

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
พจนา โล่กันภัย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.99.449

พ.172พ

ร.3

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

พจนา ไส้กันภัย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2546

จ. 227106 ร.3

นางสาวพจนา โล่กันภัย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมากร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นจันทร์.

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะ
แทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา คือ ปัจจัยชีวสังคม
ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่า
แห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม และความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ภาวะคุกคามภายหลังการ
ผ่าตัดเต้านม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้
อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
จำนวน 143 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น
แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ค่าความเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านมอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มี อายุ รายได้ของ
ครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน
3. การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
แทรกซ้อน การรับรู้ถึงภาวะคุกคามภายหลังการผ่าตัดเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการ
ปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

SELF CARE BEHAVIOR FOR COMPLICATION
PREVENTION AFTER MASTECTOMY IN BREAST CANCER PATIENTS
AT THE BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION HOSPITALS

AN ABSTRACT
BY
PHOTCHANA LOKANPHAI

Presented in partial fulfillment of the requirements
For the Master of Science degree in Health Education
May 2003

Photchana Lokanphai. (2003). *Self care behavior complication prevention after mastectomy in breast cancer patients at the Bangkok Metropolitan Administration Hospitals*. Master Thesis, M.S (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Napapron Madhyamankura, Assist. Prof. Dr. Pornsuk Hunnirun.

The objective of this research was to study the self care behavior for complication prevention after mastectomy in breast cancer patients at the Bangkok Metropolitan Administration Hospitals, according to Biosocial factors (age, marital status, income), Psychosocial factors (self-esteem, self-efficacy, attitude to breast cancer, knowledge of complication after mastectomy) and Health belief (perceived susceptibility to complications, perceived severity of complications, perceived threat to complications, perceived benefits of complication prevention behavior, perceived barrier to complication prevention behavior).

The samples were 143 breast cancer patients after mastectomy at the Bangkok Metropolitan Administration Hospitals within 6 months of operation. The sampling method was by accidental sampling. The data were collected by using questionnaires and analyzed by frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Correlation was tested by Pearson product moment correlation coefficient formula.

The results were :

1. Breast cancer patients had self care behavior for complication prevention after mastectomy at good level.

2. Breast cancer patients with different marital status had different self care behavior for complication prevention after mastectomy, while breast cancer patients with different age or income had no difference in self care behavior for complication prevention after mastectomy.

3. Self-esteem, self-efficacy, attitude to breast cancer, knowledge of complication after mastectomy, perceived susceptibility to complications, perceived threat to complications, perceived benefits of complication prevention behavior and perceived barrier to complication prevention behavior are positively related to self care behavior for complication prevention after mastectomy at .05 level of significance ,

except for perceived severity, which is unrelated to self care behavior for complication prevention after mastectomy.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ของ
นางสาวพจนา โล่กันภัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)
วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัชฌิมามกุล)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมากร ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ พร้อมทั้งให้ความสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิวิชา สุขวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ รองศาสตราจารย์ อัจฉรา สุขารมณ อจารย์ ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง อจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน นายแพทย์อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ และนายแพทย์ ยุทธพงศ์ แสงพ่ายัพ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ดิกลัลยกรรมหญิง 4 ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งผู้แต่งตำราและผู้วิจัยทุกท่าน ที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ประกอบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีจนบรรลุวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กนก สุวรรณกิจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล และนางสาวปญฺญสิริ พิทักษ์สงคราม ที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเป็นอย่างดี รวมทั้งการจัดพิมพ์ปริญญานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอเทอดพระคุณบิดามารดา ที่ได้อบรมสั่งสอน ให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่างแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย รวมทั้งพี่ๆ เพื่อนๆ และผู้ร่วมงาน ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดีตลอดมา จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

พจนา โล่กันภัย

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
	ความสำคัญของการวิจัย.....	4
	ขอบเขตของการวิจัย.....	5
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
	สมมุติฐานในการวิจัย.....	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม.....	12
	การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม.....	22
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	24
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	29
	แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าแห่งตน.....	33
	ทฤษฎีความสามารถตนเอง.....	34
	แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ.....	39
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	40
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	40
	งานวิจัยในประเทศ.....	43
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	51
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	52
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	65
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	75
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	75
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	75
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	75
วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	78
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก.	98
ภาคผนวก ข.....	105
ภาคผนวก ค.	115
ภาคผนวก ง.....	120
ประวัติย่อผู้วิจัย	122

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	มะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของหญิงไทยต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2544	2
2	จำนวนการเสียชีวิตจากเนื้องอกชนิดร้ายแรง 10 อันดับแรก เพศหญิง จำแนกตามหมวดอายุ ในปี พ.ศ. 2543.....	3
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว	65
4	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพ.....	67
5	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามอายุ.....	68
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ	69
7	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	70
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	71
9	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	72

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง

หน้า

10	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	73
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	74
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	75
13	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	118
14	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ปัจจัยจิตลักษณะภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	119
15	ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม	120
16	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	121

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 แนวของ MILK LINE	13
3 แสดง Sagittal section	14
4 แสดงต่อมน้ำเหลืองของเต้านม.....	15
5 แสดงระยะของการดูแลตนเอง.....	28
6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	32

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั่วโลก ซึ่งในประเทศไทยพบเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด หลอดลมและหลอดคอ แต่ถ้านับประชากรทั้งโลกแล้ว มะเร็งเต้านมจะพบบ่อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น คิดเป็นร้อยละ 18 ของมะเร็งทั้งหมด ซึ่งในแต่ละปีพบคนเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 57,000 คน ชาวอเมริกันมีจำนวนสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีชาวเอเชีย กล่าวคือ สตรีชาวอเมริกันทุก 8 คน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม 1 คน ส่วนในสตรีเอเชียทุก 16 คน มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม 1 คน (สมบุรณ์ ธรรมเถกิงกิจ. 2538 : 577) ถ้านับในสตรีที่เสียชีวิตในช่วงอายุระหว่าง 40 – 50 ปี พบว่าจะเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากที่สุด องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีโอกาสหายและมีชีวิตยืนยาวกว่าเมื่อมาพบแพทย์ในระยะหลังของโรค สำหรับสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยส่งเสริม คือ อายุ ซึ่งพบในสตรีอายุทุกช่วงอายุและมีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป สตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ สตรีที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย หรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี สตรีที่เริ่มมีประจำเดือนตั้งแต่อายุต่ำกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนเมื่ออายุเกิน 50 ปี และจากการศึกษาพันธุกรรมพบว่า สตรีที่มีประวัติมารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม มีอัตราเสี่ยงเป็น 3 เท่า (สมบุรณ์ ธรรมเถกิงกิจ. 2538 : 578) เนื่องจากมียีนบางตัวที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม เรียกว่า ยีนบีอาร์ซีเอวัน (BRCA1) โดยสตรีที่มียีนนี้อยู่ในร่างกาย เมื่ออายุ 50 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 50 และเมื่ออายุ 65 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 (กรีซ โพธิสุวรรณ. 2541 : 7-8) และพบว่าระยะเวลาในการได้รับฮอร์โมนมีส่วนเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยถ้าได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 10 ปี จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม 2.0 เท่า แต่ถ้าได้รับมานานกว่า 10 ปี จะมีอัตราเสี่ยง 4.1 เท่า (สมบุรณ์ ธรรมเถกิงกิจ. 2538 : 578) นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (ลักษณะ อินทรกลับ. 2540 : 30) จากผลการวิจัยพบว่าคนอเมริกันเป็นมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง เพราะบริโภคอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มาก การผ่าตัดเสริม

ทรวงอกที่ใช้การฉีดสารซิลิโคนเข้าไปในเนื้อของเต้านมโดยตรงก็เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมได้สูงเช่นกัน (กริช โพธิ์สุวรรณ. 2541 : 7-8)

จากสถิติสาธารณสุขพบว่าอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมของสตรีไทยในปี พ.ศ. 2544 พบ 4.0 ต่อแสนคนต่อปี ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 มะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของสตรีไทยต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในปี พ.ศ.2544

ชนิด	จำนวน	ร้อยละ
ตับและท่อน้ำดีในตับ	3,058	9.80
ปอด หลอดคอและหลอดลมใหญ่	1,932	6.20
เต้านม	1,261	4.00
ปากมดลูก	1,081	1.70
สมองและเยื่อหุ้มสมอง	596	1.90
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	444	1.40
ช่องปาก	377	1.20
รังไข่	305	1.00
กระเพาะอาหาร	292	0.90
ตับอ่อน	202	0.60

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2544).
สถิติสาธารณสุข. หน้า 81 - 84

จากการศึกษาที่ผ่านมาโดยดูจากจำนวนการเสียชีวิตของประชากร จากเนื้องอกชนิดร้ายแรงในแต่ละตำแหน่ง 10 อันดับแรก จำแนกตามอายุของกลุ่มเสี่ยงในเพศหญิง พบว่าเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เต้านมพบเป็นอันดับ 3 ซึ่งอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 45 - 49 ปี ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนการเสียชีวิตจากเนื้องอกชนิดร้ายแรง 10 อันดับแรก เพศหญิง จำแนกตาม
หมวดอายุ ในปี พ.ศ. 2543

สาเหตุการเสียชีวิต	หมวดอายุ (ปี)									
	รวม	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
ตับและท่อน้ำดีในตับ	1,773	7	40	60	86	148	233	316	465	418
ปอด หลอดลม และหลอดคอ	1,109	34	103	92	77	105	129	163	185	221
เต้านม	949	1	16	53	87	152	206	178	151	105
คอมดลูก	698	4	19	26	81	110	122	126	122	88
ลำไส้ใหญ่ เร็คตัม และทวารหนัก	492	8	38	36	34	44	63	68	92	109
ลูคีเมีย	481	46	61	65	69	48	41	55	48	48
ผื่นมดลูกและมดลูก ที่มีได้ระบุไว้	573	8	41	32	55	67	94	88	83	105
เยื่อหุ้มสมอง ประสาท ไขสันหลัง สมองและ ระบบประสาทส่วนกลาง	334	16	35	39	37	45	50	35	35	42
กระเพาะอาหาร	181	0	11	21	18	24	23	32	24	28
ปาก ช่องปากและคอ หอย	138	3	3	8	11	14	18	21	26	34

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2543) สถิติสาธารณสุข.

การรักษามะเร็งเต้านมสามารถทำได้หลายวิธี ขึ้นกับระยะของโรค โดยทั่วไปในมะเร็งเต้านมระยะที่ยังไม่ลุกลามนั้น การรักษาที่สำคัญได้แก่ การผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) ออกทั้งข้าง ซึ่งพบว่าให้ผลการรักษาที่ดี แต่ปัญหาที่สำคัญของการทำผ่าตัดชนิดนี้ คือ ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะเลือดออก ภาวะลมในช่องปอด การอักเสบติดเชื้อของบาดแผล การจำกัดการเคลื่อนไหวของแขน การปวดหรือชาบริเวณแผล แขนอ่อนแรง และแขนบวม ภาวะเหล่านี้สามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเกิดได้ โดยการให้ความสำคัญในระหว่างการทำผ่าตัด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีส่วนสำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพ และให้การรักษาแก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีจำนวนมาก เนื่องจากเป็นเมืองหลวงของประเทศ ดังนั้นในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) เป็นจำนวนมาก จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์นั้น พบว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยที่เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ซึ่งทั้งนี้อาจเกิดจากเจตคติดั้งเดิม ความเชื่อต่างๆ หรือไม่มีความรู้เพียงพอในการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัด รวมถึงการไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทุพพลภาพมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวและยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจระดับชาติโดยรวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ความรู้ รวมถึงการป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟู ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำปัจจัยจิตลักษณะและความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษา

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน (สถิติจากหน่วยงานศัลยกรรมของแต่ละโรงพยาบาล ปี 2544)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน ซึ่งทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane, 1996 : 583)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

1.1 ปัจจัยชีวสังคม

- 1.1.1 อายุ
- 1.1.2 สถานภาพสมรส
- 1.1.3 รายได้ของครอบครัว

1.2 ปัจจัยจิตลักษณะ

- 1.2.1 การเห็นคุณค่าแห่งตน
- 1.2.2 ความสามารถแห่งตน
- 1.2.3 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
- 1.2.4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม

1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- 1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
- 1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
- 1.3.3 การรับรู้ถึงภาวะคุกคามภายหลังการผ่าตัดเต้านม
- 1.3.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

1.3.5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ
 ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กระทำในชีวิต
 ประจำวันภายหลังการผ่าตัดเต้านม เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบด้วย
 พฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ
 กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การคงไว้
 ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายให้เป็นไปตาม
 ปกติ

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วย
 สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้

1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ หมายถึง
 กิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความ
 สามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สมารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษา
 พยาบาลได้

2. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีของอายุของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัด
 เต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น

2.1 ไม่เกิน 40 ปี

2.2 41 – 50 ปี

2.3 ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์กับคู่สมรสในปัจจุบันของผู้ป่วย
 มะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์
 กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น

3.1 โสด

3.2 คู่

3.3 ม่าย

3.4 หย่าร้าง

3.5 แยกกันอยู่

4. รายได้ของครอบครัว หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือรายได้จากแหล่งอื่นๆ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น

4.1 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

4.2 3,000 – 5,000 บาทต่อเดือน

4.3 5,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

4.4 8,001 – 10,000 บาทต่อเดือน

4.5 มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

5. ปัจจัยจิตลักษณะ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งปัจจัยจิตลักษณะที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น

5.1 การเห็นคุณค่าแห่งตน หมายถึง การพิจารณาตัดสินคุณค่าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ในเรื่องการประสบผลสำเร็จ การประสบความล้มเหลว และการยอมรับนับถือจากตนเองและผู้อื่น

5.2 ความสามารถแห่งตน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ รวมถึงการมีสุขภาพที่ดีโดยเกิดความพึงพอใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

5.3 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

5.4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ความสามารถในการจดจำปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการและความรุนแรง หรือผลกระทบที่มีต่อร่างกาย รวมถึงแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น

5.4.1 ความรู้ระดับดี

5.4.2 ความรู้ระดับปานกลาง

5.4.3 ความรู้ระดับปรับปรุง

6. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม แบ่งได้ดังนี้

6.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม (Perceived Susceptibility) หมายถึง การคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

6.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นผู้ประเมินตนเอง ในด้านความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ที่มีต่อร่างกาย ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้ใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา และมีผลกระทบ ต่อบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

6.3 การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมแต่ละคน ตระหนักถึงความรุนแรงและผลเสีย รวมทั้งยอมรับโอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

6.4 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) หมายถึง ความเชื่อของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีต่อแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลัง การผ่าตัดเต้านม และการประเมินข้อเสียเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เพื่อหลีกเลี่ยงการเสี่ยงต่อความไม่ ปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

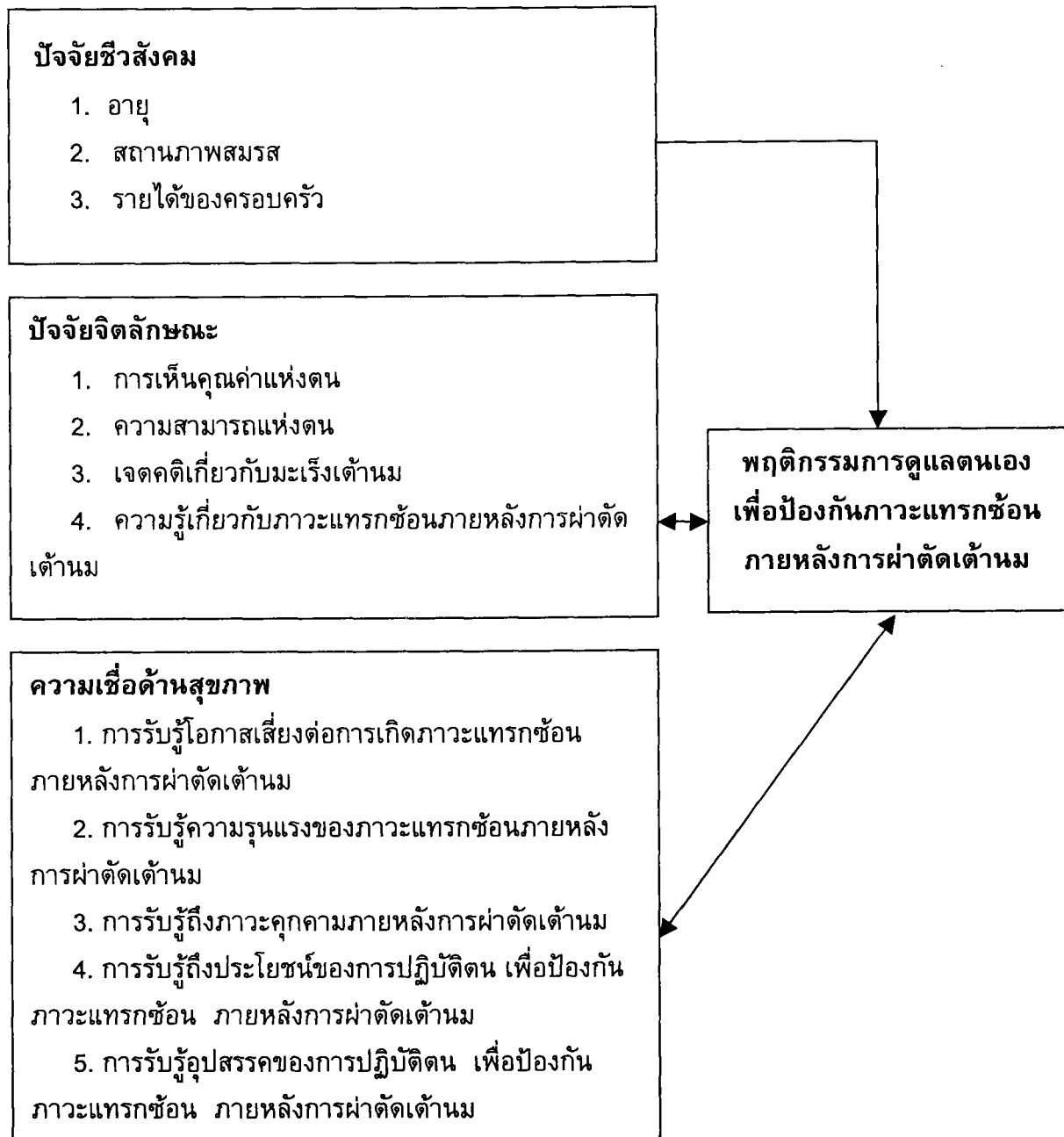
6.5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived barrier) หมายถึง ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามความเป็น จริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัว ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

7. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม หมายถึง สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็ง เต้านม และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) ออก 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง และมารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในระยะเวลา 6 เดือน ภายหลังผ่าตัด

8. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หมายถึง โรงพยาบาลที่ ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป และอยู่ในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 แห่ง คือ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญรอด ชูตินันท์ ภูเก็ต และ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรต่างๆ ความสำคัญและขอบเขตของการศึกษาค้นคว้างกล่าว สามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน
4. การเห็นคุณค่าแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
5. ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
6. เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
7. ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
9. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
10. การรับรู้ถึงภาวะคุกคามภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
11. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

12. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
- 1.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 1.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าแห่งตน
- 1.6 ทฤษฎีความสามารถตนเอง
- 1.7 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 2.1 งานวิจัยต่างประเทศ
- 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

กายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม

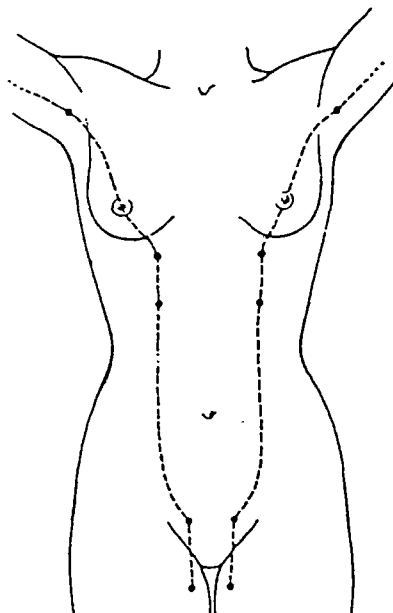
เต้านมมีกำเนิดจากสันของเนื้อเยื่อชั้น Ectoderm ซึ่งเป็นแนวยาวตั้งแต่รักแร้ลงมาถึงขาหนีบ (เรียกว่า Milk line) พบตั้งแต่เด็กในครรภ์อายุ 6 สัปดาห์ ดังภาพประกอบ 2 (ธนิต วัชรพุกก์. 2541 : 274) หลังจากนั้น ส่วนอื่นๆ จะสลายไปหมด เหลือเพียงเนื้อเยื่อในตำแหน่งที่ต่อมากลายเป็นหัวนม ฐานหัวนม (Areola) และต่อมน้ำนม ซึ่งต่อมน้ำนมเหล่านี้เจริญเติบโตในพังผืดชั้นผิว(Superficial fascia) ทำให้มีไขมัน และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน(Connective tissue) หุ้มโดยรอบ

เต้านมสตรีมีขนาดที่แตกต่างกันตามปริมาณไขมันที่มีอยู่ในเนื้อเต้านม ตำแหน่งของหัวนมสามารถเปลี่ยนไปตามขนาดและความหย่อนยานของเต้านม แต่ฐานของเต้านมจะยังคงที่

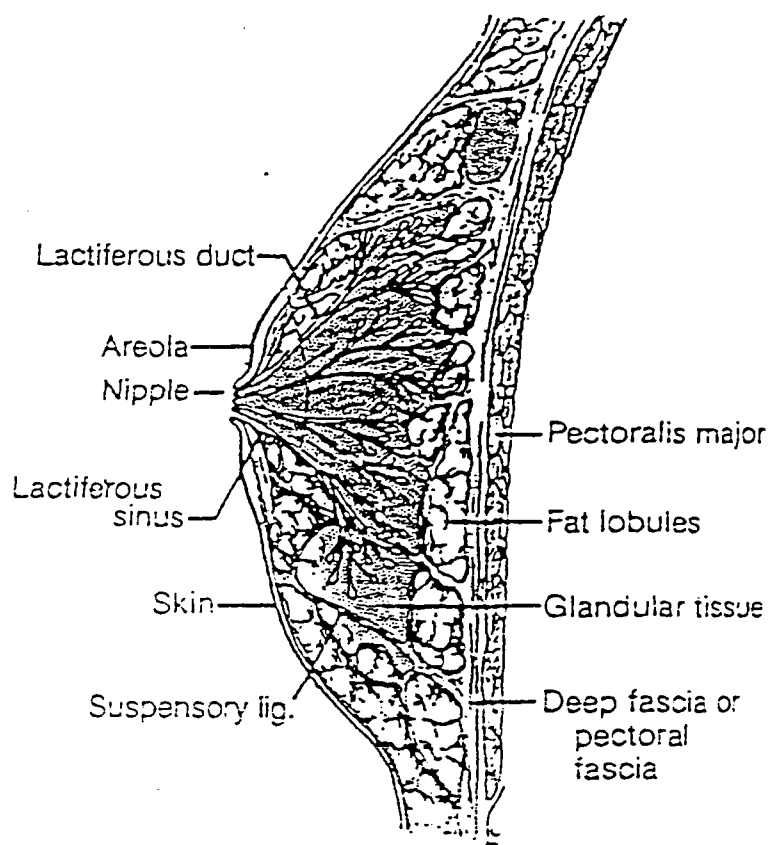
โดยอยู่บนพังผืดที่หุ้มกล้ามเนื้อ Pectoralis major และกล้ามเนื้อ Serratus anterior เต้านมในสตรี โดยทั่วไปมีขอบเขตตั้งแต่ซี่โครงซี่ที่ 2 ถึง 6 และจากขอบนอกของกระดูกกลางหน้าอก (Sternum) ไปถึงขอบด้านหน้าของรักแร้ บางส่วนของเต้านมจะยื่นเลยเข้าไปในรักแร้ เรียกว่า Axillary tail (of Spence) หัวนมหันออกเล็กน้อยและมีฐานหัวนม (Areola) สีคล้ำอยู่โดยรอบที่ฐานหัวนมจะมีตุ่มเล็กๆ หลายอันซึ่งเป็น Modified sweat gland เรียกว่า Gland of Montgomery

ภายในเต้านมแบ่งเป็นกลีบ (Lobes) 15-20 กลีบ ตามจำนวนต่อมน้ำนม และภายในแต่ละกลีบจะมีกลีบย่อยๆ (Lobules) อีกหลายอัน ซึ่งประกอบไปด้วยต่อมน้ำนม (Alveoli หรือ Acini) และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่หุ้มอยู่โดยรอบ กลีบย่อยและท่อน้ำนมส่วนปลายสุด (Terminal duct) รวมเรียกว่า Terminal Duct Lobular Unit (TDLU) แต่ละกลีบย่อยจะมีต่อมน้ำนมขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ต่ำกว่า 10 จนถึง 100 ต่อมน้ำนม

เยื่อหุ้มของท่อน้ำนมใกล้หัวนมเป็น Stratified squamous epithelium แต่ในส่วนที่ลึกเข้ามาจะเป็น Stratified columnar หรือ Cuboidal epithelium ในท่อน้ำนมขนาดเล็กและ TDLU จะมีเซลล์หนา 2 ชั้น โดยด้านในของท่อน้ำนมเป็น Epithelial cell แต่ด้านที่ติดกับ Basement membrane จะเป็น Myo-epithelial cell เนื้อเยื่อเกี่ยวพันบางส่วนที่อยู่รอบกลีบย่อยจะยึดผิวหนังติดกับพังผืดชั้นลึก (Deep fascia) เรียกว่า Suspensory ligament หรือ Cooper's ligament ดังภาพประกอบ 3 (ธนิต วัชรพุกก์. 2541 : 274)



ภาพประกอบ 2 แนวของ Milk line

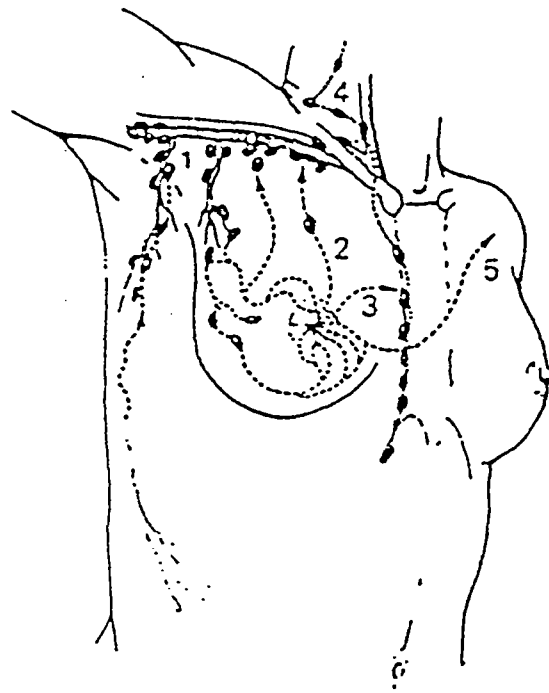


ภาพประกอบ 3 แสดง Sagittal section

เต้านมได้รับเลือดจากแขนงของหลอดเลือดแดง Internal mammary ที่เข้ามาเลี้ยง เต้านมทางช่องซี่โครงที่ 1 ถึง 4 และจากหลอดเลือดแขนงของ Axillary artery ซึ่งได้แก่ Lateral thoracic artery ที่มาจากทางด้านนอกของกล้ามเนื้อ Pectoralis minor และหลอดเลือด Thoraco-acromial artery ซึ่งทะลุ Clavipectoral fascia เข้ามา นอกจากนี้ยังมีหลอดเลือด แขนงเล็ก ๆ จาก Intercostal และ Subscapular artery มาเลี้ยง ส่วนหลอดเลือดดำจะวิ่งอยู่คู่ กับหลอดเลือดแดง ได้แก่ Intercostal vein ซึ่งมีแขนงต่อกับ Vertebral vein ที่กระดูกสันหลัง

เต้านมมีท่อน้ำเหลืองมากมายใต้ผิวหนัง ซึ่งติดต่อถึงกันหมดและมารวมกันได้ห้วนม เป็น Subareola plexus ปกติน้ำเหลืองจากทางด้านนอกของเต้านมจะไหลไปสู่ต่อมน้ำเหลือง

Lateral node และน้ำเหลืองจากด้านในของเต้านมไหลไปสู่ Internal mammary node น้ำเหลืองจากด้านหลังของเต้านมบางส่วนจะไหลเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ระหว่างกล้ามเนื้อ Pectoralis ทั้งสอง (เรียกว่า Interpectoral node หรือ Rotter's node) ก่อนที่จะเข้าสู่ Axillary หรือ Internal mammary node น้ำเหลืองจากต่อมเหล่านี้จะไปสู่ Supraclavicular node เข้า Lymphatic trunk ทางด้านขวาหรือ Thoracic duct ทางด้านซ้าย และเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่ในที่สุด ดังภาพประกอบ 4 (ชนิด วัชรพุกก. 2541 : 275)



ภาพประกอบ 4 แสดงต่อมน้ำเหลืองของเต้านม กลุ่ม 1 Axillary node,
 กลุ่ม 2 Interpectoral node, กลุ่ม 3 Internal mammary node
 กลุ่ม 4 Supraclavicular node, กลุ่ม 5 ต่อมน้ำเหลืองของเต้านมอีกด้าน

พยาธิสภาพ

มะเร็งเต้านมเกิดได้ในทุกส่วนของเต้านม ตลอดจนส่วนของเต้านมที่ยื่นเข้าไปในรักแร้ ซึ่งเรียกว่า แอ็กซิลลารี เทล (Axillary tail) บริเวณที่พบมะเร็งบ่อยที่สุดในเต้านม คือ เต้านม ด้านนอกส่วนบน (Upper outer quadrant) และผู้หญิงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้ชาย 100 เท่า (100 : 1) มะเร็งเต้านมที่พบแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ มะเร็งของท่อ (Carcinoma of ducts) กับมะเร็งของกลีบเล็กๆ (Carcinoma of lobules) ประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งเต้านมเป็นแบบมะเร็งของท่อ (ซอลดา พันธุเสนา. 2542 : 368) มะเร็งเต้านมเกือบทั้งหมดเป็น Adenocarcinoma ที่เกิดจาก Epithelium ของท่อน้ำนม ถ้าเกิดจากท่อใหญ่หรือท่อขนาดกลาง เรียกว่า Ductal carcinoma ถ้าเกิดใน Terminal duct lobular unit ก็เรียกว่า Lobular carcinoma ทั้งสองชนิดนี้มีทั้งเป็น Invasive หรือ Infiltrating และเป็น Non-invasive (In situ) หรือ Non-infiltrating ในกลุ่ม Invasive carcinoma นี้มีการแยกย่อยออกไปตามลักษณะเนื้อเยื่อและเซลล์ ซึ่งช่วยในการพยากรณ์โรคได้บ้างแต่ไม่มากนัก ดังนี้

1. Infiltrating ductal carcinoma (Scirrhou type) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด พบร้อยละ 80 เป็นก้อนแข็งขรุขระคล้ำขอบเขตได้ไม่ชัดเจน เนื้อหน้าตัดแข็งเหมือนเนื้อผลฝรั่งดิบเพราะมี Fibrous tissue มาก
2. Medullary carcinoma เป็นก้อนที่มีขอบเขตค่อนข้างชัดเจน ไม่แข็งมากและอาจมีขนาดใหญ่ ผิวหน้าตัดสีขาว ตรวจทางพยาธิพบเซลล์มะเร็งอยู่เต็ม มี Stroma น้อย และมี lymphocyte แทรก การพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น
3. Colloid carcinoma พบได้น้อยเป็นก้อนไม่แข็งมากบางครั้งมีเลือดออกภายใน ทำให้ก้อนมีสีคล้ำ ตรวจทางพยาธิพบเซลล์มะเร็งกลมๆ อยู่ใน Mucin บางเซลล์มี Vacuole ใหญ่เต็มไปด้วย Mucin การพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งแบบ Scirrhou
4. Papillary carcinoma พบน้อย เป็น Cyst ที่ผนังมีเนื้อมะเร็ง การพยากรณ์โรคดีกว่าแบบ Scirrhou
5. Paget's disease ส่วนใหญ่พบในสตรีวัยหมดประจำเดือน หัวนมและฐานนมแดง บวม และแฉะเหมือนเป็น Eczema แต่ที่จริงเป็น Infiltrating intraductal carcinoma ของท่อน้ำนมใหญ่ใกล้หัวนม และมีเซลล์มะเร็งลุกลามเข้าผิวหนังที่หัวนมและฐานนม ตรวจทางพยาธิพบ Paget's cell ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่ สีเข้ม มี Cytoplasm เป็นวงใส การพยากรณ์โรคดีกว่าแบบ Scirrhou
6. Infiltrating lobular carcinoma เป็นก้อนแข็ง ตรวจทางพยาธิพบเซลล์มะเร็งเรียงเป็นแนวยาวหรือเป็นวงรอบ Duct มีไม่น้อยที่พบลักษณะของ Ductal carcinoma ร่วมด้วย ทำให้แยกกันลำบาก มักพบ Lobular carcinoma in situ ร่วมอยู่ด้วย การพยากรณ์โรคเช่นเดียวกับ Ductal carcinoma

อาการและอาการแสดง

1. ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 – 90 มาตรวจด้วยอาการมีก้อนที่เต้านม ตัวผู้ป่วยเองจะคลำพบโดยบังเอิญขณะอาบน้ำ หรือให้นมบุตร อาจพบที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของเต้านมแต่ส่วนมากพบบริเวณด้านนอกส่วนบนร้อยละ 45 พบด้านนอกส่วนล่างร้อยละ 10 พบส่วนกลางของเต้านมร้อยละ 25 และมักพบเป็นที่เต้านมด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา ลักษณะก้อนอาจแข็ง (Firm) หรือแข็งมาก (Hard) การคลำพบก้อนเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่ละเลยไม่ได้ จะต้องดำเนินการให้การวินิจฉัยที่แน่นอนจนถึงที่สุด และหากก้อนที่คลำได้มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ก็มีโอกาสรักษาให้หายได้เกือบร้อยละ 100

การที่ผู้ป่วยสังเกตเต้านมตัวเองขยายใหญ่ขึ้นกว่าที่เคยเป็นอาจเป็นการเพิ่มขนาดโดยทั่วไปของเต้านมซึ่งจะเป็นทั้ง 2 ข้างหรือข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ในผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือผู้หญิงในระยะให้นมบุตร หรืออาจเกิดจากการขยายตัวของเต้านมที่ผิดปกติ (Hypertrophy) หรือเต้านมโตจากการมีสิ่งแปลกปลอมภายใน เป็นต้น กรณีที่พบว่า เต้านมโตเพียงข้างเดียวพบเสมอในเด็กที่กำลังจะเข้าระยะแตกเนื้อหนุ่มสาว เป็นระยะที่มีนมขึ้น พบได้ทั้งในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย อาจเริ่มเจ็บและคลึงได้ก้อนเล็ก ๆ อยู่ในส่วนที่ลึกกว่าปานนม (Subareolar area) ข้างใดข้างหนึ่ง ครั้งละข้างเดียวก่อน แล้วยุบไปเอง ในเด็กเกิดใหม่และในผู้ชาย บางครั้งอาจคลำได้ก้อนที่เต้านม ซึ่งอาจเป็นเนื้องอกของเนื้อเส้นใย (Fibroadenosis) ได้เช่นกันหรือในผู้ชายบางคนที่มีความผิดปกติของฮอร์โมนเพศ อาจมีนมโตกว่าปกติ (Gynecomastia) บางคนมีก้อนใหญ่มากจนเต็มเต้านม ทำให้ดูคล้ายๆ นมโตทั้งข้าง เกิดจากก้อนมะเร็งของถุงน้ำ (Cysto-sarcoma)

