

๒๔๕,๐๐๐
พ. ๑๔๒ ๓
๖.๖

ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี

ปริญญานิพนธ์

ของ

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล

19 ต.ธ. 2542

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มีนาคม 2542

อธิการบดีเป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๑๑๗๕๖๑

คณะกรรมการควบคุม และคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริษามารณ)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริษามารณ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 11 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริษามารถ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจน ช่วยตรวจ แก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ รวมทั้งสนับสนุน และให้กำลังใจตลอดมา จนสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้เป็นผล สำเร็จ รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ที่กรุณาช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่อง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วัฒนวัตรเวที อาจารย์เรือโท ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง นายแพทย์ พิสิษฐ์ ชัยประเสริฐสุด คุณศรีนวล กาญจนเสถียร คุณวรรณภา พฤษะวัน ที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถาบันมะเร็งแห่ง ชาติ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ คุณศิริกาญจน์ เปรมเจริญ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุก ท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ เป็นกำลังใจ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอนและชี้แนะแนวทางการศึกษา ขอขอบคุณ คุณสุวรรณ อติชัยมนตรี และพี่น้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจ แก่ผู้วิจัยจนสามารถประสบความสำเร็จในครั้งนี้

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	7
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	8
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	8
นิยามคำศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	34
การวิจัยในต่างประเทศ.....	34
การวิจัยในประเทศไทย.....	37
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	42
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	43
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
ประชากร.....	43
กลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	45
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	47
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	48
วิธีจัดกระทำข้อมูล.....	48
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	49

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	53
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการแปลผล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
ผลการศึกษาค้นคว้า	55
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	64
บทย่อ.....	64
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	64
วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	66
อภิปรายผล.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	75
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	75
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	86
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	102

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2532 - 2536	1
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	55
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก.....	57
4	ค่าเฉลี่ย ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก.....	58
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก.....	59
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก	60
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก.....	61
8	การวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก.....	62

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ไข่นำมาพบพฤติกรรมป้องกันโรค	25
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไข่อธิบายพฤติกรรมผู้ป่วยของเบคเกอร์และ ไมแมน.....	26
3 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก.....	41

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

มะเร็งเป็นโรคร้ายที่เพิ่มขึ้นกับเซลล์หลายชนิด หลายอวัยวะและหลายระบบของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันโรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและถึงแก่ความตายเป็นจำนวนมาก กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานจำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญ 10 อันดับแรกของปี พ.ศ. 2532 - 2536 ปรากฏว่า อัตราการตายจากโรคมะเร็งอยู่ในอันดับที่ 2 - 3 และมีอัตราการตายสูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ดังปรากฏตาม ตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2532 - 2536

สาเหตุการตาย	อัตรา				
	2532	2533	2534	2535	2536
โรคหัวใจ	49.50	51.30	54.70	56.00	58.50
มะเร็งทุกชนิด	36.50	39.30	41.20	43.50	45.00
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	35.10	41.90	45.60	48.50	52.70
การบาดเจ็บจากฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าและอื่น ๆ	16.30	15.30	14.80	15.20	14.70
ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	14.40	15.00	15.90	15.90	16.40
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	14.00	13.30	13.40	13.30	13.00
ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด	11.10	10.50	11.30	11.40	13.80
วัณโรคทุกชนิด	7.60	7.00	6.50	6.30	6.10
ไตอักเสบ, กลุ่มอาการของไตและไตพิการ	7.10	7.60	8.00	9.70	9.90
อัมพาตทุกชนิด	6.00	5.90	6.10	6.20	5.40

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 93.

การที่พบว่า คนไทยเป็นมะเร็งมากขึ้น พออนุมานได้จากสาเหตุต่อไปนี้ คือ

1. มีการเจริญก้าวหน้าในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการวินิจฉัยโรคมะเร็งได้ดีขึ้น ความจริงแล้ว คนไทยอาจจะเป็นโรคมะเร็ง และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมาตั้งแต่สมัยโบราณแล้ว ทาง การแพทย์ยังวินิจฉัยไม่ได้และลงความเห็นของการเสียชีวิตจากโรคอื่น เช่น หัวใจวาย เป็นต้น

2. คนไทยเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ น้อยลง เพราะมีการปรับปรุงในด้านสาธารณสุขของ ประเทศให้ดีขึ้น

3. คนไทยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าสมัยก่อน จนถึงวัยที่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากขึ้น

4. สภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษหรือมลภาวะ ไม่ว่าจะเป็นมลพิษในอากาศในน้ำหรือในดิน สารพิษในสิ่งแวดล้อม ทั้งที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรมและจากสารต่าง ๆ ที่เป็นพิษแฝงอยู่ในอาหาร ในน้ำดื่ม ในอากาศ

5. การดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหารอาจมีสารพิษปนอยู่ การรับประทานอาหารที่เค็มจัดบ่อยๆ ก็ช่วยส่งเสริมการเกิดมะเร็ง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือแม้แต่พฤติกรรมทางเพศ ตลอดจนความผิดปกติทางกรรมพันธุ์มาแต่กำเนิด

สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การขาดการรณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมทั้งการป้องกันมิให้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือรุนแรง ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้อง ขาดความสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และเมื่อเป็นโรคมะเร็งก็ได้รับการรักษาที่ผิดวิธี มีความเชื่อที่ผิด ไม่รู้จักโรคมะเร็งเพียงพอ แม้กระทั่งการถูกชักนำไปรักษาในทางที่ผิด ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมาขอรับบริการจากโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคมะเร็งโดยเฉพาะ ก็มักจะเป็นโรคในระยะลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายได้ (ไพรัช เทพมงคล. 2524 : 526 - 527)

ในประชากรสตรี มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด จากรายงานสถิติของสถาบันมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2535 - 2536 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 34.84, 31.76 ตามลำดับ (Cancer Institute Siriraj Hospital. 1993 : 24) และสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2536 - 2537 ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 1 ของสตรีที่มาได้รับการรักษาด้วยโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 31.8 และ 33 ตามลำดับ (National Cancer Institute. 1994 : 23) ระยะของมะเร็งปากมดลูกมักพบในระยะที่ 2 และ 3 มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 64.93 ส่วนระยะเริ่มต้นและระยะที่ 1 พบร้อยละ 17.17 และ 8.29 ตามลำดับ (สิวลัย ธนภัทร. 2534 : 222)

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทางแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด และยังเป็นโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้ป่วยที่เป็นโรครุนแรงซึ่งถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อมารับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการที่ซับซ้อนหรือวิธีการที่ทันสมัย ในจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีอัตรามารับบริการการตรวจรักษาที่แผนกนรีเวชมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งของทุกแผนกของสถิติผู้ป่วยนอก และสถิติผู้ป่วยในของปี พ.ศ. 2539 จากการจัดอันดับยังพบว่ามะเร็งปากมดลูกมีอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งทั้งหมด (รายงานสถิติผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี, 2539 : ไม่มีเลขหน้า)

สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่า ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าร้อยละ 90 ของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของประชาชน (Life Style) เช่น พฤติกรรมทางเพศบางรูปแบบ การบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) เช่น การได้รับยา สารเคมี และเชื้อโรคต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางการศึกษา พบว่า การที่ประชาชนได้รับการศึกษาน้อย ย่อมไม่เข้าใจการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ รวมทั้งความสะอาดของร่างกาย เช่น สุขอนามัยของอวัยวะสืบพันธุ์

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรง และความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก จะเห็นว่ามะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ในส่วนตัวผู้ป่วยเองนั้นจะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะท้ายของโรค นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยที่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามแล้วนั้นมีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสงหรือการให้ยาเคมีบำบัด ต้องใช้เวลานานในการรักษา เสียค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งมีผลแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาวอีกด้วย นอกจากความสูญเสียดังกล่าวแล้วยังมีความสูญเสียที่มองไม่เห็น เช่น ความสูญเสียทางด้านจิตใจ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และความวิตกกังวลห่วงใยในภาวะเมื่อมีการจากไปของผู้ป่วย การสูญเสียเวลาของญาติพี่น้อง การสูญเสียรายได้ที่เกิดจากกำลังงานและผลผลิตของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิณีนารุ สนธิวงษ์, 2532 : 38 ; อ้างอิงมาจาก WHO, 1981)

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคมะเร็งใน

ประชากร โดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่มีโอกาสก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น ควบคุมการดำเนินชีวิตโดยเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่อาจเป็นอันตราย ควบคุมจำนวนสารที่มีโอกาสก่อให้เกิดโรคหรือลดปริมาณลง มาตรการในการดำเนินการป้องกัน คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาสาเหตุของการเกิดมะเร็งให้กว้างขวาง การจัดกิจกรรมที่เป็นทางส่งเสริมสุขภาพ การให้สุขศึกษา การปรับปรุงสภาพแวดล้อม

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินงานตรวจค้นหามะเร็งในระยะแรก (Early Detection) หรือการออกไปค้นหาโรคมะเร็งในประชากรปกติ (Screening)

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การให้การรักษามะเร็งที่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป

แนวทางในการป้องกัน ควบคุมการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การค้นหามะเร็งปากมดลูกในประชากรปกติ ด้วยวิธีการตรวจหาเซลล์มะเร็งระยะเริ่มแรกโดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) เรียกเต็มว่า ปาปานิกูลา สเมียร์ (Papanicolaou Smear) ซึ่งสามารถบอกระยะของการผิดปกติของเซลล์จนถึงมะเร็งในระยะเริ่มแรก และระยะลุกลามได้ การค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรกทำให้สามารถตัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ได้ด้วยวิธีต่างๆ อันส่งผลให้อัตราการเกิดและอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกลดลง ดังเช่น มีการรณรงค์การตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1950 - 1960 จนทำให้อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกลดลงเป็นลำดับ จาก 31 ต่อประชากรแสนคน ใน ค.ศ. 1930 เหลือเพียง 5 ต่อประชากรแสนคน ในปี ค.ศ. 1984 (เทวินทร์ โกธิยะตระกูล และอดิธิ ชนโมศรี. 2532 : 57 - 58) ทั้งนี้เนื่องจากผลการดำเนินการทำแปปสเมียร์ทั่วประเทศ ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Pre-invasive) ซึ่งเป็นระยะที่รักษาให้หายขาดได้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 38, 88)

กระทรวงสาธารณสุขของไทย ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตามแนวทางดังกล่าวในโครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2534 - 2537 มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินงานค้นหา วินิจฉัย และรักษามะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยอายุ 20 - 60 ปีทั่วประเทศ (กรมการแพทย์. 2534 : ไม่มีเลขหน้า) โดยหวังว่าโครงการดังกล่าวจะทำให้อุบัติการณ์และอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกลดลง และในขณะเดียวกันก็สามารถค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีอาการและอาการแสดงของโรค ไม่ว่าจะเป็นการมีแผล หรือสิ่งคัดหลั่งออก

จากช่องคลอด หรือภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับจากการรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด เช่น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ผมหงอก ผิวหนังแห้ง สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเองและครอบครัวในด้านการประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบทางกายเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวที่จะถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ญาติพี่น้อง กลัวได้รับการรังเกียจจากบุคคลอื่นในสังคม ทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ขาดความสนใจในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender, 1982 : 161) และผลของการขาดการดูแลตนเองดังกล่าว ทำให้การรักษาล้มเหลว อันจะเป็นเหตุให้อาการของโรคลุกลามและรุนแรงจนเกินกว่าจะรักษาให้หาย หรือยับยั้งการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นได้

จากสภาพปัญหาและข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าวและจากแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self - Care) และการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยมองว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าจะเป็นหญิง ชายหรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเป็นโรค หรือการตายจะเกิดขึ้น และการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดย โอเรม (Orem, 1980 : 89) ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของสุขภาพ คอนเนลลี (Conelly, 1986 : 623) ได้สร้างแบบแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัว การรับรู้ต่อประโยชน์ในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ลักษณะประชากรอันประกอบด้วย เพศ การศึกษา และ สภาพสมรส สภาพสุขภาพจิต ลักษณะของระบบของการรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตน การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของระบบบริการสุขภาพ

ในเรื่องความเชื่อนั้น จัสมินและไทรสตัด (Jusmin and Trygstad, 1978 : 8) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมนุษย์จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ไม่ว่าความเชื่อนั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โรเคิช (Rokeach, 1970 : 112) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งที่จะกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคล ในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป และความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรม ที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

