารวมกันเป็นหมวดหมู่ หรือเรื่องเดียวกัน ซึ่งมีการผสมผสาน จัดเรียบเรียงเป็นโครงสร้างใหม่ ก่อให้เกิดเป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการให้คุณค่าของข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทั้งในรูปของปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด
วิธีการวัดความรู้

สุชาติ โสมประยูร และเอมอัชฌา วัฒนบุรณนธ์ (2542 : 137) กล่าวว่า ความรู้วัดได้ง่ายกว่าพฤติกรรมอย่างอื่น กระทำโดยการใช้แบบทดสอบหรือข้อสรุปให้นักเรียนแสดงความรู้หรือความคิดออกมา ซึ่งมีวิธีการที่ใช้วัดได้หลายวิธี ดังนี้

1. การใช้แบบทดสอบชนิดต่าง ๆ ทั้งแบบอัตนัยและปรนัย แบบปรนัยที่นิยมกันมาก ได้แก่ แบบถูกผิด แบบเลือกตอบ แบบจับคู่ และแบบเติมความ ซึ่งมีทั้งแบบทดสอบที่ครูสร้างขึ้น และแบบทดสอบมาตรฐาน

2. การสัมภาษณ์ การสนทนา หรือการซักถาม ซึ่งครูอาจจะกระทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ โดยครูอาจจะทำเป็นแบบฟอร์มขึ้น หรือจดบันทึกเอาไว้เป็นหลักฐาน

3. การสาธิต หรือการปฏิบัติ อาจสาธิตหรือแสดงโดยครูหรือนักเรียนก็ได้แล้วแต่ตามความเหมาะสม ด้วยการให้นักเรียนตอบหรือชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ได้สาธิตหรือแสดงให้ดูนั้นถูกหรือผิดอย่างไร

4. การตรวจผลงานของนักเรียน เช่น ผลงานจากการทำรายงาน การจดบันทึก การเก็บรวบรวม การทำสมุดภาพ ซึ่งวิธีเหล่านี้ครูควรอธิบายให้นักเรียนเข้าใจถึงความมุ่งหมายและวิธีการทำผลงานด้วย

5. การสังเกตของครู วิธีนี้อาจจะได้ผลน้อย และไม่ค่อยจะแน่นอน เช่น การสังเกตสีหน้าและหน้าตาหรือท่าทางของนักเรียนในขณะที่ครูสอนว่าสงสัยหรือไม่เข้าใจอย่างไร รวมทั้งการสังเกตสมาธิหรือความตั้งใจเรียนของนักเรียน เป็นต้น

เจตคติ (Attitude)

นิภา มนูญปัจจุ (2528 : 68) ให้ความหมายเจตคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทักษะ ความชอบ การให้คุณค่า ค่านิยม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 226) ให้คำจำกัดความของเจตคติว่าเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้นักคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อสถานการณ์ภายนอก องค์ประกอบของเจตคติประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา ทางด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์กันมากและนำไปสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนการเกิดเจตคติมีดังนี้คือ

1. การรับ หรือการให้ความเข้าใจ (Receiving of attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อสิ่งเร้า
3. การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบค่านิยมต่าง ๆ เข้าเป็นกลุ่ม
4. การแสดงตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (พัชนี วรกวิน. 2522 : 70-72)

1. การเอาใจใส่ เป็นความสนใจ ใส่ใจในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจ กระบวนการขั้นต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้นและไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สิ่งซึ่งทำให้คนสนใจฟังและเอาใจใส่ ได้แก่ ผู้ส่งความและเนื้อหาสาระนั้น ๆ
2. ความเข้าใจ เป็นความเข้าใจในความหมายของเนื้อหา นั้น ๆ เนื้อหาที่ยากหรือยุ่งเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจและไม่เข้าใจ
3. การยอมรับ เป็นผลจากข้อ 1 และ ข้อ 2 หากบุคคลตั้งใจฟัง เกิดความเข้าใจก็จะทำให้เกิดการยอมรับตามมา
4. การเก็บเอาไว้ เป็นความคงทนหรือความจำที่เก็บไว้ระยะหนึ่งเมื่อเวลาผ่านไป อาจเปลี่ยนไปหรือคงอยู่ เรื่องราวใดที่มีความสำคัญจะทำให้จำได้นาน หรือการสื่อสารที่ดึงดูดความสนใจแก่ผู้รับโดยการเสนอบ่อย ๆ จะทำให้จำได้นาน
5. การกระทำ บุคคลเมื่อมีการเปลี่ยนเจตคติก็จะเปลี่ยนการกระทำด้วย เพื่อแสดงถึงการมีเจตคตินั้น ๆ

บุญธรรม กิจปริตติปริสุท (2527 : 66) กล่าวว่า การวัดเจตคติมีวิธีการวัดต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่อาจจะสรุปได้แน่นอนว่าเป็นเจตคติ เพียงแต่นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นอย่างไร
2. วิธีการรายงานด้วยคำพูด โดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบปรนัยแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้และใช้ศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคลจำนวนมากอีกด้วย
3. วิธีการแปลความ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบอัตนัย เหมาะสำหรับใช้วัดบุคคลจำนวนน้อย ซึ่งต้องอาศัยเวลามากในการวัด ผู้ถูกวัดจะแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะตอบคำถามได้อย่างไม่ถูกจำกัดในด้านเวลาและขอบเขตของเนื้อหา

การปฏิบัติ (Practice)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 248-249) กล่าวว่า การปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และมีผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น การเลือกอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติมีเป้าหมาย 2 ประการคือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติว่ากระทำอะไรบ้าง และความบ่อยในการกระทำมีมากเท่าไร พฤติกรรมการปฏิบัติแบ่งได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังใช้ส้วม
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารครบทุกหมู่ การออกกำลังกาย ตรวจฟันทุก 6 เดือน
3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เช่น ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ
4. พฤติกรรมการปฏิบัติตามแพทย์สั่ง เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

วิรัตน์ ศรีนพคุณ (ม.ป.ป. : 39-44) กล่าวว่า การวัดการปฏิบัติมีเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการปฏิบัติมีหลายวิธีดังนี้

1. การสังเกต (Observation) การสังเกตเป็นการพิจารณาปรากฏการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ การสังเกตที่ดีจะต้องปล่อยให้ผู้ถูกสังเกตอยู่ในสภาพการปกติ เพื่อจะได้ข้อมูลตามความเป็นจริง
2. การจัดอันดับ (Ranking) การจัดอันดับเป็นวิธีการที่จะเรียงลำดับการปฏิบัติงานหรือผลงานของผู้ถูกทดสอบในคุณสมบัติหนึ่ง ๆ ตามที่กำหนดไว้ การจัดอันดับจะมีความเชื่อมั่นสูงขึ้น ถ้าผู้ทำการทดสอบสามารถแยกคุณสมบัติให้ละเอียดและจำเพาะเจาะจงลงไปได้
3. มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) มาตรฐานประมาณค่า เป็นเครื่องมือที่ใช้มากในการประเมินผลทางด้านการปฏิบัติโดยทั่ว ๆ ไป จะใช้มาตรฐานประมาณค่าแบบตัวเลข หรือจะใช้มาตรฐานประมาณค่าแบบกราฟ
4. แบบสำรวจพฤติกรรม (Check lists) แบบสำรวจพฤติกรรมประกอบด้วยรายการของพฤติกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สังเกตบันทึกว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดหรือไม่เกิด ทำได้หรือไม่ได้
5. การบันทึก (Records) การบันทึกเป็นวิธีการที่ไม่ได้กำหนดรูปแบบไว้อย่างชัดเจนเหมือนวิธีอื่น ๆ ผู้บันทึกมีอิสระที่จะบันทึกลงไป การบันทึกครั้งเดียวอาจไม่สามารถให้ข้อมูลที่มีความหมายมากนัก ในการบันทึกผู้สังเกตจะบันทึกแต่พฤติกรรมหรือเหตุการณ์นั้น ๆ ว่าเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น จะไม่บันทึกความเห็นลงไป

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริง การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ขึ้นอยู่กับตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการจะพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลหรือของตนเองให้ประสบผลสำเร็จ จะต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544) ที่ได้มีนโยบายในการดูแลตนเองอย่างชัดเจน ที่จะกระตุ้นให้ประชาชนเปลี่ยนจากการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นการพึ่งพาตนเองและเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีมากขึ้น ระบบการให้บริการทางสุขภาพจึงเปลี่ยนจากการรักษามาเป็นการดูแลตนเอง ประชาชนส่วนใหญ่เริ่มมองเห็นว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ตนมีสุขภาพดีได้ ถ้าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้

ความหมายการดูแลตนเอง

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “การดูแลตนเอง” ไว้หลายท่านซึ่งแตกต่างกันตามยุคสมัย ตามขอบเขตและสภาพของปัญหา

นอร์ริส (Norris. 1974 : 486-489) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชน และครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตัวเอง และรับผิดชอบตัวเอง ตระหนักถึงศักยภาพตนเองในการที่จะนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

เลวิน (Levin. 1976 : 11) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้นในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

เพ็นเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลเริ่มปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีความคิดริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2540 : 22) หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 18) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่มวลชน (บุคคล ครอบครัว และชุมชน) ดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเชิงบวกของปัจเจกบุคคล

ครอบครัวและชุมชนที่กระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

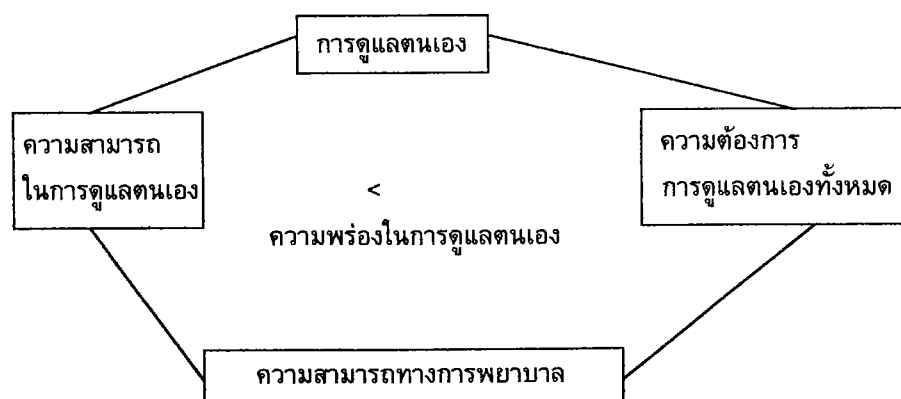
นภาพร คำบุญ (2543 : 20) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำ กิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ตนเอง มีชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่องเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสุด

วิไล ตั้งตระกูล (2543 : 38) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการกระทำกิจกรรมที่ บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อ ดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

จากที่ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองสามารถสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ บุคคลแต่ละคนสามารถกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และรักษา ไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

การดูแลตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2540 : 20-22 ; อ้างอิงจาก โอเรม, โอเรม และเทเลอร์ (Orem. 1985. *Nursing : Concepts of practice*. Unpage. Orem & Taylor. 1986. *Cass Studies in Nursing Theory*. P 44-46) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ดังภาพประกอบ 10 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 22)



ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

จากกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีสามารถอธิบายความได้ดังนี้คือ

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นทฤษฎีที่สำคัญของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไป ในทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ คือ การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้น ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถที่เรียกว่า ความสามารถทางการพยาบาล ภายใต้ข้อตกลงกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และได้รับการสนองตอบ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้อง หรือนำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนา

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองนี้อธิบายว่าทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล คือ ความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถจะถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถจะใช้ได้เลย หรือปริมาณ หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้น บุคคลนั้นจึงต้องการการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) ทฤษฎีการดูแลตนเองสามารถอธิบายได้ คือ บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บ ต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง

วัตถุประสงค์การดูแลตนเอง

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 5-6) ได้กำหนดวัตถุประสงค์การดูแลตนเองไว้ดังนี้

1. ประชาชนมีความรู้ ความสามารถ และมีเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยโรคเบื้องต้นและรักษาอาการของโรคในเบื้องต้น ตลอดจนแก้ไขความเจ็บป่วยและดูแลสิ่งแวดล้อมได้
2. ระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นของรัฐโดยเฉพาะที่ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยจัดบริการอย่างผสมผสานมีคุณภาพตลอดจนมีระบบส่งต่อผู้ป่วย

3. การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และส่วนกลางเป็นไปอย่างผสมผสาน สอดคล้องเกื้อกูลกันอย่างมีระบบ

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : unpage) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ระยะที่ 1

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในทางปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้รับรู้ถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษา และส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป ดังภาพประกอบ 11 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 24)

สุขภาพได้ ซึ่งโอริเริ่มเรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “Nontherapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น “Therapeutic” (Therapeutic self-care) ต่อเมื่อก่อให้เกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโตพัฒนาการและการบรรลุภาวะของบุคคลตาม