การคลำพบก้อนเฉพาะบางส่วนของเต้านม อาจมีในตำแหน่งเดียวหรือหลายๆ ตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน และอาจพบในเต้านมข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้างก็ได้ สาเหตุอาจเกิดจากการอักเสบติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน (Acute mastitis) หรือมีฝีเต้านม (Breast abscess) หรือการอักเสบจากเชื้อวัณโรค (Tuberculosis) ในรายที่ยังอยู่ในระยะอักเสบติดเชื้อ มักคลำไม่ได้ขอบเขตของก้อนชัดเจนนัก แต่จะมีลักษณะเฉพาะของการอักเสบปรากฏอยู่ด้วยกัน เช่น มีอาการเจ็บและบวมในบริเวณนั้น ผิวหนังแดงและร้อนกว่าส่วนอื่นๆ และอาจมีไข้ เป็นต้น บางครั้งเต้านมได้รับบาดเจ็บที่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดบาดแผล แต่อาจทำให้มีเลือดออกภายใต้ผิวหนัง อาจมองเห็นรอยช้ำเขียวและมีอาการปวดในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ภายหลังเหตุการณ์นั้นเป็นเวลานานๆ ผู้ป่วยอาจคลำพบได้แข็งตรงตำแหน่งที่เคยได้รับบาดเจ็บ บางรายคลำได้ก้อนแต่ไม่เจ็บปวดหรือเจ็บเมื่อแตะต้อง เกิดจากก้อนเลือดที่แข็งตัวแล้ว (Hematoma) ก้อนเลือดที่แข็งตัวนี้มีระดับของความอ่อนแข็ง (Consistency) ใกล้เคียงกับก้อนมะเร็งเต้านมจนบางครั้งวินิจฉัยยากหากใช้การคลำเพียงอย่างเดียว ก้อนแข็งที่คลำได้ในเต้านมบางครั้งเกิดจากเนื้อตายของไขมัน (Fat necrosis) ซึ่งพบภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่เต้านมเป็นเวลานานๆ

หรือในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำนม จนสิ่งคัดหลั่งจากต่อมน้ำนม (Secretion) คั่งค้างอยู่ในท่อทำให้ท่อขยายตัวเกิดเป็นก้อน เรียกว่าโรคท่อน้ำนมโป่งพอง (Mammary duct ectasia)

สภาวะของเนื้องอกเต้านมชนิดไม่ร้ายแรง (Benign mass) จะคลำพบก้อนที่มีขอบเขตชัดเจนและจับเคลื่อนไหวไปมาได้ (Movable) ผิวก้อนเรียบและมีความนุ่มยืดหยุ่นได้ คล้ายยางลบชั้นดีจนถึงก้อนค่อนข้างแข็งเหมือนยางลบค่อนข้างเลว ก้อนที่คลำพบได้เหล่านี้ ได้แก่ เนื้องอกจากเนื้อเส้นใย (Fibroadenoma) เนื้องอกของท่อปมปลายแหลม (Duct papilloma) เนื้องอกชนิดไขมัน (Lipoma) เนื้องอกชนิดเนื้อเส้นใย (Fibroma) เป็นต้น สำหรับผู้ที่เคยรับการศัลยกรรมตกแต่งเต้านม โดยใช้วัตถุแปลกปลอมโดยเฉพาะการฉีดพาราฟิน จะคลำได้ก้อนแข็งเป็นปมป้า (Nodular) ซึ่งจะแข็งมากหรือน้อย ขึ้นกับเทคนิคการฉีดสารเข้าไป และการเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ของเนื้อเยื่อของเต้านมนั้นๆ ก้อนที่เกิดจากการฉีดพาราฟินเรียก พาราฟินอมา (Paraffinoma) ส่วนผู้ที่ทำศัลยกรรมตกแต่งเต้านมโดยใช้วัตถุเสริม (Prosthesis) ชนิดเป็นถุงบรรจุของเหลวอย่างใดอย่างหนึ่งไว้ใน จะมียปฏิกิริยาตอบโต้ของเนื้อเยื่อน้อยกว่า พอจะคลำได้เป็นถุงนึ่ง อยู่ในชั้นที่ลึกกว่าต่อมน้ำนม

การคลำพบก้อนที่เป็นก้อนเนื้อร้าย (Malignant mass) พบว่าขอบเขตของก้อนจะไม่ชัดเจน ลักษณะก้อนแข็ง พื้นผิวของก้อนมีลักษณะเป็นปมป้า หรือผิวขรุขระคล้ายมีเม็ดมะขามป้อมฝังอยู่ในเนื้อนมหรือคล้ายมีเม็ดทรายเล็กๆ ฝังอยู่ในส่วนตื้นของก้อนหรือคล้ายหนามขนุน

2. การดึงรั้งของผิวหนัง (Retraction sign) แบ่งเป็น

2.1 การดึงรั้งของผิวหนังเกิดเป็นรอยบุ๋ม (Dimpling) เกิดจากมะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่เอ็นยึดพยุงต่อมน้ำนม (Cooper's ligament)

2.2 การดึงรั้งของหัวนม (Retraction of nipple) เกิดจากมีเนื้องอกอยู่ใต้หัวนม ทำให้มีการดึงรั้งของท่อน้ำนม (Lactiferous duct)

3. อาการบวม (Edema) เกิดจากก้อนเนื้องอกขัดขวางทางเดินน้ำเหลือง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำเหลืองในผิวหนัง ผิวหนังจึงบวมและหนาขึ้น ผิวขรุขระเหมือนผิวส้ม หรือคล้ายหนังหมูที่ถอนขนแล้ว เรียก พิกสกิน (Pig skin) หรือผิวส้ม (Peau d'orange) ก้อนมีลักษณะแข็ง บวม แดง แสดงว่ามีการกระจายมาที่ผิวหนังซึ่งเป็นระยะที่ 3 ของมะเร็ง

4. ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต (Axillary node involvement) การคลำพบก้อนที่รักแร้ แสดงว่ามะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

5. มีของเหลวจากหัวนม (Nipple discharge) ของเหลวที่ไหลออกมาจากหัวนม ซึ่งถือเป็นปกติธรรมดาได้แก่ น้ำนม พบได้ในหญิงกำลังตั้งครรภ์อยู่ระหว่างภาวะการหลังน้ำนม (Pregnancy+lactation) หญิงให้นมบุตรบางรายหย่านมแล้วยังมีน้ำนมไหลแต่ยังเป็นน้ำนมใสๆ ต้องบีบออกมา (Nursing mother) นอกจากนั้นเด็กเกิดใหม่บางคนใน 2-3 วันแรกเกิด บีบน้ำนมออกมาได้ เชื่อกันว่าเกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมนแม่ผ่านทางรกมาสู่เด็ก (Witch's milk) และ

อาการหายไปเอง ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ หญิงที่ไม่ได้ให้นมบุตร และมีได้ตั้งครรภ์ อาจมีน้ำนมไหลออกมาได้ เป็นผลจากการรับประทานอาหารบางชนิด หรือเป็นโรคของต่อมไร้ท่อ (Galactorrhea) แต่ถ้าของเหลวที่ไหลออกมาจากหัวนม มีใช้น้ำนม เป็นพยาธิสภาพ ได้แก่ ของเหลวที่มีลักษณะเป็นน้ำใส ๆ (Serous) เป็นน้ำที่มีสี (Pigmented fluid) มีลักษณะขุ่นข้นกึ่งเหลวกึ่งแข็ง คล้ายยาสีฟัน ซึ่งอาจมีสีขาวหรือสีเทา (Grumous material) หรือเป็นหนองก็ได้

น้ำใส ๆ (Serous) ที่ไหลออกมาจากหัวนม ส่วนมากมักมีสาเหตุมาจากเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign) เช่น เนื้องอกที่ท่อปัสสาวะ (Duct papilloma) เต้านมอักเสบเฉียบพลัน (Acute mastitis) และส่วนน้อยที่มีสาเหตุมาจากเนื้อร้าย (Malignant) เช่น มะเร็ง (Carcinoma)

ของเหลวชนิดที่มีสี (Pigmented fluid) ที่ไหลออกมาจากหัวนมมักพบว่าเป็นของเหลวที่ผสมกับเลือด (Haemorrhage หรือ Bleeding) ถ้าของเหลวเป็นสีเหลืองใสแต่มีสีชมพูของเลือดสด ๆ จำนวนน้อย ๆ ที่ออกมายังไม่ทันได้ผสมกลมกลืน จนเข้ากันดีกับของเหลว เรียกของเหลวปนเลือด (Blood-stained fluid) บางรายเลือดที่ออกมาผสมกันดีกับของเหลวทำให้ของเหลวที่ออกมาเป็นสีชมพู หรือแดงจาง ๆ ที่สม่ำเสมอเรียกว่าของเหลวที่น้ำเหลืองปนเลือด (Serosanguinous discharge) บางรายมีเลือดสด ๆ ออกมาจากหัวนม อาจเป็นเลือดสีแดงสด หรือแดงเข้ม ขึ้นกับปริมาณหรือความเข้มข้นของเลือดผู้ป่วยที่มีของเหลวปนเลือดออกมานี้ ส่วนมากมีสาเหตุมาจาก เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign) เช่น เนื้องอกของท่อปัสสาวะ เต้านมอักเสบเฉียบพลัน การบาดเจ็บของเต้านม เป็นต้น และส่วนน้อยที่มีสาเหตุมาจาก เนื้อร้าย (Malignant) เช่น มะเร็ง (Carcinoma)

ของเหลวข้นสีขาวหรือสีเทา (Grumous) ซึ่งมักจะบีบออกมาจากหัวนม เป็นเส้น ๆ คล้ายกับเวลาเราบีบยาสีฟันออกจากหลอด พบในผู้ป่วยเนื้องอกจากเนื้อเส้นใย (Fibroadenosis) โคมิโดมาสไตติส (Comedomastitis) พบบ่อยในหญิงที่ตั้งครรภ์แล้วหลาย ๆ ครั้ง (Multipara) แต่อาจพบได้บ้างในหญิงไม่เคยตั้งครรภ์ หรือหญิงพรหมจารี ของเหลวข้นสีขาวหรือสีเทานี้เกิดจากการหลุดตัวของเยื่อบุผิว (Epithelium) ของระบบท่อของต่อมน้ำนม ของเหลวเป็นหนองออกจากหัวนม พบในผู้ป่วยเป็นฝีเต้านม เต้านมอักเสบจากเชื้อวัณโรค เต้านมอักเสบเป็นหนอง (Suppurative mastitis)

6. กดเจ็บ (Tenderness) ปกติก่อนที่เต้านมจะไม่เจ็บ ถ้าเจ็บแสดงว่าอยู่ในระยะหลัง (Late stage) ของมะเร็ง ถ้ามีอาการปวดหลังร่วมด้วย แสดงว่าอาจมีการกระจายไปที่กระดูกสันหลัง

7. แดกเป็นแผล (Ulceration) ก้อนโตมากจนแตกเป็นแผลพบในระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาได้ ก้อนอาจทะลุผิวหนังออกมา เกิดการติดเชื้อมีหนองปนเลือดไหลจากแผลที่แตก

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

1. แบ่งตามตำแหน่งและการแพร่กระจายได้เป็น 3 ระยะใหญ่ ๆ คือ

1.1 มะเร็งระยะเริ่มเป็น ชนิดของมะเร็งเต้านมที่พบในระยะเริ่มเป็นมากที่สุด คือ มะเร็งที่เกิดจากเซลล์บุท่อน้ำนม ซึ่งเชื่อมต่อระหว่างต่อน้ำนมกับหัวนม ที่พบบ่อยรองลงมา คือ บริเวณเนื้อเยื่อผลิตน้ำนม ซึ่งประกอบขึ้นเป็นกลีบเล็กกลีบน้อย (Lobes and lobules) มะเร็งในระยะนี้มีโอกาสหายร้อยละ 95 (ไม่ร้อยละ 100 เพราะการผ่าตัดอาจมีเซลล์มะเร็งบางเซลล์หลุดกระจายไปตามท่อน้ำเหลืองหรือหลอดเลือด)

1.2 มะเร็งประเภทรุกราน (Invasive) ตรวจพบเมื่อมีการลุกลามออกนอกกลีบต่อน้ำนมหรือท่อน้ำนมไปสู่เนื้อเต้านมรอบๆ หรือตามต่อน้ำเหลืองแล้ว จะคลำได้ก้อนแข็งภายในเต้านม

1.3 มะเร็งประเภทกระจาย (Metastatic) พบว่ามะเร็งกระจายไปตามส่วนอื่นๆ ของร่างกายแล้ว เช่น ต่อน้ำเหลือง กระดูก ปอด ตับ และสมอง

2. แบ่งตามระบบ TNM โดยองค์การ UICC (INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER) ซึ่งเป็นวิธีที่แพร่หลายได้ดังนี้

T หมายถึง เนื้องอก (Tumor) T_0 = คลำไม่พบ

T_1 = ก้อนขนาด 2 ซม. หรือเล็กกว่า

T_2 = ก้อนขนาดใหญ่ 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5 ซม.

T_3 = ก้อนขนาด > 5 ซม.

T_4 = ก้อนขนาดใดก็ตาม ที่มีการลุกลามไปยังผนังทรวงอกหรือผิวหนัง

N หมายถึง ต่อน้ำเหลือง (Node)

N_0 = คลำก้อนที่รักแร้ไม่ได้

N_1 = คลำก้อนที่รักแร้ได้ ไม่อยู่กับที่

N_2 = คลำก้อนที่รักแร้ได้ แต่เคลื่อนที่ไม่ได้

N_3 = คลำก้อนได้ที่ Supra หรือ Infraclavicular nodes

M หมายถึง การกระจายของมะเร็ง (Metastasis)

M_0 = ไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

M_1 = มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

Stage 1 - T_1 N_0 M_0

Stage 2 - T_{0-1} N_1 M_0 , T_2 N_{0-1} M_0 , T_3 N_0 M_0

Stage 3 - T_{0-2} N_2 M_0 , T_3 N_{1-2} M_0
- Any T , N_3 M_0 , T_4 , any N , M_0

Stage 4 - Any T , any N , M_1

3. แบ่งตามพยาธิสภาพ (Histological staging) แบ่งตามผลการตรวจชิ้นเนื้อ เช่น โรคมะเร็งเนื้อร้ายที่หัวนม (Paget's disease of nipple) มะเร็งของท่อน้ำนม (Carcinoma of mammary duct) มะเร็งของกลีบเล็กกลีบน้อยของต่อมน้ำนม (Carcinoma of mammary lobule) เป็นต้น

การรักษา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

การรักษา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก (Early cancer หรือ stage 1 และ 2) มีเป้าหมายเพื่อ (ก) ให้หายขาดจากโรคหรืออย่างน้อยก็ป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้นานที่สุดและ (ข) เพื่อให้ได้ต่อมน้ำเหลืองในรักแร้มาใช้พยากรณ์โรค การรักษาประกอบด้วย การผ่าตัดและเสริมด้วยการให้ยาหรือฮอร์โมนเพื่อทำลาย Micrometastasis ซึ่งอาจมีหลบซ่อนในอวัยวะอื่นในร่างกาย (เรียกว่า Adjuvant therapy)

วิธีการผ่าตัดมีได้หลายแบบ ดังนี้

1. Modified radical mastectomy เป็นการตัดเต้านมพร้อมกล้ามเนื้อ Pectoralis minor และต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ทั้งหมด การผ่าตัดวิธีนี้ปรับเปลี่ยนจากวิธีเดิมที่ตัดกล้ามเนื้อ Pectoralis major ออกด้วย (เรียกว่า Radical mastectomy) ซึ่งทำให้ทรวงอกแฟบมากจนน่าเกลียดจึงไม่นิยมทำกันในปัจจุบัน การตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ออกไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยอายุยืนขึ้นอีก (Survival) แต่จำเป็นเพื่อนำมาใช้ในการพยากรณ์โรค การผ่าตัดวิธีนี้มีอุบัติการณ์ของ Local recurrence ต่ำกว่าวิธีอื่นที่ไม่ตัดเต้านม และถ้าเกิดขึ้นก็มักบ่งชี้ว่ามีการกระจายไปส่วนอื่น ๆ ของร่างกายด้วย

2. Simple (total) mastectomy หมายถึง การตัดเต้านมออกแต่เพียงอย่างเดียวโดยไม่ตัดกล้ามเนื้อของทรวงอกหรือต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ แต่การผ่าตัดชนิดนี้มักทำร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองในรักแร้บางส่วนออกมาตรวจ เรียกว่า Node sampling เพื่อการพยากรณ์โรคเช่นกัน ถ้ามีการเลาะต่อมน้ำเหลืองออกหมดจนเหมือนกับใน Modified radical mastectomy ก็เรียกว่า Axillary clearance

หลังการผ่าตัด Mastectomy ทั้งสองแบบนี้ก็อาจฉายรังสี (Radiotherapy) เสริมในรายที่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง หรือในรายที่มีเนื้อมะเร็งหลงเหลืออยู่หลังการผ่าตัด

3. Segmental resection (Tylectomy, wide local excision) ได้แก่ การตัดเลาะออกเฉพาะ segment หรือส่วนของเต้านมที่มีก้อนมะเร็งอยู่ ทำร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ออกมาตรวจเพื่อการพยากรณ์โรค ตามด้วยการให้รังสีรักษาที่เต้านม (และที่ต่อมน้ำเหลืองถ้ามีมะเร็ง) ทั้งนี้เพราะมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้หลายตำแหน่งในเต้านมนั้น การตัดเฉพาะส่วนที่มีก้อนของเต้านมจึงไม่เพียงพอและมีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งซ้ำในเต้านมนั้นได้อีก วิธีนี้เริ่มใช้กันแพร่หลายและใช้กับผู้ป่วยดังนี้ ก. ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กและเต้านมใหญ่พอประมาณที่จะไม่เสียรูปร่างแม้จะตัดออกทั้ง Segment ข. ตรวจโดย Mammography ไม่พบลักษณะ บ่งชี้ว่ามะเร็งมีหลายตำแหน่งในเต้านมนั้น (Multiple foci) และ ค. ตรวจร่างกายไม่พบต่อมน้ำเหลืองใน