(สุริรา อายุวัฒน์. 2527 : 1 - 2) ซึ่งเบคเคอร์ (Backer. 1974 :410 - 414) ได้สร้างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อบุคคล เกิดความเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ในการเกิดโรคซึ่งหมายถึงการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซ้ำอีก การรับรู้ต่อความรุนแรงของ โรค ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณนั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา ซึ่งได้แก่ผลดีของการรักษา และสิ่งที่เป็นปัญหาของการรักษา แรงจูงใจ คือ ความสนใจหรือห่วงใย ในสุขภาพของตนเอง และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ได้แก่ ความเชื่อต่อบุคลากรที่รักษา และสัมพันธภาพ ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย โดยได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม อนามัยของบุคคลไว้หลายท่าน แล้วพบความสัมพันธ์กัน เช่น สมทรง สุกสิลป์ (2526 : ก - ข) ได้ ศึกษาวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตร ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเชื่อต่อโอกาสที่จะเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรง ของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ นิศยา ภาสุนันท์ (2529 : ก - ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ ความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมี ความสัมพันธ์ในทางบวก กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยว ข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคลแล้ว การสนับสนุน ทางสังคมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลเช่นกัน เพราะการสนับสนุนหรือความ ช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนั้น จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้ปัญหาได้ ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย (Cohen and Wills. 1985 : 310 - 357) การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามแนวความคิดของเฮาส์ (Tilden and Weinert. 1987 : 614 ; อ้างอิงมาจาก House.) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การ สนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง โดยครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยของสมาชิก (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 119 ; อ้างอิงมาจาก Litman. 1974) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยถูกบังคับให้เจอ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ดีจาก สมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ดีและสามารถหายจากโรคได้ (Tilden and Weinert. 1987 : 614 ; อ้างอิงมาจาก Connelly. 1982) จากการศึกษาของ มุขเลนแคมป์ และ เซเลส

(Muhlenkamp and Sayles. 1986 : 337) พบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดี และการศึกษา ของ อัจฉา เชาว์ประยูร ในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อัจฉา เชาว์ประยูร. 2531 : ก - ข)

นอกจากนั้น ได้มีผู้วิจัยพบว่า ลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของ ครอบครัว และลักษณะอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของบุคคลด้วย เนื่องจากการดูแลตนเองนั้น ต้องการความมั่นคงทางอารมณ์ในการที่จะสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากการตัดสินใจของบุคคล จะขึ้นกับบุคลิกและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับมา (Connelly. 1986 : 626) และรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (อรรฉา โอประเสริฐสวัสดิ์. 2531 : 20) และผู้ที่มีอาชีพที่มีงานประจำที่ จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย (กอบแก้ว กุศลวิธ. 2527 : ก - ค)

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
2. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
3. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
4. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

5. เพื่อศึกษา ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก แล้วนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการดำเนินงานวางแผนสุขภาพ โดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล

✓ 3. เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในเรื่องฐานะปัจจัยบุคคลของผู้ป่วย

✓ 4. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษา ที่แผนกนรีเวชกรรม ศีกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีผลการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) และการวินิจฉัยของแพทย์ ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Cervical Intraepithelial Neoplasia)

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มารับการตรวจรักษา ที่แผนกนรีเวชกรรม ศีกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 742 คน โดยเฉลี่ยต่อปี ในปี พ.ศ. 2539

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มารับการตรวจรักษา ที่แผนกนรีเวชกรรม ศีกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 87 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำแนกเป็น

- 1.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน
- 1.1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
- 1.1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ
- 1.1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

1.2 ปัจจัยร่วมด้านประชากร จำแนกเป็น

- 1.2.1 อายุ
- 1.2.2 ระดับการศึกษา
- 1.2.3 อาชีพ
- 1.2.4 รายได้ของครอบครัว

1.3 การสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็น

- 1.3.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์
- 1.3.2 การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม
- 1.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- 1.3.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่ม

แรก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ตึกนึกรู้คิด หรือความเข้าใจ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ อันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก รู้ว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง และได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

1.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อจากความรู้หรือประสบการณ์เดิมว่า มะเร็งปากมดลูกอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และสามารถแพร่กระจายโรคไปยังอวัยวะอื่นได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก

1.3 การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างถูกต้อง การดูแลสุขภาพร่างกาย หลีกเลี่ยงโรคติดเชื้อ จะสามารถลดความรุนแรงหรือลดภาวะแทรกซ้อนได้

1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรืออุปสรรคต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ที่มีผลในการขัดขวางการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การสิ้นเปลืองเงินทอง การเสียเวลา

2. ปัจจัยร่วมด้านประชากร หมายถึง ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร จำแนกเป็น

2.1 อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยเป็นจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล

2.2 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้

2.2.1 ประถมศึกษา

2.2.2 มัธยมศึกษา

2.2.3 อุดมศึกษา

2.3 อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก แบ่งตามอาชีพได้ดังนี้

2.3.1 รับราชการ หมายถึง ผู้ที่รับราชการหรือทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

2.3.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้า

2.3.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

2.3.4 รับจ้าง หมายถึง รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ

2.3.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจทุกชนิดที่เป็นของตัวเอง

2.3.6 แม่บ้าน

2.4 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย สามี ภรรยาและบุตร รวมกัน แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้

2.4.1 ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน

2.4.2 ตั้งแต่ 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน

2.4.3 ตั้งแต่ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

2.4.4 สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา - มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ดังนี้

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความรัก และการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

3.2 การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และการรับคำแนะนำอื่น ๆ ในการช่วยแก้ปัญหาโดยทั่วไปของผู้ป่วย

3.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งของ เงิน หรือ การช่วยเหลือด้านแรงงานจากสมาชิกในครอบครัว

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

4.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายปกติ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย และเครื่องนุ่งห่ม

4.2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก การดูแลตนเองตามพัฒนาการในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านการประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ และการเลี้ยงดูเด็กตามบทบาทของมารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

4.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการของโรค และการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง

5. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก หมายถึง ผู้ป่วยหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ที่ผลการตรวจแปปสเมียร์และการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในต่างประเทศและการวิจัยในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากในสตรี และเป็นมะเร็งชนิดเดียวที่ในระยะ 20 - 30 ปีที่ผ่านมา อัตราตายจากมะเร็งชนิดนี้ได้ลดลงเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะได้มีการค้นพบวิธีการตรวจวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก (Early Detection) โดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ซึ่งจะช่วยให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะเริ่มแรก

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโต ที่ผิดปกติอย่างไม่หยุดยั้งของเซลล์ปากมดลูก ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการออกแต่อย่างใด ดังนั้น ระยะเวลาที่เริ่มเป็นจนแสดงอาการของโรคจะใช้เวลาประมาณ 5 - 10 ปี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณศิริ. 2531 : 11) มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะพบในสตรีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี ซึ่งจะพบในอายุที่ต่ำกว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามถึง 10 ปี (อิศดิ ชนไมตรี. 2531 : 14) ในปัจจุบันนี้พบจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมากขึ้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการสำส่อนทางเพศที่มีมากขึ้นในปัจจุบัน

การเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นขบวนการเกิดอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงระยะเริ่มแรกที่เรียกว่า Dysplasia คือ มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและลักษณะของเซลล์เยื่อบุผิว (Squamous) ซึ่งแบ่งระยะตามความรุนแรงเป็นระดับน้อย (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับมาก (Severe Dysplasia) และเมื่อมีสภาวะที่เหมาะสม ก็จะดำเนินต่อไปเป็นระยะลุกลาม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1. ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีการศึกษาค่ำ ฐานะยากจน มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า

2. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ พบบ่อยมากในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์ แม้ในนิกายโรมันคาทอลิกไม่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นใน

2.1 สตรีที่แต่งงานอายุน้อย (ต่ำกว่า 17 ปี) หรือ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย

2.2 มีคู่นอนหลายคนจะเสี่ยงมากขึ้น ประมาณ 2 - 3 เท่าของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว

2.3 กลุ่มที่มีความถี่ของการร่วมเพศสูง

2.4 จำนวนการตั้งครรภ์มากหรือการมีบุตรมาก

3. ลักษณะของสามีหรือคู่นอน

3.1 การตัดหนังหุ้มอวัยวะเพศชาย (Circumcision) อาจจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

3.2 ผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาติ ภรรยาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

3.3 ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ เช่น เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย สำนวนทางเพศ

3.4 สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า

4. การคุมกำเนิด การคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ มีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทั้งในด้านการเพิ่มและลดปัจจัยเสี่ยง

5. การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ประมาณ 1.5 - 2.3 เท่า

6. การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษพบว่า จุลินทรีย์ (Microorganisms) ที่ติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก ฟรอสต์ (Frost, 1962 : 792- 795) พบว่า การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกในสตรีที่ได้รับเชื้อทริคโคโมนาส วะจิnalis (*Trichomonas vaginalis*) และซิฟิลิส มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูง จากรายงานของซู ไฮเซน (Zue Hausen, 1982 : 1370 - 1372) พบว่า ไวรัสที่มีส่วนในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงมี 2 ชนิด คือ *Herpes Simplex Virus type 2* (HSV-2) และ *Human Papilloma Virus* (HPV)

7. สตรีที่ภูมิต้านทานต่ำหรือได้รับยากกดภูมิต้านทาน จะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์โดยเชื้อ HSV-2 และ HPV ได้ง่ายอีกด้วย

8. พฤติกรรมการกินอาหาร วิตามินเอ โฟเลต วิตามินซี มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ถ้าขาดเป็นเวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงนี้

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เป็น CIN มักไม่มีอาการหรืออาการแสดง และมองไม่เห็นรอยโรคบนปากมดลูก แต่บางทีอาจมีประวัติเลือดออกผิดปกติ หรือเลือดออกจากการสัมผัสปากมดลูกได้ มักวินิจฉัยได้จาก Pap Smear หรือตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่สงสัยหรือมีรอยโรคให้เห็น

ระยะของมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Staging)

สมเกียรติ ศรีสุพรรณศิริ (2531 : 98) ได้แบ่งระยะมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกออกเป็น 3 ระยะ คือ

- | | |
|---------|--|
| CIN I | - Mild Dysplasia มีความผิดปกติเฉพาะใน 1/3 ของส่วนล่างเซลล์เยื่อ
ปากมดลูก (Squamous Epithelium) |
| CIN II | - Moderate Dysplasia มีความผิดปกติเฉพาะใน 2/3 ของส่วนล่างเซลล์
เยื่อปากมดลูก |
| CIN III | - Severe Dysplasia มีความผิดปกติเกือบทั้งหมดของเซลล์เยื่อปาก
มดลูก แต่เซลล์ชั้นบนยังปกติ
- Carcinoma in Situ (CIS) มีความผิดปกติตลอดทุกชั้นของเซลล์เยื่อ
ปากมดลูก แต่ไม่ทะลุลงต่ำกว่า Basement Membrane |

ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงเป็น Carcinoma in Situ จาก Mild Dysplasia ประมาณ 3 ปี Moderate Dysplasia ประมาณ 2 ปี และจาก Severe Dysplasia ประมาณ 1 ปี

ทางเลือกสำหรับการรักษา CIN

1. การผ่าตัดตามสังเกต เหมาะสำหรับรายที่พยาธิสภาพขนาดเล็กและไม่รุนแรง (CIN I และ CIN II) ซึ่งอาจจะหายไปแล้วจากการตัดชิ้นเนื้อตรวจหรือหายไปเอง ผู้ป่วยต้องสามารถมาตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ โดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปี

2. การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- 2.1 การจี้ด้วยไฟฟ้า (Electrocautery)
- 2.2 การจี้ด้วยความเย็น (Cryosurgery)
- 2.3 การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (Laser Surgery)

2.4 การรักษาโดยใช้ความเย็นที่อุณหภูมิต่ำมาก ๆ (Cold Coagulator)

3. การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน

3.1 การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยเพื่อการรักษา (Therapeutic Conization) เป็นการผ่าตัดที่นิยมใช้ในการรักษา CIN ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยหรือต้องการมีลูกต่อ

3.2 การผ่าตัดเอามดลูกออก (Hysterectomy) ในรายอายุมาก มีลูกเพียงพอแล้วหรือไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวได้

การติดตามผู้ป่วย

หลังการรักษาผู้ป่วย CIN ไม่ว่าวิธีใดก็ตาม จะต้องติดตามผลการรักษาเพราะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือการรักษาล้มเหลวได้ โดยติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือนใน 1 ปีแรก ต่อไปทุก 6 เดือนจนครบ 5 ปี หลังจากนั้นติดตามทุก 1 ปีไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย โดยการตรวจภายใน ทำแบบสเมียร์ (Pap Smear) หรือทำคอลโปสโคปี (Colposcopy) เพื่อหาความผิดปกติที่เกิดขึ้น แล้วจึงพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การกลับเป็นซ้ำหลังรักษา ส่วนมากจะเกิดภายใน 1 - 2 ปี ส่วนความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระยะยาว (10 ปี) ภายหลังการรักษาครั้งแรกมีได้ประมาณร้อยละ 3 ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทั้งในส่วนของการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่เป็ความเต็มใจของบุคคล เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การควบคุมหรือรักษาโรค ซึ่งการดูแลตนเองอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคล หรือภายนอกบุคคล นั่นก็ได้ (Hill and Smith. 1985 : 9 ; อ้างอิงมาจาก Levin.) ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นกับระดับความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ พัฒนาการด้านทักษะ ซึ่งจะเป็พื้นฐานความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่อไปในอนาคต (Joseph. 1980 : 135 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1971)