ศักยภาพ

3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

หลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ได้ให้แนวทางในการพิจารณาถึงคุณค่าของกิจกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล บางครั้งจะเห็นว่า การดูแลตนเองของบุคคลอาจไม่เป็น “Therapeutic” ตามทัศนะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การรูดน้ำมันต์ แต่ในวัฒนธรรมไทยประชาชนทั่วไปอาจเชื่อว่า เป็น “Therapeutic” คือทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในสวัสดิภาพของเขาเอง เพราะฉะนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพควรพิจารณาถึงคุณค่าหรืออันตรายของการดูแลตนเองนั้นอย่างรอบคอบ อย่าด่วนตัดสินใจโดยใช้ทัศนะของตนเองเป็นหลัก เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่ากิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำนั้นไม่เป็นอันตรายอาจไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน แต่ถ้าคิดว่าเป็นอันตรายก็จำเป็นต้องใช้กลวิธีในการให้ความรู้ ชี้แนะ และจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนการกระทำของเขาเอง ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล วิธีการดูแลตนเองที่ประชาชนเรียนรู้และถ่ายทอดกันมาหลายชั่วอายุคนยังมีอีกมาก เช่น การใช้ยาพื้นบ้านกวาดคอเด็ก การต้มใบมะขามผสมน้ำอุ่นอาบแก้หวัด เป็นต้น อาจเป็นการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบเพื่อเพิ่มความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น และในทางตรงกันข้ามการดูแลที่เจ้าหน้าที่สุขภาพพออนามัยกระทำให้ หรือแนะนำให้บุคคลกระทำมิได้หมายความว่าจะเป็น “Therapeutic” กับบุคคลนั้นๆ เสมอไป เพราะความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะถ้าความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพมีไม่เพียงพอหรือขาดข้อมูลในการพิจารณาปัญหาอย่างรอบคอบทุกด้าน

เมื่อการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาไม่เป็น “Therapeutic” หรือความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โอริเริ่มเรียกว่าบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) หรือมีความบกพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือ

ความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากญาติดูแล บุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย หรือกับเด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัด หรือมีความพร่องในการดูแลตนเองซึ่งพยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะ ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวความคิดของความบกพร่องในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจแนวความคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

การดูแลตนเองของโอเร็มนั้นมีทั้งที่เป็น “Therapeutic” และ “Nontherapeutic” และสิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพคาดหวังคือการดูแลตนเองควรจะเกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล นั่นคือต้องเป็น “Therapeutic self-care” ส่วนคำว่า “Demand” หมายถึงความต้องการหรือ “จำเป็น” และจะต้องใช้ความพยายามในการกระทำ ซึ่งเป็นการบ่งบอกว่าการดูแลตนเองนั้นควรจะให้ผลไปในทางที่ดีหรือเป็น Therapeutic อยู่แล้ว จึงกล่าวได้ว่า “Therapeutic self-care demand” ว่าเป็นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะกระทำภายในระยะเวลาหนึ่งซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care) 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็น การดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาคความเพลิดเพลิดจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขยับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขั้บถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขั้บถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนอง ทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่

ของบุคคล (Health promotion & Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา การแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดย รักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 31-33)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

แกส และคนอื่น ๆ (Gast et al., 1989) ได้วิเคราะห์มโนคติของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ

10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังภาพประกอบ 12 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 254)



ภาพประกอบ 12 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components) เป็นในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระ และจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติในขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และ การใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น

3.3 การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

- 3.4 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 3.5 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 3.6 นิสัยประจำตัว
- 3.7 ความตั้งใจ
- 3.8 ความเข้าใจในตนเอง
- 3.9 ความห่วงใยในตนเอง
- 3.10 การยอมรับตนเอง
- 3.11 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม

ต่าง ๆ

หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ธรรมชาติของมนุษย์มีการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบดูแลตนเอง ดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดของตน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของตนเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรักษาซ้ำๆ กัน และบางครั้งวิธีการรักษาก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดตามมาดังกล่าว จึงทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้นกว่าปกติมาก ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ โดยไม่เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงความต้องการของการดูแลตนเอง ทั้งหมดในผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้ (มาลี วรลัคนากุล. 2535 : 14-19)

1. รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย เพื่อนำไปซ่อมแซมเนื้อเยื่อปกติ ซึ่งถูกยาทำลายและช่วยให้ร่างกายสามารถทนต่อการรักษา มีการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น พยายามควบคุมน้ำหนักตัวไว้ไม่ให้ลดมากเกินไป โดย

1.1 รับประทานอาหารให้ได้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้น นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหาร ความไวในการรับรสน้อยลง รับรสขมมากขึ้น เกิดความรู้สึกขมเมื่อรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ หรือเบื่ออาหารประเภทเนื้อสัตว์สีแดง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แนนท้อง อิ่มเร็ว ดังนั้นจึงควรพยายามรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายหรือของว่างเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด มีอะน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น และทุกครั้งที่หิว งดเว้นอาหารหวานจัดหรืออาหารมัน ของทอด หรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นระหว่างมื้ออาหาร และก่อนนอนราบใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ

1.2 พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่น นม เครื่องดื่มบำรุงร่างกายอื่น ๆ ฯลฯ

1.3 แสวงหาวิธีที่ช่วยให้รับประทานอาหารมากขึ้น เพราะความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวลอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานอาหารได้ เช่น การเดินเล่นก่อนเวลาอาหาร เพิ่มจำนวนมื้อ เปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อยๆ สร้างบรรยากาศของอาหาร ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม อาจร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูงหรือเลือกจัดรายการอาหารที่ชอบ หายใจเข้าออกลึกๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้

1.4 คอยประเมินอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้นหรือรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าปกติ หรือน้ำหนักลดมากและรับประทานยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้จะต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลทันที

2. ดื่มน้ำให้ได้เพียงพออย่างน้อย 2,500 มล. ต่อวัน ในระหว่างรับเคมีบำบัดเพราะน้ำจะช่วยขับกรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่วๆ ไปชุ่มชื้น ป้องกันการเกิดแผล การติดเชื้อในช่องปาก และป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งควรได้รับในรูปของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำส้ม นมถั่วเหลือง ฯลฯ มีการวางแผนแบ่งปริมาณน้ำที่จะดื่มต่อวันไว้อย่างชัดเจน ตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องตลอดช่วงของการรับเคมีบำบัด ควรประเมินอาการผิวแห้ง ปากแห้งจากการขาดน้ำเนื่องจากอาเจียนมาก

3. บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการรับประทานยาที่แพทย์สั่งหรือใช้วิธีอื่นๆ ที่อาจช่วยได้ เช่น การทำสมาธิ การสูดหายใจเข้าออกลึกๆ การจินตนาภาพ เป็นต้น

4. ปรับการมีกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อย หอบ ลดการใช้ออกซิเจน และถ้ามีอาการเหนื่อยหอบควรบอกแพทย์พยาบาลทราบ

5. ดูแลการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติและเพิ่มความสนใจ เอาใจใส่กับร่างกายให้มากขึ้นในเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะจากการดื่มน้ำมาก ทำให้มีการปัสสาวะบ่อย ซึ่งอาจก่อความรำคาญแก่ผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องอดทนและไม่ควรลดจำนวนน้ำให้น้อยลง ตลอดจนพยายามไม่กลั้นปัสสาวะ เมื่อปวดถ่ายเพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะอักเสบ สังเกต

อาการและอาการแสดงของกระเพาะปัสสาวะอักเสบเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว การขยับถ่ายอุจจาระอาจมีการท้องอืด ท้องเดินหรือท้องผูก เนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจึงควรปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขยับถ่ายอุจจาระทุกวัน

5.1 ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารรสจัด ของหมักดอง ซึ่งจะทำให้เกิดแก๊สในลำไส้มากขึ้น

5.2 ควรรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักต้ม

5.3 ออกกำลังกายตามความเหมาะสม

5.4 สร้างนิสัยการขยับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอและเป็นเวลา ไม่ควรกลั้นเมื่อมีอาการปวด

5.5 ถ้ามีอาการท้องผูกติดต่อกันหลายวันอาจใช้ยาระบายอ่อนๆ หรือยาเหน็บทวารหนักก็ได้

5.6 ถ้ามีอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์

6. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจึงควรปรึกษากับนายจ้างหรือขอรับรองให้สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูงช่วยแบ่งเบาภาระงานเมื่ออ่อนเพลียมากๆ ใช้เวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจมากขึ้น ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ นอนให้เต็มในเวลากลางคืนอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง อาจพักหรือรีบหลับในเวลากลางวันบ้างเมื่อต้องการ และถ้ามีอาการมากจนไม่สามารถควบคุมได้ จึงต้องปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อแก้ไขอาการดังกล่าว

7. ใช้เวลาพักผ่อนและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม โดยจัดเวลาเป็นของตนเองตามความต้องการของแต่ละวัน เพื่อยอมรับถึงสภาพของตนเองและคิดวางแผนการในอนาคตสำหรับการปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่เป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสารทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเฉพาะการได้มีโอกาสพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยด้วยกันและการมีโอกาสพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดตามความเหมาะสม เพื่อดำรงบทบาทของตนเอง ทำให้เกิดการยอมรับในกลุ่มสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ แสวงหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองได้

8. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรับเคมีบำบัด เช่น พยายามนอนนิ่งๆ ในท่าที่ได้รับการจัดให้เหมาะสมบนเตียงหรือเก้าอี้ขณะรับยา มีการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้

8.1 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสภาพที่แออัด หรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่

สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ รักษาร่างกายให้อบอุ่นเสมอ

8.2 ดูแลสุขภาพและความสะอาดช่องปาก ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม แปรงฟันหลังการรับประทานอาหารเองทุกครั้ง บ้วนปากด้วยเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากบ่อยๆ และสังเกตสภาพเยื่อในช่องปากฟันอย่างสม่ำเสมอ

8.3 ดูแลสุขภาพและความสะอาดของผิวหนัง โดยการอาบน้ำหรือเช็ดตัววันละ 1-2 ครั้ง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสภาพผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ

8.4 ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มีการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุกครั้งอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการหมักหมมของเชื้อโรค การเกิดฝีและริดสีดวงทวาร

นอกจากนี้ต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาการไข้ สัญญาณชีพ ลักษณะปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานเมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือโดยเร็ว เอาใจใส่ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เพื่อรักษาการติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อใหม่ รวมทั้งป้องกันอาการที่เกิดจากเกร็ดเลือดต่ำ ได้แก่ การงดยาแก้ปวดพวกแอสไพริน หลีกเลี่ยงการชื่อยามารับประทานเอง หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการเกิดบาดแผล มีการสังเกตอาการเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น จุดหรือจ้ำเลือดตามผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น ปรับการมีกิจกรรมและการพักผ่อนบนเตียงให้เหมาะสมกับปริมาณเกร็ดเลือด หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง ได้แก่ การเบ่งถ่าย การส่งน้ำหนัก การยกของหนัก ตลอดจนป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้โดยมีความระมัดระวังมากขึ้น อาจจะเดินให้ ช้าลง ใช้อุปกรณ์หรือคนช่วยเหลือในรายที่มีการเคลื่อนไหวแบบบงุ่มง่าม พยายามไปเข้าห้องน้ำหรืออาจต้องใช้วิธีขับถ่ายที่ข้างเตียง

9. หาวิธีผ่อนคลายอารมณ์เครียดและใช้กลไกการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น การทำสมาธิหรือพูดคุยกับคนที่ไว้ใจถึงความกลัว ความวิตกกังวลหรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ไม่หมกมุ่นหรือเครียดจนเกินไป

10. ปรับทัศนคติโดยการยอมรับความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น สร้างเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ตั้งเป้าหมายชีวิตตามความสามารถของตน

11. พยายามเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดจัดระบบการดูแลตนเองในภาวะที่เป็นโรคมะเร็งภายหลังได้รับเคมีบำบัด ให้สอดคล้องเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำรงชีวิตในฐานะที่ตนเองยังคงเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวและในสังคม

การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย

(Health deviation self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนำ ได้แก่

1. รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสม
2. รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับตัว และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค
5. จัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็น และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

1. อายุ

มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในวัยทารกและวัยเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อเด็กมีการเจริญเติบโตมากขึ้น จะสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 51) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองจะค่อย ๆ พัฒนาสูงขึ้นตามลำดับ (Orem. 1991 : 161) และเมื่อเข้าสู่วัยชราที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระก็อาจมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem. 1980 : 153) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง (ซวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. 2534 : ก) และในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี (บุษบา ตันติศักดิ์. 2535 : ก) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ยังมีบางรายจากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. 2535 : ก)

2. ระดับการศึกษา

ผู้ที่มีการศึกษาดำ จะพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องจริงในเชิงวิทยาศาสตร์ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ (Ruth. 1973 : 136-156) นอกจากนั้น ระดับการศึกษายังมีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันโดยทั่วไป บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ (วิไลลักษณ์ วรรณะ. 2535 : 26-27)

3. อาชีพ

กอบแก้ว คุดตวัส (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำจะมีการดูแลตนเองด้านการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย กาญจนา บุญทับ (2534 : 42) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลา จินตนา รอดนำพา (2529 : 93) ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน

4. รายได้

โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67-77) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1974 : 205-215) พบว่า มารดาที่มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยไม่ถูกต้อง และเพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล และรายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง

5. สถานภาพการสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : ก) นอกจากนี้ การสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคคลที่เกี่ยวข้องจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว (Orem. 1985 : 175) เช่น ในผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะ และลำคอ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภรรยา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หรือม่าย (Hanuchorurnkul. 1988 : 135)

6. ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ขนาดของครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่น ครอบครัวที่มีขนาดใหญ่ อาจมีการปลูกฝังแนวความคิดที่มีประโยชน์หลายอย่างในครอบครัวเดียว มีความอบอุ่นขัดแย้งกันได้ มีความอบอุ่นแต่อาจไม่มีสมาชิกที่จะช่วยในการดูแลตนเอง จึงไม่

สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนถึงทิศทางของระบบครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย กาญจนา บุญทับ (2534 : 56) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษา พบว่า ระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย

7. เจตคติเกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด

การได้รับเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงมากตามที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม แล้วต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้เคมีบำบัด ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยมักกลัว และมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นมากมาย ผู้ป่วยแต่ละคนก็จะแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหานั้น อาจจะเป็นจากเจ้าหน้าที่ จากประสบการณ์ตรงของตนเอง หรือจากญาติ ๆ ทำให้บางคนก็ให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษา เพราะเชื่อว่าการได้รับเคมีบำบัดจะทำให้หายจากการเป็นโรคมะเร็งได้ หรือทำให้มะเร็งไม่ลุกลามไปมากกว่าเดิม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะไม่เชื่อว่าการรักษาด้านเคมีบำบัดนี้จะทำให้หายจากการเป็นมะเร็งได้ เพราะคิดว่ามะเร็งเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีแต่จะทำให้เกิดความเจ็บปวด ทรมาน ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ผอมลง แก่ก่อนวัย อับอายบุคคลในสังคม ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย หรือรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ เชื่อว่ายาจะไปทำลายเซลล์ หรืออวัยวะส่วนที่ดี ๆ อื่น ๆ ที่อยู่ข้างเคียงกับบริเวณที่เป็นมะเร็ง ทำให้มะเร็งลุกลามไปมากยิ่งขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็แพง และต้องมาให้นยาบ่อยทำให้เสียเวลามาก

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและเป็นสิ่งที ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจะช่วย บรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรม ด้านสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นบุคคลอาจได้รับ มาจากบุคคลใกล้ชิด เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยา และเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของ บุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น จากแนวคิดดังกล่าว นี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

คอบบี้ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahh. 1979 : 85) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า คือ

1. การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง
2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น

3. การให้ความร่วมมือช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่นๆ

ฟิลิซุก (Pilisuk. 1982 : 25) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 4) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นทรัพยากรที่ได้รับจากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูล หรือเป็นสิ่งที่ใช้ได้ และผลที่ออกมาเป็นทางบวก และทางลบต่อสุขภาพของบุคคล รวมทั้งความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลด้วย

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบ หมายถึง สิ่งๆ "ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน" ได้รับจาก "ผู้ให้การสนับสนุน" ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ และหรือการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ความหมายในทางกว้าง แรงสนับสนุนหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึง

หน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่า มีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังใจ ความรัก การให้วัตถุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัตถุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมเดียวกันกับตนเอง ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลร่วมกัน โดยมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าวทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ถือว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีการเปลี่ยนแปลงตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม เพราะแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย นอกจากนี้พบว่า คนในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมที่สามารถเชื่อถือได้ และสามารถสนับสนุนทางสังคมให้แก่บุคคลนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพล เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มอาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ในระบบแรงสนับสนุน ทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396-397) ได้แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กเพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมา คือการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ

(Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ จะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ (อุบล นิวัติชัย. 2527 : 285)

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งให้ความผูกพันทางจิตอาารมณ์ มีความรักกัน

อยู่แน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ประเภทที่สองได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้าน จิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพประชาชน

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มาก แตกต่างกันดังนี้

คอบ (Cobb. 1976 : 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าในตัว

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House. 1981 : 75) ได้แบ่งรูปแบบพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เช่น การให้ ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออก (Affirmation) ซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นระดับของความ ต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social need) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้ 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Social emotional aid) ได้แก่ การได้รับความรัก การใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวมตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสารข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง

ฟาร์เบอร์ (Farber. 1983 : 156) ได้อธิบายไว้ว่า ระบบการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์และทรัพยากรอื่นๆ และฟาร์เบอร์ยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Social-emotional support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม

2. การสนับสนุนด้านการเงิน และสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้

3. การได้รับคำแนะนำแก้ไข้ปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไข้ปัญหาด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันรักใคร่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้นับถือเชื่อใจและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทองหรือบริการ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 594) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้ และ ผู้รับการสนับสนุน

2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบบัให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb. 1985 : 5-22) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาค (Macro level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง (Mezzo level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค (Micro level) คือการวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามีภรรยา หรือคนรัก

จากการที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลายจึงมีนักวิชาการหลายๆ ท่านได้พยายามศึกษาและอธิบายผลกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้หลายท่าน เช่น

คาสเซล (Cassel. 1976 : 109) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงความต้านทานต่อการเจ็บป่วยของคนเราได้ จากการศึกษทั้งในมนุษย์และสัตว์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมทางสังคมจะนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท (Neuroendocrine system) ทำให้ไวต่อการเกิดโรค

วอร์ทแมน (Wortman. 1984 : 2354) ได้สรุปแนวความคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้จากการศึกษา ไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด โดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้สามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดี จากการที่ได้รับข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โคเฮน และวิลลิส (Cohen & Willis. 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง
2. การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรคในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

จากการที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พอสรุปได้ 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

1. ผลต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น

1.1 ผลโดยตรง จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีอัตราป่วยและอัตราตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2-5 เท่า ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) จากการศึกษาของหลาย ๆ สถาบัน พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีการครอบครัวย่อยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำดี หรือมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (สมทรง รัชเฝ้า และสรงศ์ภฏณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2539 : 45)

2. ผลต่อสุขภาพจิต

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพจิตก็เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

สตีลแมน (Stillman. 1977 : 121) ได้ศึกษาเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่าง 122 คน ผลการศึกษา พบว่าสตรีร้อยละ 97 มีคะแนนสูงเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการลดภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 40 มีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ แต่ร้อยละ 20 มีความเชื่อแต่ไม่ปฏิบัติ ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่า ความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมได้แน่นอน เพราะอาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะรับผิดชอบ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กหรือความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

ดอดด์ (Dodd. 1982 : 447-451) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 48 ราย ผลการศึกษพบว่าอาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่น การรับรสและกลิ่น

เสียไปและความอยากอาหารลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะริเริ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องผูกและผื่นร่วง เนื่องจากเป็นอาการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัด แต่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อและภาวะเลือดออก ไม่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนี้เลย นั่นคือผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อและการมีภาวะเลือดออก ผู้วิจัยให้ความเห็นว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดเรื่องความรู้ในการดูแลตนเองไม่ทราบหาพฤติกรรมใดที่จำเป็นต้องปฏิบัติ และพบเสมอว่าผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลเมื่ออาการรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยน้อย

ฮาลลาล (Hallal. 1982 : 137) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจและฮิสโมนัทศน์ เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี กลุ่มตัวอย่าง 207 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่ามีความสำคัญเชิงบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

เฟอร์นสเลอร์ (Fernsler. 1986 : 50-57) ได้ศึกษาเรื่อง เปรียบเทียบการรับรู้ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 30 รายและพยาบาลที่ดูแล 5 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือภายหลังได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลรายงานความพร่องในการดูแลตนเองทั้งสิ้น 122 ข้อ เป็นความพร่องตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล 75 และ 47 ข้อตามลำดับ ยังพบว่าผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในเรื่องการมีกิจกรรมและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 36 รองลงมาคือเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารร้อยละ 26.7 และไม่พบความพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในเรื่องการมีกิจกรรมและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 36 รองลงมาคือเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารร้อยละ 26.7 และไม่พบความพร่องในการดูแลตนเองเรื่องการระบายอากาศและการขับถ่าย ผู้วิจัยได้สรุปว่าการที่ผู้ป่วยรายงานถึงความพร่องในการดูแลตนเองมากกว่าการรับรู้ของพยาบาล แสดงให้เห็นว่าพยาบาลยังให้ความช่วยเหลือไม่เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วยและควรเน้นความช่วยเหลือในเรื่องการปรับสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

แชปิโด (Shapiro. 1988 : 49) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติสมาธิมีผลดีต่อผู้ป่วยมะเร็งอย่างไรบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติสมาธิวันละ 1 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนทั้งก่อนและหลังการได้รับเคมีบำบัด

โรเดส วัตสัน และคนอื่น ๆ (Rhodes and others. 1985 : 186-193) ได้ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของภาวะสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 20 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามที่ปลายเปิดเกี่ยวกับอาการที่รบกวน

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าอาการอ่อนเพลียและไม่มีแรง เป็นอาการสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด และผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อสงวนพลังงานโดย มีการวางแผนในการทำกิจกรรมและการทำงานในแต่ละวัน การงดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น และการพึ่งพาหรือขอความช่วยเหลือผู้อื่นในการทำกิจกรรมบางอย่าง

โอเบิร์ตส และคนอื่น ๆ (Oberst, Chang & McCubbin. 1991 : 71-78) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลตนเอง (Self-care burden) และความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลตนเอง อาการไม่สุขสบายและการประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยกับภาวะอารมณ์ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีจำนวน 72 ราย ผลการศึกษา พบว่าอ่อนล้า (fatigue) เป็นอาการไม่สุขสบายที่สำคัญ และเป็นภาระในการเดินทางมารับการรักษา และกระทบต่อการมีกิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจ (Social and recreational activities) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการไม่สุขสบายเป็นตัวทำนายภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ดีที่สุด การประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยอาการไม่สุขสบายและภาระในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ได้ร้อยละ 55 และอาการไม่สุขสบายกับภาวะอารมณ์มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ผู้วิจัยให้ข้อสรุปว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการไม่สุขสบายจากผลของรังสีรักษา กระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเป็นภาระในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด เกิดข้อจำกัดทั้งในด้านการกระทำ และการคิดพิจารณา ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง นั่นคือผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือเสี่ยงที่จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาลเพื่อพัฒนาหรือปรับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีเพียงพอและต่อเนื่อง

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

เพ็ญจันทร์ นิลวัชรารัง (2526 : ก-ข) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอันดับความสำคัญระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในเรื่องความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีรักษาและได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีรักษาและรังสีรักษาเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามคำแหงดี ศิริราช ราชวิถี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวนกลุ่มละ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการพยาบาล ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีรักษาจำนวน 24 คน และรังสีรักษาจำนวน 27 คน ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีรักษาต้องการเรียนรู้ในเรื่องวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยา ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาต้องการเรียนรู้ในเรื่องวิธีการดูแลรักษาผิวหนังบริเวณที่ฉายแสง ในขณะที่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเคมีรักษาและรังสีรักษารับรู้เรื่องระยะเวลาที่ใช้ตลอดการรักษาด้วยยาและความจำเป็นที่ต้องรักษาด้วยวิธีฉายแสงเป็นอันดับแรกตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ในทุกเรื่องสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาล ($P < .01$ และ $.001$)

อวยพร สุทธิสนธิ (2528 : 80-84) ได้ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 200 คน และผู้ป่วยหญิง จำนวน 200 คน ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลและผู้ป่วย มีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ ระดับอายุ ไม่มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาล และผู้ป่วย มีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่แตกต่างกัน ไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีผลทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกับที่ระดับ $.05$ แต่ความรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มพยาบาล ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

โสพรรณ โพทะยะ (2532 : 97-105) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน กลุ่มตัวอย่าง สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอาชีพพยาบาล ครู พนักงานหรือลูกจ้างในห้างร้าน พนักงานหรือคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม นักเรียนนักศึกษาและแม่บ้าน จำนวน 750 คน ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$

เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนก

ผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคล้วนใหญ่อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากและการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก

อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (2541 : 67-68) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ สตรี อายุ 25-40 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 280 คน ผลการศึกษา พบว่า สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านม ด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม (2541 : 74-91) ได้ศึกษาเรื่อง การปรับตัวด้านบทบาท หน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายการปรับตัวบทบาทผู้ป่วยได้ร้อยละ 16.2 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวบทบาทผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการ ปรับตัวบทบาทผู้ป่วยได้ค่อนข้างสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำจะมีการปรับตัวบทบาท ผู้ป่วยได้ค่อนข้างไม่ดี พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่สามารถทำนายการปรับ ตัวบทบาทผู้ป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านมได้ ทั้งนี้ เพราะว่าจะมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนสูงหรือต่ำ ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวบทบาท ผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน พบว่าครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด ไม่สามารถทำนายการปรับตัวบท บทบาทในครอบครัวและบทบาทการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการ ตัดเต้านมได้

ลัคนา ทองมานะเสถียร (2544 : 97-99) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาล กลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง สตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผน

แผนครอบครัว โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 255 คน มีอายุ ระหว่าง 21-50 ปี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับไม่ดี ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดี และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับพอใช้ และพบว่า สตรีที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกันมีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน สตรีที่มีการคุมกำเนิด มีจำนวนบุตร ต่างกันมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสตรีที่มีประสบการณ์มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน สตรีที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมต่างกันมีความรู้เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ฉัตรวลัย ไชอารีย์ (2533 : 94-98) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เสาวภา วิชิตวาทย์ (2534 : 103-104) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตัดแขนและหรือขา และมาติดตามการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2254$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .001 ($r = .6467$)