ไม่เสียรูปร่างแม้จะตัดออกทั้ง Segment ข.ตรวจโดย Mammography ไม่พบลักษณะ บ่งชี้ว่า มะเร็งมีหลายตำแหน่งในเต้านมนั้น (Multiple foci) และ ค.ตรวจร่างกายไม่พบต่อมน้ำเหลืองใน รักแร้โต หรือไม่มีข้อสงสัยว่ามีมะเร็งกระจายเข้าต่อมน้ำเหลือง วิธีนี้ให้ผลในด้าน Survival ไม่ ต่างจากวิธีอื่น แต่มีอุบัติการณ์ของ Local recurrence สูงกว่า และเมื่อเกิดขึ้นก็สามารถรักษาต่อ โดยการตัดเต้านมได้

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม (Postoperative Complications)

1. ภาวะเลือดออก (Hemorrhage)

ถ้าพบบริเวณผ่าตัดบวมตุงอย่างรวดเร็ว และมีเลือดออกทางท่อระบายเป็น สีแดงสดจำนวนมาก น่าจะนึกถึงภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดแดง เช่น Intercostal vessel หรือ แขนงของเส้นเลือด Axillary ที่ผูกไว้วันนั้นหลุดออก ซึ่งจำเป็นต้องเปิดแผลและห้ามเลือดในห้อง ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ

2. ภาวะลมในช่องปอด (Pneumothorax)

ภาวะนี้พบไม่บ่อยมักพบในขณะผ่าตัด Radical mastectomy แล้วใช้ Hemostat จับห้ามเลือดที่ออกใน Intercostal muscle แล้วบังเอิญไปทะลุ Pleura การรักษา เพียงใส่ ICD ไว้ระยะหนึ่ง

3. บาดแผลอักเสบติดเชื้อ (Wound Infection)

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด เพราะบาดแผลกว้างเปิดอยู่เป็นเวลานาน มีการเลาะผิวหนังเป็นแผ่น (Flap) บาง และมีเลือดมาเลี้ยงบริเวณนี้น้อย ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ถ้าพบมีภาวะอักเสบติดเชื้อ เราจะใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ภาวะอักเสบมากจน เป็นหนองขนาดใหญ่มักไม่ค่อยพบ ภาวะนี้ป้องกันได้โดยให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด

4. ขอบแผลดำตายจากขาดเลือด

มักพบหลังผ่าตัด Mastectomy ที่ตัดผิวหนังมาก หรือผู้ป่วยมีเต้านมขนาดเล็กขอบแผลบาง เมื่อมี Necrosis เกิดขึ้น ควรตัดขอบแผลที่ตายออก รักษาแผลจนไม่มีภาวะ อักเสบแล้วจึงปิดแผลด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin graft)

5. การจำกัดการเคลื่อนไหวของแขน (Limitation of motion of the arm)

เพื่อป้องกันการจำกัดการเคลื่อนไหวของแขน ควรจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มขยับ แขนตั้งแต่วันที่ 2 หรือ 3 หลังผ่าตัดทุกราย มีข้อยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเต้านมแบบ Radical mastectomy และผู้ป่วยที่ทำการปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin graft) ไว้เท่านั้น ซึ่งควรจะเริ่ม เคลื่อนไหวเบา ๆ ในวันที่ 3 หรือ 4 หลังผ่าตัด

การเริ่มบริหารไหล่ทันทีหลังจากทำ Axillary lymph node dissection เทียบกับ การเริ่มบริหารไหล่หลังผ่าตัด 1 อาทิตย์ ไม่ได้ทำให้ระยะเวลาของการใส่ท่อระบาย ปริมาณ

6. ชา (Numbness)

พวกที่ทำ Complete axillary dissection จะพบมี numbness ร้อยละ 70-81 แต่เป็นอาการเล็กน้อยไม่รุนแรง มีผลต่อชีวิตประจำวันน้อยและจะพบอาการนี้ได้บ่อยขึ้น ในผู้ป่วยอายุน้อยและมีประวัติของการสูบบุหรี่

7. ปวดแขน (Pain of arm)

หลังผ่าตัด Axillary lymph node 3 เดือน พบว่ามีอาการปวดของแขน ร้อยละ 55 (จากผู้ป่วย 233 ราย) อาการปวดนี้ลดลงไม่มากนัก แม้จะติดตามไปนาน 15 เดือน

8. แขนอ่อนแรง (Weakness)

พบอาการอ่อนแรงของแขนได้ร้อยละ 25-27 หลังผ่าตัด Axillary node dissection.

9. แขนบวม (Lymphedema)

เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย แขนที่ใหญ่ขึ้นจะดูไม่สวยงาม ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ขยับแขนเคลื่อนไหวไม่สะดวก และมักพบมี Cellulitis และ Lymphangitis ได้บ่อย และสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดขึ้นได้มากกว่าการเสียเต้านมอีก เพราะการเสียเต้านมสามารถซ่อนไว้ไม่ให้เห็นได้

การบริหารแขนภายหลังการผ่าตัดเต้านม

การบริหารแขนซึ่งจะป้องกันไม่ให้ไหล่ติด มี 4 แบบ ดังนี้คือ

1. Hairdressing Exercise การหวีผมและแปรงผมด้วยแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถยกแขน ขยับไหล่และมือได้ด้วย

2. Wall-Climbing Exercise ให้ผู้ป่วยยืนหันข้างหรือหันหน้าเข้าหากำแพง ใช้นิ้วมือข้างที่ผ่าตัดตะเกำแพง และขยับนิ้วไต่ขึ้นกำแพงให้สูงขึ้นเรื่อยๆ จนสูงสุด (สามารถยืดขึ้นได้จนสุดแขน)

3. Rope-Turning Exercise นำเชือกยาวประมาณ 5 ฟุต ผูกปลายด้านหนึ่งไว้กับลูกบิดประตู ผู้ป่วยจับปลายเชือกอีกด้านหนึ่ง โดยเชือกไม่ตึงมาก แต่แขนเหยียดตรง แล้วแกว่งเชือกเป็นวงกลม จะทำให้ไหล่หมุนตามการแกว่ง ไหล่จะไม่ติด

4. Pulley-Motion Exercise ใช้เชือกยาวประมาณ 6-7 ฟุต ผูกปลายเชือกด้านหนึ่งเข้ากับมือของด้านที่ผ่าตัด นำเชือกไปคล้องผ่านราวประตูหรือลูกรอกที่ห้อยจากเพดาน แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งดึงเชือกขึ้นลง จะเป็นการช่วยดึงแขนข้างที่ผ่าตัดให้กางออก และถูกยกขึ้นลง ทำให้ไหล่หมุนได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

ลินน์ และลีวิส (Linn and Lewis. 1979 : 183 - 184) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลปกติ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเอง ลดภาระของแพทย์ ตลอดจนลดภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีการริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังหมายถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

โอเร็มและเทเลอร์ (Orem and Taylor. 1996 : 44) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2539 : 22-23) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งการช้ยา) และการปฏิบัติตน หรือการรับบริการ (เพ็ญผกา กาญจนภาส. 2541 : 52)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นการกระทำอย่างมีขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการพัฒนาของแต่ละบุคคลให้ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self care Theory)

โอเร็ม (Orem. 1980 : 34) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไป ทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำ (deliberate action) และมีจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้ (Orem. 1980 : 35)

1. ควบคุมและควบคุมกระบวนการชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ความต้องการดูแลตนเอง (Self care demands) ในทฤษฎีของโอเร็ม (Orem. 1980 : 41-51) ความต้องการดูแลตนเองเป็นจุดมุ่งหมาย หรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการสำหรับการดูแลตนเอง เป็นการกระทำโดยเจตนาที่กระทำโดยตนเอง ซึ่งแบ่งความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์ออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้ คือ

- 1.1 ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- 1.2 ให้ร่างกายได้มีการขยับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ เป็นต้น
- 1.3 ให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- 1.4 ให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

1.6 การส่งเสริมในด้านการทำหน้าที่ พัฒนาการของร่างกายและความรู้สึกนึกคิดโดยสอดคล้องกับข้อจำกัดทางพันธุกรรม คุณลักษณะและสติปัญญาของตน

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาในวงจรชีวิตของมนุษย์ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การตายของบิดา มารดา ญาติสนิทหรือคู่ชีวิต เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ ได้แก่

2.1 การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่างๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ เช่น ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

2.2 การดูแลและส่งเสริมในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่างๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม ความผิดปกติทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ การเจ็บหนักหรือป่วยในระยะสุดท้าย การสูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของ ทรัพย์สิน และสถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน และฐานะความเป็นอยู่ที่ไม่ดี เป็นต้น

3. ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือพิการ รวมทั้งการปฏิบัติรักษาของแพทย์ซึ่งเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การผ่าตัดอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ได้แก่

3.1 การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันรักษา และฟื้นฟูพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนอยู่ในสภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

โอเร็ม (Orem. 1991 : 69 ; 1985 : 125) กล่าวถึง ทฤษฎีการดูแลตนเองว่า เป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือเป็นผลทางลบต่อการกระทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ นอกจากนี้ความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังนำมาใช้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ด้วย

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2539 : 23-25)

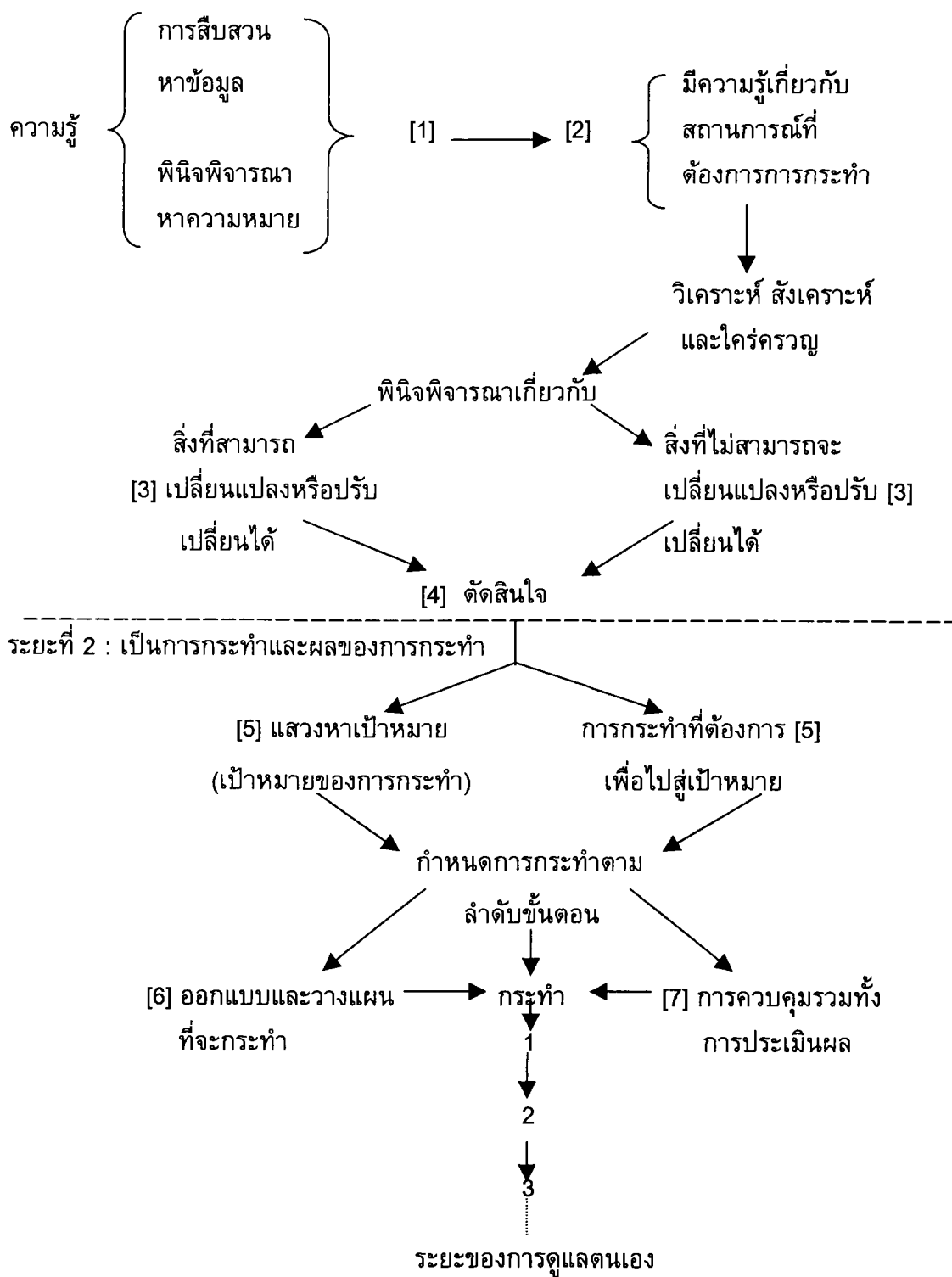
ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยว่าการกระทำนั้นๆ เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังภาพประกอบ 5 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2539 : 24)

ระยะที่ 1 : การพิจารณาและการตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 5 แสดงระยะของการดูแลตนเอง

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำโดยตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย ซึ่งในการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ความชำนาญในกิจกรรมที่จะทำ และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลตามความต้องการ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 171)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือกำเนิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากปี ค.ศ. 1950 ในช่วงนั้นมีการพัฒนาวัคซีนโปลิโอขึ้นมาใช้ป้องกันโรค แต่ปรากฏว่ามีประชาชนบางกลุ่มไม่นำบุตรไปรับวัคซีน ทั้งๆ ที่ได้มีการจัดเตรียมไว้ให้อย่างทั่วถึง นักจิตวิทยาสังคมและบุคลากรด้านสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานอยู่นั้น จึงต้องการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลในการป้องกันโรคร่วมกัน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเลวิน (Lewin field theory) เป็นการอธิบายการตัดสินใจกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในทางเลือกนั้นๆ ตามหลักทฤษฎีของนักจิตวิทยาสังคมของเลวินที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นว่าสิ่งแวดล้อมนั้นจะเข้าไปอยู่ในใจของบุคคลหรือการรับรู้ของบุคคล”

จากนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์จากพฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974a : 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974a : 332) กล่าวว่า ผลรวมของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม

และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ(การรับรู้อุปสรรคน้อยลง) ซึ่งทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมในทางที่พึงประสงค์

ต่อมา เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al. 1995 : 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษใน

เรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

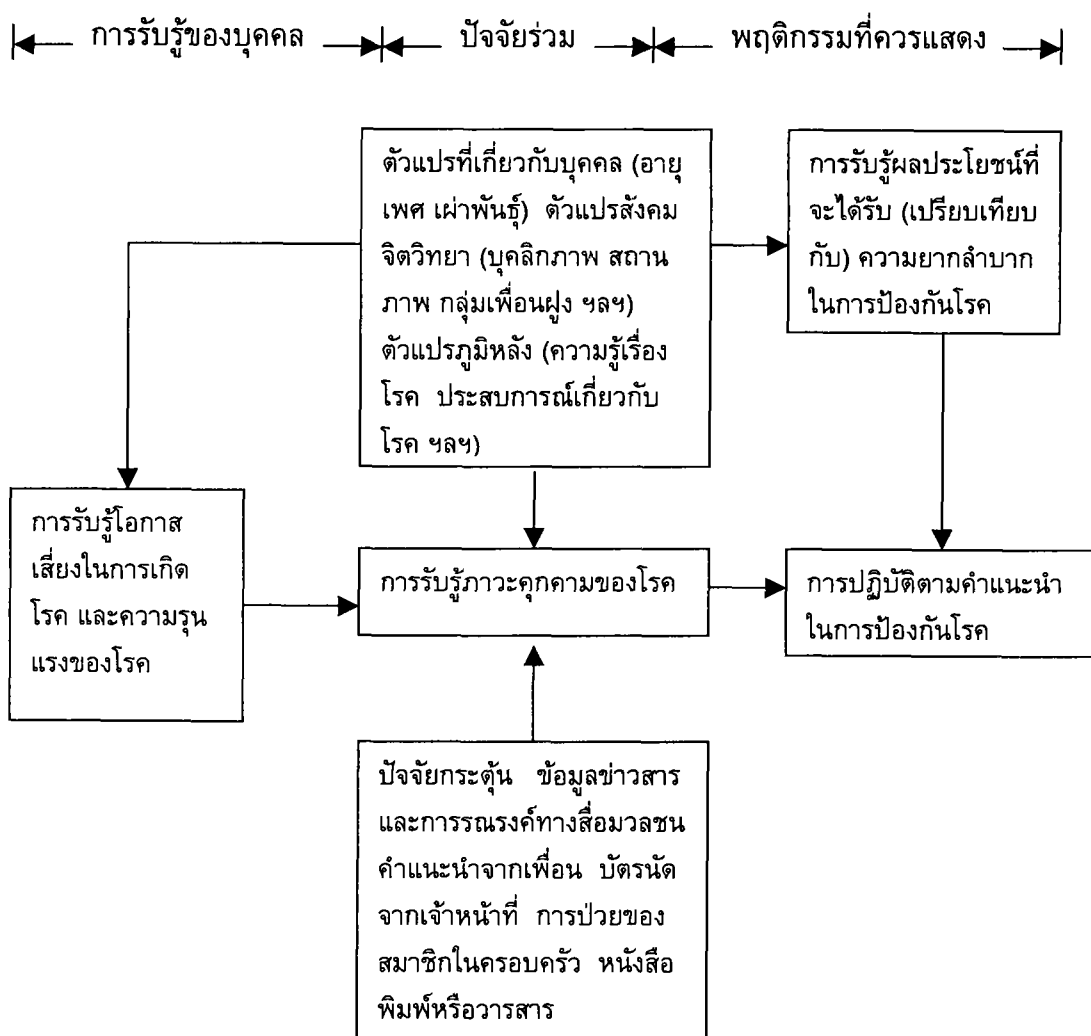
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสารคำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1995 : 12) จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคและได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ดังภาพประกอบ 6 (Becker and Maiman. 1995 : 12)