โอเรม (Orem. 1985 : 34) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไป ทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate Action) และมีจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้(Orem. 1980 : 35)

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือชะลอความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ความต้องการดูแลตนเอง (Self Care Demands)

ในทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1980 : 41 - 51) ความต้องการตนเองเป็นจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการ สำหรับการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยเจตนาที่กระทำโดยตนเอง โดยแบ่งความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์ออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้ คือ

- 1.1 ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- 1.2 ให้ร่างกายได้มีการขับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ เป็นต้น
- 1.3 ให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- 1.4 ให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีต่อการดำรงชีวิต การทำหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี
- 1.6 การส่งเสริมในด้านการทำหน้าที่และพัฒนาการของร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด โดยสอดคล้องกับข้อจำกัดทางพันธุกรรม คุณลักษณะและสติปัญญาของคน

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการในวงจรชีวิตของมนุษย์ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การตายของบิดา มารดา ญาติสนิทหรือคู่ชีวิต เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ได้แก่

2.1 การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ เช่น ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

2.2 การดูแลและส่งเสริมในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม 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 การผ่าตัดอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ได้แก่

- 3.1 การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- 3.2 การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันรักษาและฟื้นฟูพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- 3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีผลต่อการควบคุมโรค รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะการมีสุขภาพดีอย่างเหมาะสม โดยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกแบ่งตามประเภทการดูแลตนเองของโอเรม มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก สามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

- 1.1 ปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ โดยจัดที่พักอาศัยให้มีการถ่ายเทอากาศอย่างดี
- 1.2 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย โดยควรได้รับน้ำ 6 - 8 แก้ว

ต่อวัน

1.3 รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายในปริมาณที่เหมาะสม โดยรับประทานอาหารให้พออิ่มครบ 3 มื้อ

1.4 ปฏิบัติตนให้มีการขับถ่ายปกติ

1.5 มีการพักผ่อนและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสมดุล โดยควรมีการนอนหลับวันละ 7 - 9 ชั่วโมง

1.6 ควรมีเวลาเป็นส่วนตัวสำหรับการอยู่คนเดียว และมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างเหมาะสม

1.7 ป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ชีวิตหรือหน้าที่ของร่างกาย หรือต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน เช่น ปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง หรือการงดสิ่งเสพติด

1.8 ปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ชีวิตดำเนินไปตามปกติ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ ประกอบด้วย

2.1 ประกอบอาชีพของคนตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย

2.2 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก สามารถมีคูครองและเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติตามสภาพของร่างกาย แต่ควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในระยะที่มีเลือดออกทางช่องคลอด

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนผลจากการวินิจฉัยและการรักษา ประกอบด้วย

3.1 ไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3.2 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากโรคมีการลุกลาม เช่น มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางช่องคลอด มีอาการปวดท้อง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติควรรีบไปปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการ

3.3 ติดตามสอบถามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค

3.4 ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับถึงความจำเป็นในการมารับการตรวจร่างกายตามนัด เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคลุกลาม

3.5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค เช่น การรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่สำส่อนทางเพศ เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) ได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” (Health) ไว้ว่า คือ สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสภาพความเป็นอยู่ทางสังคม ซึ่งมีใช้เพียงแต่การไม่มีโรคหรือไม่ทุพพลภาพเท่านั้น (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกัลยา กาญจนบุรานนท์. 2535 : 22)

คำว่า พฤติกรรม สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2535 : 97) ได้กล่าวว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา สามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น หรือปฏิบัติภายในที่มีต่อสถานการณ์หรือในเหตุการณ์ ซึ่งรวมเจตคติ ค่านิยม ความรู้ บางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535 : 155) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรม ว่า หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดมีมนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ก็มีความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ หากพิจารณาถึงแนวคิดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วจะเห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก็มีสาเหตุเช่นกัน ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของตัวบุคคลนั้น เกิดจากสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย หรือเกิดจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรค การที่บุคคลจะเกิดโรคใด ๆ ที่สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้น ๆ เป็นสำคัญ เมื่อบุคคลเกิดโรคแล้วและต้องการที่จะให้หายจากโรคบุคคลนั้นก็ต้องปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคนั้น ๆ

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

กู๊ด (Good. 1959 : 44, 58 - 60) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพ ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Convert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมขึ้นการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

แฮริส และ กูเติน (Harris and Guten. 1979 : 28) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Health Protective Behavior) โดยหมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติสม่ำเสมอ เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันโรค

คาสล์ และ คอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 246) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เกิดโรค

สตีล และแมคบรูม (Steele and Mc. Broom, 1972 : 382) อธิบายความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

สุชาติ โสมประยูร. (2525 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะโดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535 : 28) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตามที่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ธนวรรณ อัมสมบุญ. (2532 : 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่นรวมถึงการกระทำหรืองดกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือ การปฏิบัติที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

ฉะนั้นโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้งที่สังเกตได้เพราะสังเกตไม่ได้ แต่สามารถจะจัดได้ว่าเกิดขึ้น รวมถึงการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535 : 155 - 170) ให้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่สังเกตได้ ที่จะช่วยไม่ให้โรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติที่จะส่งเสริมสุขภาพด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้การพักผ่อนให้สะอาดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ยังรวมไปถึงการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น การแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุน การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม

การป้องกันโรค เพราะเขามีความเชื่อเป็นสำคัญ ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปว่า การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของบุคคลเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

1.1. การรับรู้ว่าคุณโรคคุกคาม การที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองกำลังถูกคุกคามนั้นก็เนื่องจากสิ่งกระตุ้นสองประการคือ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคสูง ถ้าไม่ดำเนินการก็จะเกิดผลเสียต่อตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ดังเช่น เมื่อมีการระบาดของหัดเยอรมัน สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคและเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ เมื่อตั้งครรภ์ในระยะแรก เมื่อบุคคลได้รับรู้เช่นนี้ก็จะหาวิธีหลีกเลี่ยงไม่ให้สัมผัสกับผู้ป่วยเหล่านี้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อหาวิธีป้องกันให้เหมาะสมต่อไป

1.2. การรับรู้ผลเสียต่อการป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้รับผลดีมากกว่าผลเสียจะผลเนื่องจากบุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบครอบแล้วว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมจะมีบ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับนั้นได้ผลคุ้มค่า โดยเฉพาะในระยะทาง

นอกจากเหตุผลสองประการดังกล่าวแล้วยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ อีก ที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น การชักชวนให้ประชาชนป้องกันโรคคงต้องนำองค์ประกอบอื่น ๆ มาพิจารณาด้วย ได้แก่ องค์ประกอบด้านการศึกษา อายุ เพศ จิตวิทยา สังคม ความรู้เกี่ยวกับโรค ตลอดจนองค์ประกอบด้านการสื่อสาร ได้แก่ สื่อมวลชน

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย การที่บุคคลมีอาการทางร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหล่านี้จะมีผลทำให้ไม่สามารถประกอบภารกิจประจำได้ปกติ ซึ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมผิดจากปกติไป และบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยนี้อาจจะมีได้หลายอย่าง ตั้งแต่การไปรับบริการการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่าง ๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไปตรวจตามนัด เป็นต้น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนมาก และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 173 - 185) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ ดังนี้ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การตั้งใจ ทักษะ ทักษะ อารมณ์และความสามารถ ซึ่งองค์ประกอบนี้จะอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะและความมากน้อย บางคนอาจจะมีลักษณะและจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะและจำนวนที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ซึ่งการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคม วัฒนธรรมของแต่ละชุมชนนั้น ๆ

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาซึ่งจะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบทางการศึกษา

ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้มีเจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย เพราะผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างน้อย อันจะมีผลคือพฤติกรรมสุขภาพด้วย ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาน้อย

5. องค์ประกอบทางการเมือง

องค์ประกอบทางการเมืองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เพราะนโยบายการปกครองของประเทศ จะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้นุชนมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141)

ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2535 : 30)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน หรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา สังคม เพื่อใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการคิดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Silk - role Behavior)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์กันมากเนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นสิ่งที่สามารถทำความเข้าใจและทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้น ในช่วง ค.ศ. 1950 - 1960 พบว่าประสบปัญหาเรื่องการเกิดบริการสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมการป้องกันโรค เนื่องจากมีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อย ทั้งที่บริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายน้อยมากก็ตาม นักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขสนใจที่จะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการใดเหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจเพื่อคัดกรอง หรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่มีอาการใด ๆ จากปัญหาดังกล่าวนี้นี้ ฮอชบัมและคนอื่น ๆ (Hochbaum and others. 1958 : 1-28) ได้เริ่มศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับทางจิตวิทยาสังคมในรูปแบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าแรงจูงใจคือความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยให้บุคคลทราบถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker and other. 1974 : 206) และโรเซนสต็อกและคนอื่น ๆ (Rosenstock and others. 1974 : 329) ได้กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า คนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น เมื่อเกิดโรคขึ้นจะมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดี คือ ช่วยลดโอกาสในการเป็นโรค หรือ ถ้าเป็นโรคแล้วก็สามารถลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น

ได้ ไม่ควรมีอุปสรรคทางค่านิยมจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความตาย เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า โรเซนสต็อกและคนอื่น ๆ ได้ใช้แบบแผนความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพนี้ โดยมีตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคของการปฏิบัติตนเท่านั้น ต่อมา เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and other. 1977 : 125 - 135) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพอีก โดยเพิ่มตัวแปรด้านประชากรและตัวแปรด้านปัจจัยร่วม คือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติขึ้นอีก เพื่อให้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพอนามัยของบุคคลทั่วไป ดังแสดงในภาพประกอบ 1

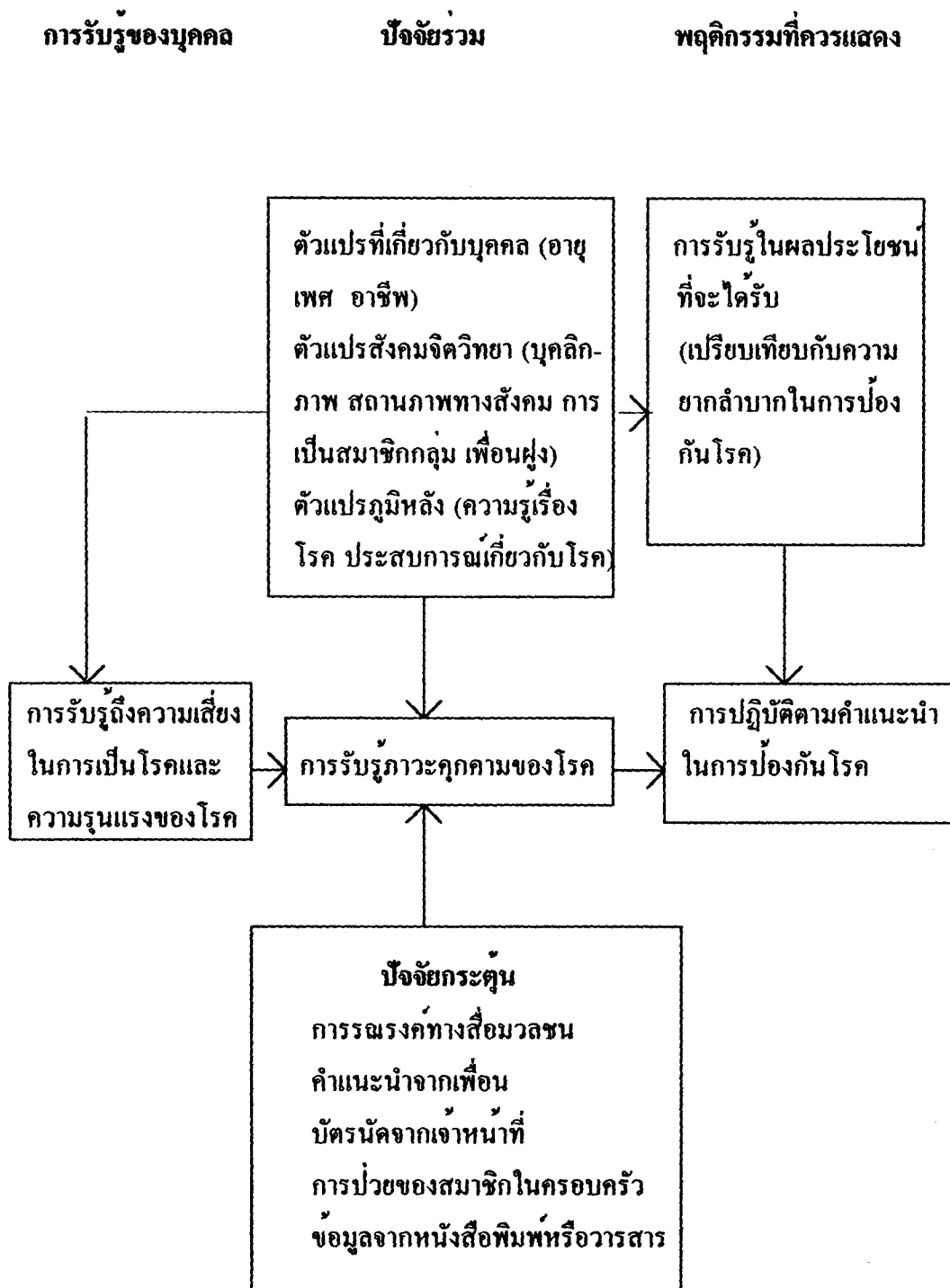
เนื่องจากแบบแผนความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ กาสลและคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระบะที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ซึ่งต่อมา เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 20) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพให้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ขึ้นใหม่ โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