พรพิศ ชีวะคำนวณ (2535 : 62) ได้ศึกษาเรื่อง สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีค่าน้ำตาลในเลือดต่ำ และพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ (2536 : 72-75) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 130 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวและคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูงเล็กน้อย คะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ส่วนครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว และพบว่าปัญหาเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือผู้ที่มีปัญหาเศรษฐกิจมากจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และปรับตัวได้น้อย

พัฒน์วรรณ กังแฮ (2540 : 105-116) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

เพียงใจ สุริยะไพศาล (2542 : 100-105) ได้ศึกษาเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ

เริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ชวลี โฆษิตทาภิวัธน์ (2534 : 62-63) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนภาวะสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .27, p < .001$) และพบว่า ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพ

วรรณระวี อัครนิจ (2534 : 55-56) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา พบว่าสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง เมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานบางประการ พบว่า ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 6.5

อารีย์ เรียรประมุข (2534 : 59-60) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน

จิรประภา ภาวิไล. (2535 : 99) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาลี วรลัคนากุล (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ฯลฯ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ของโอเร็มเป็นแนวทางการศึกษาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ณ หน่วยเคมีบำบัด แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลรามาริบัติและเคมีบำบัดคลินิกงานผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .001$) สำหรับอายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการและคุณภาพชีวิตเข้าในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27 และเมื่อนำปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการและความสามารถในการดูแลตนเองเข้าในสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายคุณภาพชีวิต พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 27

รัชณี นามจันทรา (2535 : 86-87) ได้ศึกษาเรื่อง แผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 44 ราย ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลขณะได้รับเคมีบำบัดสูงจะเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน และความพร้อมในการดูแลตนเองหลังได้รับเคมีบำบัดมาก และพบว่าการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยพร้อมมากคือการรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การดูแลตนเองที่ไม่

พร่องเลยคือ การลดการมีกิจกรรมเมื่อรู้สึกอ่อนเพลียและอาการข้างเคียงที่พบมากคือ อาการคลื่นไส้และอาเจียน อ่อนเพลียและผมร่วง

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101-107) ได้ศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษา พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูงรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาดำกว่า และพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคแตกต่างกัน

ศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีอายุ อาชีพ การศึกษา และแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน สตรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน ส่วนเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน สตรีที่มีภาวะการเจริญพันธุ์ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 75-76) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง วชรพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะการควบคุมโรค

ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72-74) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .01

วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74-76) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ และผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

วิไล ตั้งตระกูล (2543 : 96-98) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 246 คน ผลการศึกษา พบว่าคณงานที่มีรายได้ การศึกษา อายุ สถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน

สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : 102-116) ได้ศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 373 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทิมา โตชนะนันท์ (2544 : 94-107) ได้ศึกษา เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 320 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับ

เบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษา อาชีพและการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากที่ได้ศึกษา ค้นคว้า รวบรวมงานวิจัยต่างประเทศ และงานวิจัยภายในประเทศ พบว่า ทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคนี้อาจจะหมดกำลังใจ เกิดความวิตกกังวล รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ บางรายอาจมีความรู้สึกเหมือนตายไปแล้วครึ่งหนึ่ง เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และที่สำคัญมีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วยและกรณีที่ผู้ป่วยบางรายคิดมากอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่า การรักษาโรคมะเร็งเต้านมมีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก เพราะมีวิธีการรักษาได้หลากหลายวิธี แล้วแต่ความเห็นของแพทย์ แต่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก็ยังเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเอง ถ้าหากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี เช่น บุคคลในครอบครัวให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ มีความเอื้ออาทร ให้ความห่วงใย คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปหาแพทย์ตามนัด ศึกษา รวบรวมข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมาให้อ่าน ก็ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองทุกรูปแบบเพื่อต้องการที่จะรักษาให้หายจากโรคมะเร็งเต้านมเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้มารับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2544 จำนวน 863 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้มารับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาด้วยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกมีดังนี้คือ

1. กำหนดตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูปของ Nan Lin (ภาคผนวก ง)
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3. กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง จำแนกตามโรงพยาบาล
4. กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ มีจำนวน 235 คน ดังรายละเอียดปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 5 จำนวนประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ราชวิถี	158	43
เลิดสิน	50	14
สถาบันมะเร็ง	655	178
รวม	863	235

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน แบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ

ค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมี
ข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบ ซึ่งเป็นเครื่องมือใน
การวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร เอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
การดูแลตนเองของโอริ้ม และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการค้นคว้า
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบจากตำรา
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อนำมาปรับปรุงและสร้างแบบสอบถาม
3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา โดยศึกษาจากแบบสอบ
ถามและแบบทดสอบต่างๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรค
มะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
จำนวน 28 ข้อ และแบบสอบถามการดูแลตนเอง จำนวน 31 ข้อ
4. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุม
ปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง
ของเนื้อหา และตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนและถูกต้อง
5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านม จำนวน 30 คนที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
กรุงเทพมหานคร
6. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบแบบสอบถาม และนำเสนอต่อ
ประธาน และกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปใช้จริง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ
เคมีบำบัด ลักษณะคำถามแบบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้อง 1 คะแนน
ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะ
แทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2529 : 77)

ร้อยละของคะแนน	80.00 - 100.00	หมายถึง มีความรู้ระดับดี
ร้อยละของคะแนน	50.00 - 79.99	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
ร้อยละของคะแนน	00.00 - 49.99	หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง มีเจตคติในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง มีเจตคติในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง มีเจตคติในระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
จริงทั้งหมด	5	1
จริงเป็นบางส่วน	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่จริงเป็นส่วนใหญ่	2	4
ไม่จริงทั้งหมด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ คะแนนสูง แสดงถึงมีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คะแนนต่ำ แสดงถึงมีการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วย ทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วให้คณะกรรมการที่ควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบ แล้วนำมาแก้ไข

1.2 นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ปรับปรุงแก้ไขไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเรื่อง โรคมะเร็งเต้านม โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาเป็นรายข้อว่า แต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมโดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้นหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามโดยใช้สูตร IC โดยเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า .05 ขึ้นไปเป็นแบบสอบถามที่นำไปทดลองใช้

1.3 นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

1.4 นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

1.5 นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผ่านการทดลองใช้มาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

2. หาความยากง่าย (Difficulty)

นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด มาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด และเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.80 ไว้ โดยให้ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด ได้จำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.25 - 0.95

3. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

3.1 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด โดยหาค่าสัมพัทธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป เลือกได้ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.68

3.2 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

นำแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามการสนับสนุน และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติ. 2539 : 117) เลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ซึ่งได้เครื่องมือดังนี้คือ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 - 0.68 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 26 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 - 0.75 และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.21 - 0.71

4. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR_{20} ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson formula 20) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 198) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.66

4.2 นำแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามการสนับสนุน และแบบสอบถามการดูแลตนเอง มาหาค่าความเชื่อมั่น จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200) แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2544 โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลและแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical package for the Social Science/Personal Computer) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและคัดเลือกแบบสอบถามที่ถูกต้องสมบูรณ์ไว้ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามในแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 11 และ 12

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4 และ 10 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 73)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 73)

$$s = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ s แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะ กลุ่มพฤติกรรมโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาแล้วแต่ละคนพิจารณา ลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการ
 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการนั้นหรือไม่
 -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่า โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
	ΣR	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่นำมาพิจารณา

2.2 การวิเคราะห์หาความยากง่าย ของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบทั้งหมด

2.3 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
	$\bar{Y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	$\bar{Y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น
	q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ คือ (1-p)

2.4 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดสูตร K.R.- 20 (Kuder - Richardson 20) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 198)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{St} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อในแบบสอบถาม
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ(สัดส่วนของคนทำถูก)
	q	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ทำได้ในข้อหนึ่งคือ $(1 - p)$
	St^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.6 การหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามวัดการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha-coefficient) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 200)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อของข้อคำถาม
S^2_t	แทน	คะแนนความแปรปรวนแบบสอบถามทั้งฉบับ
$\sum S^2_i$	แทน	ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 102)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดย

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S^2_1, S^2_2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 และ 12 โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 102)

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน F- distribution
	MS_B	แทน	คะแนนเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls test) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 134)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ	q	แทน	q-statistic ที่ได้จากตาราง
	MS_w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดยที่ } \tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ขั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical package for the social science) ส่วนในการทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ผู้วิจัยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม โดยการ

ทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance หรือ F-test) นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 6 และ 7

ตาราง 6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	-	-
30-40 ปี	54	23.98
41-50 ปี	79	33.62
มากกว่า 50 ปี	102	43.40
รวม	235	100.00
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	13	5.53
ประถมศึกษา	114	48.51
มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	49	20.85
อุดมศึกษา หรือเทียบเท่า	59	25.11
รวม	235	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. อาชีพ		
รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	33	14.04
ค้าขาย	40	17.02
เกษตรกรรม	22	9.36
รับจ้าง	65	27.66
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	31.92
รวม	235	100.00
4. รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	95	40.43
5,000 – 10,000 บาท	54	22.98
10,001 – 15,000 บาท	33	14.04
15,000 บาทขึ้นไป	53	22.55
รวม	235	100.00
5. สถานภาพสมรส		
โสด	36	15.32
คู่	165	70.21
หย่า/ม่าย/แยก	34	14.47
รวม	235	100.00
6. ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	149	63.40
ครอบครัวขยาย	86	36.60
รวม	235	100.00
7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	85	36.17
1-3 ปี	93	39.57
มากกว่า 3 ปี	57	24.26
รวม	235	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ประวัติการรักษา		
ผ่าตัด – เคมีบำบัด	179	76.17
ผ่าตัด – รังสี – เคมีบำบัด	53	22.55
รังสี - เคมีบำบัด	3	1.28
รวม	235	100.00
9. จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด		
น้อยกว่า 5 ครั้ง	67	28.51
5-10 ครั้ง	68	28.94
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	100	42.55
รวม	235	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน

อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอายุมากกว่า 50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 รองลงมาได้แก่อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.62 และอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.98

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.51 รองลงมา ได้แก่ ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.11 มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 20.85 และต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 5.53

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.92 รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 27.66 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 17.02 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 14.04 และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 9.36

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.43 รองลงมา ได้แก่ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.98 15,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 22.55 และ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.04

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสถานภาพสมรสชีวิตคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.21 รองลงมา ได้แก่ โสด คิดเป็นร้อยละ 15.32 และหย่า/ม่าย/แยก คิดเป็นร้อยละ 14.47

ลักษณะของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะของครอบครัวเป็นเดี่ยวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.40 และรองลงมาเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 53

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของโรคมะเร็งเต้านม 1-3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.57 รองลงมา ได้แก่ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.17 และมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.26

ประวัติการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีประวัติการรักษาโดยการผ่าตัดและเคมีบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.17 รองลงมา ได้แก่ ผ่าตัด-รังสี-เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 22.55 และ รังสี-เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 1.28

จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด มากกว่า 10 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.55 รองลงมา ได้แก่ 5-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.94 และ น้อยกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.51

ตาราง 7 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม		
และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด		
ระดับดี	77	32.77
ระดับปานกลาง	112	47.66
ระดับควรปรับปรุง	46	19.57
รวม	235	100.00
เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม		
และการได้รับเคมีบำบัด		
ระดับดี	192	81.70
ระดับปานกลาง	43	18.30
ระดับไม่ดี	-	-
รวม	235	100.00
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับมาก	200	85.11
ระดับปานกลาง	35	14.89
ระดับน้อย	-	-
รวม	235	100.00
การดูแลตนเอง		
ระดับดี	177	75.32
ระดับพอใช้	58	24.68
ระดับควรปรับปรุง	-	-
รวม	235	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.66 รองลงมา ได้แก่ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 32.77 ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีเจตคติอยู่ใน

ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.70 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.30 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 85.11 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.89 และการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.32 รองลงมา ได้แก่ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 24.68

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง ดังปรากฏตามตาราง 8 ถึง 35

ตาราง 8 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
อายุต่ำกว่า 30 ปี	-	-	-	-
30 – 40 ปี	54	1.48	0.30	ดี
41-50 ปี	79	1.57	0.27	ดี
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	102	1.53	0.29	ดี

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.27$) รองลงมาได้แก่ อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.29$) และอายุ 30-40 ปี ($\bar{X} = 1.48$, $S = 0.30$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.25	0.12	1.527	0.219
ภายในกลุ่ม	232	19.00	0.08		
รวม	234	19.25			

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีการ
ดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัดมีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 10 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง
และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม
ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ต่ำกว่าประถมศึกษา	13	1.52	0.23	ดี
ประถมศึกษา	114	1.49	0.31	ดี
มัธยมศึกษา	49	1.50	0.28	ดี
อุดมศึกษา	59	1.64	0.23	ดี