ภาพประกอบ 6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพข้างต้นสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย และมีผลในการควบคุมพฤติกรรมและรักษาในกลุ่มที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากผ่าตัดเต้านม โดยเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพในการประกอบพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าแห่งตน (Self-Esteem)

การเห็นคุณค่าแห่งตน ได้มีผู้ให้ความหมายดังนี้

มาสโลว์ (Maslow. 1970 : 90) ได้ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าแห่งตนเป็นความต้องการในขั้นที่ 4 ซึ่งเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน กล่าวคือ นอกจากมนุษย์จะมีความต้องการในขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก และการมีส่วนร่วมแล้ว ยังมีความต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง และเมื่อได้รับการตอบสนองในขั้นนี้อย่างเพียงพอแล้ว จะทำให้มนุษย์แสวงหาการตอบสนองในขั้นสูงต่อไป

บรูโน (Bruno. 1983 : 395) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าแห่งตนมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) เนื่องจากเป็นการประเมินการรับรู้ของแต่ละคนซึ่งต่อมาได้แปลอัตราส่วนนี้ ให้อยู่ในรูปศัพท์ทางจิตวิทยาสัมัยใหม่ว่า

$$\text{การเห็นคุณค่าแห่งตน} = \frac{\text{คุณค่าที่บุคคลมีอยู่}}{\text{คุณค่าที่บุคคลต้องการ}}$$

คูเปอร์สมิท (Coopersmith. 1984 : 5) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าแห่งตน เป็นการประเมินค่าของตนเองของแต่ละบุคคลและยึดถือความคิดนั้นไว้ เป็นการอธิบายทัศนคติของความคิดที่เห็นชอบและขัดแย้ง และชี้แจงถึงขอบเขตที่บุคคลเชื่อในตัวเองเกี่ยวกับความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่า

นภาพร พุ่มพฤษ (2529 : 13) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การเห็นคุณค่าแห่งตนเป็นความต้องการของมนุษย์ ที่จะรู้สึกถึงความสำคัญและคุณค่าที่มีอยู่ในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความเชื่อมั่นพร้อมที่จะนำสิ่งเหล่านี้มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้

คันสนีย์ อินทรพันธ์ (2531 : 150 – 152) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การเห็นคุณค่าแห่งตนเป็นการยอมรับในความสามารถ ได้รับการยกย่องนับถือและตระหนักถึงคุณค่าของตน เพื่อจะอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะเป็นคนคนหนึ่ง

อัญชลี อยู่พรหม (2542 : 39) ได้กล่าวว่า ลำดับขั้นของความต้องการของมนุษย์เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ตามแนวคิดของมาสโลว์ (The Need-Hierarchy Conception of Human Motivation) มาสโลว์ เชื่อว่า ความต้องการของมนุษย์มีติดตัวมาแต่กำเนิดและพฤติกรรมของมนุษย์นั้น อธิบายได้โดยเป้าหมายของมนุษย์ ซึ่งจะมีแนวโน้มของ

พฤติกรรมที่มนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการของเขา มาสโลว์ กล่าวว่ามนุษย์ต้องได้รับความพึงพอใจจากความต้องการขั้นต่ำสุดเสียก่อน จึงจะผ่านพ้นไปสู่ความต้องการระดับสูงต่อไปตามลำดับ เขาจึงได้เรียงความต้องการของมนุษย์ไว้เป็นขั้นๆ ดังนี้

ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs)

1. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety Needs)
2. ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongingness and Love Needs)
3. ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Esteem Needs) ประกอบขึ้นด้วย

2 ส่วน กล่าวคือ

3.1 ความรู้สึกนับถือตนเอง (Self-Respect) ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นคนเข้มแข็งมั่นคง มีความสามารถ มีความชื่นชมตัวเอง มีความเชื่อมั่น พึ่งตนเองได้ ความเป็นอิสระ

3.2 ความรู้สึกมีคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน (Esteem from others) ซึ่งจะได้สร้างความรู้สึกให้บุคคลว่าเขามีคุณค่า ผู้อื่นยอมรับยกย่อง ให้ความสนใจ ทำให้มีชื่อเสียงเป็นที่กล่าวขาน เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ

จากความหมายต่างๆ ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าแห่งตน หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการตัดสินคุณค่าของตน โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จ ความสำคัญและความสามารถ ตลอดจนการยอมรับนับถือ การศรัทธาจากบุคคลอื่น

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ผู้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner) ในระยะแรก แบนดูราสนใจเรื่องตัวแบบ เขาได้รายงานเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำการหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเอง เรียกว่า ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา โดยได้เสนอแนะทฤษฎีนี้ให้บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ผู้ที่ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีนี้ คือ แบนดูรา โดยเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดของ

คำว่า “Self-efficacy” คือความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีนี้ได้นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษา และทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพในโรงพยาบาลในการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความสามารถของตนเองและทักษะการเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้การปฏิบัติให้กับตนเอง ดังคำกล่าวของแบนดูราว่า กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการสลับซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ พฤติกรรม (Bandura. 1977 : 22)

แบนดูรา ได้รายงานถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง ทฤษฎี Bandura's Self-efficacy (Bandura. 1977 : 191-215) ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้น Self-efficacy จึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไร กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริงๆ

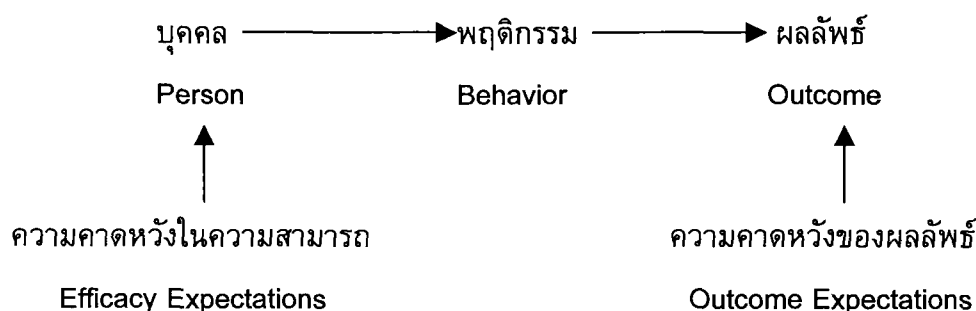
ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง แบนดูราเชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้นๆ ให้คงอยู่ แบนดูราเชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบัน ควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่คงศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์สัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ

1. พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
2. บุคคล เช่น ผู้ป่วย
3. สิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าแนวคิดของแบนดูรา มองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูราเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคล จะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรง ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดข้างต้น แบนดูรา ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เรียกว่า Self-Efficacy Theory หรือทฤษฎีความสามารถของตนเอง สมมุติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว

Bandura ได้ประมวลบทบาทของ Self-efficacy ในโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งมีโครงสร้างดังต่อไปนี้



ตามโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีคือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy expectations) แบนดูราให้ความหมาย ความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่า ตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจะ ประเมินค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

การพัฒนาความคาดหวังในความสามารถ (Development of Efficacy Expectations)

ในการวิเคราะห์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แบนดูราพบว่า การคาดหวังในความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคล สามารถที่จะพัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือทั้ง 3 วิธีดังนี้

1. จากการปฏิบัติงานให้สำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) ซึ่งขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ของบุคคล จากประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งบุคคลที่รับผิดชอบงานที่ลำบาก ปฏิบัติยากหรือได้รับความผิดหวังในการทำงานในอดีตบ่อยๆ จะก่อให้เกิดความกลัวในการทำงาน ทำให้ความสามารถลดลง ความสำเร็จในการทำงานอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิด ความสามารถด้วยตนเอง นอกจากนั้นแต่ละคนจะมีเหตุผลในความสำเร็จโดยผ่านความสามารถของเขา ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของความสามารถของตนเอง การทำงานให้ประสบความสำเร็จโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง ถือว่าเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของ Efficacy Expectations การทำงานที่ประสบความสำเร็จจะช่วยพัฒนาความสามารถและทักษะ บุคคลจะมีความสนุกสนานพอใจในการเพิ่มความสามารถให้กับตนเองได้นั้น การทำงานจะต้องมีจุดมุ่งหมาย บางครั้ง บุคคลซึ่งคิดว่ามีความสามารถทำกิจกรรมประสบความสำเร็จในสถานการณ์หนึ่ง แต่อีก สถานการณ์หนึ่งอาจไม่สามารถทำให้สำเร็จได้

การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (Vicarious experience) การเรียนรู้เกิดขึ้นโดยการได้เห็นตัวอย่าง มีรูปแบบที่มองเห็นได้ สามารถสังเกตการณ์ได้ หรือเห็นตัวอย่างจากบุคคลซึ่งได้แสดงรูปแบบของพฤติกรรมหรือการกระตุ้นโดยใช้หลักเกณฑ์ที่แน่นอน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการได้เห็นรูปแบบ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การเป็นตัวแทนเป็นเทคนิคที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นในตัวเด็ก (Midlarsky Bryan and Brickman. 1973 : 323) การแสดงพฤติกรรมอาจเป็นการกระตุ้นให้เห็นตัวอย่างที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ เช่น ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มองเห็นเพื่อน ๆ งดสูบบุหรี่แล้วมีอาการทรมาน งดบุหรี่ด้วยความลำบาก จึงเกิดความกลัว ไม่กล้าสูบบุหรี่

การสร้างรูปแบบที่ดีเพื่อให้คนเอาตัวอย่าง โดยการส่งเสริมให้เกิดความสามารถในทางสร้างสรรค์ มีรูปแบบที่สำคัญที่จะต้องทบทวนคือ การเอาชนะความลำบากด้วยการใช้ความพยายามมากกว่าจะไม่ได้ใช้ความพยายาม และสร้างรูปแบบพฤติกรรมที่จะสังเกตเห็นได้เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การทำความสะอาดรักษาร้านเรือนให้สะอาดเสมอ นอกจากนั้น รูปแบบของตัวอย่างพฤติกรรมในทางที่ดี ควรได้รับการชมเชย ซึ่งจะทำได้ผลดียิ่งขึ้น ดีกว่ารูปแบบที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ดังนั้นในการให้สุศึกษาในโรงพยาบาลควรมีการสาธิตตัวอย่างหรือรูปแบบที่ดีซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยและเป็นสิ่งเร้าที่ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

2. การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal persuasion) วิธีนี้นักศึกษาค่อนข้างคุ้นเคยและมักใช้กันเป็นประจำเพราะใช้ได้ง่ายทุกโอกาส ใช้ได้ตลอดเวลา การชักจูงให้เกิดกำลังใจทำได้โดยการพูดกระตุ้นให้บุคคลได้ใช้ความพยายาม ใช้ความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือการจัดพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น กรรมการชุมชนสามารถชักจูงใจให้ชาวชุมชนร่วมมือในการทำสะอาด

3. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) การให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยเน้นสิ่งแวดล้อมที่ดีมีประโยชน์แก่สุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดการรู้เท่าทางอารมณ์ ความวิตกกังวลบางครั้งจะมีผลกระทบให้เกิดความสามารถ บางคนกล่าวว่า การปลุกเร้าทางอารมณ์ ก่อให้เกิดพัฒนาการให้บุคคลได้รับรู้ต่อสิ่งที่ปฏิบัติ ระดับการกระตุ้นอาจเป็นตัวชี้ที่สำคัญ ซึ่งอาจเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคลได้ แบนดูรา กล่าวว่า ถ้าบุคคลถูกเร้าหรือกระตุ้นมากเกินไปอาจจะเป็นการทำลายงานของเขาก็ได้ บุคคลอาจประสบความล้มเหลวถ้ามีความกดดันมากเกินไป ตัวอย่างเช่น คนที่เคยมีประสบการณ์เหวี่ยงออกที่มีมือมาก หัวใจเต้นแรงเร็ว เข้าเส้น ก่อนจะขึ้นพูดบนเวที จะพบว่าความสามารถตนเองหมดไป

แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในแง่ต่าง ๆ รวมทั้งความต้องการรับพฤติกรรมใหม่ๆ และการเลือกปฏิบัติของบุคคล จนไปถึงความพยายามที่จะทำและแก้ไขอุปสรรค

ตามแนวความคิดของแบนดูรา ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยองค์ประกอบต่างๆ จะมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างคือ

1. Magnitude หมายถึง ระดับหรือขนาดความยากของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะในเรื่องที่ง่าย ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถ ก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้น การมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ง่ายเกินความสามารถ โดยเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. Strength หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน ประการแรก คือ การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะสะท้อนทำให้มองเห็นระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สอง ให้บุคคลที่จะปฏิบัติงานได้ชักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น ความเชื่อมั่นในการจะปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามเวลา ในแต่ละงานจะกำหนดหรือประเมินค่าของ Strength ว่ามีความเชื่อมั่นระดับใด การประเมินค่าอาจอยู่ในช่วง 1-10 หรือ 10 -100

3. Generality ประสบการณ์บางอย่างจะก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานอื่นๆ ในสภาพงานที่คล้ายๆ กัน ตัวอย่างเช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจเกี่ยวกับการทดสอบความคงทนในสมรรถภาพของร่างกายต่อการออกกำลังกายภายใต้การดูแลของแพทย์ และความเชื่อของผู้ป่วยที่จะสามารถทำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

โดยสรุป ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) มีหลักการมาจากการเรียนรู้ทางสังคมเมื่อผู้ป่วยมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

ความหมายของเจตคติ ในการศึกษาเกี่ยวกับเจตคตินั้น ได้มีผู้ศึกษาและให้คำนิยามไว้ดังนี้

แคตซ์ (Katz. 1960 : 442) ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ส่วนประกอบสองส่วน คือ ความรู้สึกในการที่จะชอบหรือไม่ชอบ และความรู้หรือความเชื่อถือ ซึ่งอธิบายถึงลักษณะ ตลอดจนความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งที่มีต่อสิ่งอื่นๆ

อลพอร์ต (Allport. 1965 : 17) ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมที่จะเป็นแรงกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคล ที่มีผลต่อบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เอ เอ็น โอเพินฮีม (A.N. Openheim. 1966 : 355) ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมหรือแนวโน้มที่จะกระทำหรือมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดในลักษณะบางอย่าง บุคคลทุกคนมีเจตคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งอยู่ แต่ไม่จำเป็นต้องปรากฏให้เห็นเด่นชัด เจตคติเหล่านี้จะแสดงออกให้เห็นได้ จากคำพูดหรือพฤติกรรม เมื่อได้พบสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเจตคตินั้น คนแต่ละคนมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากมายแตกต่างกัน เจตคติที่มีอยู่จะได้รับการยืนยันแน่นแฟ้นยิ่งขึ้นด้วยความเชื่อมั่น และอาจมีความรู้สึกรุนแรงทางอารมณ์อันก่อให้เกิดพฤติกรรมบางลักษณะ

โรคิช (Rokeach. 1970 : 88) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง การผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อถือที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่จะชอบหรือไม่ชอบ

โสภา ชูพิกุลชัย (2522 : 15) ให้คำนิยามว่า เจตคติเป็นระบบที่ต่อเนื่องกัน ซึ่งรวมถึงส่วนของการรับรู้ความรู้สึกและแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรม จะครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินค่าหรือความรู้สึกเกี่ยวกับอารมณ์ เมื่อถูกสร้างให้เกิดขึ้นแล้วมีแนวโน้มที่จะอยู่คงทน ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

นพมาศ ชีรเวทิน (2535 : 126) ให้คำนิยามว่า เจตคติเป็นความเชื่อที่คงทน ซึ่งมนุษย์เรียนรู้มากับบางสิ่งบางอย่าง มันเป็นการรวมตัวของความเชื่อที่ตั้งเป็นระเบียบระบบคงทน ซึ่งสื่อให้เห็นว่าเจตคตินั้นเป็นสิ่งที่รวมตัวกันจากความเชื่อเป็นกลุ่ม จนกระทั่งมีความมั่นคงและเป็นระบบ

จากความหมายของเจตคติดังกล่าวข้างต้น เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่จะชอบหรือไม่ชอบ สามารถแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

วินนิค และโรบบินส์ (Winick and Robbins. 1977 : 478-486) ได้ศึกษาถึงการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมในเมืองนิวยอร์ก โดยทำการศึกษาผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 1,700 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรม Post- Mastectomy Rehabilitation Group (PMRG) ในช่วงปี ค.ศ. 1970-1974 โดยโปรแกรม PMRG มีจุดมุ่งหมายหลักคือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มการทำงานของแขนและไหล่ข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม รวมถึงการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ต่อการสูญเสียเต้านม โดยใช้เวลาน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผลการศึกษาพบว่า อายุของผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัดมีผลต่อการฟื้นตัว การกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบปกติ การกลับเข้าทำงานและภาวะเครียดทางอารมณ์ ซึ่งร้อยละ 84 (661/790 คน) กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ภายใน 4 เดือนหลังการผ่าตัด, ร้อยละ 74 (237/317 คน) กลับเข้าทำงาน(เต็มเวลา) ใน 3 เดือนหลังผ่าตัด, ร้อยละ 13 (52/406 คน) มีภาวะเครียดทางอารมณ์ในระดับปานกลางหรือสูง และพบว่าในขณะเดียวกันแม้ผู้ป่วยบางคนได้รับการผ่าตัดไม่มาก แต่อายุที่มากหรือสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงอาจทำให้ผลออกมาไม่ดีได้, ร้อยละ 98 (284/291 คน) เห็นว่าโปรแกรม PMRG มีส่วนช่วย