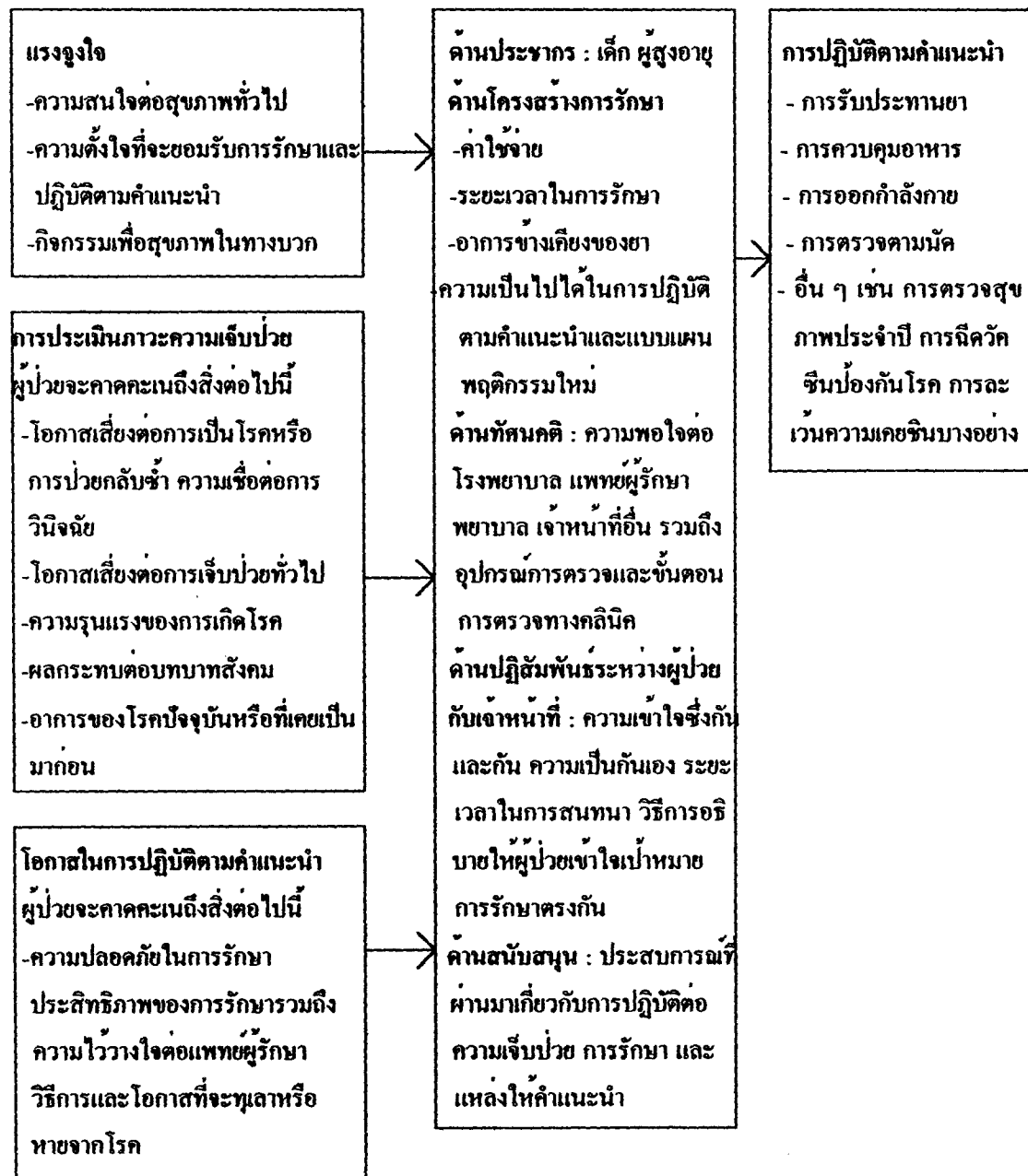
ภาพประกอบ 1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Becker and Maiman. 1975 : 12

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมผู้ป่วย



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้อธิบายพฤติกรรมผู้ป่วยของเบคเกอร์ และไมแมน

ที่มา : Becker and Maiman. 1975 : 20

องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เบคเกอร์และไมแมน

(Weissfeld, Kirscht and Brock. 1990 : 142 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความเสี่ยงที่เขามีโอกาสเกิดโรค หรือความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรค เช่น การรับวัคซีน การปฏิบัติเพื่อระวังภาวะน้ำหนัลดเกินไปมาตรฐาน โดยการควบคุมการรับประทานอาหาร การลดหรืองดการสูบบุหรี่ เป็นต้น ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ถือว่าปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ ฮอค บาล์ม (Hochbaum. 1958 : 1 - 28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ จากการศึกษาวิจัยหลายครั้ง เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and other. 1974 : 205 - 216 ; 1977 : 354 - 355) จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เป็นการตัดสินใจของบุคคลถึงระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จากผลกระทบของการเกิดโรค ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 330) กล่าวถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า บุคคลมักจะมองปัญหาโดยการแสดงออกด้วยคำถามที่ว่า เขาจะตายหรือไม่ จะมีผลกระทบต่อน้ำที่การทำงาน หรือมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมหรือไม่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ เพราะจะบ่งถึงพลังในการกระทำ (The Energy of Force to Act) เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าเขาเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว จะมีการรับรู้ต่อไปว่าโรคนั้นจะมีความรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิต เขาก็จะดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefit and Barriers to Taking action)

เป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่าหรือประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น เมื่อปฏิบัติแล้วจะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้กับสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น สูญเสียค่าใช้จ่าย การมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สะดวกสบายหรือสิ่งไม่พึงปรารถนาต่าง ๆ ซึ่งบุคคลจะประเมินให้น้ำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคและพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติคือสุขภาพ โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความ

พร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมากยากแก่การแก้ไข ก็จะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการปฏิบัตินั้น

4. แรงจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจเป็นตัวกำหนดการรับรู้สภาพแวดล้อมของบุคคล สามารถแสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา เมื่อความเชื่อเป็นไปในทางบวก จะทำให้บุคคลตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น แต่ถ้าบุคคลไม่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ก็อาจไม่ทำให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำได้

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2532 : 32) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้างการรักษา เจตคติ ปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุน ซึ่งเป็นปัจจัยพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย จากการศึกษาวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย (Becker and Maiman. 1977 : 113 - 131) และตัวแปรทางด้านสังคม เช่น เพื่อนและสมาชิกในครอบครัว

ในส่วนของปัจจัยร่วมทางสังคมผู้วิจัยได้นำหลักการของการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาศึกษาโดยเฉพาะ เพื่อช่วยให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปรากฏการณ์ทางจิตสังคมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ในสัมพันธภาพทางสังคม ในต่างประเทศได้มีการศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น ประเด็นที่สำคัญในวงการสาธารณสุข คือ การศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพของมนุษย์และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดี (ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2533 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Caplan. 1974 : 7 ; Cohen and Wills. 1985 : 310 - 357 ; Gore. 1978 : 157 - 158 ; Wortman. 1984 : 2354) ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้น จำเป็นต้องมีการพึ่งพาหวั่งกัน มีความไว้วางใจ และช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด

เห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับจากบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์. 2529 : 4)

นักวิชาการที่สนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมีแนวความคิดที่หลากหลาย คล้ายคลึงแต่ยังไม่มีความเห็นร่วมกัน เกี่ยวกับความหมาย บทบาทหน้าที่หรือกลไกการทำงาน ประเภทการสนับสนุนทางสังคมและการวัด เช่น

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข้อมูลหรือข่าวสาร จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่และได้รับการยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979 : 85) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านการเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ได้รับการยอมรับเป็นที่รัก ได้รับการยกย่องมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการ จากกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจง

แคปแลน คาสเซิล และ กอร์ (Kaplan, Cassel and Gore. 1977 : 50 - 51) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่ามีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ

1. ความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสังคม เช่น การยกย่อง ความภูมิใจ และความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อม
2. การมีหรือขาดสัมพันธภาพของการสนับสนุนทางจิตสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การย้ายที่อยู่อาศัย และการสูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงบุคคลที่ให้การสนับสนุน

ไวน์แมน (Wineman. 1990 : 294) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคมประภิด ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม การแนะแนวทางความคิด แรงเสริมทางสังคม ความมั่นคงทางอารมณ์ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม

โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills. 1985 : 4) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น ทรัพยากรที่ได้รับจากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูล หรือสิ่งของที่ใช้ได้และมีศักยภาพ และมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพและความอยู่ดีของบุคคล

พาวเวอร์ (Powers. 1988 : 41) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นกลุ่มของทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากความผูกพันและเครือข่ายทางสังคม โดยพิจารณาทรัพยากรในแง่ของเนื้อหา คุณภาพ ความซับซ้อนและทิศทาง

ทอยท์ (Thoits. 1982 : 147) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความช่วยเหลือต่อการปรับตัวกับความเครียด หรือการที่บุคคลอื่นที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมอย่างจริงจังต่อความพยายามในการจัดการกับความเครียด ในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ความหมายและปฏิกริยาทางอารมณ์

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus and Folkman. 1984 : 249) และโบมาร์ (Bomar. 1989 : 91) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ความสำคัญแก่การประเมินของบุคคล โดยหมายถึงปฏิสัมพันธ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งบุคคลประเมินว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

เฮลเลอร์ สวินเคิล และ ดูเซนบูรี (Heller, Swindle and Dusenbury. 1986 : 467 - 468) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม คือ กิจกรรมทางสังคมใดที่บุคคลรับรู้ได้รับการส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง หรือได้รับความช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความเครียด โดยกิจกรรมทางสังคมไม่ได้เป็นตัวส่งเสริมสุขภาพ หรือป้องกันโดยตนเอง แต่ขึ้นกับ การรับรู้และให้ความหมายกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตประจำวัน

คอยน์ และ เดอลองจิส (Coyne and Delongis. 1986 : 457) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นประสบการณ์หรือกระบวนการคิดในการประเมิน หรือการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมว่า ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

บุญเยี่ยม กระจุกวงษ์ (2528 : 73) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับการสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตามความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมด กล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนอง ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

นักวิชาการส่วนใหญ่มีความเห็นคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับ แหล่งความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้น อาทิเช่น

อุบล นิวัติชัย (2527 : 285) ได้อ้างถึง แนวคิดของแคบแลนเกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทที่หนึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน อีกประเภทหนึ่งเรียกว่า บุคคลใกล้ชิด (Kint) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในสถานที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ

เพนเดอร์ (พรทิพา ศุภราตรี. 2538 : 42 - 43 ; อ้างอิงมาจาก Pender. 1987 : 396 - 397) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติพันธกิจและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ด้วยความง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organizations or Denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการให้การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) กล่าวว่า หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และ ผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับ เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง
 - 2.2. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

การสนับสนุนทางสังคมนั้นไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตามย่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นไม่สามารถที่จะแยกกายและจิตออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์

โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills. 1985 : 310 - 313) ได้กล่าวถึง บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพใน 2 ลักษณะคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Support as a Main Effect) กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางบวก นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังจะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนของร่างกายอีกด้วย ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นมีภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Support as a Buffering Effect) เมื่อมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น และบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดและคุกคามต่อตนเอง ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดภาวะเครียดได้โดย

2.1. ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจึงลดลง

2.2. ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา ทำให้การทำงานของระบบฮอร์โมนของร่างกายลดลง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในตัวเองมากขึ้น เพิ่มแรงจูงใจในตนเอง รู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหามากขึ้น

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

คาห์น (Kahn, 1979 : 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึง อารมณ์ ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้น อาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา

เฮาส์ (House, 1981 : 15 - 26) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่นการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุนอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนในคำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information)

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น
ดังนั้น ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ มาเป็นแนวทางในการศึกษา

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การศึกษารังนี้ เป็นการศึกษถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก โดยผู้วิจัยคิดว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม จะร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้ ได้มีผู้วิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในต่างประเทศและในประเทศไว้ดังนี้ คือ

การวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ คือ

๓ ฮาลลอ (Hallol. 1982 : 137 - 140) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีส่วนสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

๔ ไค และ คาเทนซาโร (Dai and Catanzaro. 1987 : 13) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลผิวหนัง มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลผิวหนัง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

๖ มอนท์ โกเมอร์ และคนอื่นๆ. (สุรณีชัย ช่างเสวก. 2539 : 53 ; อ้างอิงมาจาก Montgomery and other. 1989) ได้ทำการศึกษาในเรื่อง ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดยการศึกษาแบบโคฮอร์ต (Cohort) เป็นเวลานานถึง 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้น ไม่สามารถที่จะทำการวัดความสัมพันธ์ออกมาได้

๗ บัสซ์ และแอนนอทท์. (สุรณีชัย ช่างเสวก. 2539 : 53 ; อ้างอิงมาจาก Bush and Iannotti. 1990 : 69 - 86) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กก่อนวัยรุ่น จำนวน 270 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยามีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้ คือ
อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

แฮริสและกูเด็น (Brown and McGreedy. 1986 : 317 ; อ้างอิงมาจาก Harris and Guten) และแลงลี (Langlie. 1977 : 254) ต่างให้ผลสอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้น ในผู้ที่อายุมากขึ้น ซึ่งแลงลี (Langlie) กล่าวว่าอาจเป็นเพราะเนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 20) ที่พบว่าอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

รูท (Ruth. 1973 : 136 - 156) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่ำ จะพบปัญหาในการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องในเชิง วิทยาศาสตร์ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำ

จิตมัสส์ (ประภัสสร เลียวไพโรจน์. 2523 : 42 ; อ้างอิงมาจาก Jitmuss.) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งในการป้องกันและการรักษา โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะระมัดระวังสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

มูเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles. 1986 : 336) พบว่า ระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

อาชีฟ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) ได้สำรวจคนงานชายในเมือง วิคตอเรียของรัฐโคลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่า อาชีฟมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก และทิฟฟานี (Tiffany. 1981 : 53) พบว่า คนที่อยู่ในอาชีฟ ฐานะทางสังคมที่ต่ำกว่าจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ต่ำกว่า

รายได้ของครอบครัว ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้

โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1974 : 205 - 215) ที่พบว่า มารดาที่มีรายได้น้อย เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ป่วยไม่ถูกต้อง และเพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ต่อการมีทัศนภาพในการดูแลตนเองของบุคคล และ รายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง

การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

แลงลี (Langlie. 1977 : 244 - 260) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่น ๆ ดีกว่า ผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แคปแลนและคนอื่นๆ (Kaplan and others. 50 - 51 : 1977) พบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะไปใช้บริการการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลน้อยกว่าคนที่มีความสนับสนุนทางสังคม

เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme. 1979 : 186 - 204) ได้ศึกษาติดตามอัตราการตายของประชาชนในเมืองอะลาเมดา เป็นเวลา 9 ปี พบว่า กลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรส หรือเพื่อนบ้าน จะทำให้นักลปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในทางที่เหมาะสมได้ดี

ลินเซย์, ด็อด และเชน. (Lindsey, Dodd and Chen. 1985 : 150) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส

มูhlenแคมป์และเซyles. (Muhlenkamp and Seyles. 1986 334 - 338) ได้พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้นักล มีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์ทเมนต์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้นักลรู้สึกว่าคุณค่า และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น

บรูค (ลัคดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532 : 61 ; อ้างอิงมาจาก Brugg.) ได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลสุขภาพ การได้รับประโยชน์จากครอบครัวในฐานะระบบสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 51 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับประโยชน์จากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวก กับความสามารถในการดูแลสุขภาพ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการดูแลสุขภาพ นั่นคือ เมื่อภาวะสุขภาพเสื่อมลง ความสามารถในการดูแลสุขภาพจะลดลงไปด้วย

เคลม (Klemp. 1986 : 144) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคเบาหวาน กับตัวแปรความรับผิดชอบทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวทุกรูปแบบจะมีความสัมพันธ์กับความ

ร่วมมือในการควบคุมโรคเพราะ จะช่วยลดความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค แต่ถ้ามักมีการสนับสนุนน้อยการปฏิบัติตัวก็จะไม่ทำตามไปด้วย

วิลเลย์. (Willey. 1990 : 79 - 95) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบจากโรคมะเร็งและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับกำลังใจจากสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะสุขภาพของร่างกายและจิตใจ การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

เบอร์เทรา (Bertera. 1990 : 214) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

อิมมานส์. (Aymanns. 1995 : 107 - 124) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 169 ราย พบว่า การได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้, การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ คือ

สุริย์ โอภาสศิริวิทย์. (2531 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 252 รายพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

สมใจ ยัมวิไล (2531 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ ความรุนแรงของโรคหอบหืด ระยะเวลาของการเป็นโรค ระดับการศึกษา และฐานะเศรษฐกิจ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยความเชื่อด้านสุขภาพส่วนย่อย ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง ส่วนแรงจูงใจในด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ประยงค์ สัจจงพงษ์. (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอ

ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยโรคมีการดูแลตนเองในระดับดีและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยโรคปอด

การวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้คือ
อายุ

กอบแก้ว กุศลวิธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัยโรคปอด จังหวัดราชบุรี จำนวน 244 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มและกลางคน มีการดูแลตนเองด้านการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา

กอบแก้ว กุศลวิธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัยโรคปอด จังหวัดราชบุรี จำนวน 244 ราย พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีแนวโน้มการกลับมารักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำ

รัตนา ทองสวัสดิ์ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล. 2538 : 88 ; อ้างอิงมาจาก รัตนา ทองสวัสดิ์. 2531) ได้ทำการวิจัยเรื่องการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 200 ราย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อาชีพ

กอบแก้ว กุศลวิธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัยโรคปอด จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำที่ จะมีการดูแลตนเองด้านการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย

รัตนา ทองสวัสดิ์ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล. 2538 : 88 ; อ้างอิงมาจาก รัตนา ทองสวัสดิ์. 2531) ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายได้

จากรายงานของกรมการแพทย์ (สมใจ ยัมวิไล. 2531 : 57 ; อ้างอิงมาจาก กระทรวงสาธารณสุข) ได้กล่าวถึง รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุข ผู้ที่รายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย นั่นคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองที่ดีกว่า เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือเมื่อต้องการการดูแลรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรา จุลวรรณ (2529 : ก-ข) ในผู้ป่วยวัย

โรคปอดจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีการดูแลตนเองที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิ ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 57 - 63) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพเศรษฐกิจ

จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532 : 53 - 54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ขงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. (2528 : 79 - 92) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 คน พบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ

การวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ คือ

สมจิต หนูเจริญกุล. (Hanucharumkul. 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 คน ซึ่งวัดด้วยแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม และใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัวของแบรนค์และไวเนอร์เพื่อวัดแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

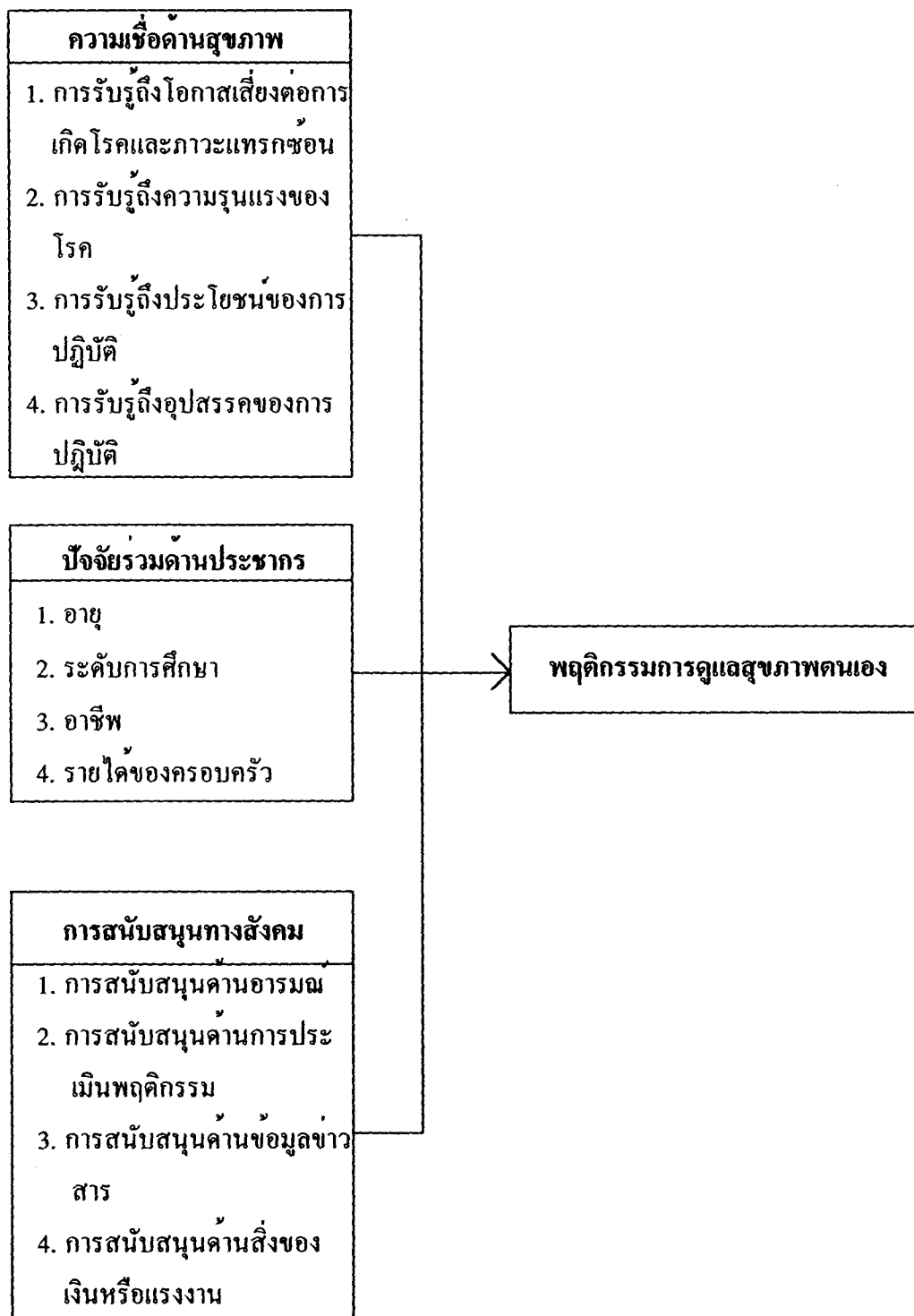
กาญจนา บุญทับ. (2534 : ก, 51, 57) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 150 ราย ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยที่สำคัญทางสถิติ คือ สามียและมารดา ซึ่งหญิงตั้งครรภ์พึงพอใจการสนับสนุนที่ได้รับจากสามีมากที่สุด และระยะเวลาที่ได้รับที่ได้รับการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม

อารีย์ เขียรประมุข. (2534 : 59 - 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 120 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51 - 53) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

อังคณา นวลยง (2535 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสาร และงานวิจัย ดังกล่าวมาแล้ว พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านประชากร การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นแนวคิดในการวิจัยและในการตั้งสมมติฐาน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
6. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
7. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
8. อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
9. รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
10. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
11. การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
12. การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
13. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
14. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
15. ความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรร่วมด้านประชากร การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่ได้รับการรักษาที่แผนกนรีเวชกรรม ดึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 742 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่ได้รับการรักษาที่แผนกนรีเวชกรรม ดึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยใช้หลักค่าของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error = SE) เป็นหลักเกณฑ์ (เพชรร้อย สิมหังชัย, ศิริพร ขัมภลจิตต์และทัศนีย์ นะแสง. 2535 : 156)

$$n = \frac{pq}{SE^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

P = โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหา (จากสถิติจำนวนผู้มารับการตรวจ Pap Smear ทั้งหมด 2,328 คน มีผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก 742 คน คิดเป็น 32 % = .32

q = 1 - P = .68

SE = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำวิจัยกำหนดให้เท่ากับ .05

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{(32)(68)}{(0.05)^2} \\
 &= 87
 \end{aligned}$$

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามผู้ป่วยที่มีผลแบบปัสเมียร์ (Pap Smear) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มารับการรักษาที่แผนกนรีเวชกรรม ศีกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม 2541 - วันที่ 26 สิงหาคม 2541