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีระดับการศึกษา
อุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการ
ดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.64$, $S = .23$) รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่าประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.52$, $S = .23$)
มัธยมศึกษา ($\bar{X} = 1.50$, $S = .28$) และประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.49$, $S = .31$) ซึ่งผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความ
แปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	0.92	0.31	3.852	0.010*
ภายในกลุ่ม	231	18.33	0.08		
รวม	234	19.25			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษา
ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดย
ใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman – keuls method) ดังปรากฏตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วย
โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

การศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ต่ำกว่าประถม ศึกษา	อุดมศึกษา
$\bar{X}$	1.49	1.50	1.52	1.64
ประถมศึกษา	1.49	-	0.02	0.15*
มัธยมศึกษา	1.50	-	0.00	0.14
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.52	-	-	0.12
อุดมศึกษา	1.64	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตาราง 13 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	33	1.70	0.17	ดี
ค้าขาย	40	1.51	0.28	ดี
เกษตรกรรม	22	1.53	0.30	ดี
รับจ้าง	65	1.48	0.27	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	1.52	0.32	ดี

จากตาราง 13 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.70$, $S = 0.17$) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.30$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.32$) อาชีพค้าขาย ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.28$) และอาชีพรับจ้าง ($\bar{X} = 1.48$, $S = 0.27$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.11	0.28	3.535	0.008*
ภายในกลุ่ม	230	18.14	0.08		
รวม	234	19.25			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน มี
การดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้
รับเคมีบำบัดมีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน-
คูลส์ (Newman – keuls method) ดังปรากฏตาราง 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วย
โรคมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัด
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	รับจ้าง	ค้าขาย	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เกษตรกร	รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ
$\bar{X}$	1.48	1.51	1.52	1.53	1.70
รับจ้าง	-	0.03	0.04	0.05	0.22*
ค้าขาย		-	0.01	0.02	0.19
ไม่ได้ประกอบอาชีพ			-	0.01	0.18
เกษตรกร				-	0.17
รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอาชีพรับจ้าง

ตาราง 16 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ต่ำกว่า 5,000 บาท	95	1.52	0.27	ดี
5,000-10,000 บาท	54	1.47	0.31	ดี
10,001-15,000 บาท	33	1.50	0.32	ดี
15,000 บาทขึ้นไป	53	1.63	0.24	ดี

จากตาราง 16 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.63$, $S = 0.24$) รองลงมาได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.27$) 10,001-15,000 บาท ($\bar{X} = 1.50$, $S = 0.32$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	0.80	0.27	3.336	0.020*
ภายในกลุ่ม	231	18.45	0.08		
รวม	234	19.25			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่างกัน มี
การดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัดมีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน-
คูลส์ (Newman – keuls method) ดังปรากฏตาราง 18

ตาราง 18 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วย
โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

รายได้		5,000- 10,000 บาท	10,001- 15,000 บาท	ต่ำกว่า 5,000 บาท	15,000 ขึ้นไป
	$\bar{X}$	1.47	1.50	1.52	1.63
5,000-10,000 บาท	1.47	-	0.03	0.05	0.16*
10,001-15,000 บาท	1.50		-	0.02	0.13
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1.52			-	0.11
15,000 บาทขึ้นไป	1.63				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ 15,000 บาท มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรายได้ 5,000-10,000 บาท

ตาราง 19 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
โสด	36	1.56	0.25	ดี
คู่	165	1.55	0.28	ดี
หย่า/ม่าย/แยกกันอยู่	34	1.43	0.32	ดี

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีสถานภาพสมรส โสด มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.25$) รองลงมาได้แก่ คู่ ($\bar{X} = 1.55$, $S = 0.28$) และ หย่า/ม่าย/แยกกันอยู่ ($\bar{X} = 1.43$, $S = 0.32$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.45	0.22	2.772	0.065
ภายในกลุ่ม	232	18.80	0.08		
รวม	234	19.25			

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรส
ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 21 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง
และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม
ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ครอบครัวเดี่ยว	149	1.56	0.29	ดี
ครอบครัวขยาย	86	1.47	0.27	ดี

จากตาราง 21 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีลักษณะ
ครอบครัวเดี่ยว มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับ
การดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.29$) และรองลงมาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัดมีลักษณะครอบครัวขยาย ($\bar{X} = 1.47$, $S = 0.27$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	t	p
ครอบครัวเดี่ยว	149	1.56	0.29	2.373	0.018*
ครอบครัวขยาย	86	1.47	0.27		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัว
ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า
ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วย
โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะครอบครัวขยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05

ตาราง 23 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง
และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ระยะเวลา การเจ็บป่วย	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
น้อยกว่า 1 ปี	85	1.53	0.28	ดี
1-3 ปี	93	1.51	0.29	ดี
มากกว่า 3 ปี	57	1.58	0.28	ดี

จากตาราง 23 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.58$ $S = 0.28$) และรองลงมา มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.28$) และ 1-3 ปี ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.29$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.20	0.10	1.196	0.304
ภายในกลุ่ม	232	19.05	0.08		
รวม	234	19.25			

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 25 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ประวัติการรักษา

ประวัติการรักษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ผ่าตัด-เคมีบำบัด	179	1.52	0.29	ดี
ผ่าตัด-รังสี-เคมีบำบัด	53	1.56	0.28	ดี
รังสี-เคมีบำบัด	3	1.57	0.27	ดี

จากตาราง 25 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีประวัติการรักษา รังสี-เคมี มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.27$) และรองลงมา มีประวัติการรักษาผ่าตัด-รังสี-เคมีบำบัด ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.28$) และผ่าตัด-เคมีบำบัด ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.29$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 26

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประวัติการรักษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.05	0.03	0.309	0.734
ภายในกลุ่ม	232	19.20	0.08		
รวม	234	19.25			

จากตาราง 26 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีประวัติการรักษา ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีประวัติการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 27 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
น้อยกว่า 5 ครั้ง	67	1.54	0.26	ดี
5-10 ครั้ง	68	1.51	0.30	ดี
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	100	1.57	0.29	ดี

จากตาราง 27 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.29$) และรองลงมาน้อยกว่า 5 ครั้ง ($\bar{X} = 1.54$, $S = 0.26$) และ 5-10 ครั้ง ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.30$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.06	0.03	0.338	0.714
ภายในกลุ่ม	232	19.19	0.08		
รวม	234	19.25			

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 29 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ระดับดี	77	1.60	0.21	ดี
ระดับปานกลาง	112	1.52	0.30	ดี
ระดับควรปรับปรุง	46	1.43	0.33	ดี

จากตาราง 29 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.60$, $S = 0.21$) และรองลงมามีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.30$) และความรู้ระดับควรปรับปรุง ($\bar{X} = 1.43$, $S = 0.33$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ใน ระดับดี ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 30

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.83	0.41	5.214	0.006*
ภายในกลุ่ม	232	18.42	0.08		
รวม	234	19.25			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน จะมีการดูแลตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman – keuls method) ดังปรากฏ ตาราง 31

ตาราง 31 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด		ระดับควร ปรับปรุง	ระดับปานกลาง	ระดับดี
	$\bar{X}$	1.43	1.52	1.60
ระดับควรปรับปรุง	1.43	-	0.09	0.17*
ระดับปานกลาง	1.52		-	0.08
ระดับดี	1.60			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดระดับดี มีการดูแลตนเองแตกต่างจาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรก ซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดระดับควรปรับปรุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรก ซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดระดับดี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ระดับ ควรปรับปรุง

ตาราง 32 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด

เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ระดับดี	192	1.53	0.28	ดี
ระดับปานกลาง	43	1.53	0.32	ดี
ระดับไม่ดี	-	-	-	-

จากตาราง 32 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเอง มีระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.28$) และรองลงมามีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.53$, $S = 0.32$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด

ระดับเจตคติ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ระดับดี	192	1.53	0.28	-0.154	0.877
ระดับปานกลาง	43	1.53	0.32		
ระดับไม่ดี	-	-	-		

จากตาราง 33 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีเจตคติเกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง กับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 34 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
ระดับมาก	200	1.57	0.27	ดี
ระดับปานกลาง	35	1.29	0.26	ดี
ระดับน้อย	-	-	-	-

จากตาราง 34 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง มี ระดับการดูแลตนเองระดับดี ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.27$) และรองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.29$, $S = 0.26$) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแล ตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุน					
ทางสังคม	n	$\bar{X}$	S	t	p
ระดับมาก	200	1.57	0.27	5.881	0.000*
ระดับปานกลาง	35	1.29	0.26		
ระดับน้อย	-	-	-		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 35 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีการดูแลตนเองดีกว่าระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการสนับสนุนทาง
สังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีประวัติการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีจำนวนครั้งต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
11. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
12. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการที่คลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม 2544 จำนวน 235 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการที่คลินิกเคมีบำบัด ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เลือกตอบ (Multiple choice) จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.66

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ จริงทั้งหมด จริงเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical package for the social science) และการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว ประวัติการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มี จำนวน 235 คน มีอายุ มากกว่า 50 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.51 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.92 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40.43 มีคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.21 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.40 พบว่ามีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 1-3 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.57 มีประวัติการรักษา

ผ่าตัด-เคมีบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.17 และมีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดมากที่สุดมากกว่า 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.55

1.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.66 มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.70 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.11

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ความรู้โรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า

2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีประวัติการรักษาต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.9 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีจำนวนครั้งต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.10 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.11 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการได้รับเคมีบำบัดต่างกันจะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.12 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อภิปรายผลดังนี้

1. ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.32 มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป รองลงมา อายุ 41-50 ปี และ 30-40 ปี ซึ่งนับว่าเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน และเข้าสู่ช่วงของผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในวัยของการทำงาน หรือผ่านพ้นวัยทำงานมาแล้ว ที่มีภาระต้องรับผิดชอบครอบครัว โดยเฉพาะสามี ลูก หลาน และญาติพี่น้องคอยดูแลเอาใจใส่ เลี้ยงดู ตลอดจนให้ความช่วยเหลือทางด้านปัจจัยสี่และเงินทอง ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มนี้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้อื่นและได้กลับมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองมากขึ้น ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจึงมีการดูแลตนเองในระดับดี การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคนโดยเฉพาะในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการดำเนินชีวิตของตนเองและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม กระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 22) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 100-105) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 75-76) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิก

โรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72-74) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74-76) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ ไม่สอดคล้องกับ วิไล ตั้งตระกูล (2543 : 96-98) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า คณงานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคระดับปานกลาง

2. เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 อายุ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ อรรช ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเร็ม (Orem. 1985 : 255) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528 : 80-84) ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า อายุไม่มีผลทำให้พยาบาลมีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับ เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101-107) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่สอดคล้องกับ วิไล ตั้งตระกูล (2543 : 96-98) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาลสังกัด สำนัการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า คณงานที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับ สุริดา นิรพิณ (2543 : 93) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับ ลัคนา ทองมานะเสถียร (2544 : 97-99) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัวมีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อพบว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม และรู้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรง แต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าเป็นในระยะเริ่มแรก โดยมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม และประกอบกับในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยน

แปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ การนำเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ทันสมัย รวมทั้งการติดต่อสื่อสารอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลทุกช่วงวัยมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งอื่น ๆ มากมายเพื่อที่จะดูแลตนเอง เช่น การหาความรู้จากรายการโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร เอกสาร ตำรา และความรู้จาก Internet โดยผ่านทางคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันการที่จะหาความรู้ ความเข้าใจให้กับตนเองนั้น สามารถปฏิบัติได้ทุกคนและนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ หรือประยุกต์ใช้ให้เข้ากับชีวิตประจำวันในการดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ระดับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีการศึกษากันต่างมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีระดับการศึกษาต่างมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532 : 97-105) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 101) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ตีรนาถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ์

(2528 : 80-84) ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่มีผลทำให้พยาบาลมีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ วิไล ตั้งตระกูล (2543 : 96-98) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาเป็นผู้ที่มีความรู้ และมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งจากสถานที่ต่าง ๆ ได้ง่ายและเข้าใจดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเพราะการศึกษานับว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก กับบุคคลทุกคน ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาระดับสูง จะมีการเรียนรู้จากการอ่านหนังสือ นิตยสาร วารสาร เอกสารตำรา และมีโอกาสศึกษาหาความรู้ ความเข้าใจ กระตือรือร้น และศึกษาหาความรู้เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งการดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลบาดแผล การมารักษาตามนัด ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีความพร้อมด้านการเงิน สิ่งของ ที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ตามแนวความคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 108-109) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีเจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ส่งผลให้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น และมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่

เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง แต่ถ้าหากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาระดับต่ำ จะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมได้ไม่ดีเท่าที่ควร และทำให้มีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.3 อาชีพ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กอบแก้ว กุตตวัส (2527 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพงานประจำ จะมีการดูแลตนเองด้านการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย สอดคล้องกับ ตีรนาถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528 : 80-84) ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า อาชีพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลทำให้พยาบาลมีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับ วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74-76) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่าอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีการดูแลตนเองระดับดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ไม่ได้ประกอบ