เพนแมนและคณะ (Penman.et al. 1986 : 101-130) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของการผ่าตัดเต้านมต่อมโนคติของตนเองและการเข้าสังคม โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หรือ 2 โดยทำการวัดในช่วง 15 เดือน โดยการวิจัยแบบ Cross-sectional และในช่วง 12 เดือน โดยการวัดแบบซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่ได้รับการรักษาวิธีอื่นเพิ่มเติมภายหลังการผ่าตัดเต้านม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างเดียว จะมีความไม่พึงพอใจในรูปร่างลักษณะของร่างกายตนเองมากกว่า และในการศึกษารั้งนี้บ่งว่าผู้หญิงภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับผลกระทบสูง จะพบในกลุ่มที่มีความคาดหวังว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสังคม หรือมีภาวะเครียดจากปัจจัยอื่นๆ ในชีวิตหรือมีโรคเรื้อรังอื่นๆ และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้น เกิดจากสาเหตุที่ยากจะควบคุมได้

ค็อคโคนีและคณะ (Cocconi. et al. 2002 : 228-35) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคมะเร็งเต้านมของยาเคมีบำบัด 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม CMF (Cyclophosphamide Methotrexate และ 5-Fluorouracil) และกลุ่ม CMFEV (Rotational CMF, Epirubicin และ Vincristine) โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้น (stage I,II) จำนวน 211 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม และสุ่มให้ได้รับยา CMF หรือ CMFEV 4 ครั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับยา CMF อีก 3 ครั้ง พบว่า การตอบสนองต่อยา ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความ

แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียด กลับพบว่า ผู้ป่วยวัยก่อนหมดประจำเดือน ที่ได้รับยา กลุ่ม CMFEV มีอัตราการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ (complete response) ต่อยาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา CMF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.004$ (26% เทียบกับ 4%) นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในแต่ละกลุ่ม พบว่าผลข้างเคียงที่ร้ายแรงไม่แตกต่างกัน

สตาราดับและคณะ (Staradub. et al. 2002 : 1185-90) ได้ศึกษาถึงปัจจัยและตัวแปรต่างๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดเต้านมแบบต่างๆ ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 1995-1998 ในผู้ป่วย 578 คน ที่เป็นมะเร็งเต้านมชนิด ductal carcinoma ตั้งแต่ระยะ carcinoma in situ จนถึง stage II พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85.2 เลือกวิธีการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ (breast-conserving therapy) ร้อยละ 9.2 เลือกวิธีการผ่าตัดเต้านมแบบปกติ (mastectomy) และร้อยละ 5.6 เลือกวิธีการผ่าตัดแบบปกติรวมกับการผ่าตัดเสริมเต้านมทันที (mastectomy with immediate reconstruction) จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เลือกการผ่าตัดแบบปกติ จะมีอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่า และมีระยะของการเป็นโรครุนแรงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่เลือกการผ่าตัดแบบปกติและผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกการผ่าตัดแบบปกติรวมกับการผ่าตัดเสริมเต้านมทันที มักมีประวัติการได้รับการผ่าตัดเต้านมเพื่อนำชิ้นเนื้อส่งตรวจ มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่เลือกการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ทางผู้วิจัยจึงได้เน้นถึงความจำเป็นในการให้ความรู้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโอกาสรับการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ แต่ไม่ได้เลือกเนื่องจากกังวลเรื่องปัจจัยด้านอายุกับการเคยส่งตรวจชิ้นเนื้อเต้านมมาก่อน เพื่อช่วยให้ตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมต่อไป

แมนเดลเบลทและคณะ (Mandelblatt. et al. 2002 : 2445-54) ได้ศึกษาถึงผลของการทำผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary dissection) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงอายุ โดยทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า ในผู้ป่วย 571 ราย ที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 หรือ 2 และมีอายุตั้งแต่ 67 ปีขึ้นไป ในช่วงปีค.ศ. 1995-1997 จากโรงพยาบาล 29 แห่ง ติดตามผลนาน 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีปัญหาในการใช้งานของแขน ในระยะเวลา 2 ปีหลังผ่าตัด และมีความเสี่ยงเรื่องการเกิดปัญหาในการใช้งานของแขนถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ซึ่งปัญหาเรื่องการใช้งานของแขนถือเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต ทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไป นอกจากนี้การทำผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้ลดความกลัวของผู้ป่วยต่อการเกิดเป็นโรคมะเร็งเต้านมซ้ำ ดังนั้น ทางผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าผลข้างเคียงของการผ่าตัดชนิดนี้ในผู้ป่วยสูงอายุ มีไม่น้อย อาจไม่คุ้มกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่าตัด

ไมเคิลสันและคณะ (Michaelson. et al. 2002 : 713-22) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมกับอัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย โดยดูข้อมูลในผู้ป่วย 1352 ราย ตั้งแต่ปีค.ศ. 1966-1990 พบว่า อัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แปรผันตรงกับขนาดของก้อนมะเร็งเต้านม และการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยวิธี mammography สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ถึงร้อยละ 20

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

เฮอร์ชีและคณะ (Hershey et.al. 1980 : 108 – 109) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทายาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และรายงานการรับประทายาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษาและประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทายามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮาลาล (Hallal. 1982 : 137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่มในผู้ป่วยจำนวน 207 ราย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านม เพื่อค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง

เฮนส์และคณะ (Haynes et.al. 1976 : 1265 – 1268) ได้ศึกษาเพื่อหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมมือในการรักษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตที่บ้าน และได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทายาลดความดันโลหิต ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน มีบุคลากรในทีมสุขภาพไปเยี่ยมที่บ้านและให้กำลังใจ กลุ่มควบคุมมีจำนวน 18 คน ได้รับการบริการตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันในด้านอายุ ส่วนสูง น้ำหนักตัว และรายงานประวัติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มควบคุม ความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 1.5 ส่วนกลุ่มทดลอง ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.3 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง 17 คน ใน 20 คน ลดลงและลดลงถึงระดับเป้าหมาย 6 คน ในขณะที่ระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมลดลง 10 คน ใน 18 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน ซึ่งแสดงว่าแรงกระตุ้นและกำลังใจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

แมคคอลลีย์และจาคอบสัน (Mc Auley and Jacobson. 1991 : 185 – 191) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงจูงใจของตนเอง (Self-motivation) และน้ำหนักของร่างกาย ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการ

ออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในผู้หญิงที่มีอาชีพที่ต้องนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะ จำนวน 58 คน จากการศึกษาพบว่า มีเพียงการรับรู้ความสามารถตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมนั้น เป็นเป้าหมายหนึ่งของการมีวิถีทางดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ปัทมา คุบตจิต (2533 : ก-ข) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์สัมพันธภาพในกลุ่มสมรส กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภาพลักษณ์ และสัมพันธภาพในกลุ่มสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาภายหลังการตัดเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด และพบว่า สัมพันธภาพในกลุ่มสมรส ระยะเวลาภายหลังการตัดเต้านม และภาพลักษณ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิไลลักษณ์ จันทรพวง (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาภายหลังการตัดเต้านม และการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมในปัจจุบัน กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกแล้ว และมาติดตามการรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกทางศัลยกรรม หน่วยเคมีบำบัด หรือหน่วยรังสีรักษาของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชุดิพันธุ์ สวงนจิพันธุ์ (2540 : จ) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 55 ราย จากคลินิกโรคมะเร็ง แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 78.18 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่เพิ่มเท่ากับ 3.27 กิโลกรัม และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ 6 ชุด มากกว่าก่อนได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนักตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเพิ่มน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541 : ง) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของสตรีที่มีประสบการณ์ตรง โดยประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน จำนวน 22 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นกระบวนการอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทยที่มีการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นจากการรับรู้ความผิดปกติของเต้านมอย่างบังเอิญและต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงช่วงใกล้ความตาย จำแนกได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนพบโรค ระยะเมื่อพบโรค และระยะอยู่กับความเจ็บป่วย

พิทยา สิงห์โตทอง (2541 : ง) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย จำนวน 5,332 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษาย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ปัจจัยทุกตัว ยกเว้นเพศ Histopathological grading และอวัยวะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีพ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระยะของโรค ขนาดก้อนมะเร็ง จำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่มีมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็ง ตำแหน่งของมะเร็ง ตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน Cell type และการรักษา

ยุพาวรรณ ทองตะนุณาม (2541 : ง) ได้ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายหลังการตัดเต้านม จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายหลังการตัดเต้านมมีการปรับตัวบทบาทผู้ป่วย บทบาทมารดา และบทบาทการทำงานค่อนข้างดี แต่การปรับตัวบทบาทภรรยาค่อนข้างไม่ดี ส่วนระดับการศึกษาสามารถทำนายการปรับตัวบทบาทผู้ป่วยได้ร้อยละ 16.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ สามารถทำนายการปรับตัวบทบาทในครอบครัวได้ร้อยละ 10.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ สามารถทำนายการปรับตัวบทบาทการทำงานได้ร้อยละ 12.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 369 คน ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค พบว่ามีการรับรู้ปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับพอใช้ และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และประสบการณ์การมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญ

ลัดดา ทองมานะเสถียร (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว จำนวน 255 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดี ส่วนการปฏิบัติตนอยู่ในระดับพอใช้ และพบว่า สตรีที่มารับบริการที่คลินิกวางแผนครอบครัวที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน และพบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน และสตรีที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน และพบว่าลักษณะการเลี้ยงดูบุตรต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ส่วนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน และประสบการณ์มีบุคคลใกล้ชิดป่วยต่างกัน จะมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน และพบว่าสตรีมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้านความรู้กับเจตคติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความรู้กับการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

นวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และพบว่าอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับเคมีบำบัด มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ประไพ เทียนศาสตร์ (2536 : ข) ได้ศึกษาผลของกระบวนการสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิดถึง 3 เดือน โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการกระตุ้นเตือน โดยการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นมารดาครรภ์แรกหรือครรภ์ที่ 2 ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็กราชบุรี จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้

ละเอียด หัสดี (2538 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้าน จังหวัดนครนายก โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่มและทฤษฎีสนับสนุนทางสังคม โดยมีกลุ่มทดลองจำนวน 65 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 63 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษาแม่บ้านกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

ธารารัตน์ ดวงแข (2543 : ง) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ ลักษณะการสัมผัสโรค และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วย ในการรับยาครั้งที่สองที่ตีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกใน

ครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมและรายด้าน ลักษณะประชากร ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม แต่ปัจจัยลักษณะประชากรด้าน เพศ อาชีพ และลักษณะการสัมผัสโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ปัทมา กาญจนวงษ์ (2536 : ง) ได้ศึกษาการรับรู้ปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเอง ของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนในโรงงานอุตสาหกรรม เครื่องแก้ว จังหวัดสระบุรี จำนวน 200 คน ใช้แบบสอบถามการปฏิบัติ การดูแลตนเองและแบบสอบถามการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และทฤษฎีการรับรู้ปัญหาสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพ

วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539 : ง) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ จำนวนตัวอย่าง 356 คน โดยเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยเครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และพฤติกรรม การป้องกันภาวะกระดูกพรุนในระดับปานกลาง การศึกษา รายได้ การได้รับรู้เรื่องกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เรื่องภาวะกระดูกพรุน ส่วนอายุ ภาวะสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะกระดูกพรุน และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เรื่องภาวะกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นุชลี ศรีเมือง (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่หมดประจำเดือน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 45 – 59 ปี จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่หมดประจำเดือนต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าแห่งตน

ศิริลักษณ์ ณ กาฬสินธุ์ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจิตลักษณะกับ พฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น และนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น จำนวน 214 คน และวัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 167 คน ซึ่งได้มาโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดจิตลักษณะ และแบบวัดพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรจิตลักษณะที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น และวัยรุ่นตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความรู้สึกเป็นอิสระในตนเอง ด้านความศรัทธาในตนเองและด้านความต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง

สุดาพร ดำรงค์วานิช (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่าง 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ถูกต้อง มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการป้องกันโรคและการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุณี นันทโนทยาน (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง จัดกิจกรรมสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในด้านการหลีกเลี่ยงใช้ท่าทางที่เพิ่มแรงกด การลดน้ำหนักตัว การบริหารกล้ามเนื้อคอทไทรเช็บส์ เพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติกับพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน

ศิริมา เนาวรัตน์ (2541 : ง) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับบุคคลอ้างอิง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 79 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 39 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และผลการตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA_{1c}) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และพฤติกรรมการปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สำหรับค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA_{1c}) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประทีน อิมสุขศรี (2542 : ง) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีอายุ 36-55 ปี ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีในเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 93 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิต การใช้ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สามารถทำให้สตรีอายุระหว่าง 36-55 ปี รับรู้ตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่า น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และชีพจรขณะพัก เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรนาถ วัฒนวงษ์ (2543 : ง) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ของแรงงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางกำหนด กิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 20–39 ปี ในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ จังหวัดนนทบุรี แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ใช้เวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2543 ถึงเดือน มีนาคม 2543 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้แรงงานสตรีมี ความรู้เพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น ความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมี พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยที่มีผล ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป เช่น ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยจิต ลักษณะ ความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสนใจและมุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน (สถิติจากหน่วยงานศัลยกรรมของแต่ละโรงพยาบาล ปี 2544)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane. 1996 : 886) มีวิธีการดังต่อไปนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามานะ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 27) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยชีวสังคมส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจิตลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม แบ่งออกเป็น ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราการวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินผลทางสุขภาพ
3. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยจิตลักษณะ ความเชื่อด้านสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

5. นำแบบสอบถามที่ตรวจแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และขอข้อเสนอแนะต่างๆ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจอีกครั้ง (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2545)

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับบริการตึกศัลยกรรมหญิง 4 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แบบสอบถามปัจจัยจิตลักษณะจำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในแบบสอบถามตอนที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน ทำโดยรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	ระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	ระดับไม่ดี

2. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจิตลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในแบบสอบถาม การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน ทำโดยรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	ระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	ระดับไม่ดี

แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจิตลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เมื่อตอบถูกต้อง	ให้	1	คะแนน
เมื่อตอบไม่ถูกต้อง	ให้	0	คะแนน
ไม่ตอบหรือไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินผลความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ใช้อิงเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

คะแนนร้อยละ 75-100	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
คะแนนร้อยละ 51-74	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 0-50	หมายถึง	มีความรู้ระดับปรับปรุง

3. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนัก
 การแพทย์ กรุงเทพมหานคร คำถามแต่ละด้านเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกและลบ
 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ถ้าตอบว่า

ปฏิบัติประจำ	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า

ปฏิบัติประจำ	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	2	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลัง
 การผ่าตัดเต้านม มีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง	ระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	หมายถึง	ระดับไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความเที่ยงตรง โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วจำนวน 144 ข้อ
 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) แล้วนำ
 มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่ง
 แสดงว่า ข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ข้อคำถามจำนวน 118 ข้อ ส่วนข้อ
 คำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถาม กระทำโดย
 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลัง
 การผ่าตัดเต้านม ไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับบริการในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 50 คน
 แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ โดยที่ค่าคะแนนรายข้อ
 จะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และเป็น 0 ถ้าผิดหรือไม่ตอบหรือไม่ทราบ คำนวณหาค่า

ความยากง่ายเป็นรายข้อ โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 – 0.80 ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้เป็นรายข้อ โดยใช้สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามปัจจัยจิตลักษณะ โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ

2.5 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

3. การหาค่าความเชื่อมั่น

3.1 นำแบบสอบถามความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ที่ใช้ได้ มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-richardson formula 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8837

3.2 นำแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9050 0.8995 และ 0.8744 ตามลำดับ

3.3 นำแบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8666 0.8468 0.8554 และ 0.8913

3.4 นำแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9060

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

1. ขอนหนังสือออกจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากหัวหน้าพยาบาล ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในการแจกแบบสอบถามแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2546 รวมระยะเวลา 9 สัปดาห์ แล้วเลือกแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยมีการดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์เพื่อตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 วิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยจิตลักษณะ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรปัจจัยชีวสังคม โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1, 2 และ 3
ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของทูกีย์ เอชเอสดี (Tukey ' s HSD test)
 - 2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะและความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

1.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยใช้เกณฑ์ของค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

1.2 การวิเคราะห์ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination power)

1.2.1 วิเคราะห์ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้ โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{Y_p - Y_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล

Y_p แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก

Y_q แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด

S_y แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

p แทน ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น

q แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ 1-p

1.2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสัมพันธระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118)

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

r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x

$\sum y^2$ แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

1.3 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

1.3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยใช้สูตร KR-20 ของ คูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 130)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	p	แทน	สัดส่วนของคนที่ทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนที่ทำผิดในแต่ละข้อ
	S^2_t	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

1.3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจิตลักษณะ แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125-126)

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

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum s^2_i$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S^2_t	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

2. สถิติพื้นฐานได้แก่

2.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2535 : 65)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	N	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538

: 73)

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

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

2.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 :

74)

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

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

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One – way Analysis of Variance) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 249) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 3

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
	MS _B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
	MS _W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

ถ้าพบการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของทูกีย์ เอชเอสดี (Tukey ' s HSD test) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 127)

$$HSD = q (\alpha .df) \frac{MS_E}{\sqrt{k}}$$

เมื่อ	q	แทน	ค่า q – Statistic ที่ได้จากตาราง
	n	แทน	จำนวนในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน
	α	แทน	แทนความเชื่อมั่นที่ .05
	df	แทน	คือค่า N – K เมื่อ k คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	MS _E	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนของความแปรปรวนที่ได้จากตาราง
	ก	แทน	คือค่า Harmonic mean

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 322) ทดสอบสมมติฐานข้อ 4 - 12

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโปรดักโมเมนต์
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 1
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 2
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 3
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนนตัวแปรที่ 1
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนนตัวแปรที่ 2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
p	แทน	ความน่าจะเป็น
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 143 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานแต่ละตัว และปัจจัยต่างๆ โดยมีปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ตามตัวแปรที่ศึกษา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรปัจจัยชีวสังคม โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานแต่ละตัว และปัจจัยต่างๆ โดยมีปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามตัวแปรที่ศึกษา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตารางที่ 3, 4 และ 5