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามที่สร้างขึ้น มีทั้งข้อคำถามที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติ
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์
2. การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1980 : 42 - 53) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยครอบคลุมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ
3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีเนื้อหา แนวความคิด เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย
3. สร้างแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ตอน คือ
 - 3.1 ตอนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - 3.2 ตอนที่ 2 แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ
 - 3.3 ตอนที่ 3 แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 24 ข้อ
 - 3.4 ตอนที่ 4 แบบสอบถาม พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก จำนวน 28 ข้อ
4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ

1. ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย และต่อการรักษา แบ่ง

ออกเป็น 4 หมวด คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

<u>ข้อความด้านบวก</u>	<u>ข้อความด้านลบ</u>	<u>คะแนน</u>
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การจัดระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งระดับของความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

ระดับความเชื่อสูง คะแนน 3.67 - 5.00

ระดับความเชื่อปานกลาง คะแนนตั้งแต่ 2.34 - 3.66

ระดับความเชื่อต่ำ คะแนน 1.00 - 2.33

2. ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

<u>ข้อความที่มีลักษณะเชิงบวก</u>	<u>ข้อความที่มีลักษณะเชิงลบ</u>	<u>คะแนน</u>
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

คะแนนสูงแสดงถึงผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนน 3.67 - 5.00

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางคะแนนตั้งแต่ 2.34 - 3.66

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนน 1.00 - 2.33

3. ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยครอบคลุมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

<u>ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก</u>	<u>ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ</u>	<u>คะแนน</u>
ปฏิบัติประจำ	ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้	2
ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้	ปฏิบัติประจำ	0

การจัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมโดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.34 - 2.00

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 - 1.33

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.00 - 0.66

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อดูความถูกต้องตลอดจนความเที่ยงตรง (Face Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ หรือมากกว่า .50 ถือว่าใช้ได้

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากร ซึ่งมีลักษณะเดียวกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนน และหาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation)

3.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ได้จำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2 - 19 และ 21 - 22 เชิงลบ ข้อ 1, 20 มีค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.21 - 0.59

3.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใ้ได้จำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก ได้ แก่ข้อ 1 - 22 มีค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.23 - 0.69

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ใ้ได้จำนวน 23 ข้อ ข้อคำถามเชิง บวก ได้แก่วข้อ 1 - 19 และ 21 - 23 เจริญ ข้อ 20 มีค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.21 - 0.58

4. นำแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของครอนบัค (Cronbach, 1970 : 161) หาค่าประสิทธิสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient)

4.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

4.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

4.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. วิจัยนำแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

3. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน ที่สมบูรณ์ มาวิเคราะห์โดยใช้ คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส/พีซี (SPSS/PC+: Statistical Package for the Social Science/Personal Computer Plus) ตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำมาลงรหัส

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจง ความถี่และค่าร้อยละตามตัวแปรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2.2 วิเคราะห์การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยใช้ค่าสถิติพรรณนา ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และค่าร้อยละของข้อมูล

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม บังคับทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Coefficient of Linear Correlation)

2.4 วิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จากตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression analysis) (Elifson and other. 1990 : 265) เพื่อเลือกตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่สุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 41)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง
 $\sum R$ แทน คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

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

เมื่อ r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Σx	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
Σy	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
Σxy	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
Σx^2	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
Σy^2	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

2.3 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
$\sum S_i^2$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
S_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถาม ทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโปรดักโมเมนต์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 322) ทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 14

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

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โพรดักโมเมนต์

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

x แทน คะแนนตัวแปรที่ 1

y แทน คะแนนตัวแปรที่ 2

Σx แทน ผลรวมของคะแนนตัวแปรตัว 1

Σy แทน ผลรวมของคะแนนตัวแปรตัว 2

Σxy แทน ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 1 และ 2

Σx^2 แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนนตัวแปรที่ 1

Σy^2 แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนนตัวแปรที่ 2

ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้วิธีทดสอบค่า t (t-test) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 325)

$$t = \frac{\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้

N แทน จำนวนคน

3.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ทดสอบสมมติฐานข้อ 15 มีรูปแบบสมการถดถอยดังนี้ (Elifson and other. 1990 : 265)

$$Y' = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$$

Y' = ค่าทำนายของตัวแปรตาม

a = ค่าคงที่ของสมการถดถอย

b_i = สัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวแปรอิสระตัวที่ i ($i = 1, 2, 3, \dots, k$)

x_i = ตัวแปรอิสระตัวที่ i ($i = 1, 2, 3, \dots, k$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t - distribution)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวแปรอิสระ
SE B	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ความถดถอย
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยที่ปรับแล้ว
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระ
p	แทน	โอกาสหรือความเป็นไปได้
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ใช้เวลาเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม 2541 - วันที่ 26 สิงหาคม 2541 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส / พีซี พลัส (SPSS/PC+ : Statistical Package for the Social Science / Personal Computer Plus) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว นำเสนอโดยแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 3 และ 4

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านประชากร การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 14 ดังปรากฏตามตาราง 5 - 7

3.2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 15 ดังปรากฏตามตาราง 8

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยร่วมด้านประชากร ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี เสนอเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
20 - 30	26	21.67
31 - 40	43	35.83
41 - 50	35	29.17
> 50	16	13.33
รวม	120	100
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	71	59.17
มัธยมศึกษา	25	20.83
อุดมศึกษา	24	20.00
รวม	120	100
3. อาชีพ		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	20	16.67
ค้าขาย	2	1.67
เกษตรกรรม	3	2.50
รับจ้าง	14	11.66
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	42	35.00
แม่บ้าน	39	32.50
รวม	120	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4. รายได้ของครอบครัว		
< 3,001	18	15.00
3,001 - 8,000	45	37.50
8,001 - 13,000	20	16.67
> 13,000	37	30.83
รวม	120	100

จากตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามตัวแปรดังนี้

จำแนกตาม อายุ แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอายุ 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.83 รองลงมาอายุ 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.17

จำแนกตาม ระดับการศึกษา แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.17 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.83 และระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20

จำแนกตาม อาชีพ แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมามีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.50

จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากรายได้ 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รายได้ > 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.83 รายได้ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และรายได้ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ดังปรากฏตามตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
ระดับสูง	10	8.33
ระดับปานกลาง	110	91.67
ระดับต่ำ	-	-
รวม	120	100
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับสูง	77	64.17
ระดับปานกลาง	40	33.33
ระดับต่ำ	3	2.50
รวม	120	100
การดูแลสุขภาพตนเอง		
ระดับดี	104	86.67
ระดับพอใช้	16	13.33
ระดับต่ำ	-	-
รวม	120	100

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.67 มีการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.17 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.67

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ	120	3.30	.35	ปานกลาง
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	120	3.48	.47	ปานกลาง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	120	3.35	.57	ปานกลาง
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	120	3.94	.61	สูง
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	120	2.43	.51	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	120	3.88	.69	สูง
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	120	4.01	.75	สูง
- การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม	120	4.11	.75	สูง
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	120	3.46	.87	ปานกลาง
- การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน	120	3.94	.88	สูง
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	120	1.57	.21	ดี
- การดูแลตนเองโดยทั่วไป	120	1.38	.32	ดี
- การดูแลตนเองตามพัฒนาการ	120	1.77	.25	ดี
- การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	120	1.56	.28	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน ในระดับสูง มีการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมด้านประชากร การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ดังปรากฏตามตาราง 5 - 7

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ความเชื่อด้านสุขภาพ	n	r	p
ความเชื่อด้านสุขภาพ	120	-.0461	.309
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	120	-.0382	.339
- การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	120	-.0511	.290
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ	120	.1208	.094
- การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ	120	.1782*	.025

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 - 4 ตามลำดับ

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ปัจจัยรวมด้านประชากร	n	r	p
อายุ	120	.2230*	.007
ระดับการศึกษา	120	.1874*	.020
อาชีพ	120	-.1314	.076
รายได้ของครอบครัว	120	.2855*	.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6, 7 และ 9 ตามลำดับ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ อาชีพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

การสนับสนุนทางสังคม	n	r	p
การสนับสนุนทางสังคม	120	.2903*	.001
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	120	.2580*	.002
- การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม	120	.2108*	.001
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	120	.2281*	.006
- การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน	120	.2829*	.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 - 14 ตามลำดับ

3.2 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี

ตัวแปร	B	SE B	Beta	t	p	R ²	R ² ที่เพิ่ม
การสนับสนุนทางสังคม	.0765	.0272	.2452	2.809*	.0058	.0843	.0843
รายได้ของครอบครัว	.0478	.0174	.2392	2.740*	.0071	.1395	.0552
ค่าคงที่	1.1489	.1085		10.586	.0000		

$$n = 120 \text{ คน} \quad F = 9.483 \quad p < .05 \quad R^2 = .1395$$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้ร้อยละ 8.43 ($R^2 = .0843$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ .0765 หมายความว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ .0765 หน่วย ($B = .0765$)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สอง ได้แก่ ตัวแปรรายได้ของครอบครัว เมื่อนำเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรรายได้ของครอบครัว และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลราชวิถี ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.95 ($R^2 = .1395$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ .0478 หมายความว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น เท่ากับ .0478 หน่วย ($B = .0478$) โดยที่ตัวแปรรายได้ของครอบครัว เพียง

ตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลราชวิถีได้ร้อยละ 5.52 (R^2 change = .0552)

จาก 2 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{HEALTH SELF - CARE BEHAVIOR} = 1.1489 + .0765\text{SOCIAL} + .0478\text{INC}$$

โดยที่ HEALTH SELF - CARE BEHAVIOR =	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
SOCIAL	= การสนับสนุนทางสังคม = .0765
INC	= รายได้ของครอบครัว = .0478

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ได้ร้อยละ 13.95 (R^2 = .1395)

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษา ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
2. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
3. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
4. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
5. เพื่อศึกษา ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกนรีเวชกรรม ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม - 26 สิงหาคม พ.ศ. 2541 จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive - Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและ รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความที่แสดง ถึงความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มีต่อความเจ็บ ป่วย แบ่งออกเป็น 4 หมวด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพี เอส เอส (SPSS/PC+ Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer Plus)

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เกี่ยวกับ อายุ ระดับการ ศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยใช้ค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเอง โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพ การ สนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์ สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 14

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกระยะเริ่มแรก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อ ทดสอบสมมติฐานข้อ 15

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก จำนวน 120 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.83 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.17 ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35 เป็นแม่บ้านร้อยละ 32.50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.50 และมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.83

การวิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 3.30 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 3.48 ซึ่งเป็นการรับรู้ระดับปานกลาง
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 3.35 ซึ่งเป็นการรับรู้ระดับปานกลาง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เท่ากับ 3.94 ซึ่งเป็นการรับรู้ระดับสูง
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เท่ากับ 2.43 ซึ่งเป็นการรับรู้ระดับปานกลาง

การวิเคราะห์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

1. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เท่ากับ 3.88 ซึ่งอยู่ในระดับสูง
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เท่ากับ 4.01 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม เท่ากับ 4.11 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

4. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 3.46 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

5. การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน เท่ากับ 3.94 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57

การทดสอบสมมติฐาน

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

2. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

3. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

4. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

5. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.1782$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

6. อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2230$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6

7. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.1874$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

8. อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8

9. รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2855$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

10. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2903$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10

11. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2580$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11

12. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2108$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12

13. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2281$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13

14. การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2829$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14

15. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรรายได้ของครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ได้ร้อยละ 13.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ผู้วิจัยได้อภิปรายตามตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้เนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ด้านที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติ นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 6) กล่าวว่า ในบางสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมของคนไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดที่เขาจะปฏิบัติเท่านั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า สิ่งที่เขาปฏิบัติจริงๆ นั้น อาจไม่ตรงกับสิ่งที่เขาเข้าใจหรือคิดที่จะปฏิบัติ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 106) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 59) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 59) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิสของคณงานโรงพยาบาล จังหวัดสระบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 99) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งการศึกษครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นั้น ถึงแม้ว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรครอย่างชัดเจนและยังไม่อยู่ในระยะของโรคที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งอาจยังไม่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการได้พบเห็นบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมาก่อน จึงส่งผลให้การรับรู้ในส่วนนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 อธิบายได้ว่า การวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการวัดความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อบทบาทการดำเนินชีวิตในสังคม จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จากการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap's Smear) และผลจากการตรวจชิ้นเนื้อ บางรายยังไม่มีอาการแสดงของโรค บางรายอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ยังอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักและไม่หวาดกลัวต่อความรุนแรงของโรคเท่าใด จึงส่งผลให้การรับรู้ในส่วนนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา ชัยโกศล (2536 : 53) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 66) ที่พบว่า การรับรู้การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ประสาทสุวรรณ (2531 : 73) ที่พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของมารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เหตุที่ทำให้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพียงอย่างเดียวและกลุ่มตัวอย่างบางราย ถึงแม้ว่าจะตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความอายและความเขินแต่เดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว (2528 : 108) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยืนวิไล (2531 : 98) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีระดับ .05 ($r = 0.1782$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ถึงอุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติ จะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 106) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พึงสาย (2539 : 125) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน และสอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 67) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