อาชีพ และเกษตรกรรม อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีการศึกษาระดับสูง ซึ่งเป็นอาชีพที่ทำงานตามเวลาและมีวันหยุด ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งให้กับตนเองสามารถได้พูดคุยถึงเรื่องโรคกับผู้ที่ร่วมอาชีพที่ให้ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี และมีความคิด การอ่าน การเขียน และมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานตลอดเวลา ทำให้ต้องศึกษาหาความรู้ตลอดเวลาในการที่จะดูแลตนเอง ส่วนอาชีพอื่น ๆ เป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลังแรงงานอย่างมากในการประกอบอาชีพของตนเอง จึงทำให้ไม่มีเวลา ขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพตนเอง ไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 รายได้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 100) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74-76) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ วิไล ตั้งตระกูล (2543 :

96-98) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคนงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่ารายได้ต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีการดูแลตนเองระดับดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท 10,001 – 15,000 บาท และต่ำกว่า 5,000 บาท ดังนั้น รายได้นับเป็นปัจจัยสำคัญ ที่เอื้ออำนวยให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเอง คือ ถ้าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีรายได้มากมีโอกาที่จะได้รับการตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ การซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นและตามความต้องการของตนเอง และการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้มากจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีสุขภาพจิตดีขึ้น เพราะมีเงินนำมาใช้รักษาสุขภาพของตนเอง แต่ถ้าหากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้น้อย ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้จ่ายจำนวนมาก การเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จึงเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดขาดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.5 สถานภาพสมรส

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5 ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ จิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สอดคล้องกับ สิริินทร์ ศาสตราวุธ (2538 : 6) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสรและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สอดคล้องกับ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ จันทิมา โดษนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528 : 80-84) ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกัน มีผลทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่าเป็นเพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดย่อมมีการรับรู้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีอัตราเจ็บป่วยตายสูง และถ้าขาดการรักษาอย่างถูกต้องผู้ป่วยจะถึงแก่ความตายทุกคนซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคที่คนในสังคมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ เพราะว่าโรคมะเร็งเต้านม ถ้าเจ็บป่วยในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือสามารถทำให้มีชีวิตรอดยาวกว่าการเจ็บป่วยมะเร็งส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วย และการตายด้วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะหน่วยงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมีเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร การให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ บริการและแจกจ่ายให้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไม่ว่าเป็น โสด คู่ และหย่า/ม่าย/แยกกันอยู่ ทุกคนย่อมต้องการมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตที่สุขสมบูรณ์ แต่เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม และไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ แต่เมื่อทุกคนมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ก็พยายามที่จะดูแลตนเองให้ดีที่สุด ทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีสถาน

ภาพสมรสแตกต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 ลักษณะครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พนิดา คุณาธรรม (2538 : 181) ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุภาวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 145) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรม的自我ส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่หลายคน แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 :107) ศึกษาพฤติกรรม的自我ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรม的自我ส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวเดียวมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวขยาย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดครอบครัวเดียวเพิ่มมากขึ้น ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญอย่างมาก และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้กับทุกคน ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวเดียว ที่มีพ่อแม่ และลูก ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจกันภายในครอบครัว การได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามถ้าหากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบไปด้วยพ่อแม่ ลูก ลุง ป้า น้า อา และญาติ ๆ ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และแต่ละคนมีภาระหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป ทำให้ทุกคนต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่ของตนเอง จึงทำให้ทุกคนไม่มีเวลา ในการเอาใจใส่ ดูแล

หรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลสุขภาพตนเอง และทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรู้สึกตนเอง ขาดความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ และตนเองด้อยคุณค่า จึงเป็นเหตุผลประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน รัตนารักษ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539 : 104) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริดา นิธิพนธ์ (2543 : 93) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอาชีพต่างกัน พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมว่าเป็นโรคร้ายแรง เป็นแล้วรักษาหายยาก ถ้าเป็นในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้ และเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาจึงทำให้ต้องดูแลสุขภาพตนเองให้ดีเพื่อจะได้ไม่ทำให้โรคมะเร็งเต้านมลุกลามไปส่วนอื่น ๆ ได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกคนจึงพยายามดูแลตนเองเป็นอย่างดี เพื่อให้ตนเองมีชีวิตรอดยาวต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 ประวัติการรักษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีประวัติการรักษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีประวัติการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเข้าใจถึงการรักษาโรคมะเร็งตามขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษา โดยวิธีต่าง ๆ มาเช่น ได้รับการผ่าตัด ได้รับรังสีมาแล้วย่อมที่จะเข้าใจถึงการรักษาว่าจำเป็นต้องใช้เคมีบำบัด ช่วยในการรักษาอีกวิธีหนึ่งเป็นการช่วยให้ตนเองมีอายุยืนยาวต่อไป และเป็นการป้องกันไม่ให้โรคแพร่กระจายออกไปในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจึงต้องพยายามดูแลตนเองให้ดี เพื่อจะได้สามารถต่อสู้กับโรคร้ายได้ และสามารถมีชีวิตอันยาวต่อไปได้นาน เหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีประวัติการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.9 จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีจำนวนครั้งต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม (2541 : 74-91) ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการตัด

เท่านั้น พบว่า ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัดไม่สามารถทำนายการปรับตัวบทบาทในครอบครัว และบทบาทการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้นที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านมได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน โดยพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการจะดูแลตนเองให้ดีที่สุด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและมีแรงต่อสู้กับการให้เคมีบำบัดตามดุลยพินิจ และความเหมาะสมของแพทย์ เพื่อจะได้มีโอกาสหาย แสดงว่าในการรับการรักษาของผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็ง ผู้ป่วยได้รับรู้มาก่อนจากแพทย์ หรือพยาบาลว่าการรักษาของตนต้องมีขั้นตอนในการรักษาด้วยเคมีบำบัดควบคู่ไปด้วย ซึ่งการได้รับเคมีบำบัดนั้นจะได้รับมากน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องบอกคนไข้ว่าตนจะต้องได้รับเคมีบำบัดมากน้อยแค่ไหน ประกอบกับการได้รับเคมีบำบัดนั้น ถึงแม้ได้รับเพียงครั้งเดียวก็อาจมีผลกระทบกับสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ หรือพยาบาลให้รับรู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองภายหลังได้รับเคมีบำบัดแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยทุกคนพยายามรักษาและดูแลตัวเองให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อที่จะให้มีแรงมาต่อสู้กับภาวะการได้รับเคมีเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.10 ความรู้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับจากเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (2541 : 67-68) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ เพียงใจ สุวีริยะไพศาล (2542 : 100-105) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความ

ต้นโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อยากจะเกิดขึ้นกับตนเอง ในเมื่อตนเป็นโรคนี้อาจจะพยายามศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคและขั้นตอนในการรักษาจากที่ต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีความรู้มากย่อมจะเข้าใจถึงอันตราย อาจเกิดขึ้นได้ ถ้ามีการรักษาอย่างไม่ถูกต้อง และข้อสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งผู้ป่วยต้องพยายามดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรงเพื่อที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยลง อันเป็นผลทำให้ผู้ป่วยคลายความหวาดกลัวต่อความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการให้เคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ก็จะปล่อยตัวไปตามยถากรรม เคยปฏิบัติตนอย่างไรก็ปฏิบัติตนเหมือนเดิม ด้วยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.11 เจตคติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรุณี ต้นเจริญ (2542 : 59-61) ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ในเขตตำบลหนองแขวง กิ่งอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการป้องกันตนเองร้อยละ 67.50 แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุชาติพิย์รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกมีเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่า

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงความร้ายแรงของโรคมะเร็งและขั้นตอนในการรักษาที่จำเป็นต้องมีการให้เคมีบำบัดร่วมด้วย ซึ่งการให้เคมีบำบัดเป็นวิธีที่ดีเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้การลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่นลดลง และขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจมีความเข้าใจถึงผลข้างเคียงต่อการได้รับเคมีบำบัดว่าจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ฯลฯ จึงทำให้ผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองให้ดี พร้อมทั้งรับประทานอาหารให้ถูกต้อง พักผ่อนให้เพียงพอ ตัดความกังวลใจต่าง ๆ ออกเพื่อเตรียมตัวรับการรักษาต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.12 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 12 ที่ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน การศึกษารังนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-107) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษารังนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมากและมีการดูแลตนเองระดับดีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับการสนับสนุนมากได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือระดับประคอง คำแนะนำ การให้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัว สามี ลูก พี่น้อง และญาติ ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้พักอาศัยอยู่ โดยได้รับการช่วยเหลือในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การเงิน เวลา แรงงาน และที่สำคัญการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าเมื่อตนป่วยเป็นโรคแล้วญาติพี่น้อง ไม่ทอดทิ้ง แต่ให้ความสนใจและดูแลตนเองเป็นอย่างดี ตลอดจนช่วยเหลือเมื่อเวลาผู้ป่วยต้องการซึ่งอาจจะเป็นกำลังใจ เงิน หรือสิ่งของต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย

ได้รับ แต่หากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวน้อย ปัจจัยที่สำคัญต่าง ๆ และกำลังใจในการดูแลตนเองทำให้มีการดูแลตนเองน้อยลง อาจจะท้อแท้ว่าเมื่อตนเองป่วย ทำให้เกิดเป็นภาระของครอบครัว และเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ไม่สามารถที่จะปรึกษาใครได้เพราะขาดความสนใจตนเอง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจในการที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง และมีกำลังใจที่ต่อสู้กับการรักษาที่จะได้รับ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และยังมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ระดับการศึกษา และความรู้ที่แตกต่างกันมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. รายได้ ลักษณะครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีผลทางจิตใจต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
3. จัดทำโครงการบริการให้คำปรึกษาในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งในคลินิกส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในเขตเมืองและชนบท
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ประสานปราน. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กอบแก้ว คุณตรัส. (2527). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ. (2542). มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ : มปป.
- กัลยาณี นาคฤทธิ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคน ในกรุงเทพมหานคร. วท.ม. วิทยานิพนธ์. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2542). ศาสตร์แห่งโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ยูพอส คอร์ปอเรชั่น.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา รอดนำพา. (2535). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จิรประภา ภาวิไล. (2535). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิราภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยา เคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชวลี ไชยิตทาภิวัฒน์. (2534). ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะ สุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เดือนทิพย์ ศิริวงศ์ไธชาติ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติ กรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มา รับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ปริญญาโท กศ.ม (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. ปริญญาโท กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร คำบุญ. (2543). ความต้องการทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. ปริญญาโท กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2528). การวิจัยทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นรินาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- บัญญัติ เลิศอาวาส. (2535). *วิธีการแก้ปัญหาการไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและ มะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ของตำบลหนองกะป๋อ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. ภาคนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา สศศร 492. (สาธารณ สุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : การพิมพ์พระนคร.*
- บุญเต็ม แสงดิษฐ์. (2542). *แนวทางป้องกันโรคมะเร็งสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครนึ่งถึงกรัฟ จำกัด.*
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). "นวัตกรรมการศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ," ใน *การประชุมวิชาการ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไข ทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา. หน้า 171-172 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดลและ สาธารณสุข.*
- บุษบา ตันติศักดิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.*
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.*
- (2529). *สถิติประยุกต์สำหรับครู. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พีรพัฒนา.*
- (2532). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- (2537). *การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.*
- พรพิศ ชีวะคำนวน. (2535). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*

- พัชนี วรกวิน. (2522). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด.
- พัฒน์วรรณ กังแฮ. (2540). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิดา คุณาธรรม. (2538). ทักษะคิด และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณภา จิตดำรงขันติ. (2540). ผลการให้คำแนะนำยามีแบบแผน และการให้คำแนะนำปกติต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแรงงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ประกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญจันทร์ นิลวัชรารัง. (2526). เปรียบเทียบความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ เคมีรักษา และที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไพรัช เทพมงคล (2524). ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : สวิตา.
- (2524). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษร : 65-71.
- ไพรัช เทพมงคล. (2528). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

- มาลี วรลัคนากุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ
ความสามารถใน การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมี
บำบัด. วิทยาศาสตร์บัณฑิต วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุวดี จอมพิทักษ์. (ม.ป.พ.). วิธีป้องกันโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ : หอสมุดกลาง.
- ยุพาพรรณ ทองตะนุณาม. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้อรับเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัชณี นามจันทร์. (2535). ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการ
เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้
สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ลัคนา ทองมานะเสถียร. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของ
สตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- วรรณระวี อัครนิจ. (2534). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิญญู มิตรานนท์. (2538). พยาธิวิทยากายวิภาค. กรุงเทพฯ : โอ.เอส. พรีนติ้งเฮาส์.
- วิภาพร กาญจนราช. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการใน
หน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วิรัตน์ ศรีนพคุณ. (ม.ป.ป.). การประเมินผลสุขศึกษา : การสร้างเครื่องมือและการวิเคราะห์คุณ
ภาพเครื่องมือเพื่อวัดและประเมินผลสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). ค่าเฉลี่ยกับการแปรความหมายเรื่องง่าย ๆ
บางครั้ง พลาดได้", *ข่าวสารการวิจัยทางการศึกษา*. 18(3) : 8-11.
- วิไล ตั้งตระกูล. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคนงานใน
โรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม.
(สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วิไลลักษณ์ วรรณะ. (2535). การศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหา
สุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วินัส ปัทมภาสพงษ์. (2526). ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร เสาวร. (2538). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่
มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ. ปรินิพนธ์ กศ.ม.
(สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2537). สถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ : ม.ป.ป.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่ม 1. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์.
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 11.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง "ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล".
พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมทรง รัชน์ผา และ สรศักดิ์ วัฒนคำสวัสดิ์. (2539). กระบวนการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อ
พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. กรุงเทพฯ :
ม.ป.พ.
- สมปอง รัชชาศุข. (2527). โรคของเต้านม. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึที่มีคุณค่าใน
ตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุจิรา จรัสศิลป์. (2541). *มะเร็งที่รัก*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ โสมประยูร และเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. (2542). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : เอมี เทรตดิง.
- สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2543). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธิดา นิรพิณ. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีรา เทควงษ์. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทรา หิรัญวรรณ. (2538). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะ โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์ และคนอื่นๆ. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม*, *วารสารโรคมะเร็ง* 15(4) : 146-156.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- สมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). *การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธนพรรณการพิมพ์.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2542). *การสาธารณสุขไทย (พ.ศ.2540-2541)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). *รายงานจำนวนประชากร พ.ศ.2542-2544*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