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ไม่เกิน 40 ปี	55	38.50
41 – 50 ปี	43	30.00
ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป	45	31.50
รวม	143	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	31	21.70
คู่	82	57.30
ม้าย	17	11.90
หย่าร้าง	5	3.50
แยกกันอยู่	8	5.60
รวม	143	100.00
รายได้ครอบครัว		
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	14	9.90
3,000 – 5,000 บาทต่อเดือน	20	14.00
5,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	27	18.90
8,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	36	25.20
มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	45	31.50
ไม่มีรายได้	1	0.50
รวม	143	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน โดยมีอายุไม่เกิน 40 ปี พบมากที่สุด จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 รองลงมาคือ อายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 31.50 ส่วนช่วงอายุ 41 - 50 ปี จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 พบน้อยที่สุด

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด โดยมีจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 57.30 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 21.70 สถานภาพสมรสม้าย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 11.90 สถานภาพสมรสแยกกันอยู่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.60 ส่วนสถานภาพสมรสหย่าร้าง พบน้อยที่สุด มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50

รายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด โดยมีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 31.50 รองลงมาคือ รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 8,001–10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20 ส่วนรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001–8,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 3,000–5,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ส่วนรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 9.90 พบน้อยที่สุด

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ตัวแปรการเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตาราง 4 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามตัวปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา	N	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ปัจจัยจิตลักษณะ				
การเห็นคุณค่าแห่งตน	142	2.38	0.44	ดี
ความสามารถแห่งตน	142	2.46	0.30	ดี
เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	142	2.42	0.38	ดี
ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน	143	5.42	2.27	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	143	2.29	0.36	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรง	141	2.12	0.36	ปานกลาง
การรับรู้ภาวะคุกคาม	141	2.21	0.29	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	143	2.34	0.30	ดี
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	143	2.31	0.35	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	140	1.43	0.34	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม พบว่ามีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ส่วนความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่ามีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทางด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคาม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับปานกลางถึงระดับดี ส่วนพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดังปรากฏตามตาราง 5 - 11

ตาราง 5 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ไม่เกิน 40 ปี	55	1.37	0.35	ไม่ดี
41 – 50 ปี	43	1.51	0.34	ไม่ดี
ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป	45	1.45	0.34	ไม่ดี

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมสูงที่สุด ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.34$) รองลงมา ได้แก่ อายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 1.45$, $S = 0.34$) และอายุไม่เกิน 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 1.37$, $S = 0.35$) และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	0.498	2	0.249	2.111	0.125
ภายในกลุ่ม	16.149	140	0.118		
	16.647	142			

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
โสด	31	1.29	0.40	ไม่ดี
คู่	82	1.50	0.31	ไม่ดี
ม่าย	17	1.43	0.37	ไม่ดี
หย่าร้าง	5	1.18	0.43	ไม่ดี
แยกกันอยู่	8	1.51	0.28	ไม่ดี

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมสูงที่สุด ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.28$) รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 1.50$, $S = 0.31$) สถานภาพสมรสม่าย ($\bar{X} = 1.43$, $S = 0.37$) สถานภาพสมรสโสด ($\bar{X} = 1.29$, $S = 0.40$) และสถานภาพสมรสหย่าร้าง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 1.18$, $S = 0.43$) และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม สถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1.308	4	0.327	2.879*	0.025
ภายในกลุ่ม	15.339	138	0.114		
	16.647	142			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัด สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 จึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ ไปทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของทิวี เอชเอสดี (Tukey ' s HSD test)

ตาราง 9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	โสด	คู่	ม่าย	หย่าร้าง	แยกกันอยู่
$\bar{X}$	1.29	1.49	1.43	1.18	1.51
โสด	1.29	0.20*	0.14	0.11	0.22
คู่	1.49		0.06	0.31	0.02
ม่าย	1.43			0.25	0.08
หย่าร้าง	1.18				0.33
แยกกันอยู่	1.51				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 1 คู่ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกันกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนคู่อื่นพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 10 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	N	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	14	1.61	0.22	ไม่ดี
3,000 – 5,000 บาทต่อเดือน	20	1.51	0.32	ไม่ดี
5,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	27	1.34	0.41	ไม่ดี
8,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	36	1.36	0.33	ไม่ดี
มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	45	1.47	0.34	ไม่ดี

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมสูงที่สุด ($\bar{X} = 1.61$, $S = 0.22$) รองลงมา ได้แก่ รายได้ของครอบครัว 3,000 – 5,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.32$) รายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.47$, $S = 0.34$) รายได้ของครอบครัว 8,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.36$, $S = 0.33$) และรายได้ของครอบครัว 5,001 – 8,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.36$, $S = 0.33$) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 3 ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1.000	4	0.250	2.141	0.079
ภายในกลุ่ม	15.646	138	0.117		
	16.645	142			

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพกับการพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพกับการพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยจิตลักษณะ		
การเห็นคุณค่าแห่งตน	0.475*	0.000
ความสามารถแห่งตน	0.519*	0.000
เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	0.624*	0.000
ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน	0.458*	0.000
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.433*	0.000
การรับรู้ความรุนแรง	0.142	0.097
การรับรู้ภาวะคุกคาม	0.352*	0.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	0.510*	0.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	0.609*	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ภาวะคุกคามภายหลังการผ่าตัดเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ และความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน
4. การเห็นคุณค่าแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
5. ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
6. เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
7. ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

9. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

10. การรับรู้ถึงภาวะคุกคามภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

11. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

12. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน (สถิติจากหน่วยงานศัลยกรรมของแต่ละโรงพยาบาล ปี 2544)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2545 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2546 จำนวน 143 คน ซึ่งทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ตามข้อตกลงเบื้องต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยชีวสังคมส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจิตลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 43 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งรูปแบบของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบแบบสอบถาม และคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ลงรหัสจากนั้นนำไปป้อนข้อมูลในโปรแกรม เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 วิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยจิตลักษณะ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

- 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรปัจจัยชีวสังคม โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2 และ 3

- 2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะและความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยชีวสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 40 ปี พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.30 ส่วนรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.50

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

3. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน

3.3 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมไม่แตกต่างกัน

3.4 เห็นคุณค่าแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.5 ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.6 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.7 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.8 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.9 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด
เต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.10 การรับรู้ถึงภาวะคุกคามภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวก
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านม

3.11 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.12 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลัง
การผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรก
ซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการ
ผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำผลการศึกษาค้นคว้ามาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มารับบริการใน
โรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับข้อมูลมาจากแพทย์หรือพยาบาล ถ้าผู้ป่วยหลังผ่าตัด
ดูแลตนเองไม่ดี อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออก ซึ่งจะส่งผลให้แผลผ่าตัดบวมขึ้น ถ้ารักษาความ
สะอาดไม่พอ จะทำให้แผลติดเชื้อ หรืออาจจะเกิดอาการปวดแขน แขนชา แขนอ่อนแรง และ
ปัญหาตามมาทำให้ข้อไหล่ยึดติดได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการบริหารแขน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม
นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอาจได้รับข้อมูลมากมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผ่านทางสื่อ
ต่างๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลและ
เลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและเห็นความสำคัญ
ในการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการ
ดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่ง สุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่
คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้มีความสามารถในการ
การดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (Orem. 1980 : 6) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนวลจันทร์
ปรีดาพันธุ์ (2545 : 123) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีการดูแลตนเอง

อยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรช ศรีไทยล้วน (2541 : 75) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี

2. อายุ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบในสตรีได้ทุกช่วงอายุ และมีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือสตรีที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป สตรีที่มีประจำเดือนตั้งแต่อายุต่ำกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือน เมื่ออายุเกิน 50 ปี จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง และจากการผ่าตัดเต้านม ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจึงมักมีความสนใจในข้อมูลต่างๆ ของโรค และรายละเอียดของการผ่าตัด รวมถึงการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น จึงทำให้อายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ (2545 : 108) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของลัคนา ทองมานะเสถียร (2544 : 70) พบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 83) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 84) พบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี เกตินาค (2537 : 116) ที่พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานภาพสมรสต่างๆ เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มักมีความสนใจในความเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว มีสามีที่คอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด อาจมีความห้อยเหงา ว้าเหว่ หรือขาดที่พึ่งทางใจในการช่วยเหลือ เอาใจใส่เมื่อตนมีความเจ็บปวดหรือต้องการความช่วยเหลือหลังการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒน์วรรณ กังแฮ (2540 : 105) พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคเบาหวานต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 144) พบว่า ผู้สูงอายุจังหวัดลำปางที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ (2545 : 116) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) พบว่า ประชาชนเขตเมืองนนทบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

4. รายได้ของครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายที่จะบริการประชาชน โดยโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการผ่าตัดและการรักษาภายหลังการผ่าตัดเต้านม ประกอบกับในปัจจุบัน โรงพยาบาลได้มีหน่วยสุขศึกษาคอยให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเต้านม มิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นและทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรง ที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียภาพลักษณ์ได้ ซึ่งจะทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพเดิมด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าของลัดดา ทองมานะเสถียร (2544 : 80) ที่พบว่าสตรีที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชลี ศรีเมือง (2543 : บทคัดย่อ) พบว่า

สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีรายได้น้อยของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่างกัน จะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอรรช ศรีไทยล้วน (2541 : 76) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยต่างกัน จะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์ (2545 : 114) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีรายได้น้อยต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรรัตน์ อมรชวิน (2541 : 88) พบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้น้อยต่างกัน จะมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 89) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อยต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีรายได้น้อยต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม และความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงภาวะคุกคาม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษามีดังนี้

5.1 การเห็นคุณค่าแห่งตน

ผลการศึกษา พบว่า การเห็นคุณค่าแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .475, p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่าการเห็นคุณค่าแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านมนั้น จะมีความตระหนักถึงความปลอดภัยของชีวิต และมีความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่ปรึกษาสุขภาพว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถพึ่งตนเองและดูแลตนเองได้ ซึ่งมาสโลว์ (Maslow, 1970 : 90) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าแห่งตนเป็นความต้องการในขั้นที่ 4 ซึ่งเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน คือ นอกจากมนุษย์จะมีความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก และการมีส่วนร่วมแล้ว ยังมีความ

ต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง และเมื่อได้รับการตอบสนองในขั้นนี้อย่างเพียงพอจะทำให้มนุษย์แสวงหาการตอบสนองในขั้นสูงต่อไป ดังที่ทฤษฎี พุ่มฤกษ์ (2529 : 13) ได้กล่าวไว้ว่า การเห็นคุณค่าแห่งตนเป็นความต้องการของมนุษย์ ที่จะรู้สึกถึงความสำคัญและคุณค่าที่มีอยู่ในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีค่า มีความสามารถ มีความเชื่อมั่น พร้อมที่จะนำสิ่งเหล่านี้มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าของศิริลักษณ์ ภาพลินธุ์ (2544 : บทคัดย่อ) พบว่า การมองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น และวัยรุ่นตอนปลาย

5.2 ความสามารถแห่งตน

ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .519$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่า ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ต่างๆ จากสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ รวมทั้งการเรียนรู้จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ในหอผู้ป่วยเดียวกัน โดยมีการชักจูงและพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จะปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอก่อให้เกิดความคาดหวังในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura. 1977 : 191) ที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้จากสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรนาถ วัฒนวงษ์ (2543 : ง) พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง สามารถทำให้แรงงานสตรีมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของแมคคอกเลย์และจาคอบสัน (Mc Auley and Jacobson. 1991 : 185) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของปราณีต สิงห์ทอง. (2541 : 96) พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด และสอดคล้องกับการศึกษาของสุตาพร ดำรงควานิช (2537 : 96) พบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

5.3 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .624, p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่าเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ตนมีความเชื่อถือ และมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ และเมื่อได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ก็ย่อมส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการได้รับความรู้มาประยุกต์ใช้กับตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ผลการศึกษาสอดคล้องกับ มิลตัน โรคิช (Rokeach. 1970 : 8) กับคำกล่าวที่ว่า ความเชื่อถือ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่จะชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลโล ตั้งตระกูล (2543 : 99) พบว่า เจตคติต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคของคนงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเจตคติต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี ใจมีธรรม (2543 : 81) พบว่า เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .458, p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความมั่นใจและสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผลการศึกษาสอดคล้องกับคำกล่าวของสุรางค์ โค้วตระกูล. (2534 : 96) ที่ว่าความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพิจารณาตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ความรู้จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ และก่อให้เกิดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ เทียนศาสตร์ (2536 : ข) พบว่า กระบวนการสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคอูจจะระว่างในเด็กได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิลโลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539 : ง) พบว่า การได้รับความรู้เรื่องกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุน

5.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.433$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการผ่าตัดเต้านม อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและชีวิตได้ ได้แก่ การมีเลือดออกเป็นจำนวนมาก การเกิดภาวะลมในช่องปอด การเกิดบาดแผลอักเสบติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงสนใจที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ วีระนรพานิช (2540 : ข) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชารารัตน์ ดวงแข (2543 : ง) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคโดยรวม และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 91) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 91) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

5.6 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้เกิดการจำกัดของสรีระได้ ซึ่งจากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al. 1995 : 12) ที่ว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค และถ้ามีความเชื่อ ความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เย็นจำ (2535 : 56) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามเพื่อทดสอบบุหรี่ยของบุคลากรชายในโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรินทร์ ถลัมพากร (2538 : 69) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์นั่งสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 91) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประกริต รัชวัตร์ (2536 : 37) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ดัดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 92) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

5.7 การรับรู้ภาวะคุกคาม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะคุกคาม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05 ($r = .352, p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดจากการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดการชา การปวดของแขน แขนอ่อนแรง แขนบวม ซึ่งจะทำให้แขนใหญ่ขึ้นและดูไม่สวยงาม เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามซึ่งเป็นผลรวมของการรับรู้ทั้งสองด้านอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974a : 332) ที่ว่า ผลรวมของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภา อินทนิล (2545 : 114) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขีรถยนต์ ของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลชุมชน

5.8 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .510, p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะแสวงหาการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสม เพื่อให้หายจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหีผผหรือแปรงผผด้วยแขนข้างที่ผ่าตัด หรือการใช้นิ้วมือได้กำพวงให้สูงขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ยืดแขนได้ การเหยียดแขนแล้วแกว่งเชือกเป็นวงกลม ทำให้ไหล่

หมุนตามการแกว่ง เพื่อให้ข้อไหลไม่ยึดติด รวมทั้งยังมีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ โดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดผลดีกับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุชและไอแอนนอตติ (Bush and Iannotti. 1990 : 86) พบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal. 1982 : 137) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านม เพื่อค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรัตน์อมรชวิน (2541 : 91) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ วีระนรพานิช (2540 : ข) พบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสนันท์ (2530 : 82) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ

5.9 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .609, p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 12 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการผ่าตัดเต้านมเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผู้ป่วยจึงมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเฮอร์ชีและคณะ (Hershey et. al. 1980 : 108) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรัตน์อมรชวิน (2541 : 91) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ ควรให้ความรู้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเน้นถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. จัดทำโครงการกลุ่มสัมพันธ์ ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งก่อนผ่าตัดเต้านมและหลังผ่าตัดเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ มีการช่วยเหลือชี้แนะ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพคอยกระตุ้นและให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. หลังจากให้ความรู้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด ควรมีการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาถึงพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

3. ศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ในป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*.
วิทยานิพนธ์ พย.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). *ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชिरพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.*
- กริช โพธิสุวรรณ. (2541, เมษายน). "มะเร็งเต้านม ภัยคุกคามผู้หญิง," *หมอชาวบ้าน*. 19(228) : 6-9.
- จารุณี นันทโนทยาน. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).* วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2542). *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1*. สงขลา : โรงพิมพ์خانเมือง.
- ชุตีพันธ์ สงวนจิรพันธ์. (2540). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2537). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพนิมิต.
- ดรีนาถ โกวิทเจริญตระกูล. (2542). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช*. กรุงเทพฯ : ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ธนิต วัชรพุกก์. (2541). "มะเร็งเต้านม," *ตำราศัลยศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ด้านสุทธา.
- ธารารัตน์ ดวงแข. (2543). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรค ของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพมาศ วีระเวคิน. (2535). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นพมาศ วีระเวทิน. (2535). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภาพร พุ่มพุกษ์. (2529). ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนพระนารายณ์ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- นวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับ
บริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตยา ภาสกรณ์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา เ็นฉ่ำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของบุคลากรชาย
ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.
- นุชลี ศรีเมือง. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทย
ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ประกริต รัชวัตร. (2536). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตร
ป่วย และไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูตร. (2535). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ประทีน อิมสุขศรี. (2542). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ
ตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีอายุ
ระหว่าง 36-55 ปี อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ประไพ เทียนศาสตร์. (2534). ผลของกระบวนการสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมของ
มารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิด ถึง 3 เดือน จังหวัดราชบุรี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมา กาญจนวงษ์. (2536). การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงาน
ในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปัทมา กุบตจิต. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรม การเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิทยา สิงห์โตทอง. (2541). การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2535-2539. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัฒน์วรรณ กังแฮ. (2540). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การ สนับสนุนผู้ป่วย ของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและ ควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ
- เพ็ญผกา กาญจนโนภาส. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนในเขตเมือง : กรณี ศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ยุพาวรรณ ทองตะนุณ. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัด ภายหลังการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันด้านทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา อินทร์กลับ. (2543). โภชนศาสตร์เชิงชีวเคมี วิตามิน เกลือแร่ น้ำและใยอาหาร. กรุงเทพฯ : มีเดียการพิมพ์.
- ลัดดา ทองมานะเสถียร. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งของสตรีที่มารับ บริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

- ละเอียด หัสดี. (2538). การรับรู้ปัจจัยทางสังคมประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของสตรีทำงานและแต่งงานแล้ว จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี : สำนักงานสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาพร กาญจนราช. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิไลลักษณ์ จันทรพวง. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุหลังเข้ารับบริหารในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คันสนีย์ อินทรพันธุ์. (2531). "อะไรกันนะ.....เซล์ฟ เอสตีม," ลุคส์. 5(58) : 150-152 ; สิงหาคม.
- ศิริมา เนาวรัตน์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับบุคคลอ้างอิงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ ณ กาฬสินธุ์. (2544). จิตลักษณะบางประการที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนปลายในสถานศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2535). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมใจ ยิ้มวิไล. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบุญ ธรรมเถกิงกิจ. (2538). พยาธิวิทยากายวิภาค. กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินติ้งเฮ้าส์.
- สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- สุดาพร ดำรงค์วานิช. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรินทร์ กลัมพากร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์นั่งสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทร ใจมีธรรม. (2543). พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุดาพร ดำรงค์วานิช. (2537). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรชาติ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- โสภา ชูพิกุลชัย. (2522). จิตวิทยาสังคมประยุกต์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2544). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- หทัยรัตน์ วีระนพานิช. (2540). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถ ศรีไทยล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อรนาถ วัฒนวงษ์. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพของแรงงานสตรีในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Allport, Gordon. (1965). *Handbook of Social Psychology*. Worcester : Mass Clark University Press.
- Bandura, Albert. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.

- Becker, M.H. and Maiman, L.A. (1975). "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medication Care Recommendation," *Medical care*. 8(1).
- Bruno, Frank J. (1983). *Adjustment and Personal Growth: Seven Pathway*. New York : John Wiley and Sons, Inc.
- Bush, P.J. and R.J. Iannotti. (1990, January). "A Children's Health Belief Model," *Medical care*. 28 : 69-86.
- Cocconi, G. et al. (2002, July). "Randomized Trial Comparing Cyclophosphamide, Methotrexate, and 5-Fluorouracil (CMF) with Rotational CMF, Epirubicin and Vincristine as Primary Chemotherapy in Operable Breast Carcinoma," *Cancer*. 95 (2) : 228-35.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-Esteem Inventories*. California : Psychologist Press, Inc.
- Hallal J.C. (1982). "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Woman," *Nursing Research*.
- Haynes, R.B. et al. (1976, June). "Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension," *Lancet*. 12;1(7972):1265-8.
- Hershey, J.C. et al. (1980). "Patient Compliance with Antihypertensive Medication," *American Journal of Public Health*.
- Katz, D. (1967). *Attitude Theory and Measurement*. New York : John Wiley and Sons.
- Lewin, L.S. (1976). "The Layperson as the Primary Care Practitioner," In *Public Health Report*. New York : Prodist.
- Linn, L.S.C.E. Lewis. (1979). "Attitudes towards self care among practicing Physicians," *Medical Line*. 17 : 183-190, september.
- Mandelblatt, J.S. et al. (2002, December). "Sequelae of Axillary Lymph Node Dissection in Older Women with Stage 1 and 2 Breast Carcinoma," *Cancer*. 95(12) : 245-54.
- Maslow, A.M. (1970). *Motivation and Personality*. New York : Harper and Row.
- McAuley E. , and Jacobson, L. (1991). "Self-efficacy and exercise participation In sedentary adult Females," *American Journal of Promotion*, 5(3).

Michaelson, J.S. et al. (2002, August). "Predicting the Survival of Patients with Breast Carcinoma using Tumor Size," *Cancer*. 95(4) : 713-22.

Midlarsky, E., Bryan, J.H. and Brickman, P. (1973, June). "Adversive approval: interactive effects of modeling and reinforcement on altruistic behavior," *Child Dev.* 44(2) : 321-8.

Openheim, A.N. (1966). *Questionnaire Design and Attitude Measurement*. New York : Basic Book Inc. Publishers.

✓ Orem, D.E. (1980). *Nursing: Concepts of Practice*. 2 nd ed. New York : McGraw-Hill.

----- (1985). *Nursing: Concepts of Practice*. 3 rd ed. New York : McGraw-Hill.

✓ ----- (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. 4 th ed. New York : McGraw-Hill.

Orem, D.E. and Taylor, S. (1996). "Orem General Theory of nursing," In *Case Studies In Nursing Theory*. P. 37-71. Edited by P. Winstead fry. New York : National League for Nursing.

Pender, N.J. (1987). "Social Support and Health," In *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 nd ed. California : Appleton and Lange.

Penman, D.T. et al. (1986, Fall-Winter). "The impact of mastectomy on self-concept and social function: a combined cross-sectional and longitudinal study with comparison groups," *Women Health*. 11(3-4) : 101 - 30.

Rokeach, Milton. (1970). *Beliefs Attitudes and Values*. San Francisco : Jasssey Bass Inc.

Rosenstock, I.M. (1974a). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2 : 330-335 ; Winter.

Winick, L. and Robbins, G.F. (1977, February). "Physical and psychologic readjustment after mastectomy: an evaluation of Memorial Hospitals' PMRG program," *Cancer*. 39(2) : 478-86.

Yamane, Tarc. (1996). *Statistic: An Introductory Analysis*. 3 rd ed. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม



/๕ พฤศจิกายน 2545

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพจนา โล่กันภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรสุข หุ่นวิรันตร์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต และโปรดพิจารณาให้ นางสาวพจนา โล่กันภัย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

กองเบคิบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔/ พฤศจิกายน 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพจนา โล่กันภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรสุข หุ่นนิรันดร์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2545 - กุมภาพันธ์ 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพจนา โล่กันภัย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทม 1012/ 7923

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวพจนา โล่กันภัย นิติระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรสุข หุ่นนิรันดร์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์อัจฉรา สุขารมณ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพจนา โล่กันภัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

104

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทม 1012/ 7921

วันที่ / พฤศจิกายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณาบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวพจนา โล่กันภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรสุข หุ่นนิรันดร์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพจนา โล่กันภัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๗๙๘๘



105

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/ พุทธศักราช 2545

เรื่อง ขอบเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพจนา โล่กันภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาญกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรสุข หุ่นนิรันดร์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์อนันต์ มโนมัยทิบูลย์ และ นายแพทย์ยุทธพงศ์ แสงพยับ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวพจนา โล่กันภัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาญกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ อัจฉรา สุขารมณี | รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. นายแพทย์อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ | นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล |
| 5. นายแพทย์ยุทธพงศ์ แสงพ่ายพ | นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

2.2 การรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ประกอบด้วย

3.1 การเห็นคุณค่าแห่งตน

3.2 ความสามารถแห่งตน

3.3 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

3.4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวพจนา ไหลกันภัย

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุปี (อายุปีเต็ม)

2. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. ม่าย

() 4. หย่าร้าง

() 5. แยกกันอยู่

3. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() 1. น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

() 2. 3,000 – 5,000 บาทต่อเดือน

() 3. 5,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

() 4. 8,001 – 10,000 บาทต่อเดือน

() 5. มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม 1. ท่านมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 2. ท่านมีโอกาสเกิดข้อไหล่ยึดติดภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม 3. การตรวจคลำเต้านมหรือต่อน้ำเหลืองจะทำให้เกิดการอักเสบ 4. การบริหารแขนภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้แผลไม่สวย 5. การรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง ไหม้เกรียม มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งได้ 6. ท่านควรพักการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม จนกระทั่งหายปวดแผล 7. ท่านมีโอกาสเกิดการชาของแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม 8. ท่านควรใช้แปรงฟู่บริเวณแผลผ่าตัดเต้านม เพื่อช่วยให้แผลแห้งเร็วยิ่งขึ้น 9. เมื่อแผลผ่าตัดมีลักษณะบวมแดง ควรประคบด้วยน้ำแข็ง 10. เมื่อเกิดการบวมของแขนข้างที่ผ่าตัดควรใช้ยานวดหรือน้ำร้อนประคบ			
2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม 1. การผ่าตัดเต้านมของท่าน มีผลต่อการดำเนินชีวิต			

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
2. การผ่าตัดเต้านม ทำให้ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชือบริเวณแผลผ่าตัด			
3. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม อาจทำให้แขนพิการได้			
4. การบวมของแขนข้างที่ทำผ่าตัดสามารถหายได้เอง			
5. แผลผ่าตัดเต้านมมีเลือดซึม เป็นเรื่องปกติหลังผ่าตัด			
6. การบวมแดงของแผล เป็นภาวะปกติภายหลังการผ่าตัดเต้านม			
7. การเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะทำให้ท่านต้องจ่ายเงินค่ารักษาเพิ่มมากขึ้น			
8. การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมสามารถเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะผ่าตัดเต้านมแล้ว			
9. ภายหลังการผ่าตัดเต้านมท่านสามารถทำงานได้ตามปกติ			
10. การมีไข้สูง เป็นภาวะปกติหลังผ่าตัดเต้านม			
2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม			
1. การบริหารแขน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ไม่ใช่สิ่งจำเป็น			
2. การรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าที่ใช้สวมใส่ ช่วยป้องกันการติดเชือบริเวณแผลผ่าตัดได้			
3. การมาตรวจตามนัด ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้มีโอกาสนหายขาดจากโรคได้			
4. การรับประทานไข่ ทำให้แผลผ่าตัดไม่สวย			
5. การตรวจคลำบริเวณต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะช่วยตรวจค้นการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้			

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
6. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดได้			
7. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล			
8. การบริหารแขน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะช่วยลดอาการบวม			
9. การบริหารแขน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะช่วยป้องกันข้อไหล่ยึดติดได้			
10. การใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นสลับน้ำเย็นประคบแผลผ่าตัดเต้านม ช่วยลดอาการปวดได้			
2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม			
1. การบริหารแขน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น			
2. การบริหารแขน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้ยุ่งยากและเสียเวลา			
3. ค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่ทำให้ท่านเกิดปัญหาทางการเงินต่อครอบครัว			
4. อาการปวดแผลผ่าตัดเต้านม ทำให้ท่านไม่สามารถดูแลรักษาความสะอาดร่างกายได้ดีเท่าที่ควร			
5. การมาตรวจตามแพทย์นัด โดยไม่มีความผิดปกติ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น			
6. ท่านรู้สึกอายในรูปร่าง เมื่อต้องมาพบแพทย์ตามนัด			
7. ทุกคนในครอบครัวยินดีจะพาท่านมาพบแพทย์ เพื่อตรวจตามนัด			
8. ท่านเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
9. พยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี			
10. ท่านเดินทางมาตรวจตามนัดได้สะดวก			

ตอนที่ 3 ปัจจัยจิตลักษณะ

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
3.1 การเห็นคุณค่าแห่งตน			
1. ท่านเป็นคนร่าเริง ใคร ๆ ก็ต้องการอยู่ใกล้ชิด			
2. ท่านรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หรือว่าเหว่บ้อย ๆ			
3. ท่านสามารถเป็นที่พึ่งของตนเองได้			
4. ท่านรู้สึกสับสน วุ่นวายในการดำเนินชีวิต			
5. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต			
6. ท่านเป็นที่ภาคภูมิใจของครอบครัว			
7. ครอบครัวของท่านคาดหวังในตัวท่านมากเกินไป			
8. ครอบครัวของท่านให้ความรัก ห่วงใยและใส่ใจท่านเสมอ			
9. ไม่มีใครในบ้านสนใจท่านเลย			
10. ท่านรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว			
3.2 ความสามารถแห่งตน			
1. ท่านสามารถงดการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น แกงกะทิ อาหารผัดและทอดต่าง ๆ			
2. ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ท่านนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ตลอดคืน			
3. ท่านสามารถปฏิบัติตน เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ			
4. ท่านปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ยาก			
5. ท่านสามารถสังเกตเห็นถึงเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยของร่างกาย			
6. ท่านสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ทุกเรื่อง			
7. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 15 นาทีในแต่ละวัน			
8. ท่านสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย			

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
9. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธและหงุดหงิดของท่านได้ทุกครั้ง			
10. ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย			
3.3 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม			
1. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเกิดจากเคราะห์กรรม			
2. ท่านเชื่อการรับประทานผักและผลไม้ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม			
3. ท่านเชื่อว่าสตรีทุกคนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม			
4. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่น่ารังเกียจ			
5. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านมสามารถกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้			
6. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ในระยะเริ่มแรก			
7. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคติดต่อ			
8. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			
9. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูงสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมได้			
10. ท่านเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่น่าอาย			
11. ท่านเชื่อว่ามะเร็งเต้านม สามารถพบในสตรีที่มีอายุน้อยได้			
12. ท่านเชื่อว่าการตรวจเต้านม ควรทำเฉพาะในสตรีที่แต่งงานแล้ว			
13. ท่านเชื่อว่าทุกช่วงอายุ มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเท่ากัน			

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
3.4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม			
1. ภายหลังการผ่าตัดเต้านมควรให้พักนิ่ง ๆ อย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพราะแขนจะบวม			
2. ภายหลังการผ่าตัดเต้านมควรแช่มือข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ในน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อลดอาการบวมและอักเสบของแขน			
3. ภายหลังการผ่าตัดเต้านม 2-3 วัน ควรเริ่มบริหารแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดทันที เพื่อป้องกันข้อไหล่ยึดติด			
4. การนอนตะแคงทับแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จะป้องกันการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง			
5. การหิวผม หรือแปรงผมด้วยแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จะทำให้แผลผ่าตัดบวมและอักเสบ			
6. ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ถ้าพบว่ามึลเลือดหรือหนองออกบริเวณแผลผ่าตัด ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที			
7. ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ท่านไม่ควรมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 1 ปี เพื่อให้แผลแห้งสนิทและหายดี			
8. ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ควรหลีกเลี่ยงการฉีดยาให้น้ำเกลือ วัดความดันโลหิต หรือเจาะเลือดแขนข้างที่ทำผ่าตัด			
9. การใช้สมุนไพรพอกบริเวณแผลผ่าตัด ทำให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น			
10. ท่านสามารถเปิดแผลผ่าตัดได้เอง เมื่อพบว่าแผลเปื่อยขึ้น			

ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านออกกำลังกายโดยการยกแขน แกว่งแขน หรือ หมุนข้อไหล่			
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง อย่าง ไข่ต้ม กล้วย			
3. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล อย่างเคร่งครัด			
4. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง			
5. ท่านมักสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ลักษณะบวม แดง บริเวณแผลผ่าตัดเต้านม			
6. เมื่อท่านพบว่ามีอาการผิดปกติ ท่านจะไปปรึกษา เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ			
7. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา			
8. ท่านตรวจคลำเต้านม และต่อมน้ำเหลืองบริเวณ ไกล่เคียง			
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทไขมันมาก เช่น แกงกะทิ ผัดและอาหารทอดต่าง ๆ			
10. เมื่อท่านพบอาการผิดปกติต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด ท่านมักเปลี่ยนแพทย์รักษาไปเรื่อย ๆ			

ภาคผนวก ค

ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 13 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
ความเชื่อด้านสุขภาพ ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับ
บริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ข้อ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าอำนาจจำแนก	การรับรู้ความรุนแรง ค่าอำนาจจำแนก	การรับรู้ถึงประโยชน์ ค่าอำนาจจำแนก	การรับรู้อุปสรรค ค่าอำนาจจำแนก
1	.7125	.4962	.5831	.5663
2	.7232	.7079	.5488	.5706
3	.7005	.5770	.5553	.6288
4	.5405	.5344	.6398	.5019
5	.5680	.5524	.4862	.6739
6	.6036	.4944	.6923	.5186
7	.6781	.5551	.5149	.6221
8	.1100	.5173	.5318	.6991
9	.5928	.4940	.5242	.8035
10	.6131	.5468	.5479	.8160

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม เท่ากับ 0.8666

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม เท่ากับ 0.8468

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะ
แทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม เท่ากับ 0.8554

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะ
แทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม เท่ากับ 0.8913

ตาราง 14 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
ปัจจัยจิตลักษณะภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ข้อ	การเห็นคุณค่าแห่งตน	ความสามารถแห่งตน	เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
1	.8026	.7238	.5305
2	.8102	.5056	.7554
3	.7228	.6109	.5514
4	.4822	.6810	.7090
5	.4779	.6676	.6027
6	.5839	.6834	.5957
7	.5891	.5765	.5016
8	.7022	.6627	.6471
9	.7042	.7954	.5737
10	.7468	.6190	.5233
11			.7554
12			.6027
13			.5514

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเห็นคุณค่าแห่งตน เท่ากับ 0.9050

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถแห่งตน เท่ากับ 0.8995

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เท่ากับ 0.8744

ตาราง 15 ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	.5600	.5333
2	.6600	.6377
3	.4800	.5857
4	.5600	.6609
5	.5000	.6056
6	.4400	.6070
7	.6200	.6013
8	.6800	.6900
9	.5800	.5870
10	.4600	.6382

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด
เต้านม เท่ากับ 0.8837

ตาราง 16 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง
ของผู้ป่วยมะเร็งไส้ติ่ง ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.6369
2	.7664
3	.7019
4	.6568
5	.5911
6	.6916
7	.6124
8	.6798
9	.6217
10	.7062

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดไส้ติ่งมะเร็งไส้ติ่ง เท่ากับ 0.9060

ภาคผนวก ง
เอกสารรับรองโครงการวิจัยในคน



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในคน

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่า

- โครงการ : พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร
- โครงการเลขที่ : 012
- ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวพจนา โล่กันภัย
- สังกัด : ฝ่ายกามโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

โครงการได้มาตรฐานทางวิชาการ ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากล และเป็นไปตามคำประกาศเฮลซิงกิ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ 19 เดือน ธันวาคม

พ.ศ 2545

ลงชื่อ

(นายอุดมศักดิ์ สังข์คุ้ม)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร

ประธานคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน

ของกรุงเทพมหานคร

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพจนา โล่กันภัย
วันเดือนปีเกิด	24 ตุลาคม 2518
สถานที่เกิด	เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	471/390 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	นักวิชาการควบคุมโรค ระดับ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายกามโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2537	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีประเสริฐศิลป์ จังหวัดตราด
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2546	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