6. อายุ จากการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2230$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โอเรม (Orem, 1980 : 154) ที่กล่าวว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 249) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 20) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 99) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ. ลพบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พึงสาย (2539 : 125) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 62) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

7. ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.1874$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเรม (Orem, 1985 : 175) ที่กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ สามารถใช้สติ

ปัญญายังมีเหตุผล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ ในภาวะสุขภาพของตน เข้าใจแผนการรักษาต่างๆ ทำให้มีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โรเจอร์ (Roger. 1969 : 157) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใดๆ ก็จะพยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้กับตนเองว่าควรปฏิบัติอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 250) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชวิน (2541 : 99) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อาวรณ์ (2540 : 94) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 : 142) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด และการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 69) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

8. อาชีพ จากการศึกษพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 อธิบายได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกัน จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ เจตคติ ประสบการณ์ต่างๆ กัน และมีเวลาให้ความสนใจสุขภาพแตกต่างกัน แต่ในโลกยุคปัจจุบันเป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งไม่จำเป็นที่คนที่จะออกไปทำงานนอกบ้านเท่านั้น ที่จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยกลุ่มแม่บ้านที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ก็สามารถที่จะรับรู้ข้อมูล ข่าวสารและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันได้ ดังจะเห็นได้จากการมีระบบบริการโทรปรึกษาปัญหาสุขภาพ รายการตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและให้ความรู้เรื่องสุขภาพผ่านทางสื่อมวลชนแขนงต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสารต่างๆ ฯลฯ จึงทำให้การศึกษครั้งนี้พบว่า อาชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง เกิดสุวรรณ (2541: 99) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองไม่ต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สัมพัชญ์ (2539) ศึกษาปัจจัยพื้น

ฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

9. รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2855, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการครองชีพและเป็นปัจจัยที่จะทำให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสได้รับการตอบสนองในความจำเป็นพื้นฐานและการเอาใจใส่ตนเองได้ดีกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อยจะใช้เวลาในการหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว จึงไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคนอื่นๆ

(Becker and others. 1974 : 205 - 215) พบว่า มารดาที่มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพบุตรที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 250) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชวิน (2541: 99) พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

10. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เรือรประมุข (2534 : 53-60) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และ อัสรา อารณ์ (2540 : 89) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิมมานัส (Aymanns. 1995 : 107-124) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การได้รับกำลังใจจาก

ครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้และยอมรับต่อโรค การร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งก็หมายถึงผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม的自我ดูแลดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับ เพ็ญรุ่ง เกิดสุวรรณ (2541 : 118) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการดูแลตนเองดี สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีการดูแลตนเองไม่ดี อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของบุคคล ยังช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก จะรู้สึกว่าตนเองเป็นโรคที่รุนแรง ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี บุตร ญาติพี่น้อง ในด้านต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงินหรือแรงงาน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถ รับรู้ว่าตนเองยังเป็นคนที่ มีประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม มีคนให้ความรัก เอาใจใส่ดูแล ยอมรับ มีความหวัง มีความรู้สึกปลอดภัย ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่ได้รับเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ อีกทั้งยังเป็นแรงจูงใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

11. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัว โดยสามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 13.95

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้นำถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. ควรมีการให้รู้สึกรู้สึกษาแก่ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่น ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การยอมรับตนเอง สุขภาพจิตของผู้ป่วย เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษารูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในลักษณะการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อนำประโยชน์มาใช้ในการวางแผนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษาต่อไป
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษาต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กอบแก้ว กุศลวิธ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
ปอด. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- การแพทย์, กรม. โครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2534 - 2537. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2534.
- จรรยา สุวรรณทัต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา พัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู. หน่วยที่ 8 - 15. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์, 2527.
- จิรา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล, 2534.
- ศรีรัตน์ เวชพาณิชย์. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษา ยาเสพติดขึ้นตอนพินยาแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และอิตถี ขนไมตรี. “หลักการตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก,” เอกสารการประชุมสัมมนาเรื่อง การพัฒนาการเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกในการให้บริการวางแผนครอบครัว 19-20 มิถุนายน. หน้า 57 - 82. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- ธนวรรณ อัมสมบุญ. “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” สุขศึกษา - พลศึกษา - สันทนาการ. 15(4) : 11 - 39 ; ตุลาคม - ธันวาคม, 2532.
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ และอภิชาติ โอพารัตนชัย. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พี.บี.ฟอเรน บุ๊คส์ เซนเตอร์, 2539.

- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิสของคณงานโรงโม่หิน จ. สระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- บุญเยี่ยม กระจุลวงษ์. “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- _____. “แนวคิดรูปแบบการสุศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต,” รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา สมาคมวิชาชีพสุศึกษา ศูนย์ฝึก ATC, 2530.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วยที่ 1 - 7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : พิธีพัฒนา, 2535.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2532.
- ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. “อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์,” รายงานผลการวิจัยคณะเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532 - 2536. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข, 2536.
- พรนิภา ชัยโกศล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2533.
- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศินีนาถ สนธิวงษ์. “สถานการณ์ของโรคมะเร็งในปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคตและแนวทางการควบคุม,” วารสารโรคมะเร็ง. 15(1) : 34 - 39 ; มกราคม - มีนาคม 2532.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขัมภลิจิต และทักษิณี นะแส. วิจัยทางการแพทย์บาล : หลักการและกระบวนการ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ. ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- เพ็ญรุ่ง เกิดสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2524.
- ภัทรา จุลวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา มดีโก. “แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง,” การดูแลตนเอง : ทัศนะทางสังคมและวัฒนธรรม. บรรณาธิการโดย พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ และอรัญญา บุรนนท์. หน้า 1 - 24. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2530.
- ขงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.
- ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ราชวิถี, โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเวชสถิติ, 2539.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2530.

- วิเชียร เกตุสิงห์. “ค่าเฉลี่ยกับการแปรความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8 - 11 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม, 2538.
- ศรินครินทร์วิโรฒ, มหาวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : หจก. โอเคียสแควร์, 2534.
- สิวลัย ธนภัทร. เชลลวิทยา - นรีเวช. กรุงเทพฯ : นิวไวด์, 2534.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. มะเร็งวิทยานรีเวชรามาธิบดี. กรุงเทพฯ : หจก.การพิมพ์, 2531.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1 - 7. หน้า 22. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนานูรนนท์. “สุขศึกษากับสุขภาพ,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1 - 7. หน้า 22. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535.
- สมใจ ยืนวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สมทรง สุกศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม - เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค อุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
- _____. รายงานการสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
- สนิท พึ่งสาย. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- _____. สถิติสาธารณสุข. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2532 - 2536.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุธีรา आयวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ขนิษฐการพิมพ์, 2527.

- สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร : รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุวารีวรรณ กิจสมัคร. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมาเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ. ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- สุรณีย์ ช่างเสวก. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านหลังการรักษาด้วยเลเซอร์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมการแพทย์ทหารบก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- สุรีย์ โอภาศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อรวรรณ ประสาทสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- อารีย์ เชียรประมุข. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534. อัดสำเนา.
- อังคณา นวลขง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- อัญญา เขาว์ประยูร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

- อังฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อัสรา อารณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางจิตสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- Aymanns,P.,S.H Fillipp and T. Klauer. "Family Support and Coping with Cancer : Some Determinants and Adaptive Correlates Special Issue : Social Psychology and Health," British Journal of Social Psychology. 34(1) : 107 - 124 ; March, 1995.
- Becker, M.H. , R.H. Drachman and J.P. Kirdcht. "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Populations," American Journal of Public Health. 64 : 205 - 216 ; March, 1974.
- Becker, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," Health Education Monographs. 2 : 409 - 419 ; Winter, 1974.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman. "Sociobehavioral Determination of Compliance with Health and Medical Care Recommendation," Medical Care. 13 : 3 - 24 ; January, 1975.
- Becker, M.H. and Other. "Selected Psychosocial Models and Correlate of Individual Health Related Behavior," Medical Care. 15 : 125 - 135 ; May, 1977.
- Berkman, L.F. and S.L. Syme. "Social Networks, Host Resistance and Mortality : A nine year follow up Study of Alameda County Residents," American Journal of Epidemiology. 109 : 186 - 204 ; February, 1979.
- Bertera, E.M. Consumption and Generation of Social Support among the Elderly : Its Relationship to Health Maintenance and Health Status. Ph.D. The Grad. Sch. of Social Work and Social Research, 1990.
- Brown, J.P. and M. Mc. Greedy. "The hale elderly : health behavior and it's correlates," Research in Nursing and Health. 9 : 317 - 329 ; December, 1986.
- Cancer Institute Siriraj Hospital. Tumour Registry : Statistical Report 1993. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 1993.

- Cobb, S. "Social Support as a Modulator of Life Stresses," Psychosomatic Medicine. 38 : 300 - 314 ; September - October, 1976.
- Coburn, D. and C.R. Pope. "Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15 (3) : 66 - 77 ; March, 1974.
- Cohen, S. and T.A. Wills. "Stresses Social Support and The Buffering Hypothesis," Psychological Bulletin. 98 : 310 - 353 ; February, 1985.
- Connelly, C.E. "Self care and the Chronically Ill Patient," Nursing Clinics of North America. 15 : 622 - 627 ; March, 1986.
- Cronbach L.J. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Edward, A.L. Statistical Methods of the Behavior Science. New York : Rinehart, 1954.
- Elifson, Kirk W. , R.P. Runyon and A.Haber. Fundamentals of Social Statistics. 2nd New York : Mc Graw Hill Co., 1990.
- Frost, J.K. "Thichomonas vaginalis and Cervical Epithelial Change," Am NY Academy Science. 97 :792 - 795 ; 1962.
- Good, C.V. Dictionary of Education. New York : Mc Graw Hill Book Company, 1959.
- Hallol, Janice C. "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control, and Self Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Women," Nursing Research. 31 : 137 - 142 ; May, 1982.
- Hanucharunkul, S. Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. A Dissertation of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy(Nursing) in the Graduate School of Wayne State University, 1988.
- Harris, D.M. and Guten Sharon. "Health Promotion Behavior : An Exploratory Study," Journal of Health and Social Behavior. 20 : 17 - 29 ; March, 1979.
- Hill, L. and N. Smith. Self - Care Nursing Promotion of Health. New Jersey : Prentice - Hall, 1985.
- Hochbaum, G.M. "Public Participation in Medical Screening Program," PHS Publication. 572 : 1 - 28 ; May, 1958.
- House, Jame S. Work Stress and Social Support. Philippines : Addison - Wesley Publishing Company, Inc., 1981.

- Israel, Barbara H. "Social Network and Social Support : Implications of Natural Helper and Community Level Intervention," Health Education Quarterly. 12 : 66 ; Spring, 1985.
- Jasmin, S. and L.N. Trygtad. Behavior Concept and The Nursing Process. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.
- Joseph, L.S. "Self - Care and the Nursing Process," The Nursing Clinics of North America. 18 : 131 - 143 ; March, 1980.
- Kahn, R. L. "Aging and Social Support," Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives. Boulder, Colo : Westview Press, 1979.
- Kaplan, B.H. , J.C. Cassel and S. Gore. "Social Support and Health," Medical Care. 15 : 50 - 51 ; May, 1977.
- Kasl, S.V. and S. Cobb. "Health Behavior, Illness Behavior and Silk Role Behavior," Archives Environmental Health. 12 : 246 - 261 ; February, 1966.
- Klemp. Adolescents with IDDM and their Families : The Role of Management Responsibility, Diabetes Knowledge and Skills, and Family Support in Compliance and Metabolic Control. Ph.D. University of Miami, 1986.
- Langlie, J.U. "Social Network, Health Belief and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 244 - 260 ; September, 1977.
- Lazarus, R.S. and S. Folkman. Stress Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984.
- Lindsey, A.M. , M.J. Dodd. and S.C. Chen. "Social Support Network of Taiwanese Cancer Patients," Cancer Nursing. 22 : 149 - 164 ; 1985.
- Muhlenkamp, A.F. and J.A. Sayles. "Self - Esteem, Social Support, and Positive Health Practices," Nursing Research. 35 : 334 - 337 ; November - December, 1986.
- Nation Cancer Institute. Annual Report 1994. Planning and Statistics Division, Department of Medical Service, 1994
- Nemeck, M.A. "Health Beliefs and Preventive Behavior : A Review of Research Literature," A AOHN Journal. 38(3) : 127 - 136 ; 1990.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 2nd ed. New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1980.