- เสาวภา วิจิตวาที. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โสพรรณ โพทะยะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อวยพร สุทธิสนธิ์. (2528). การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรรถ ศรีไทยล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. (2539). ปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี ดันเจริญ. (2542). ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ในเขตตำบลหนองแขม กิ่งอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. ภาคนิพนธ์ของการศึกษาวิชา สศศร 492 (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาคม เขียรศิลป์. (2528, มกราคม-มีนาคม). หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีของเคมีบำบัด. วารสารโรคมะเร็ง. 11(1) : 36-48.
- อารีย์ เรียรประมุข. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อำนาจ เสมรสุต. (2510). โรคมะเร็งหรือแคนเซอร์ "อนุสรณ์ สุเขียว เทียนประภา".
กรุงเทพฯ : ไทยประดิษฐ์ จำกัด.
- Allen, K.M., & Phillips, J.M. (1996). *Women's health across the lifespan*. Philadelphia : Lippincott – Raven Publishers.
- Becker, M.H., R.H. Drachman and J.P. Kirdcht. (1974). "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Populations," *American Journal of Public Health*.
- Bloom S. Benjamine. (1975). *Toxonomy of Education Objective Handbook I, Cognitive Domain*. New York : David Mckay.
- Brunner, L.S., & Suddarth, D.S. (1984). *Textbook of medical – surgical nursing*. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Cassel, J. (1976, August). "The Contribution of the Social environment of Host Resistant," *American Journal of Epidemiology*.
- Coburn, D. and C.R.Pope. (1974). "Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior," *Journal of Health and Social Behavior*. 15(3).
- Cobb.S. (1976, September-October). "Social Support as a Moderator of Life Stress." *Psychosomatic Medicine*.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985, September). Wasters Support and the buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985, February). "Stress Social Support and The Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98(3) : 310-353.
- Dodd, M.J. (1982, December). "Assessing Patient Self-Care for Side Effects of Cancer Chemotherapy-Part I" *Cancer Nursing*.
- Dodd, M.J. (1987, December). "Assessing Patient Self-Care for Side Effects of Cancer Chemotherapy-Part I" *Cancer Nursing*.
- Farber. B.A. (1983). *Stress and Burnout in the Human Service Profession*. New York : Perganon Press Inc.
- Fernsler, J. (1986). "A Comparison of Patient and Nurse Perceptions of Patients' Self -Care Deficit Associated with Cancer Chemotherapy". *Cancer Nursing*.
- Good, V.C. (1973). *Dictionary of Education*. New York : McGraw Hill Book Company.
- Gast, H.et al., (1989). Self-care agency conceptualizations and operationalizations. *Advances in Nursing Science*.

- Gothieb, Benjamin. (1985, Spring). "Social Network and Social Support" *An over View of Research Practice and Policy implication Health Education Quarterly*.
- Hallal, J.c. (1982). "The relationship of health belief, health locus of central and self concept to the practice of breast self examination in adult woman", *Nursing Research*.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social Support. Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receining Rachootherapy in Thailand*. A Dissertation of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (nursing) in the Geraduate School of Wayne State University.
- House, Jame S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Philippines Quarterly.
- Kahh, R.L. (1979). "Aging and Social Support," In *Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspective*. Edited by M.W.Ritey. P. 85. Colorado : Westview Press.
- Levin, L. (1976). "The Layperson as the primary Care Practitioner", *Public Health Report*.
- (1981). "Self-care in health : Potential and Pitfalls," *World Health Forum*.
- Nan Lin. (1976). *Foundation of Social Research*. Used with permission of the Mc Graw-Hill Book Company.
- National Cancer Institute. (1995). *Annual report 1995*. Bangkok : Department of medical services.
- Norris, C.M. (1987, March). "Self Care" *American Journal of Nursing*.
- Oberst, and Others. (1991, April). "Self-Care Burden stress Asraisal and Mood among Persons receiving Radio therapy". *Cancer Nursing*.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing : Concepts of Practice*. 2nd ed. New York : Mc Graw-Hill Book Company.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concept of Practice*. 3rd ed. New York : McGraw-Hill. Book Co.
- Orem D. & Taylor, S. (1986). Orem's general theory of nursing in P. Winstead-Fry (Ed.). *Case Studies in Nursing Theory*. National League for Nursing.
- (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. St. Louise : Mosby Year Book.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. East Norwalle : Appleton-Century-Crofts.

- (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norwalk : Appleton Century-Crafts.
- (1987). *Health promotion in nursing practice*, East Norwalk : Appleton Century Crofts.
- Pilisuk, Marc. (1982 January) "Delivery of Social Support : the Social inoculation" *Amj Orthapsychiot*.
- Rhodes , and Others. (1988 May-June) "Pattern of Nausea and Vomiting in Chemotherapy Patient : A Preliminary Study". *Oncology Nursing Forum*.
- Ruth, S. (1973). *Rehavillative Aspects of Acute and Chronie Nursing Care*. Philadelphia : W.B. Saunder Company.
- Shapiro, E.H. (1988). *Behavioral treatment of anticipatory nausea associated with Cancer Chemotherapy*. Diss Abstrblnti.
- Siriraj Hospital. (1998). *Tumor Registry Siriraj Cancer Center : Statistical Report 1998*. Bangkok : Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.
- Stillman, M.J. (1977). "Woman's health belief about breast cancer and breast self examination," *Nursing Research*.
- Stool, B.A. (1984). *Risk factors and multiple cancer*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Tilden, V.P. (1985, June). "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory," *Research in Nursing and Health*.
- Thoits, P.A. (1982). "Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," *Journal of Health and Social Behavior*.
- World health organization. (1979). *Cancer statistics*. Report of a WHO/IRAC expert committee.
- Wortman, C.B. (1984, May). "Social Support and the cancer Patient conceptual and Methologic Issue ; Supplement to cancer," *Journal of the American Cancer Society*.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นางสุดาพร ดำรงค์วานิช | นักวิชาการสุขศึกษา 7
งานสุขศึกษาในสถานบริการ กองสุขศึกษา
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรณภา พูลศิลป์ | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ |

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5726, 5644

ที่ ทม 1012/ 2661

วันที่ // กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ 263.6



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

10 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรธรรภา พูลศิลป์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๔63๗



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

10 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาญกุล เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวนวลจันทร์ ดำรงวานิช นักวิชาการสุศึกษา 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/2๖3๗

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

17 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่หน่วยเคมีบำบัด และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 50 คน ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๒๖๖๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ กันยายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่หน่วยเคมีบำบัด และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 50 คน ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนกันยายน 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิสาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ รท 1012/ ๖๖๖๕



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๗ กันยายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่หน่วยเคมีบำบัด และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 200 คน ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนกันยายน 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ รน 1012/ 3360



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๙ กันยายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่หน่วยเคมีบำบัด และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 คน ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนกันยายน 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลในสังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเอง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงของท่าน

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุกี่ปี
 - () น้อยกว่า 30 ปี
 - () 30-40 ปี
 - () 41-50 ปี
 - () มากกว่า 50 ปี
2. สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน
 - () โสด
 - () คู่
 - () หย่า/ม้าย/แยก
3. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด
 - () ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
 - () อุดมศึกษา หรือเทียบเท่า
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
 - () รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - () ค้าขาย
 - () เกษตรกรรม
 - () รับจ้าง
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
5. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 - () ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
 - () 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน
 - () 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน
 - () 15,000 บาทขึ้นไป
6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (ตั้งแต่มารักษาด้วยเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบัน)
 - () น้อยกว่า 1 ปี
 - () 1-3 ปี
 - () มากกว่า 3 ปี

7. ลักษณะของครอบครัว

- () ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส และบุตร)
- () ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส บุตร และบุคคลอื่น ๆ ที่เป็นญาติ)

8. ประวัติการรักษา

- () ผ่าตัด – เคมีบำบัด
- () ผ่าตัด-รังสี-เคมีบำบัด
- () รังสี-เคมีบำบัด

9. จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด

- () น้อยกว่า 5 ครั้ง
- () 5-10 ครั้ง
- () มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการ
ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว หรือเพียง 1 ข้อ

1. วิธีตรวจหามะเร็งเต้านมที่นิยมในปัจจุบัน คือวิธีใด
 - ก () เครื่องเอ็กซเรย์แมมโมแกรม
 - ข () การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - ค () การอัลตราซาวด์
 - ง () การวัดอุณหภูมิ
2. สตรีทุกคนควรจะเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่ออายุเท่าใด
 - ก () 20-30 ปี
 - ข () 30-40 ปี
 - ค () 40-50 ปี
 - ง () 50-60 ปี
3. สตรีควรตรวจเต้านมตนเองเมื่อใด
 - ก () ตรวจเมื่อมีอาการเจ็บปวด
 - ข () ตรวจเมื่อพบว่ามีเลือดไหล
 - ค () ตรวจเมื่อพบว่ามีความผิดปกติ
 - ง () ตรวจเดือนละ 1 ครั้งในระยะหลังหมดประจำเดือน
4. อาหารประเภทใดที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
 - ก () เนื้อไก่
 - ข () เนื้อวัว และเนื้อหมู
 - ค () เนื้อปลา
 - ง () ไข่และครีม
5. อาหารประเภทใดที่ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
 - ก () เนื้อไก่
 - ข () เนื้อวัว และเนื้อหมู
 - ค () เนื้อปลา
 - ง () ไข่และครีม

6. อาหารประเภทใดที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
 - ก () อาหารที่มีกากใยอาหาร
 - ข () อาหารประเภทไขมัน
 - ค () อาหารประเภทไข่
 - ง () อาหารประเภทกะทิ
7. สตรีที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมคือ
 - ก () สตรีที่มีพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นมะเร็งเต้านม
 - ข () สตรีที่ไม่เคยสูบบุหรี่
 - ค () สตรีที่มีประจำเดือนมาตามปกติ
 - ง () สตรีที่ไม่เคยรับรังสี
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองข้อใดถูกต้อง
 - ก () ตรวจจากหัวนมเวียนไปทางขวาของเต้านม
 - ข () ตรวจจากหัวนมเวียนไปทางซ้ายของเต้านม
 - ค () ตรวจส่วนนอกและเหนือสุดของเต้านมเวียนไปโดยรอบเต้านมถึงหัวนม
 - ง () ตรวจส่วนนอกและใต้สุดของเต้านมถึงหัวนม
9. ข้อใดไม่ใช่ผลข้างเคียงต่อการใช้เคมีบำบัด
 - ก () คลื่นไส้ อาเจียน
 - ข () ท้องเสีย
 - ค () รับประทานอาหารได้มาก
 - ง () เลือดออกง่าย
10. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรรับประทานอาหารอย่างไร
 - ก () รับประทานอาหารให้ครบหลัก 5 หมู่
 - ข () รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
 - ค () รับประทานอาหารที่ย่อยยาก
 - ง () รับประทานอาหารย่อยง่าย
11. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละกี่แก้ว
 - ก () 6 – 8 แก้ว
 - ข () 8 – 10 แก้ว
 - ค () 10 - 12 แก้ว
 - ง () 12 – 14 แก้ว

12. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรมีการออกกำลังกายอย่างไร
- ก () สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - ข () สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
 - ค () สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
 - ง () เป็นประจำทุกวัน
13. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไม่ควรปฏิบัติ คือข้อใด
- ก () การเดิน
 - ข () การยกของหนัก
 - ค () การนอน
 - ง () การนั่งสมาธิ
14. เมื่อมีอาการไข้จากการได้รับเคมีบำบัดควรปฏิบัติอย่างไร
- ก () ซักยารับประทานเอง
 - ข () เช็ดตัว
 - ค () นอนพักในห้องที่ปิดมิดชิด
 - ง () รอให้ไข้ลดลงเอง
15. ผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากการได้รับเคมีบำบัด ควรปฏิบัติตนอย่างไร
- ก () รับประทานยาแก้ปวดแอสไพริน
 - ข () หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการเกิดแผล
 - ค () ยกของหนัก ๆ
 - ง () ซักยารับประทานเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้าย