- Orem, D.E. Nursing Concept of Practice. East New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1985.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Nore Walk : Appleton Century Grofts, 1982.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California : Appleton and Lange, 1987.
- Roger, Earl R . Freedom to learn. Ohio Charles : E. Merrill, 1969.
- Rokeach, M. Belief Attitude and Values. San Francisco : Jossy Bass Inc., 1970.
- Rosenstock. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs. 2 : 329 - 335 ; Winter, 1974.
- Ruth, S. Rehaviltative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care. Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1973.
- Steele, J.L. and W.H. Mc Boom. "Conceptual and Empirical Dimentions of Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 382 - 392 ; 1972.
- Tiffany, Robert. Cancer Nursing Update. London : Bailliere Tindall, 1981.
- Tilden, V.P. "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construc-tion of Nursing Theory," Research in Nursing and Health. 8 : 201 - 202 ; June, 1985.
- Tilden, B.G. and C. Weinert. "Measures of Social Support : Assessment of Validity," Nursing Research. 39 : 212 - 216 ; 1990.
- Thoits, Peggy A. "Conceptual Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23 : 145 - 159 ; 1982.
- Weissfeld, J.P. Kirdcht and B.M. Brock. "Health Belief in a Population : The Michigan Blood Pressure Survey," Health Education Quarterly. 17 : 141 - 155 ; Summer, 1990.
- Willey, G. and R.A. Silliman. "The Impact of disease on the Social Support Experiences of Cancer Patient," Journal of Psychosocial Oncology. 8(1) : 79 - 95 ; 1990.
- Zue, Hausen H. "Human genital cancer : synergism between two virus infections or synergism between a virus infection and initiating events," Lancet. 2 : 1370 - 1372 ; 1982.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

ค่าอำนาจจำแนก ค่าความเชื่อมั่น

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี

ข้อชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. ความมุ่งหมาย แบบสอบถามฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดดำเนินงานสุขภาพ และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ต่อไป
2. ลักษณะของแบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ตอน คือ
ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป
ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพ
ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม
ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
3. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอเฉพาะในภาพรวมจึงไม่มีผลเสียต่อท่าน แต่กลับจะมีประโยชน์ต่อการปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพแก่ท่านต่อไป ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามนี้

(นางสาวเพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล)
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย [/] ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงและเติมรายละเอียดลงในช่องว่าง

1. อายุ ปี (จำนวนปีเต็ม)

2. ระดับการศึกษา
 - [] ประถมศึกษา
 - [] มัธยมศึกษา
 - [] อุดมศึกษา

3. อาชีพ

[] รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	[] ค้าขาย
[] เกษตรกรรม	[] รับจ้าง
[] ประกอบธุรกิจส่วนตัว	[] แม่บ้าน
[] อื่น ๆ (ระบุ)	

4. รายได้ของครอบครัว (รวมรายได้ของผู้ป่วยและสามี)
 - [] ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือน
 - [] ตั้งแต่ 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน
 - [] ตั้งแต่ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน
 - [] สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความและเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน					
1. ผู้ที่เคยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เมื่อได้รับการรักษาแล้วจะไม่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกซ้ำ					
2. การหมั่นรักษาความสะอาดภายในช่องคลอด สามารถป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
3. การมีเพศสัมพันธ์กับสามี ทำให้เกิดการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูก					
4. การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูก					
5. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ถ้ารับประทานอาหารประเภทโปรตีน ไขมันจากเนื้อสัตว์มากๆ มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้					
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค					
6. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรง					
7. การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จะไม่มีโอกาสรอดชีวิต					
8. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้					
9. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน					
10. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สูญเสียเวลาในการทำงาน					
11. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ต้องเสียเงินมาก					
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ					
12. การมารับการตรวจรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยป้องกันการลุกลามของโรคได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จะช่วย ป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
14. การรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ หลังอุจจาระ ปัสสาวะเป็นประจำ จะช่วยป้องกันการลุกลามของโรค มะเร็งปากมดลูกได้					
15. การทำความสะอาดภายในช่องคลอดภายหลังการมีเพศ สัมพันธ์ ช่วยลดการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
16. การแนะนำสามีให้ทำความสะอาดหนังหุ้มปลายอวัยวะ เพศเป็นประจำ ช่วยป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งปาก มดลูกได้					
การรับรู้รูปธรรมของการปฏิบัติตน					
17. การมาตรวจที่โรงพยาบาลทำให้ท่านเสียเวลามาก					
18. ท่านไม่สะดวกในการเดินทางมารับการตรวจตามแพทย์ นัด					
19. การไปตรวจตามแพทย์นัดโดยไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้ เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น					
20. ท่านมีค่าใช้จ่ายเพียงพอ ในการมารับการตรวจรักษา ตามแพทย์นัด					
21. การแนะนำสามีให้ทำความสะอาดหนังหุ้มปลายอวัยวะ เพศเป็นเรื่องที่น่าอาย					
22. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการดูแลตน เองเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความและเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อยที่ สุด
การสนับสนุนทางอารมณ์					
1. ท่านมีคนที่ไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
2. คนในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ					
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย					
4. คนในครอบครัวไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว					
5. หากมีอันตรายหรืออาจเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างท่าน					
การสนับสนุนในด้านการประเมินพฤติกรรม					
6. คนในครอบครัวถามท่านว่า ไปรับการตรวจตามนัดหรือยัง					
7. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน					
8. คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
9. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่					
10. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง					
11. คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเมื่อท่านเริ่มละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง					

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
12. คนในครอบครัวให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแก่ท่าน					
13. คนในครอบครัวให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					
14. คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ท่านหายป่วยมาบอกแก่ท่าน					
15. คนในครอบครัวสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านจากแพทย์หรือพยาบาลและนำมาให้คำแนะนำแก่ท่าน					
16. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คนในครอบครัวสามารถช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แก่ท่านได้					
การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน					
17. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือท่านเสมอ					
18. เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งอื่นๆ คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือท่าน					
19. เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย หรืออาการของโรคกำเริบ ท่านมีคนในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแล					
20. เมื่อท่านไม่สามารถทำงานบ้านได้ มีคนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระนี้ได้					
21. ท่านได้รับความสะดวกในการมารับการตรวจรักษาโรคและได้รับการช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็นจากคนในครอบครัว					
22. คนในครอบครัวพร้อมที่จะไปไหนมาไหนกับท่านเมื่อท่านต้องการ					

ตอนที่ 4 แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความและเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างได้ข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติได้เป็นประจำ	ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง	ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้
ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป			
1. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว			
2. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารได้ครบทุกประเภท ทั้งเนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผักและผลไม้			
3. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
4. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความเหมาะสมของร่างกาย			
5. ท่านมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์ / ปลูกต้นไม้ / อ่านหนังสือ / ดูโทรทัศน์ ฯลฯ			
6. ท่านพยายามพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอในแต่ละวัน (ประมาณ 7 - 9 ชั่วโมง / วัน)			
7. ท่านผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการฟังเพลง / ทำงานอดิเรก / ทำสมาธิและอื่นๆ			
8. ท่านยังไปหาสู่วัสดุสังเคราะห์ สนทนากับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง			
9. ท่านดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้สะอาดอยู่เสมอ			
10. ท่านดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทที่ดี			
การดูแลตนเองตามพัฒนาการ			
11. ท่านทำตัวให้เข้ากับทุก ๆ คนในสังคม			
12. ท่านออกงานสังคมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ โดยไม่ก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น			
13. ท่านสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ			
14. ท่านทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว โดยการเป็นภรรยา, มารดาหรือบุตร ได้อย่างครบถ้วน			
15. ท่านช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ			
16. ท่านพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด			

ข้อความ	ปฏิบัติได้เป็นประจำ	ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง	ไม่เคยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้
17. ท่านปฏิบัติงานอาชีพของท่าน ได้ด้วยตนเอง			
18. ท่านมักจะยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ได้อย่างมีเหตุผล			
การดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ			
19. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาล เมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
20. ท่านซื้อยา เช่น ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ มารับประทานเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์			
21. ท่านสอบถามถึงแหล่งให้บริการทางสุขภาพอื่นๆ ที่สามารถให้การดูแลท่านได้ ในกรณีฉุกเฉิน			
22. ท่านไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ			
23. ท่านมักพูดคุยกับผู้ช่วยคนอื่นๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ขณะรอตรวจรักษาที่โรงพยาบาล			
24. ท่านพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และป้องกันการลุกลามของโรค			
25. ท่านสนใจติดตามข่าวสาร / รายการวิทยุ / โทรทัศน์ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ			

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุน
ทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ใน
โรงพยาบาลราชวิถี
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.2070
2	.3925
3	.2887
4	.3024
5	.2402
6	.3003
7	.4049
8	.3006
9	.4819
10	.3006
11	.5941
12	.3006
13	.2070
14	.4896
15	.3858
16	.4029
17	.2070
18	.3814
19	.2737
20	.4232
21	.2979
22	.2556

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ .7792

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4617
2	.3989
3	.5570
4	.4245
5	.4630
6	.4527
7	.4630
8	.2824
9	.3125
10	.2269
11	.3730
12	.3389
13	.5424
14	.4830
15	.3891
16	.4925
17	.6934
18	.6011
19	.4365
20	.6008
21	.4945
22	.6095

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .8717

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4270
2	.5004
3	.3583
4	.4069
5	.5504
6	.5147
7	.4824
8	.3201
9	.2645
10	.5842
11	.5729
12	.4482
13	.3825
14	.2842
15	.2559
16	.3110
17	.4799
18	.5105
19	.3067
20	.3534
21	.2081
22	.3825
23	.4275

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ .8496

ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร. ธาตา วิมลวัตรเวที | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 2. อาจารย์ รท. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 3. นาง ศรีนวล กาญจนเสถียร | พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. นางวรรณภา พฤกษ์วัน | พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี |
| 5. นายแพทย์ พิสิฐฐ์ ชัยประเสริฐสุด | นายแพทย์ประจำแผนกสูติ - นรีเวชกรรม
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี |

ที่ ทม 1007/6040

ตราครุฑ
(อัคราณา)บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

24 ธันวาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องจาก นางสาวเพ็ญใจ สุวริยะไพศาล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ความเชื่อด้านสุขภาพการ
สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
ในโรงพยาบาลราชวิถี” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ

กรรมการ

มีความประสงค์จะขอให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (ผู้ป่วยนอกห้องตรวจนรีเวช)

จำนวน 120 คน ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2541 เพื่อเป็น

ข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ด้วย และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่นิสิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว เพ็ญใจ สุวริยะไพศาล
วันเดือนปีเกิด	25 ตุลาคม พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	21 ซอย จิบคำริห์แยกสุทธิพงษ์ 4 ถ. สุทธิสารฯ ห้วยขวาง เขต ดินแดง จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10310
สถานที่ทำงาน	คึกสามัญนรีเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร 10400
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2527	ม. 6 (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนกุนนทีรุทธารามวิทยาคม กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2531	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง (เทียบเท่า ปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
พ.ศ. 2536	ปริญญาตรี รัฐศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2542	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ
ของ
เพียงใจ สุวิริยะไพศาล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา
มีนาคม 2542

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และหาตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง
3. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. การวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัว สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี ได้ร้อยละ 13.95

**HEALTH BELIEF, SOCIAL SUPPORT AND HEALTH SELF-CARE
BEHAVIOR OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA PATIENTS
AT RAJAVITHI HOSPITAL**

**AN ABSTRACT
BY
PEANGJAI SUVIRIYAPAISAL**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University**

March 1999

The objective of this study was to study the health belief, social support and health self - care behavior of cervical intraepithelial neoplasia patients among variables : age, education level, occupation, income of family, health belief and social support. The sample consisted of 120 cervical intraepithelial neoplasia patients who received the treatment at gynaecological out patient department, Rajvithi Hospital. The data were collected by the set of questionnaires and analyzed by using Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results were as follows :

1. Most cervical intraepithelial neoplasia patients had health self - care behavior in good level.
2. Most cervical intraepithelial neoplasia patients had the perception about health belief on carcinoma of cervix in moderate level.
3. Most cervical intraepithelial neoplasia patients had social support in high level.
4. The perceived susceptibility and complication, perceived severity, perceived benefits of practice, total health belief on carcinoma of cervix and occupation had no significant relationships with health self - care behavior of cervical intraepithelial neoplasia patients.
5. The perceived barrier of practice, age, education level, income of family, total social support, emotional support, appraisal support, information support and instrumental support had positive relationships to health self - care behavior of cervical intraepithelial neoplasia patients at .05 level significantly.
6. The analysis by stepwise multiple regression revealed that the health self - care behavior of cervical intraepithelial neoplasia patients could be predicted by the social support, income of family and could be related to the changes in the health self - care behavior of cervical intraepithelial neoplasia patients approximately 13.95 percent.