ข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. มะเร็งเต้านมสามารถกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้			
2. การเป็นโรคมะเร็งเต้านมไม่มีโอกาสหาย			
3. เครื่องเอ็กซเรย์แมมโมแกรมสามารถตรวจหามะเร็งได้ตั้งแต่ก้อนเล็ก ๆ			
4. สตรีทุกคนควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่ออายุ 25 ปีขึ้นไป			
5. หญิงที่มีประวัติเคยมีก้อนที่เต้านมมาก่อนมีโอกาเป็นมะเร็งเต้านม			
6. เคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งมีผลข้างเคียงมาก			
7. การใช้เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีประจำเดือนผิดปกติ			
8. เคมีบำบัดทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย			
9. ท่านรู้สึกกลัวมากเมื่อจะมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด			
10. การรักษาด้วยสมุนไพรจะช่วยเสริมฤทธิ์ยาเคมีบำบัด			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

จริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงทั้งหมด

จริงเป็นบางส่วน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงบางส่วน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ก้ำกึ่งระหว่างตรงกับความรู้สึกกับไม่ตรงกับความรู้สึก

ไม่จริงเป็นส่วนมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึกน้อยหรือเป็นความจริงน้อย

ไม่จริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่เป็นความจริงเลย

ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น บางส่วน	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง เป็นส่วน มาก	ไม่จริง ทั้งหมด
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. คนในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทีที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
2. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย					
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว					
4. หากมีอันตราย หรืออาจเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างท่าน					
5. ญาติพี่น้องสนใจต่อสุขภาพของท่าน					
6. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจท่าน					
7. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครน่าไว้วางใจ					

ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น บางส่วน	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง เป็นส่วน มาก	ไม่จริง ทั้งหมด
การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม					
8. คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการไปตรวจตามนัด					
9. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน					
10. คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
11. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่					
12. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง					
13. คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเมื่อท่านเริ่มละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
14. คนในครอบครัวให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม					
15. คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ท่านหายป่วยมาบอกแก่ท่าน					
16. คนในครอบครัวสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านจากแพทย์ หรือพยาบาล และนำมาให้คำแนะนำแก่ท่าน					
17. เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คนในครอบครัวสามารถช่วยแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยให้แก่ท่านได้					
18. คนในครอบครัวนำหนังสือและเอกสารความรู้เกี่ยวกับการรักษามะเร็งเต้านมด้านเคมีบำบัดมาให้ท่านอ่าน					

ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น บางส่วน	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง เป็นส่วน มาก	ไม่จริง ทั้งหมด
การสนับสนุนด้านสิ่งของเงินหรือแรงงาน					
19. เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงิน คนในครอบครัว คอยช่วยเหลือท่าน					
20. เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่ง ของต่าง ๆ คนในครอบครัวท่านคอยช่วยเหลือ ท่าน					
21. เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย หรือมี อาการข้าง เคียงของการได้รับเคมีบำบัด ท่านมีคนในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแล					
22. เมื่อท่านไม่สามารถทำหน้าที่แม่บ้านได้ มีคนใน ครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระนี้ได้					
23. คนในครอบครัวพร้อมที่จะไปไหนมาไหน กับ ท่านเมื่อท่านต้องการ					
24. ท่านรู้สึกว่าคุณต้องรับภาระทุกอย่างในบ้านเอง					
25. ไม่มีใครคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านเจ็บป่วย					
26. ท่านไม่เคยได้รับการช่วยเหลือจากคนใน ครอบครัว					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความ
หมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็นบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารพวกหมักดอง เช่น ผักกาดดอง			
2. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว			
3. ท่านดื่มนม			
4. ท่านขับถ่ายได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง			
5. ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปาก			
6. ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกาย			
7. ท่านพักผ่อนนอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมง			
8. ท่านใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ, ดูโทรทัศน์			
9. ท่านผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการฟังเพลง ทำงานอดิเรก สมารถ			
10. ท่านยังไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนากับเพื่อน ๆ และญาติ พี่น้อง			
11. ท่านทำตัวให้เข้ากับทุก ๆ คนในสังคม			
12. ท่านออกงานสังคมต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข			
13. ท่านปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ			
14. ท่านช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ			
15. ท่านมักจะยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นได้อย่างมีเหตุผล			
16. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาลเมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
17. ท่านซื้อยาลดไข้ ยาแก้ปวด			
18. ท่านไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ			
19. ท่านคิดทบทวนก่อนที่จะกระทำในเรื่องที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ			
20. ท่านเลือกกระทำในสิ่งที่จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น			

ภาคผนวก ง

คุณภาพของเครื่องมือ

การสุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปของ Nan Lin

ตาราง 36 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับ
เคมีบำบัดเป็นรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรก ซ้อนที่ได้รับเคมีบำบัด	X	S
1. วิธีตรวจหามะเร็งเต้านมที่นิยมในปัจจุบัน คือข้อใด	0.40	0.49
2. สตรีทุกคนควรจะเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่ออายุเท่าใด	0.47	0.50
3. สตรีควรตรวจเต้านมตนเองเมื่อใด	0.48	0.50
4. อาหารประเภทใดที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.70	0.46
5. อาหารประเภทใดที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.93	0.26
6. อาหารประเภทใดที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	0.81	0.39
7. สตรีที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมคือ	0.89	0.32
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองข้อใดถูกต้อง	0.63	0.48
9. ข้อใดไม่ใช่ผลข้างเคียงต่อการให้เคมีบำบัด	0.72	0.45
10. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรรับประทานอาหารอย่างไร	0.63	0.48
11. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละกี่แก้ว	0.42	0.49
12. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรมีการออกกำลังกายอย่างไร	0.77	0.42
13. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไม่ควรปฏิบัติคือข้อใด	0.91	0.29
14. เมื่อมีอาการไข้จากการได้รับเคมีบำบัดควรปฏิบัติอย่างไร	0.71	0.46
15. ผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากการได้รับเคมี ควรปฏิบัติ ตนอย่างไร	0.86	0.34
รวม	0.69	0.15

ตาราง 37 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด
เป็นรายข้อ

เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด	$\bar{X}$	S
1. มะเร็งเต้านมสามารถกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้	2.77	0.49
2. การเป็นโรคมะเร็งเต้านมไม่มีโอกาสหาย	2.10	0.81
3. เครื่องเอ็กซเรย์แมมโมแกรมสามารถตรวจหามะเร็งได้ตั้งแต่ ก้อนเล็ก ๆ	2.65	0.55
4. สตรีทุกคนควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่ออายุ 25 ปีขึ้นไป	2.86	0.42
5. หญิงที่มีประวัติเคยมีก้อนที่เต้านมมาก่อนมีโอกาเป็นมะเร็ง เต้านม	2.77	0.46
6. เคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งมีผลข้างเคียงมาก	2.82	0.48
7. การใช้เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีประจำเดือนผิดปกติ	2.46	0.68
8. เคมีบำบัดทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย	2.90	0.41
9. ท่านรู้สึกกลัวมากเมื่อจะมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	2.29	0.89
10. การรักษาด้วยสมุนไพรจะช่วยเสริมฤทธิ์ยาเคมีบำบัด	1.87	0.81
รวม	2.55	0.22

ตาราง 38 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S
1. คนในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทีที่让您รู้สึกหมดกำลังใจ	4.54	0.93
2. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย	4.68	0.68
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว	8.71	1.54
4. หากมีอันตราย หรืออาจเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างก่อน	4.58	0.74
5. ญาติพี่น้องสนใจต่อสุขภาพของท่าน	4.60	0.72
6. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจท่าน	4.05	1.35
7. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครนำใจไว้วางใจ	4.20	1.28
8. คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการไปตรวจตามนัด	4.53	0.89
9. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน	4.53	0.85
10. คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	4.46	0.94
11. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่	4.42	0.93
12. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง	4.38	0.99
13. คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเมื่อท่านเริ่มละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง	4.43	0.92
14. คนในครอบครัวให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	3.84	1.19
15. คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ท่านหายป่วยมาบอกแก่ท่าน	3.99	1.19
16. คนในครอบครัวสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านจากแพทย์หรือพยาบาล และนำมาให้คำแนะนำแก่ท่าน	4.06	1.17

ตาราง 38 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S
17. เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยคนในครอบครัว สามารถช่วยแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยให้แก่ท่านได้	3.98	1.16
18. คนในครอบครัวนำหนังสือและเอกสารความรู้เกี่ยวกับการรักษา มะเร็งเต้านมด้านเคมีบำบัดมาให้ท่านอ่าน	3.77	1.33
19. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือท่าน	4.40	0.99
20. เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งของต่าง ๆ คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือท่าน	4.40	0.99
21. เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย หรือมีอาการข้างเคียงของการได้รับเคมีบำบัด คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแล	4.45	0.89
22. เมื่อท่านไม่สามารถทำหน้าที่แม่บ้านได้ มีคนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระนี้ได้	4.37	0.93
23. คนในครอบครัวพร้อมที่จะไปไหนมาไหนกับท่านเมื่อท่านต้องการ	4.37	1.02
24. ท่านรู้สึกว่าคุณต้องรับภาระทุกอย่างในบ้านเอง	3.77	1.43
25. ไม่มีใครคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านเจ็บป่วย	4.37	1.08
26. ท่านไม่เคยได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	4.44	1.03
รวม	4.28	0.58

ตาราง 39 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการดูแลตนเองเป็นรายข้อ

การดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S
1. ท่านรับประทานอาหารพวกหมักดอง เช่น ผักกาดดอง	1.65	0.55
2. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	1.71	0.49
3. ท่านดื่มนม	1.24	0.76
4. ท่านขับถ่ายได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	1.70	0.51
5. ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปาก	1.02	0.83
6. ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกาย	1.41	0.64
7. ท่านพักผ่อนนอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมง	1.60	0.52
8. ท่านใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์	1.53	0.56
9. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ทำงานอดิเรก ทำสมาธิ	1.20	0.73
10. ท่านยังไปมาหาสู่ สังสรรค์ สนทนากับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง	1.46	0.66
11. ท่านทำตัวให้เข้ากับทุก ๆ คนในสังคมได้เหมือนเดิม	1.46	0.67
12. ท่านออกงานสังคมต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข	1.34	0.71
13. ท่านปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ	1.45	0.66
14. ท่านช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ	1.62	0.55
15. ท่านมักจะยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นได้อย่างมีเหตุผล	1.60	0.54
16. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาลเมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา พยาบาล	1.74	0.49
17. ท่านซื้อยาลดไข้ ยาแก้ปวด	1.42	0.71
18. ท่านไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	1.90	0.34
19. ท่านคิดทบทวนก่อนที่จะกระทำในเรื่องที่จะส่งผลต่อสุขภาพ	1.77	0.45
20. ท่านเลือกกระทำในสิ่งที่จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น	1.79	0.45
รวม	1.53	0.29

ตาราง 40 แสดงค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ
โรคมะเร็งเต้านมและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

ข้อที่	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	.42	.58
2	.38	.35
3	.54	.68
4	.67	.28
5	.95	.20
6	.63	.53
7	.79	.38
8	.63	.36
9	.75	.46
10	.49	.33
11	.25	.55
12	.79	.20
13	.89	.23
14	.75	.29
15	.75	.28

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.66

ตาราง 41 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.20
2	.26
3	.36
4	.68
5	.39
6	.55
7	.26
8	.65
9	.36
10	.54

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.68

ตาราง 42 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.44
2	.50
3	.25
4	.47
5	.64
6	.20
7	.24
8	.63
9	.53
10	.34
11	.59
12	.58
13	.63
14	.73
15	.73
16	.66
17	.66
18	.71
19	.74
20	.73
21	.75
22	.54
23	.65
24	.22
25	.56
26	.59

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.91

ตาราง 43 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแล
สุขภาพตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.27
2	.21
3	.42
4	.41
5	.29
6	.21
7	.61
8	.42
9	.56
10	.63
11	.61
12	.71
13	.69
14	.36
15	.55
16	.23
17	.23
18	.30
19	.32
20	.30

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.77

ตาราง 44 การสุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปของ Nan Lin Parameter in population assumed to be over 85 percent or under 15 percent and for 95 percent confidence level

Size of population	Sample size for reliabilities of :			
	$\pm 1\%$	$\pm 2\%$	$\pm 3\%$	$\pm 5\%$
	Point	Point	Point	Point
1,000	a	a	353	235
2,000	a	760	428	266
3,000	a	890	461	278
4,000	a	938	479	284
5,000	a	984	491	289
10,000	3,288	1,091	516	297
20,000	3,935	1,154	530	302
50,000	4,461	1,195	538	304
100,000	4,669	1,210	541	305
500,000 to ∞	4,850	1,222	544	306

ที่มา : Nan Lin Copyright. *Foundation of social research*. 1976 : 447.

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์
เกิดวันที่	25 กุมภาพันธ์ 2512
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลนครปฐม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	7/1 หมู่ 1 ตำบล ดอนแฝก อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 73120
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	ผู้ช่วยพยาบาล 3
สถานที่ทำงาน	ห้องคลอด โรงพยาบาลรามธิบดี ถนนพระรามหก เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2531	เตรียมอุดมศึกษา (วิทย์-คณิต) จากโรงเรียนภัทรญาณวิทยา นครปฐม
พ.ศ. 2539	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) สถาบันราชภัฏสวนดุสิต
พ.ศ. 2545	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร