

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา
ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปริญญานิพนธ์
ของ
วารี จิระพันธุ์วานิช

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กันยายน 2543
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๕๓๕.๕๒๖.๖๖๖

๖๖๖.๖๖๖

๖๖๖

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา
ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ
ของ
วารี จิระพันธุ์วานิช

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กันยายน 2543

วาริ จิระพันธุ์วานิช. (2543). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปรินท์มานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารณ, อาจารย์ทรงพล ต่อนี้.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับ การรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาด้วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บุตร อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี และเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 152 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าสถิติที่ สถิติเอฟ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ่ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดามีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระดับ ปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
2. มารดาที่มีระดับการศึกษา มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และมีการ ปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05
3. มารดาที่มีอายุ จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว และระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน
4. มารดาที่มีอาชีพ สถานภาพสมรส ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตร ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

5. มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีค. ารู้และเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

6. ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

MATERNAL HEALTH BEHAVIOR IN TAKING CARE OF LEUKEMIC CHILD
ATTENDING AT QUEEN SIRIKIT NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH

AN ABSTRACT
BY
WAREE JIRAPHUNWANICH

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
September 2000

Waree Jiraphunwanich. (2000). *Maternal health behavior in taking care of leukemic child attending at Queen Sirikit National Institute of Child Health*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc.Prof.Sujin Preechamart, Songpol Tornee.

The purpose of this research is to study about knowledge, attitude and practices of maternal health behavior in taking care of leukemic child attending at Queen Sirikit National Institute of Child Health. The study focuses on variables that have an impact on maternal behavior such as age, education, occupation, family income, number of child, family condition, marital status, illness duration of child and social support in order to see how these variables relate to the maternal behavior. The observations are 152 mothers of leukemic child selected by using purposive sampling. Data were collected by knowledge, attitude and practices questionnaire and analyzed by t-test, F-test, Scheffe¹ test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results show as follows:

1. Mothers had satisfactory knowledge, good attitude and practice of health behavior in taking care of leukemia child.
2. Mothers with different levels of education and family income had significant difference in knowledge , attitude and practice of health behavior at .05
3. Mothers with different age, number of children, family condition and illness duration of child had indifferent knowledge, attitude and practice of health behavior.
4. Mothers with different occupation and marital status had different knowledge of health behavior at .05 and indifferent attitude and practice of health behavior.
5. Mothers with different level of social support had different knowledge and attitude of health behavior at .05 but indifferent practice of health behavior.
6. There was significant relationship between knowledge and attitude, knowledge and practice , attitude and practice of health behavior at .05.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

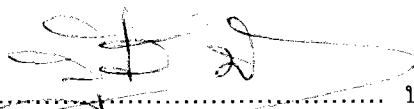
พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา
ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ของ
นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช

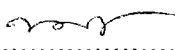
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

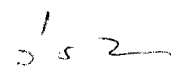
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศวลาภรณ์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2543

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ)

..... กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัธยมามากร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการให้คำแนะนำ ปรีक्षा ตลอดจนให้กำลังใจ จากระองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีษามารถ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ แพทย์หญิงวันดี นิงสานนท์ แพทย์หญิงสมใจ กาญจนพงศ์กุล และอาจารย์วิริยา แดงวิสุทธิ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เจ้าหน้าที่งานโลหิตวิทยาที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณ มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอเทอดพระคุณบิดามารดา ซึ่งเปรียบเสมือนครูคนแรกของผู้วิจัย เป็นผู้คอยให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่างกับผู้วิจัย ให้ประสบผลสำเร็จได้ในครั้งนี้ ตลอดจนครูอาจารย์ทุกท่านที่เคยประสาทวิชาความรู้ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จทั้งในหน้าที่การงานและการศึกษาด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณ คุณกชนุช จิระพันธุ์วานิช ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการพิมพ์งานวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณ คุณอุมาพร สุภาวงศ์ คุณกวียา สุภาวงศ์ และที่สำคัญที่สุดคือ ความช่วยเหลือจากเพื่อนญาติปริญญโท สาขาวิชา สุขศึกษา รุ่นที่ 16 ทุกท่านที่เป็นกำลังใจจนปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จ

วารี จิระพันธุ์วานิช

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
	ความสำคัญของการวิจัย	6
	ข้อตกลงเบื้องต้น	6
	ขอบเขตของการวิจัย.....	6
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	7
	ตัวแปรที่จะศึกษา	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
	สมมติฐานในการวิจัย	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	14
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	66
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	66
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	69
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	74
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	74
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
	ลักษณะของเครื่องมือ	75
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	75
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	77
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	78
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80
	การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3(ต่อ)	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	88
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	88
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
	ผลการศึกษาค้นคว้า.....	89
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	121
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	121
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	121
	วิธีดำเนินการวิจัย.....	122
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	123
	สรุปผลการวิจัย.....	124
	อภิปรายผล.....	126
	ข้อเสนอแนะ.....	135
	บรรณานุกรม.....	136
	ภาคผนวก.....	145
	ภาคผนวก ก. หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	146
	ภาคผนวก ข. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย.....	153
	ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	165

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญระหว่าง ปี พ.ศ.2536-2540 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน.....	3
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	90
3	จำนวนและร้อยละของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำแนกตามระดับพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.....	93
4	คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตร ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.....	95
5	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตร ได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตาม อายุ.....	96
6	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอายุ.....	97
7	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนก ตามระดับการศึกษา.....	98
8	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	99
9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	100

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	101
11	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชนี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	102
12	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการ รักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี จำแนกตามอาชีพ.....	103
13	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี จำแนกตามอาชีพ.....	104
14	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่ง ชาติมหาราชนี จำแนกตามอาชีพ.....	105
15	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	106
16	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการ รักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี จำแนกตามรายได้ ของครอบครัว.....	107
17	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่ง ชาติมหาราชนี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	108

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	109
19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	110
20 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามจำนวนบุตร.....	111
21 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามจำนวนบุตร.....	112
22 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	113
23 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	114
24 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	115
25 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่ง ชาติมหาราชินี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	116

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
26	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร.....	117
27	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร.....	118
28	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	119
29	ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแล บุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติมหาราชินี.....	120
30	ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา.....	162
31	ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา.....	163
32	เฉลยคำตอบที่ถูกต้อง และทิศทางของคำตอบแต่ละข้อของคำถามของ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา.....	164

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
2 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ.....	25

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าสู่ความเจริญในด้านต่าง ๆ นั้นมนุษย์นับเป็นทรัพยากรหรือปัจจัยที่มีค่าและสำคัญที่สุด จึงมีความจำเป็นในอันดับแรกที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะต้องให้การดูแลส่งเสริมด้านสุขภาพตั้งแต่วัยทารก เนื่องจากวัยทารกเป็นช่วงชีวิตที่มีความสำคัญเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทุกด้านและเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาไปสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต ถ้าวัยนี้มีสุขภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์ มีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นก็จะทำให้ไม่สามารถที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ได้

สุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ทางองค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน คือการให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันโดยมีเกิดและตายอย่างมีศักดิ์ศรี จึงกำหนดเป้าหมายสำคัญไว้ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health for all by the year 2000)” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพต่อชีวิตมนุษย์ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก จึงได้พยายามทุกวิถีทางที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะตระหนักดีแล้วว่าประชาชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ความเจ็บป่วยกลับเป็นปัจจัยที่ขัดขวางความสุขในการดำเนินชีวิตของบุคคล ทำให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการดำรงชีวิต และบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น

ความเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดการระมัดระวัง ขาดการป้องกันตัวและไม่รู้จักรักษาตนเอง การเกิดความเจ็บป่วยบางประเภทมีอาการเตือนให้รู้ได้ แต่การเจ็บป่วยบางประเภทไม่มีอาการเตือนให้รู้ จะแสดงอาการต่อเมื่อโรคกำเริบมากแล้ว อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมนำมาซึ่งปัญหาต่าง ๆ มากมาย เช่น การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของบุคคล การเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นต้นเหตุขัดขวางการดำรงชีวิตเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ หากครอบครัวใดมีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ก็จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ครอบครัวนั้น เช่น ในกรณีหัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วย ผู้เป็นภรรยาหรือสามีย่อมต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไป โดยอาจต้องรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ที่หัวหน้าครอบครัวรับผิดชอบอยู่ หากผู้ป่วยของครอบครัวเป็นบุตร ผู้เป็นบิดามารดาย่อมเกิดความวิตกกังวลต้องคอยให้การเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด อาจมีผลให้งานประจำที่ทำอยู่ต้องหยุดชะงักไป หรือ

กล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการเจ็บป่วยจะมีผลให้ความต้องการของมนุษย์ไม่ได้รับการตอบสนอง และหากประเทศใดมีประชากรเจ็บป่วยจำนวนมากก็ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย

ความเจ็บป่วยมิได้เลือกเกิดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ เช่นเดียวกับโรคมะเร็ง ซึ่งมีได้เลือกเกิดกับใครโดยเฉพาะเช่นกัน โรคมะเร็งเป็นโรคที่ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักกันเป็นอย่างดีว่าเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง เป็นแล้วมักเสียชีวิตเกือบทุกราย ดังนั้นเมื่อเอ่ยถึงโรคมะเร็งไม่ว่าจะเกิดกับวัยใด หรือวัยอะไรก็ตาม ผู้ที่ได้ยินชื่อโรคนี้ส่วนใหญ่จะรู้สึกไม่สบายใจ เป็นห่วง วิดกกังวล สูญเสียความหวังความต้องการ มักคำนึงถึงความร้ายแรงของโรค และรู้จักมะเร็งในลักษณะโรคที่เป็นสัญลักษณ์แห่งความตายและความสูญเสีย สิ้นความหวังที่จะรักษาหรือนำผู้ป่วยไปรักษาในทางที่ผิด เช่น รักษาทางไสยศาสตร์ ประกอบกับอาจมีความอายหรืออาจมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ผู้ป่วยส่วนมากมักมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคกำเริบมากแล้ว ทำให้การรักษาต่อไปของแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ผลเท่าที่ควร อันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุด โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามถึงชีวิตโรคหนึ่งที่มีอุบัติการณ์สูงในหลายประเทศทั้งที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลายาวนานและมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจสูง

โรคมะเร็งในเด็กพบว่ามีอุบัติการณ์สูงมาก ในสหรัฐอเมริกาพบโรคมะเร็งในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวนถึง 6,000 คนต่อปี ซึ่งพบเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ของโรคมะเร็งในเด็ก (ร้อยละ 40) พบในวัยแรกเกิดถึง 4 ปี (ทัศนีย์ อรรถารส. 2538 : 1)

ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงจำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญของประชากรทั้งประเทศ 10 อันดับแรกก่อนปี พ.ศ. 2510 พบว่าโรคมะเร็งไม่จัดอยู่ 1 ใน 10 แต่หลังจากนั้นอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2511 พบว่าโรคมะเร็งจัดอยู่ในสาเหตุการตายอันดับ 7 คือมีอัตราการตาย 11.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในปี พ.ศ. 2540 พบอัตราการตายของโรคมะเร็งเป็น 43.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน จัดเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. 2536 – 2540
ต่อประชากรหนึ่งแสนคน

สาเหตุการตาย	อัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนคน				
	2536	2537	2538	2539	2540
โรคหัวใจ	58.5	62.5	69.2	77.4	72.1
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	52.7	61.5	61.5	62.0	49.7
มะเร็งทุกชนิด	45.0	48.9	50.9	50.5	43.8
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	16.4	15.7	16.1	15.6	13.5
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และ อื่น ๆ	14.7	11.1	13.3	13.8	12.6
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	13.0	13.0	12.9	12.4	10.6
ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด	13.8	11.2	11.8	12.6	10.4
ไตอักเสบ กลุ่มของไตพิการ	9.9	9.9	11.0	8.1	8.5
วัณโรคทุกชนิด	6.1	5.9	7.0	7.7	6.2
อัมพาตทุกชนิด	5.4	5.6	5.8	---	---

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สถิติสาธารณสุข. หน้า78. กรุงเทพฯ : องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

การจำแนกโรคตามสาเหตุการตายของเด็กไทยพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตาย
อันดับ 5 ในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี รองจากโรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ และโรกระบบทาง
เดินหายใจ (เกศินี บุญวัฒนางกุล. 2541 : 1 ; อ้างอิงจาก Perapakkham & Prasartkul.
1986. *Hansiwka*. p. 207-237)

โรคมะเร็งชนิดที่พบมากที่สุดในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี คือโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบ
ประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งในเด็กทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย (ปัญจะ กุลพงษ์. 2540 : 1)

สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2534 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยราย
ใหม่ จำนวน 40 คน ในจำนวนนี้เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 11 คน และจากสถิติ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก
โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 56, 66 และ 62 ราย ในปี พ.ศ. 2539, 2540 และ 2541 ตาม

ลำดับ (งานสถิติสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2541 : 93 – 94) อาจกล่าวได้ว่าโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญใน เด็ก

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ ของวงการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวสามารถหายขาดจากโรคได้ หรืออยู่ในระยะโรคสงบติดต่อกันนาน 5 ปี หลังจาก เริ่มรักษาถึงร้อยละ 65-70 (พัชรินทร์ วิเศษพาณิชย์. 2541 : 1 ; อ้างอิงจาก Miller. 1990 : 650) และความสำเร็จส่วนหนึ่งที่จะทำให้การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพิ่มขึ้นมาจากความรับผิดชอบของครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพของ บุคลากรในทีมสุขภาพ (พัชรินทร์ วิเศษพาณิชย์. 2541 : 1 ;อ้างอิงจาก Conatser. 1986 : 511) บิดามารดาส่วนใหญ่มักจะตกอยู่ในภาวะวิกฤตเมื่อทราบว่าบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว มารดามักจะมีความวิตกกังวลสูงและต้องเผชิญกับความเครียด มารดาจึงมีความ จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กล่าวคือ มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เกี่ยวกับโรคและการดูแลบุตร เข้าใจภาวะของโรค การดำเนินของโรค การรักษา ผลข้างเคียง จากการรักษา และวิธีที่จะดูแลช่วยเหลือบุตร เพื่อให้บุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยปกติสุขมากที่สุด และให้มารดาเองมีสุขภาพจิตและสุขภาพทางกายที่ดี ลดความวิตกกังวลและความเครียด

ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน 3-5 ปี ซึ่งการได้รับยาเคมีบำบัดนั้น มี ผลข้างเคียงมาก เช่น มีไข้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น เด็กอาจได้ รับความทุกข์ทรมานจากภาวะของโรคเอง หรือผลแทรกซ้อนจากพิษของยาเคมีบำบัด และ ผลจากการฉายรังสีรักษา มารดาจึงต้องมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อดูแลบุตร เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีรักษา ได้แก่ การดูแลบุตร เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย การ พักผ่อน การดูแลบุตรในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การมาตรวจตามแพทย์ นัด การรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา รวมถึงการปฏิบัติในการดูแลบุตรเมื่อเกิด ภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก เป็นต้น

มารดาบางรายอาจให้บุตรออกจากโรงเรียน เนื่องจากกลัวบุตรติดเชื้อโรคจากเด็กคนอื่น ในบางครั้งก็จำกัดกิจกรรมของบุตร ปกป้องบุตรมากเกินไปทำให้เด็กพึ่งพาผู้อื่น ไม่เชื่อมั่น ในตนเอง มารดาบางรายตามใจบุตรทำให้เด็กเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น ก้าวร้าว ไม่ให้ความ ร่วมมือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลเสียกับเด็กทั้งด้านพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม โดยเฉพาะเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีรักษา ความจำเป็นในการดูแลผู้ ป่วยเด็กจึงเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของอาการข้างเคียง

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ที่จะช่วยให้มารดาสามารถเผชิญกับความเครียดและมีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้ความเข้าใจและได้รับข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้เข้าใจการเจ็บป่วยของบุตรเพิ่มขึ้น ความต้องการการดูแลของบุตร รวมถึงการช่วยเหลือแก้ไขการรับรู้อย่างผิดๆ และช่วยให้มารดาตระหนักในพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ใช้กับตนเองและบุตร ช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะมีส่วนช่วยทั้งมารดาและบุตรที่ป่วย ช่วยให้การทำงานของแพทย์และพยาบาลเป็นไปอย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มารดามีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี ช่วยให้การดูแลบุตรเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตรงกันข้ามถ้ามารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อบุตรป่วยและการดูแลตนเองแล้ว ยังอาจซ้ำเติมทำให้บุตรที่ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล

การศึกษาเพื่อทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จะช่วยให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลบุตรป่วย ว่ามีลักษณะพฤติกรรมสุขภาพเช่นไร เพื่อสามารถปรับปรุงการดำเนินการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในทางที่จะช่วยเหลือและส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งจะส่งผลดีทั้งต่อบุตรที่ป่วย มารดาที่ดูแลบุตรป่วย และแพทย์ที่รักษา รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลด้วย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลของการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน ในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุง และส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในการจัดทำโปรแกรมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้อย่างเหมาะสม
4. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่มีบุตรอายุตั้งแต่ แรกเกิด – 18 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และบุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ไม่ได้มารับการรักษาเป็นครั้งแรก เป็นมารดาผู้ให้กำเนิดและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวกับบุตร โดยมีระยะเวลาในการดูแลรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร โดยมีขอบเขตในการศึกษาค้นคว้าดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประมาณเดือนละ 80 ราย ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 ซึ่งคาดว่าจะมีผู้มารับบริการทั้งสิ้นจำนวน 250 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 : 607 – 610) จำนวน 152 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
 - 1.2 เจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
 - 1.3 การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดา หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของมารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้แต่จะสามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา หมายถึง ความสามารถของมารดาในการจำได้ นึกได้ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงและรายละเอียดต่างๆที่ได้รับ ซึ่งเกิดจากการมองเห็น การได้ยิน การสังเกต ประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา หมายถึง ความรู้สึกของมารดาที่มีต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งบอกถึงสภาพทางจิตใจของมารดาว่ายอมรับบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างจริงใจ ไม่มีความรังเกียจ หรือปฏิเสธบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การพาบุตรมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด การส่งเสริมสุขภาพบุตร ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง ผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

3. มารดา หมายถึง มารดาที่ทำหน้าที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งนำบุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4. อายุ หมายถึง อายุของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แบ่งออกเป็น(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 1)

4.1 น้อยกว่า 20 ปี

4.2 21 – 30 ปี

4.3 31 – 40 ปี

4.4 มากกว่า 40 ปีขึ้นไป

5. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

5.1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

5.2 ระดับประถมศึกษา

5.3 ระดับมัธยมศึกษา

5.4 ระดับอุดมศึกษา

6. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่นารายได้มาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว แบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 5-6)

6.1 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่รับราชการในสังกัดรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

6.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้า

6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือ เลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึง รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมี รายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่งๆ

6.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจทุกชนิดที่เป็นของตัวเอง

6.6 แม่บ้าน

7. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยสามีและ/หรือ ภรรยา และ/หรือบุตรรวมกัน แบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 328)

7.1 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

7.2 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน

7.3 8,001 - 20,000 บาทต่อเดือน

7.4 มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน

8. จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น (กองสถิติ สาธารณสุข. 2535 : 5)

8.1 1 คน

8.2 2 คน

8.3 มากกว่า 2 คนขึ้นไป

9. ลักษณะครอบครัว หมายถึง สภาพการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสายโลหิต แบ่งออกเป็น

9.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกประกอบด้วยบุตรป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่อาศัยอยู่ร่วมกับมารดา และ/หรือบิดา

9.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกประกอบด้วย บุตรป่วย โรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่อาศัยอยู่ร่วมกับมารดา และ/หรือบิดา และมีญาติพี่น้องอาศัยรวมอยู่ใน ครอบครัวเดียวกัน

10. สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งออกเป็น

10.1 อยู่ด้วยกัน

10.2 แยกกันอยู่

10.3 หย่าร้างหรือหม้าย

11. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร หมายถึง เวลาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นจนถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

11.1 น้อยกว่า 1 ปี

11.2 1 – 3 ปี

11.3 มากกว่า 3 ปีขึ้นไป

12. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน และด้านวัตถุสิ่งของต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

12.1 มาก

12.2 ปานกลาง

12.3 น้อย

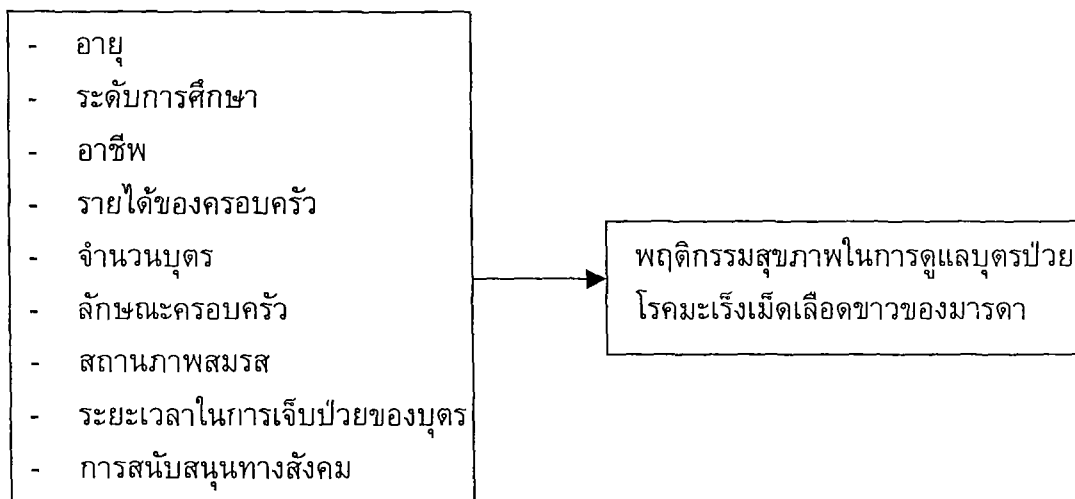
13. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็น โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 18 ปี ที่เป็นโรคทางกายและจิตเวช และอยู่ภายใต้การดำเนินการของรัฐบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพและปรับปรุงกิจวัตรประจำวันของมารดาให้สอดคล้องกับสภาพของโรคและการรักษาบุตรที่ได้รับ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นการส่งเสริมการปรับตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านจิตสังคมต่อความเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากโรค รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเด็กด้วย ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและพยากรณ์ปัญหาในอนาคต ควรสนับสนุนให้มีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งยังจะเป็นการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
2. มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
3. มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
4. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
5. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
6. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

22. มารดาที่มีบุตรซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
23. มารดาที่มีบุตรซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
24. มารดาที่มีบุตรซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
25. มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
26. มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
27. มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน
28. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
29. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
30. เจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.5 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.6 การสนับสนุนทางสังคม
 - 1.7 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
 - 1.8 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก
 - 1.9 การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้

เพลโต (Plato) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดขึ้นมาจากภายในตัวมนุษย์เอง กล่าวคือจิตใจนี้เองที่เป็นต้นกำเนิดให้คนเราแสดงพฤติกรรม

อริสโตเติล (Aristotle) เชื่อว่าประสบการณ์ของมนุษย์เท่านั้นที่จะทำให้มนุษย์เกิดการเรียนรู้เพื่อจะกระทำพฤติกรรม (สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2529 : 9 – 11)

จะเห็นได้ว่าความหมายของพฤติกรรมไม่ได้แสดงถึงเฉพาะแต่การแสดงออกในท่าทีของมนุษย์เท่านั้น แต่พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาทั้งที่อยู่ภายในและแสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจจะมีทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น

ปฏิกิริยาของอวัยวะภายในของร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ มักจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาที่คนเราแสดงออกมาตลอดเวลาของการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้คนอื่นได้เห็นทั้งทางวาจาและการกระทำ

บลูม (Bloom. 1975 : 65–197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะ และความสามารถของสติปัญญาระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไรและสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจ กฎเกณฑ์ และวิธีดำเนินการต่างๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์ เป็นขบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจ ไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก และขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมด้านจิตพิสัยมีดังนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or attending) ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบสาเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้า หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของ “สภาพจิตใจ” ขั้นแรก ที่จะนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป แต่เนื่องจากคนเรามีประสบการณ์เดิม หรืออาจจะได้จากการเรียนรู้ชนิดเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ จากประสบการณ์เดิมนี้องบุคคลนั้นอาจจะมีสภาพจิตใจในขั้นของการรับรู้หรือการให้ความสนใจอยู่พร้อมแล้ว โดยที่ไม่ต้องถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง จากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่ง บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้นเกิดความนิยม เต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้นยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคลนั้นมีเจตคติหรือค่านิยม ต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้นๆ อย่างไร

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากให้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้น จากดีที่สุpestไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนแนวทางของการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ คือ ทางด้านความรู้ เจตคติ และเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย ทางด้านสุขภาพ ถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งมีลำดับขั้นของการเกิด 5 ขั้น จากจุดเริ่มต้นไปจนถึงขั้นเป็นทักษะอย่างแท้

จริง คือ การเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และการกระทำ
เองโดยธรรมชาติ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 580)
หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบ
สนองสิ่งเร้า

ชัยยง พรหมวงศ์ (2524 : 22) อธิบายพฤติกรรมว่า เป็นการกระทำหรือกิจกรรม
ทางกาย ทางวาจา และทางใจ ที่มนุษย์แสดงออกมาที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ การกระทำ
หรือกิจกรรมของคนมีรูปแบบต่าง ๆ กัน บางอย่างเราสามารถเห็นได้ด้วยตาหรือได้ยินด้วยหู
บางอย่างมีความรู้สึกภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ หรือ
ตัวชี้บางอย่าง กิจกรรมหลายอย่างคนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว

สมจิตร์ สุพรรณทัศน์ (2524 : 3) ให้ความเห็นว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรม
ต่าง ๆ ของอินทรีย์ที่แสดงออกมาโดยสามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น เช่น การพูด การนั่ง
การหัวเราะ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สังเกตได้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 แต่กิจกรรมบาง
อย่างต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น เวลาคนตกใจ อาจไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า ต้องอาศัย
เครื่องมือเข้าช่วยวัดจังหวะการเต้นของหัวใจ หรือแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น แม้กระทั่งการเปลี่ยน
แปลงของฮอโมน หรือการหลั่งของน้ำย่อยต่าง ๆ ก็เป็นพฤติกรรม นอกจากนี้กิจกรรมที่เกิด
ขึ้นภายใน เช่น การคิด จินตนาการ ความเชื่อ ฯลฯ ก็เป็นพฤติกรรม

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2532 : 38) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง
การแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือ บุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี
ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีหรือ
ผลเสียต่อสุขภาพ ลักษณะที่สองเป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดี หรือผล
เสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้ แสดงให้ปรากฏในสภาพต่าง ๆ
2 สภาพด้วยกัน

ประการแรก เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้ ความเข้าใจใน
เรื่องใดที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้สึกนึกคิด
ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งที่กระทำที่มีต่อ
เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

โยธิน ศันสนยุทธ์ (2533 : 3) ให้นิยามไว้กว้างๆว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำทั้งหมด
ที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ และยังรวมถึงกระบวนการของจิต เช่น
การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 92) ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรมคือ อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือ มิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

พฤติกรรม ปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา ปาก จมูก หู และ ผิวกาย พฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้ง่ายจาก รูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งเป็นประเภท ที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากอริยาบทต่าง ๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การเกิด พุด ต่ำ กอด จูบ ฯลฯ พฤติกรรมบางอย่างบุคคลพยายามปกปิดซ่อนเร้น จึงเกิดเป็นพฤติกรรม ที่ไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการ ต้องอาศัยเครื่องมือวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น

ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ (2523 : 4) กล่าวว่า สุขภาพ คือ สภาวะที่บุคคลแต่ละคน สามารถระดมทรัพยากรที่ตนมีอยู่ทั้งทางด้านสติปัญญา อารมณ์และร่างกาย เพื่อนำมาดำรง ชีวิตอยู่ให้ได้ดีที่สุด

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2531 : 825) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 1) กล่าวว่า สุขภาพ ถ้าแบ่งตามสภาพบุคคลได้เป็น 2 แบบ คือ สุขภาพทางกาย (Physical health) และสุขภาพทางจิต (Mental health) ถ้าแบ่ง ตามประโยชน์ที่บุคคลพึงได้รับแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ สุขภาพส่วนบุคคลหรือสุขภาพ ของบุคคล (Personal health) และสุขภาพของชุมชนหรือสาธารณสุข (Community health or public health) ซึ่งได้แก่ ภาวะแห่งการรวมเอาสุขภาพของบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเข้าไว้ ด้วยกัน

ปัจจุบันได้มีแนวคิดหลัก (Concepts) เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มเติม กล่าวคือ สุขภาพ หมายถึง ขบวนการพลวัต (Dynamic process) ที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาโต้ตอบทั้งหมดของบุคคล ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้น “สุขภาพ” จึงประกอบด้วยคุณลักษณะต่อไปนี้

1. สุขภาพหมายถึงส่วนรวมทั้งหมดของบุคคล
2. สุขภาพขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ
3. สุขภาพหมายถึงสภาพความเป็นอยู่ พฤติกรรมหรือคุณภาพของชีวิต
4. สุขภาพมีความหมายแตกต่างกันออกไปสำหรับบุคคลแต่ละบุคคล
5. สุขภาพเป็นขบวนการพลวัต (Dynamic process) มีการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่สภาพ ที่คงที่หรือตายตัว (Static)
6. สุขภาพไม่ใช่จุดหมายปลายทางในตัวเอง แต่เกี่ยวพันในการที่จะให้ได้ซึ่งจุดหมาย ปลายทางเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง
7. สุขภาพไม่ใช่จะแสดงโดยสิ่งที่เรารู้ แต่จะแสดงโดยสิ่งที่เราทำ

8. สุขภาพเป็นสิ่งที่ทำให้สมบูรณ์ครบถ้วนได้ยากมาก มีหนทางอยู่เสมอที่จะปรับปรุงสุขภาพของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบของสุขภาพ จากนิยามดังกล่าวข้างต้น สุขภาพส่วนบุคคลแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

1. สุขภาพทางกาย
2. สุขภาพทางจิต
3. สุขภาพทางสังคม
1. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพทางกายดี

ผู้ที่มีสุขภาพทางกายดี หมายถึง สภาพที่ดีทางร่างกาย กล่าวคือ ผู้ที่ร่างกายเจริญเติบโต มีการพัฒนาอย่างเหมาะสม และมีอวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานได้ตามปกติ มีความสัมพันธ์กันทุกส่วน ร่างกายปราศจากการเป็นโรคและข้อบกพร่อง พิกลพิการทางกาย นอกจากนี้ควรประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

- 1.1 มีร่างกายสมบูรณ์และแข็งแรงตามเพศและวัย
- 1.2 อวัยวะทุกส่วนทำงานเป็นปกติและมีประสิทธิภาพ
- 1.3 ความเจริญงอกงามของร่างกายเป็นไปด้วยอัตราปกติและความสัมพันธ์กับความเจริญงอกงามทางด้านอื่น ๆ ด้วย
- 1.4 มีทรวดทรงดี งามสง่าในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ
- 1.5 สามารถพักผ่อนและนอนหลับได้ดี
- 1.6 มีความต้านทานโรคติดต่อสามัญต่าง ๆ ได้ดี
- 1.7 มีรูปร่างลักษณะภายนอกที่แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี เช่น ผิวหนังสะอาด ผ่องใส สดชื่นเปล่งปลั่ง ใบหน้าอัมเอิบ
- 1.8 เป็นผู้ปราศจากข้อบกพร่องสามัญทั่วไปทางตา หู จมูก ฟัน และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

1.9 มีสมรรถภาพทางกาย (Physical fitness) ร่างกายมีความแข็งแรง สามารถทำงานได้นาน ๆ ไม่เหนื่อยเร็ว และไม่เสื่อมประสิทธิภาพ

1.10 มีความอยากรับประทานอาหารดี มีสภาพโภชนาการดี แต่ไม่อ้วน

2. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึง ผู้ที่มีความเจริญเติบโตทางจิตเป็นปกติ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ สามารถแก้ไขจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอได้ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความพึงพอใจ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรมีลักษณะดังนี้

- 2.1 เป็นผู้มีจิตใจเจริญเติบโตและพัฒนาการได้สูงสุด
- 2.2 มีความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี

- 2.3 มีความกระตือรือร้น ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจ หรือหมดหวังในชีวิต
- 2.4 มีความรู้สึกและมองโลกในแง่ดีเสมอ
- 2.5 ไม่มีอารมณ์เครียดจนเกินไป และมีอารมณ์ขันบ้างตามสมควร
- 2.6 มีความตั้งใจในการประกอบกิจกรรมงานต่าง ๆ ประจำวันทั้งในบ้าน ในโรงเรียน และในชุมชน
- 2.7 รู้จักตนเองและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี
- 2.8 มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล
- 2.9 สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อประสบความล้มเหลว
- 2.10 มีความสามารถตัดสินใจได้รวดเร็ว และถูกต้องไม่ผิดพลาด
- 2.11 ความปรารถนาและยินดีเมื่อบุคคลอื่นมีความสุข ความสำเร็จ และมีความปรารถนาให้การป้องกันแก่ผู้อื่นให้มีความปลอดภัยจากอันตราย

3. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพสังคมดี

ผู้ที่มีสุขภาพสังคมดี หมายถึง ผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้อย่างน่าพึงพอใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่น โดยปราศจากข้อขัดแย้ง ลักษณะของผู้มีสุขภาพทางสังคมดีควรมีลักษณะดังนี้

- 3.1 สามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี
- 3.2 มีความรักหมู่คณะ
- 3.3 มีความรู้สึกว่าเป็นที่รักใคร่นับถือของผู้อื่น
- 3.4 มีระเบียบ วินัย ยอมรับ และปฏิบัติตาม กฎ กติกา ขนบธรรมเนียม ประเพณีอันดีงามของสังคม
- 3.5 มีวัฒนธรรมประจำชาติ
- 3.6 นับถือศาสนา

สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

กูด (Good. 1959 : 55 –65) ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Convert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมขึ้น การปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 179) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้าน ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และศึกษาโดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้และวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

นิภา มนูญิจู (2528 : 20) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

ธนวรรณ อิมสมบุรณ์ (2532 : 11) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี และพฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายรวมไปถึงการกระทำ หรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็น ผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ในรูปความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติ ทั้งหลายที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 2) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 28) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตามที่มุ่งเน้นเฉพาะ ในเรื่องสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพ จึงหมายรวมถึง กิจกรรมการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้ง ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งการแสดงออกดังกล่าวโดยทั่วไปแล้วมี 2 ลักษณะ ด้วยกันคือ พฤติกรรมการแสดงออกซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ ส่วนพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ จัดว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึง ประสงค์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นผลมาจากการเรียนรู้ตามพัฒนาการของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 155 – 170) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติ ทุกอย่างที่สามารถทำได้ ที่จะช่วยไม่ให้โรคร้ายไข้เจ็บเกิดขึ้นกับบุคคล ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติที่จะ ส่งเสริมสุขภาพด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดบ้านเรือนให้สะอาดเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุต่าง ๆ ยังรวมไปถึงการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกัน โรค การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น การแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุน การที่ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค เพราะเขามีความเชื่อเป็นสำคัญ ซึ่งอาจกล่าวโดย สรุปว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

- 1.1. การรับรู้ว่าคุณโรคคุกคาม การที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองกำลังถูกคุกคาม นั้นก็เนื่องจากสิ่งกระตุ้นสองประการคือ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคสูง

ถ้าไม่ดำเนินการก็จะเกิดผลเสียต่อตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ดังเช่นเมื่อมีการระบาดของหัดเยอรมันสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคและเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ในระยะแรก เมื่อบุคคลได้รับรู้เช่นนี้ก็จะหาวิธีหลีกเลี่ยงไม่ให้สัมผัสกับผู้ป่วยเหล่านี้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อหาวิธีป้องกันให้เหมาะสมต่อไป

1.2. การรับรู้ผลดีผลเสียต่อการป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้รับผลดีมากกว่าผลเสียมีผลเนื่องจากบุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมจะมีบ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับนั้นได้ผลคุ้มค่า โดยเฉพาะในระยะยาว

นอกจากเหตุผลสองประการดังกล่าวแล้วยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีก ที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น การชักชวนให้ประชาชนป้องกันโรคคงต้องนำองค์ประกอบอื่นๆ มาพิจารณาด้วย ได้แก่ องค์ประกอบด้านการศึกษา อายุ เพศ จิตวิทยา สังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคตลอดจนองค์ประกอบด้านการสื่อสาร ได้แก่ สื่อมวลชน

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

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

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

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การจูงใจ ทักษะ ทักษะการตัดสินใจ อารมณ์และความสามารถ ซึ่งองค์ประกอบนี้จะอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะและความหมาย บางคนอาจจะมีลักษณะและจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะและจำนวนที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ซึ่งการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคม วัฒนธรรมของแต่ละชุมชนนั้นๆ

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบทางการศึกษา

ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาดี จะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาดำ

5. องค์ประกอบทางการเมือง

องค์ประกอบทางการเมืองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายการปกครองของประเทศ จะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมการสุศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่มีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน เพราะว่าพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ซึ่งสะสมกันมาตั้งแต่เด็ก อีกประการหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลถูกควบคุมและหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อาทิเช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางการศึกษา และองค์ประกอบทางการเมือง

ซึ่งองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อบุคคล ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ความต้องการ ความสนใจ การสนใจ การเรียนรู้ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะแตกต่างกันในลักษณะและขอบเขต บางคนอาจจะจะมีลักษณะและขอบเขตที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่บางคนอาจจะจะมีลักษณะในทางตรงกันข้าม จึงทำให้บุคคลมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไป

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 202 – 204) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยอ้างอิงมาจากเคลแมน (Kelman N.D.) ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะคือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) เพราะบุคคลถูกสังคมหรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกการลงโทษ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รับรางวัลจากสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Identification) บุคคลเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งดี ตนเองต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น เช่น บิดา มารดา ครู อาจารย์ ดาราภาพยนตร์ นักการเมือง พระภิกษุสงฆ์ ฯลฯ

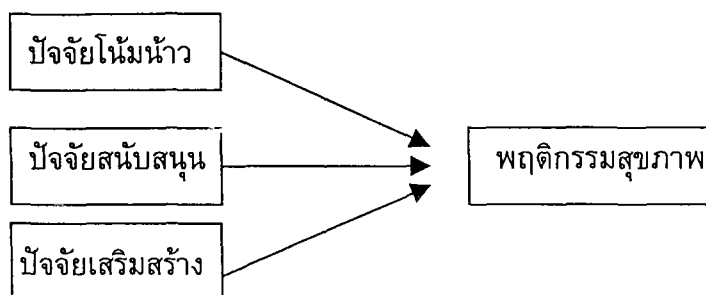
3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี (Internalization) บุคคลยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งถูกต้องเหมาะสมกับตนเองตรงกับแนวความคิด ค่านิยมของตนที่ยึดถืออยู่หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2528 : 24-26) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักแตกต่างกันออกไป เพราะพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายประการ ดังนั้นการปลูกฝังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นได้หรือไม่และเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factors) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติเกี่ยวกับเนื้อหาของสุขภาพ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกของการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะได้รับจากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวหรือจากการสังเกต และสิ่งแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) ซึ่งได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละคนมีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factors) ซึ่งได้แก่ ตัวบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้นเตือน หรือปฏิเสธอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วสรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : ธนวรรณ อิมสมบุรณ์. (2528 , เมษายน-พฤษภาคม). "การประเมินผลงานสุขศึกษา
ในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) :
24-26.

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 3 เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม
ของคนได้ เช่น เมื่อเด็กเจ็บป่วย บิดา มารดาพาไปโรงพยาบาล เด็กก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าเกิด
อาการเจ็บป่วย ต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่คอยให้
ความรู้ และแนะนำการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้าง เด็กจะเติบโตขึ้นโดยจะมี
พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการใช้ยา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

นักจิตวิทยาและนักพฤติกรรมส่วนมากมีความเชื่อว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
มีความสัมพันธ์กัน เช่น

คอลลินส์ และมิลเลอร์ (ธงชัย ศิริทัฬห. 2529 : 16 – 17 ; อ้างอิงจาก Callins and
Miller. 1969 : 2538) กล่าวว่า เจตคติ เกิดจากการเรียนรู้และการเรียนรู้จะต้องสัมพันธ์กับ
หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ทางสังคม ประกอบกับมีความคิดเกี่ยวกับตนเองอยู่ด้วย

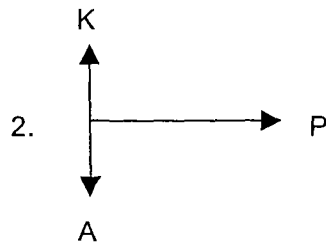
สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48) กล่าวว่าพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการ
ปฏิบัติมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ แต่มักจะเกิดขึ้นรวมๆ
กันและพึ่งพาอาศัยกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 21) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้
และเจตคติ จะเป็นส่วนประกอบสำคัญ ที่ทำให้นักชดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการ
ปฏิบัติได้

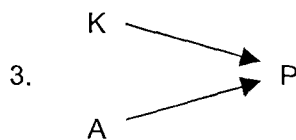
นิภา มนูญปัจ (2528 : 68) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการ
ปฏิบัติสามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะคือ



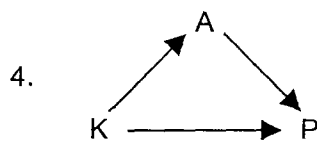
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติดังนี้ ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้กับเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้กับเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K = Knowledge

A = Attitude

P = Practices

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถาวร

การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะที่ต้องอาศัยพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและมีความหมายขึ้น โดยต้องชี้ให้เห็นคุณค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ช่วยเตือนให้ความช่วยเหลือการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรมในทางที่เหมาะสม จากแนวคิดดังกล่าวนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสาร ที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

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

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

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบ หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ความหมายในทางกว้าง แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทาง

สังคมของบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้าน จิตใจ ความหวังใจ ความรัก การให้วัตถุสิ่งของ และการเปลี่ยนแปลงข่าวสาร

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม อาจสรุปได้ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัตถุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลร่วมกัน โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก และสนใจมีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิด และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ นอกจากนี้ยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพล เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396 – 397) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

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

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน

คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

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

5. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับแบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบจะมีลักษณะไม่เป็นทางการต่างจากสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มคนในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้ามองการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ทำให้การสนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิด คือการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

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

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งให้ความผูกพันทางจิตอาารมณมีความรักกันอยู่แน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ ประเภทที่สอง ได้แก่ครอบครัวใกล้ชิด (Kintth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่สามารถรวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

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

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากแตกต่างกันดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 131) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันรู้สึกซึ่งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supportor network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147-148) ได้อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social need) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้ 2 ประเภท คือ

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

2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสาร ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง

ฟาร์เบอร์ (Farber. 1983 : 156) ได้อธิบายได้ว่าระบบการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคล ที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งทางอารมณ์และทรัพยากรอื่นๆ และฟาร์เบอร์ยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

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

2. การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้

3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) กล่าวถึงเซฟเฟอร์และคณะ ที่ได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน รักใคร่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจเชื่อใจและไว้วางใจผู้อื่น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้ และ ผู้รับ การสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบบัให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

กอททีบ (Gothieb. 1985 : 5-22) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ

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

2. ระดับกลาง (Mezzo level) คือการวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

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

การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์

จากการที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลาย จึงมีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาและอธิบายผลกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้หลายท่าน เช่น

คาสเซล (Cassel. 1976 : 109) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงความต้านทานต่อการเจ็บป่วยของคนเราได้ จากการศึกษทั้งในมนุษย์และสัตว์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมทางสังคม อาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค โดยการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท (Neuroendocrine system) ทำให้ไวต่อการเกิดโรค

วอร์ทแมน (Wortman. 1984 : 2354) ได้สรุปแนวคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้จากการศึกษา ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด โดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้สามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น จากการที่ได้รับข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โคเฮนและวิลลิส (Cohen & Willis. 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and

immune system) ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรงนอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้นทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

จากการที่นักวิชาการทั้งหลาย ได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยพอสรุปได้ 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมนี้จะเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมภาวะปกติสุขได้จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2. ปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียด หรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of the buffering hypothesis) การสนับสนุนทางสังคมลดความเครียดได้โดยตรงหรือช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็งมีผลถึงภาวะสุขภาพในที่สุด (Pender. 1982 : 336) ซึ่งแคปแลน (Caplan. 1977 : 7) ทำการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อทางร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ดังนั้นบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้กระบวนการเผชิญภาวะความเครียด (Coping process) การใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ถ้าเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมก็เกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลว หรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นขุมพลังที่มีอยู่ในสังคมจึงทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

กลไกการเกิดมะเร็ง

สมชาย สมบูรณ์เจริญ (2528 : 1-3) การกลูกลามของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายจนถึงแก่ชีวิตเพราะมะเร็งเป็นโรคของเซลล์ เมื่อเซลล์เริ่มเปลี่ยนแปลงและกระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ตรวจสอบได้ยาก และไม่รู้แน่ชัดว่าปัจจัยใดเป็นตัวที่ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เมื่อมีอาการแน่ชัดว่าเป็นมะเร็งและวินิจฉัยได้ว่าเป็นมะเร็งแน่นอนแล้ว ก็แสดงว่ามีเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นในร่างกายของผู้นั้นมากแล้ว โอกาสที่จะรักษาให้หายจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่เป็น การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค และทางจุลพยาธิวิทยา

คำจำกัดความมะเร็ง

สมชาย สมบูรณ์เจริญ (2538 : 3) เซลล์มะเร็ง หมายถึง เซลล์หรือกลุ่มเซลล์ที่สูญเสียการควบคุมการเจริญเติบโต และสูญเสียหน้าที่ตามปกติ ทั้งสามารถกลูกลามและกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้ ฉะนั้นโรคมะเร็งจึงเป็นโรคของเซลล์ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะได้ทั่วร่างกาย ยกเว้นเส้นผม ฟัน และเล็บ

คิลเลย์ (เนวานิตย์ พลพิณิจ. 2540 : 8 ; อ้างอิงจาก Kelley. 1992) มะเร็ง หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่มีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว และทำลายเนื้อเยื่อปกติทั้งในบริเวณที่เป็น และในบริเวณอื่นที่ห่างไกลออกไป แล้วยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงของระบบต่างๆ อีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็นระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูก หรือระบบต่างๆ ไป การเปลี่ยนแปลงของเลือด การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอื่นๆ

สาเหตุที่ทำให้เซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง

ลลิตา วีระสิริ (2540 : 39) สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เซลล์ปกติเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งนั้น ยังไม่รู้แน่ชัดแม้ว่าเซลล์มะเร็งจะเป็นเซลล์ผิดปกติเพียงเซลล์เดียวก็ตาม แต่ขบวนการสกัดกันไม่ให้เซลล์เจริญเติบโตเป็นเซลล์ปกติ เป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ไม่สามารถจะตรวจสอบได้ (Microenvironment) ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เซลล์มะเร็งคงสภาพเป็นเซลล์มะเร็งตลอดไป

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง

พิสิษฐ์ พันธุ์จินดา และศิณีนานฐ สนิทพงษ์ (เนวานิตย์ พลพิณิจ. 2540 : 8 ; อ้างอิงจาก พิสิษฐ์ พันธุ์จินดา และศิณีนานฐ สนิทพงษ์. 2532) การเกิดมะเร็ง ขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การได้รับสารเคมีต่างๆ เป็นต้น มะเร็งเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกวัยทั้งในเพศชายและเพศหญิง จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ.2514-2525 พบว่า มะเร็งพบได้ทั้งสองเพศในอัตราส่วนที่เกือบเท่ากัน (ชาย:หญิง=0.9:1) โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งในเพศชายเท่ากับ 31.3 และในเพศหญิงเท่ากับ 35.6 ต่อประชากรแสนคน

มะเร็งของหู คอ จมูก ที่พบได้บ่อยได้แก่ มะเร็งของกล่องเสียง มะเร็งส่วนหลังของจมูก(Nasopharyngeal carcinoma) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า ปัจจัยส่งเสริมได้แก่การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

มะเร็งของระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อย ได้แก่มะเร็งของหลอดลม และมะเร็งปอด มักพบในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิง ปัจจัยที่ส่งเสริมคือ การสูบบุหรี่ พบว่าคนสูบบุหรี่มีอัตราการป่วยเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 8-20 เท่า

มะเร็งที่พบบ่อยทางโลหิตวิทยา ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งของไขกระดูก พบอุบัติการณ์การเกิดโรคได้สูงในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่

มะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศหญิงคิดเป็นร้อยละ 17.93-23.90 ของมะเร็งในประเทศหญิงทั้งหมด รองลงมาพบมะเร็งที่ตัวมดลูก รังไข่ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ช่องคลอด และท่อนำไข่ตามลำดับ

มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยรองจากมะเร็งปากมดลูก พบในประเทศหญิงมากกว่าเพศชาย ถึง 100 เท่า (หญิง:ชาย = 100:1)

มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ ที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งกรวยไต ท่อไต มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งอวัยวะเพศชาย

มะเร็งของตับที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งของเนื้อตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี จากการศึกษาศักยภาพการเกิดมะเร็งในจังหวัดขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ.2528-2530 พบว่ามะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศตะวันออกเฉียงเหนือ พบมีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีในประเทศชายสูงถึง 135.4 และในประเทศหญิง 43.0 ต่อประชากรแสนคนต่อปี คิดเป็นอุบัติการณ์สูงกว่าในทวีปยุโรป 50 เท่า

พยาธิวิทยาการเกิดมะเร็ง

ประพันธ์ ภานุภาค (2536 : 9-10) มะเร็งจะเริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลง หรือมีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติของเซลล์ และการแบ่งตัวผิดปกติที่อยู่นอกกลไกการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ในร่างกาย ในสภาวะปกติมะเร็งก็เปรียบเสมือนสิ่งแปลกปลอมชนิดหนึ่งภายในร่างกาย ร่างกายย่อมมีปฏิกิริยาตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นออกจากร่างกาย แต่การที่คนๆ นั้นยังมีมะเร็งเจริญอยู่ในร่างกายทั้งๆ ที่มีภูมิคุ้มกันมะเร็ง แสดงว่าภูมิคุ้มกันมะเร็งนั้นเอาชนะมะเร็งไม่ได้ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ เด็กแรกเกิด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องภูมิคุ้มกัน และผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันนานๆ

ลลิตา วีระศิริ (2541 : 40-41) ลักษณะของก้อนมะเร็ง ภายในก้อนมะเร็งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชั้น คือ

1. ชั้นเซลล์แบ่งตัว (Growth living zone) เป็นส่วนของก้อนมะเร็งที่กำลังโต อยู่รอบนอกของก้อนเซลล์ส่วนนี้ได้รับอาหารและออกซิเจนโดยสะดวกกว่าส่วนอื่นจึงแบ่งตัวได้เร็ว จาก

การตรวจพบปรากฏว่าความเข้มข้นของออกซิเจนที่อยู่ผิวนอกของก้อนเข้มข้นกว่าออกซิเจนของเซลล์ภายในเซลล์มะเร็งที่อยู่ภายในจึงอยู่ในระยะพักและไม่โตเนื่องจากได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เต็มที่เท่ากับเซลล์รอบนอก

2. ชั้นเซลล์ในระยะพัก เป็นส่วนกลางของก้อนเนื้อ เป็นเซลล์ที่ยังมีชีวิตแต่ไม่เจริญเติบโต ส่วนใหญ่ไม่แบ่งตัว แต่ก็พร้อมที่จะแบ่งตัวได้

3. ชั้นเซลล์ตาย (Tumor core necrotic zone) เป็นส่วนที่อยู่ตรงกลางก้อนของมะเร็งประกอบด้วยเซลล์ที่ตายแล้ว เพราะขาดออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงหรือถูกเบียดตาย ถ้าเซลล์อยู่ห่างจากหลอดเลือดฝอยเกินกว่า 0.15 มิลลิเมตร เซลล์จะอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน ดังนั้นเมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้น ส่วนแกนกลางนี้ก็จะมีความโตขึ้นด้วย ในขณะที่สองส่วนแรกคือส่วนเจริญกับส่วนไม่เจริญมักจะมีขนาดค่อนข้างคงที่

โดยทั่วไปเซลล์มะเร็งจะตายน้อยในขณะที่อีกส่วนหนึ่งกลับเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนมากมะเร็งในคนจะแบ่งตัวโตเร็วมาก เพิ่มขนาดขึ้นเป็นสองเท่าโดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 1-5 เดือนขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง เซลล์มะเร็งยังตายช้ากว่าเซลล์ปกติ เซลล์แต่ละเซลล์มีวงชีพของมันเมื่อครบวงชีพแล้วมันก็จะตาย แต่เซลล์มะเร็งมีการเติบโตค้างอยู่ในวงชีพขั้นใดขั้นหนึ่งนานกว่าเซลล์ปกติ

เซลล์มะเร็งโตเร็วกว่าเซลล์ปกติอาจเป็นเพราะก้อนมะเร็งแต่ละก้อนจะมีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงโดยเฉพาะ เมื่อมันโตขึ้นก็มีเส้นเลือดฝอยใหม่ๆเกิดขึ้นตาม เมื่อเกิดเส้นเลือดฝอยเร็ว มันก็โตเร็ว ซึ่งทั้งหมดนี้แสดงว่ามะเร็งต้องการวัตถุดิบในการเจริญเติบโตอย่างมาก

ความรุนแรงของมะเร็งแบ่งตามระยะของโรค เพื่อกำหนดการรักษาในแต่ละระยะแตกต่างกันไป ความรุนแรงของโรคมะเร็งอาจจะถือเอาการลุกลามของก้อนมาเป็นข้อกำหนดดังนี้

ระยะที่ 1 มะเร็งยังจำกัดอยู่ในเฉพาะบริเวณที่เป็น ยังไม่รบกวนเนื้อเยื่อข้างเคียง

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง แต่ยังไม่ลามออกไปไกลเกินกว่าอวัยวะนั้นๆ

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะที่ 4 มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย

สาเหตุของการเกิดมะเร็ง

ชแนลเดอร์ และโฮแกน (เนาวนิตย์ พลพินิจ. 2540 : 10-11 ; อ้างอิงจาก Schneider & Hogan. 1993) การเกิดมะเร็งจะต้องมีปัจจัยบางอย่างมากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรภายในเซลล์ ทำให้การเจริญของเซลล์ผิดปกติไป ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยที่อยู่ในตัวคนหรือสัตว์ หรืออาจอยู่นอกตัวก็ได้ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่

1. กรรมพันธุ์ มีหลักฐานบางอย่างพิสูจน์ได้ว่ากรรมพันธุ์มีส่วนในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กลายเป็นเซลล์มะเร็ง คนที่มีการเปลี่ยนแปลงของยีนในบางลักษณะ

ทำให้มีโอกาสมะเร็งได้มาก และการเปลี่ยนแปลงของยีนก็สามารถถ่ายทอดสู่บุคคลในครอบครัวได้ด้วย

2. อายุ การเป็นมะเร็งเกิดขึ้นได้ในทุกอายุ แต่ในคนที่อายุมากมีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งได้มากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนอายุมากมักจะเคยเป็นโรคที่รุนแรงบ่อยครั้ง หรือสัมผัสกับสารที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งนานกว่าคนอายุน้อย ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดเกิดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป

3. เพศ และฮอร์โมน หญิงและชายมีอัตราการเกิดมะเร็งแตกต่างกัน เช่น มะเร็งปอด พบในเพศชายมากกว่าหญิงถึง 10 เท่า มะเร็งลำไส้-กระเพาะอาหาร และมะเร็งตับทุกชนิดก็พบในเพศชายมากกว่าหญิงเว้นมะเร็งเต้านม และมีการสันนิษฐานว่าเพศหญิงมีภูมิคุ้มกันสูงกว่าเพศชาย จึงมีผลในการทำลายมะเร็งเริ่มแรกได้ นอกจากนี้ความไม่สมดุลย์ของฮอร์โมนในเพศหญิงก็ทำให้เกิดเนื้องอกได้ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับสารเอสโตรเจนเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและเยื่อบุมดลูกมากกว่าคนที่ไม่ได้รับสารนี้ 3 - 4 เท่า

4. เชื้อชาติ และสภาพภูมิประเทศ ความแตกต่างของการเกิดมะเร็งบางชนิด เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ ดิน น้ำ อาหาร นิสัยความเป็นอยู่ และขนบธรรมเนียมประเพณี

5. สารเคมีต่างๆ ส่วนมากมักเกิดจากอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีต่างๆ เหล่านี้เป็นเวลานาน เชื่อว่าสารเคมีต่างๆเหล่านี้อาจมีผลต่อการควบคุมการเปลี่ยนแปลง หรือทำลายโปรตีนจำเพาะทำให้เซลล์ขาดการควบคุม และการเจริญขึ้นโดยไม่มีข้อจำกัด

6. ไวรัส เชื่อว่าไวรัสหลายชนิดเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งได้

7. การระคายเคืองอย่างเรื้อรัง มะเร็งอาจเกิดในบริเวณที่มีการระคายเคือง และอักเสบอย่างเรื้อรัง อาจเกิดเนื่องจากการที่มีการทำลายของเซลล์ในบริเวณนั้น ทำให้เกิดเนื้อเยื่อที่ผิดปกติได้

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

ลลิตา ชีระสิริ (2540 : 40-45) มะเร็งมีลักษณะที่สำคัญประการหนึ่ง คือ มีการแพร่กระจาย (Metastasis) ไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป และไม่ติดต่อกับก้อนมะเร็งเดิม การที่มะเร็งแพร่ไปยังอวัยวะไกลๆได้ เช่น มะเร็งเต้านมลามไปกระดูกหรือมะเร็งตับลามไปสมองนั้นมิใช่สาเหตุ ดร.สจวต เซเดอร์โฮม วิลเลียม จากจอห์น เรตฟอร์ด ในประเทศอังกฤษศึกษาพบว่า ในก้อนมะเร็งมีน้ำย่อยหลายๆชนิด เช่น น้ำย่อยโปรตีเอส ไซโตไคน์ น้ำย่อยไฮยาลูโรนิคส ไซโตไคน์โรยาลิน และน้ำย่อยอะมิโมเปปติเดส ไซโตไคน์ประกอบของโปรตีน และยังมีสารอื่นๆอีก

โดยทั่วไปเซลล์ปกติจะถูกยึดติดกันโดยกาวยธรรมชาติ ที่เรียกว่า กลัยโคสอมิน กลัยแคน แต่เมื่อก่อนมะเร็งมีเอนไซม์ไฮยาลูโรนิคสมาก เซลล์มะเร็งถูกน้ำย่อยย่อยกาวยึด

เซลล์ติดกัน จึงหลุดลอยไปในกระแสเลือดหรือเข้าสู่น้ำเหลืองได้โดยง่าย ด้วยวิธีนี้เซลล์มะเร็งจึงลอยไปเกิดก้อนเนื้อใหม่ในอวัยวะที่ไกลๆได้

สำหรับวิธีป้องกันไม่ให้เซลล์มะเร็งเกิดการแพร่กระจายนั้น ต้องหาทางป้องกันการทำงานของเอนไซม์ไฮยาลูโรนิเดส ดร.อีวาน คาเมรอน และดร. ไลน์ส พอลลิ่ง ใช้วิตามินซีขนาดสูงๆ ถึง 10-12.5 กรัมต่อวัน กับผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายที่ไม่มีหวังในการรักษาแล้ว ปรากฏว่าวิตามินซีขนาดสูงๆสามารถยืดอายุออกไปได้ 3-10 เท่า ปัจจุบันนี้นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าวิตามินซีขนาดสูงจะป้องกันการแทรกตัวของเซลล์มะเร็งลงไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง ทั้งยังป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นได้ด้วย

การแพร่กระจายของมะเร็งมีได้หลายทางดังนี้ คือ เบเนเดอร์ และยาสโก (เนาวนิตย์ พลพิณิจ. 2540 : 1 ; อ้างอิงจาก Bender & Yasko. 1992)

1. การแพร่โดยตรงเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง (Local infiltration) เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตขึ้นแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบๆ หรืออวัยวะข้างเคียง

2. การแพร่กระจายผ่านทางกระแสเลือด (Vascular system) เซลล์มะเร็งจะหลุดลอยเข้าไปในระบบหมุนเวียนของเลือด บางครั้งเซลล์ที่หลุดเข้าไปนี้อาจไม่เจริญเติบโต แต่เมื่อเซลล์มะเร็งที่หลุดลอยเข้าไปนั้นหยุดเกาะอยู่กับที่ และสภาพแวดล้อมเหมาะสมก็จะเกิดการแบ่งตัวเจริญเติบโตเป็นก้อนมะเร็งขึ้นได้ ดังนั้นจึงมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ ที่ห่างไกลออกไปได้

3. การแพร่กระจายผ่านทางท่อน้ำเหลือง (Lymphatic system) ระบบต่อมและท่อน้ำเหลืองจะเป็นปราการแรกที่สกัดกั้นการกระจายของสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในร่างกายรวมทั้งเซลล์มะเร็งด้วย เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง เมื่อต่อมน้ำเหลืองนั้นไม่สามารถระงับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ เซลล์มะเร็งก็จะกลายเป็นก้อนมะเร็งขึ้นมาในบริเวณต่อมน้ำเหลืองนั้น นอกจากนี้ยังแพร่กระจายผ่านทางท่อน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย

4. การแพร่โดยการไปจับ หรือรวมตัวตามพื้นผิวของเยื่อ (Process of implantation) โดยเซลล์มะเร็งหลุดและไปงอกตามพื้นผิวของเยื่อต่างๆ เช่น ตามพื้นผิวของเยื่อช่องท้อง ได้แก่ มะเร็งของรังไข่ เมื่อก้อนมะเร็งแตกออกหรือมีการกินทะเลเปลือกหุ้มเซลล์มะเร็งจะหลุดไปเกิดเป็นก้อนมะเร็งขึ้นใหม่มากมาย ตามเยื่อบุช่องลำไส้ กระเพาะอาหาร ตับ เป็นต้น

ในปัจจุบันมีการแบ่งมะเร็งหรือเนื้องอกชนิดร้ายออกเป็นประเภทต่างๆ คือ

1. เนื้องอกที่เจริญมาจากเซลล์บุผิว (Epithelial tissue tumors) เป็นมะเร็งหรือเนื้องอกที่มีต้นกำเนิดจากเยื่อบุผิว พบได้บ่อย เกิดทั้งในบริเวณผิวของร่างกายส่วนนอกและภายในต่อมหรือท่อต่างๆ

2. เนื้องอกของเนื้อเยื่อประสานหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Mesenchymal or Connective tissue tumors) พวกนี้จะมีการเจริญเติบโตช้า และมีลักษณะคล้ายคลึงกับต้นกำเนิดของมะเร็ง

3. เนื้องอกที่ประกอบด้วยเซลล์บุผิวและเนื้อเยื่อประสาน (Carcino-sarcomas)

4. มะเร็งระบบเม็ดเลือดและน้ำเหลือง มีต้นกำเนิดจากแหล่งกำเนิดของเซลล์เม็ดเลือด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การตายของเซลล์มะเร็ง

ลลิตา วีระสิริ (2541 : 44-45) เซลล์มะเร็งจะตายช้ากว่าเซลล์ปกติ เซลล์มะเร็งจะตายใน 3 กรณี คือ

1. แก่ตายโดยถึงอายุขัยของมันซึ่งอย่าลืมว่าจะนานกว่าเซลล์ปกติทั่วไป
2. เซลล์มะเร็งถูกเซลล์มะเร็งด้วยกันเบียดตาย เช่น เซลล์ของมันโตเร็วมากจนไม่มีที่อยู่ เซลล์ใหม่อาจเบียดเซลล์เก่าให้ตายไปโดยแย่งอาหารและออกซิเจน หรือเซลล์ใหม่ไม่อาจเติบโตขึ้นมาได้ เพราะขาดอาหารและออกซิเจน

3. เซลล์มะเร็งถูกทำลายโดยเซลล์เม็ดเลือดขาวนิวเคลียสเดียวที่ชื่อลิมโฟซัยท์

เซลล์มะเร็งจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจึงตายง่าย แต่ไม่ได้เป็นสาเหตุในการยับยั้งการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง เนื่องจากเซลล์มะเร็งก็แบ่งตัวเร็วมาก เมื่อใดที่เซลล์มะเร็งตายมากส่วนที่เป็นเซลล์ตายตรงแกนกลางก็จะยิ่งเพิ่มปริมาตรมากขึ้น เมื่อมีเซลล์ตายเพิ่มมากขึ้นสารพิษที่เกิดจากการทำลายตัวเองของเซลล์ก็มีมาก เมื่อสารพิษถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดไปเลี้ยงร่างกายก็จะทำให้อาการของมะเร็งเกิดมากตาม เช่น มีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมลง เป็นต้น อันเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปของโรคมะเร็ง

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเกิดมะเร็ง

ชแนลเดอร์ และโฮแกน (เนาวนิตย์ พลพินิจ. 2540 : 12 ; อ้างอิงจาก Schneider & Hogan. 1993) ในบุคคลที่มีภาวะร่างกายปกติ ร่างกายจะมีระบบภูมิคุ้มกัน 2 ประเภทใหญ่ๆ คือภูมิคุ้มกันชนิดไม่จำเพาะ และภูมิคุ้มกันชนิดจำเพาะ ซึ่งภูมิคุ้มกันเหล่านี้มักมีการทำงานร่วมกัน เพื่อป้องกันการรุกรานของเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมต่างๆ รวมถึงเซลล์ผิดปกติที่กระจายตามร่างกาย อย่างไรก็ตามดังที่กล่าวมาแล้วผู้ป่วยมะเร็งมักมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน การเกิดมะเร็งมีผลต่อร่างกายของผู้ป่วยได้หลายระบบ มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตเร็วสามารถแทรกเข้าไปกดเบียดอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียงได้ ทำให้หน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีการสร้างฮอรโมนหรือสารต่างๆ เพิ่มขึ้น มีการอุดตันท่อทางเดินต่างๆ ทำให้เกิดการคั่งหรืออุดตันและมีการอักเสบตามมาได้ เซลล์มะเร็งอาจทำลายเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เช่น สมอง ต่อมหมวกไต หรืออาจมีผลต่อร่างกายทั้งระบบได้

จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งระบบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาที่พบได้บ่อยได้แก่

1. โลหิตจาง การมีโลหิตจางพบมากในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจาก
 - 1.1 มีเลือดออกจากแผลที่ก้อนเนื้องอก หรือมีการฉีกขาดของหลอดเลือด
 - 1.2 มีการติดเชื้อในร่างกาย
 - 1.3 มีการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูกทำให้มีการกดการทำงานของไขกระดูก และมีการทำลายเม็ดเลือดแดง
 - 1.4 มีการกดไขกระดูกจากเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา
2. การติดเชื้อที่ผิวของก้อนเนื้องอก เกิดเนื่องจากการมีเนื้อตายคลุมอยู่บนก้อน เนื้องอก
3. มีการคั่งของน้ำหรือน้ำเหลือง เกิดจากการมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง มากขึ้น
4. ความเจ็บปวด มักจะพบในมะเร็งระยะสุดท้าย
5. เบื่ออาหาร ผอม (Syndrome of cancer cachexia) อาจเกิดเนื่องจากระยะมะเร็ง ไปอุดตันระบบทางเดินอาหาร หรืออาจเกิดจากการหลั่งสารพิษจากก้อนเนื้องอก และอาจเป็นผลมาจากการได้รับการรักษา การได้รับเคมีบำบัดในขนาดสูง ทำให้เกิดการเบื่ออาหาร คลื่นไส้

สมชาย สมบูรณ์เจริญ (2528 : 1-3) องค์การอนามัยโลกได้วางหลักเกณฑ์ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งไว้ดังนี้

1. Primary prevention : Removing the cause and hence prevention the development of new cases

การป้องกันขั้นที่ 1 กำจัดสาเหตุเสีย แล้วป้องกันไม่ให้สาเหตุนั้นเกิดขึ้นใหม่อีก นี่คือการซึ่งหวังว่าจะกระทำได้แต่จะทำได้มากน้อยเพียงใดนั้น จะต้องพิจารณาจัดองค์ประกอบที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุและปัจจัยร่วมให้ได้ ซึ่งเป็นหลักการที่ถูกต้อง และควรดำเนินการในขอบเขตหนึ่งให้ได้ในประเทศไทย

2. Secondary prevention : Early detection on an asymptomatic stage of the disease process when condition is reversible

การป้องกันขั้นที่ 2 ตรวจเสียตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรค หรือเมื่อสุขภาพเสื่อมลง สำหรับการดำเนินงานขั้นที่ 2 นี้คณะรัฐมนตรีมีมติตามหนังสือที่ 2745/2505 และที่ 554/2506 ให้ดำเนินการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกขึ้นที่โรงพยาบาลหญิง และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ถนนพระราม 6 เพื่อเป็นศูนย์กลางการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งในประเทศไทย ตามมติคณะรัฐมนตรีที่ สร. 0503/15326 – 08

3. Tertiary prevention :

- The treatment of the disease to prolong life or limit disability
- Rehabilitation

การป้องกันขั้นที่ 3 รักษาให้มีชีวิตยืนยาวและช่วยตัวเองได้ตามควร รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับการดำเนินงานขั้นที่ 3 ในบ้านเรามีปัญหามาก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ช้า อาจจะเป็นเพราะไม่รู้ถึงอันตรายหรือโดยเหตุอื่นใดก็ตาม และเมื่อพบแพทย์แล้วก็จะขอร้องให้แพทย์ปฏิบัติตามความเข้าใจของตัวเอง คือ “ไม่ขอผ่าตัด” “ไม่ขอฉายแสง” ฯลฯ ซึ่งทำให้แพทย์มีความหนักใจมาก

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

ได้มีผู้ให้ความหมายของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไว้หลายความหมาย ดังนี้

ประเวศ วะสี (2511 : 44) ได้ให้ความหมายของมะเร็งเม็ดเลือดขาวไว้ว่า เป็นโรคที่เม็ดเลือดขาวสายใดสายหนึ่งในไขกระดูกและในเนื้อเยื่อทั่วๆ ไป มีการเพิ่มจำนวนอย่างควบคุมไม่ได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 233) มะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง เนื้อเยื่อที่สร้างเลือด สร้างเม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ และสร้างตัวเองทั้งในรูปที่เจริญเติบโตเต็มที่และไม่เต็มที่มากมายไม่มีที่สิ้นสุด

อุบัติการณ์

วินัย สุวดี (2538 : 363) มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก พบประมาณร้อยละ 39.8 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด อุบัติการณ์ของโรคนี้ มีประมาณ 3.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน พบในเด็กทุกอายุ อายุที่พบบ่อยที่สุดคือ อายุ 4-6 ปี ในเด็กแรกเกิดพบได้แต่ไม่บ่อย พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง อัตราส่วนชาย : หญิง เท่ากับ 1.76 : 1

ชนิด

การแบ่งชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นอาศัยหลักเกณฑ์ใหญ่ๆ 2 ประการ คือ (วินัย สุวดี. 2538 : 360)

1. แบ่งตามระยะและการดำเนินของโรค

1.1. ชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) การเกิดและการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยอาจตายได้ภายในระยะเวลาอันสั้น การที่จะเรียกว่าเป็นชนิดเฉียบพลันจะต้องมีเซลล์ตัวอ่อนอย่างน้อย ร้อยละ 30 ในไขกระดูก

1.2. ชนิดเรื้อรัง (Chronic leukemia) การเกิดและการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ในบางรายไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่รอดนานเกิน 5 ปี ที่พบในเด็กมีเพียงชนิดเดียว คือมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดไมอีโลจิเนียส (Chronic myelogenous leukemia) ซึ่งมีอุบัติการณ์เพียงไม่ถึงร้อยละ 1 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมดในเด็ก

2. แบ่งตามรูปร่างลักษณะและกำเนิดของเซลล์ แบ่งได้ตาม FAB classification (French-American British Cooperative Working Group)

2.1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส (Acute lymphoblastic leukemia : ALL) โดยแบ่งชนิดของลิมโฟบลาส เป็น L_1 , L_2 , L_3 ซึ่งส่วนใหญ่ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กประมาณร้อยละ 78 – 86 เป็นชนิดนี้

2.2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันไม่ใช่ลิมโฟบลาส (Acute non – lymphoblastic leukemia : ANLL) มีการแบ่งชนิดออกเป็น M_0 , M_1 , M_2 , M_3 , M_4 , M_5 , M_6 , และ M_7

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าภาวะต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ง่าย

1. สารเคมีบางอย่าง เช่น เบนซิน และฟีนิลบูตาโซนหรือบูโตโซลิดีน (Phenylbuta - zone or butozolidin) ก่อให้เกิดมะเร็งในเม็ดเลือดขาวได้ อาจทำให้มีโครโมโซม เบรคเกช (Chromosome breakage) ได้

2. รังสี โดยอัตราการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับรังสี ผู้ที่ได้รับรังสีจากการรักษา หรือผู้ที่รอดชีวิตจากระเบิดปรมาณูที่นางาซากิและฮิโรชิมา สูงขึ้น

3. ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น ใน ดาวน์ ซินโดรม (Down's syndrome) บลูม ซินโดรม (Bloom syndrome) ในผู้ป่วย อะคิว โปรไมโอโลไซติก ลิวคีเมีย (Acute promyelocytic leukemia) พบว่ามีทรานโลเคชัน (Translocation) ที่โครโมโซม (Chromosome) ใน มัลลิแกนเนท์ โปรไมโอโลไซติก (Malignant promyelocytic) ถึงร้อยละ 65 และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 20 เท่าของเด็กปกติ

4. พบอุบัติการณ์สูงกว่าปกติ ในครอบครัวที่มีเด็กเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น พวกแฝดไข่ใบเดียวกัน แสดงว่าอาจจะเกี่ยวกับปัจจัยทางพันธุกรรม

5. ลิวคีเมีย คลัสเตอร์ (Leukemia cluster) มีรายงานพบผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ๆ กัน เรือนอยู่ห้องเดียวกันและเกิดเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวพร้อมๆ กัน ซึ่งเข้าใจว่าอาจจะเกิดจากเชื้อไวรัสจากการทดลองพบว่าเชื้อไวรัสทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ แต่ไวรัสชนิดเดียวกันไม่ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในคน

พยาธิสภาพ

เซลล์มะเร็งของเม็ดเลือดขาว มีพยาธิสภาพสำคัญดังนี้ คือ มีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว และสอดแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย และไม่เจริญเป็นเซลล์ที่สมบูรณ์ รวมทั้งไม่สามารถทำหน้าที่อย่างเซลล์ปกติได้

ในระยะแรก เด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะชด้อยอย่างรวดเร็ว พวกเม็ดเลือดแดง และฮีโมโกลบินลดลง ซึ่งมีผลทำให้สร้างเม็ดเลือดแดงไม่ได้ เกล็ดเลือดลดลงอย่างมาก ทำให้เลือด

ออกง่าย โดยเฉพาะตามเส้นเลือดฝอย กระดูกอาจเปลี่ยนรูปร่าง เพราะเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวสอดแทรกไปแย่งที่เซลล์ปกติ ทำให้เสียหายที่ของอวัยวะนั้น

ในเด็กที่เป็นอยู่นานๆ จะมีเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเข้าไปในเยื่อหุ้มสมอง ทำให้เกิดความดันในสมองเพิ่มขึ้น และมีอาการอื่นตามมา

อาการและอาการแสดง

ทิพย์ ศรีไพศาล (2529 : 792) อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1. ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ชีตลง มีจ้ำเลือดและมีเลือดออก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ มีไข้จากการติดเชื้อ

ระยะที่ 2. มีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด

ระยะที่ 3. ปวดกระดูก โดยเฉพาะกระดูกยาว (Long bone) ผู้ป่วยจึงมักไม่เดิน อาการปวดจะลุกลามไปยังข้อและ/หรือไขกระดูก

ระยะที่ 4. คอมน้ำเหลืองโต ส่วนอาการทางระบบประสาทส่วนกลางพบได้ค่อนข้างน้อยในเด็ก

อาการและอาการแสดงที่มาพบแพทย์ แยกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. อาการและอาการแสดงของความล้มเหลวในไขกระดูก (Bone marrow failure) ซึ่งจะทำให้เกิดอาการซีด มีจ้ำเขียว หรือจุดเลือดออกตามผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก บางรายมีเกล็ดเลือดต่ำมากๆ และมีการติดเชื้อร่วมด้วย อาจมีเลือดตามอวัยวะต่างๆ ได้ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อง่ายกว่าธรรมดา เพราะมีแกรนูโลไซต์ (Granulocyte) ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ปกติที่สร้างในไขกระดูก ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดจะถูกแทนที่ด้วยเซลล์ตัวอ่อนที่เรียกว่า บลาส เซลล์ (Blast cell) ทั่วไขกระดูกผู้ป่วย อาจมีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย ปวดกระดูก

2. อาการและอาการแสดงที่เกิดจากเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemic cells) หรือ บลาสเข้าไปแทรกตามอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย ได้แก่ ตับ ม้าม คอมน้ำเหลือง ทำให้อวัยวะเหล่านี้มีขนาดโตกว่าปกติ ในเด็กเล็กถ้าบลาสแทรกในกระดูก จะมีอาการปวดกระดูกและข้อ เด็กจะเคลื่อนไหวน้อยลง บางครั้งจะไม่ยอมเดิน ในด้านระบบประสาท เด็กจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน มีเส้นประสาทอัมพาต (Nerve palsy) หรือบางรายอาจมีอาการชัก ในบางรายที่เป็นมานานเกิน 1 ปี มักจะพบมีก้อนขนาดโตค่อนข้างแข็งและไม่เจ็บ นอกจากนี้อาจพบอาการตาโปน (Exophthalmos) หรืออาจพบเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวในอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด ไต ทางเดินอาหาร เป็นต้น

การพยากรณ์โรค

ปัจจัยการพยากรณ์ที่สำคัญ ที่บ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส (ALL) คือ อายุน้อยกว่า 12 เดือน เพศชาย จำนวน

เม็ดเลือดขาวเมื่อแรกเริ่มมากกว่า 100,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทกลาง มีก้อนเนื้อเยื่อที่กั้นตรงกลางอกหรือผนังกลาง(Mediastinal mass) มีอาการเริ่มแรกเป็นแบบลิวคีเมียลิมโฟมา (Leukemia lymphoma) และมีความผิดปกติทางโครโมโซมเป็นแบบทรานสโลเคชัน (Translocation) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไม่ใช่ลิมโฟบลาส (ANLL) ยังไม่มีปัจจัยที่บ่งชี้ได้เด่นชัดเท่า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี มีจำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ลักษณะบลาสเป็นชนิด M₅ (Monoblastic) มีลาเบลลิง อินเด็กซ์ (Labelling index) สูงกว่าร้อยละ 10 และมีความผิดปกติของโครโมโซมเป็นชนิดทรานสโลเคชัน จะพยากรณ์โรคไม่ดี

สรุปการพยากรณ์ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

1. อายุ ถ้าเป็นในระยะ 2 – 10 ปี จะดีกว่าเป็นในเด็กเล็ก ๆ หรือในวัยรุ่น
2. ชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ถ้าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสจะดีกว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันไม่ใช่ลิมโฟบลาส

ในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส จะมีอายุยืนประมาณ 5 ปี (Median survival) ในขณะที่ถ้าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันไม่ใช่ลิมโฟบลาสจะมีอายุยืนประมาณ 2 ปี

3. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาของการรักษาในระยะการชักนำให้โรคสงบ (Induction of remission) นานหรือต้องให้ยาหลายชุด (Course) การพยากรณ์โรคจะไม่ดี
4. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเมื่อเข้ามารักษา การพยากรณ์โรคจะไม่ดี
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมาก การพยากรณ์โรคจะไม่ดี
6. ผู้ป่วยที่มีมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทกลาง การพยากรณ์โรคจะไม่ดี

การรักษา

วินัย สุวดี และกวีวัฒน์ วีรกุล (2536 : 194–196) ในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแต่ละรายนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน สิ่งแรกก็คือจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคให้แน่นอนว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดไหน โดยอาศัยลักษณะรายละเอียดของเซลล์มะเร็งทั้งที่ดูจากการย้อมสีธรรมดาและการย้อมสีพิเศษ ทั้งนี้เพราะการใช้ยาการรักษาในแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน และมีการพยากรณ์โรคต่างกัน นอกจากนี้แพทย์ยังต้องพิจารณาถึงเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนความตั้งใจของบิดามารดา ผู้ปกครองผู้ป่วยในการร่วมมือให้การรักษา รวมทั้งความสามารถในการพาผู้ป่วยมาติดต่อยาด้วย เนื่องจากยาด้านมะเร็งบางอย่างมีราคาแพง และจำเป็นต้องให้การรักษาเป็นเวลานาน นอกจากนั้นยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยการพยากรณ์โรค (Prognostic factor) ของผู้ป่วย โดยประเมินเมื่อให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรกด้วย ซึ่งในมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสสามารถจำแนกผู้ป่วยเป็น กลุ่มพยากรณ์โรคดี (Good prognosis) กลุ่มพยากรณ์โรคปานกลาง (Intermediate prognosis) กลุ่มพยากรณ์โรคไม่ดี (Poor prognosis) โดยดูตามลักษณะของ

ปัจจัยในการพยากรณ์และเลือกใช้รูปแบบ (Protocol) การรักษา สำหรับรักษาตามปัจจัยในการพยากรณ์โรคที่พบ

แผนการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ประกอบด้วย การรักษาจำเพาะ (Specific treatment) และการรักษาประคับประคอง (Supportive treatment)

การรักษาจำเพาะ (Specific treatment) แบ่งออกเป็นระยะๆ คือ

1. การชักนำให้โรคสงบ (Induction of remission) โดยมีจุดมุ่งหมายของการให้การรักษาในระยะนี้ก็คือ พยายามฆ่าเซลล์มะเร็งให้ตายมากที่สุดในเวลาเร็วที่สุดที่จะเร็วได้ แต่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติให้น้อยที่สุด

2. การให้การรักษาเข้มข้น (Intensification or consolidation therapy) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสงบของโรค (Complete remission) แล้ว แพทย์จะให้ยาอีกชุดเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่แต่ตรวจไม่พบให้มากที่สุดที่จะมากได้

3. การป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทกลาง (CNS prophylaxis) จุดมุ่งหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งได้เข้าไปอยู่ในระบบประสาทกลางตั้งแต่วินิจฉัยโรคครั้งแรกแล้วให้หมดสิ้นไป เพราะยาต้านมะเร็งต่างๆไม่สามารถซึมผ่านบลิท เบรน แบรียร์ (Blood brain barrier) เข้าไปในระบบประสาทกลางได้ จึงอาจใช้การฉายรังสีที่ศีรษะ (Cranial radiation) ร่วมกับการฉีดยาเคมีบำบัดเข้าไขสันหลัง

4. การรักษาเพื่อให้โรคสงบคงอยู่ตลอดไป (Maintenance therapy) เป็นการรักษาที่สามารถควบคุมไม่ให้มีการสร้างเซลล์ลิวคีเมียได้อีก

5. การหยุดการรักษา (Stop chemotherapy) ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะหยุดการรักษาหลังจากผู้ป่วยได้อยู่ในระยะสงบของโรคติดต่อกันเป็นเวลานาน 3 – 3 ½ ปี แต่อาจมีผู้ป่วยกลับเป็นโรคซ้ำได้ ดังนั้นหลังหยุดยาแล้วจำเป็นต้องติดตามดูผู้ป่วยต่อไปอีกอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี หากโรคไม่กลับเป็นขึ้นใหม่อีกก็จะถือว่าหายขาดจากโรคได้

การรักษาประคับประคอง (Supportive treatment)

วินัย สุวดี และกวีวัฒน์ วีรกุล (2536 : 196–198) เมื่อเริ่มแรกให้การรักษา จะต้องพยายามป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น ภาวะเลือดออกมาก ภาวะติดเชื้อ ภาวะไตวายจากกรดยูริกสูง ภาวะลิวโคสเตซิส (Leukostasis) เป็นต้น เมื่อให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแล้ว ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา เช่น มีแผลในปากและทางเดินอาหาร การกดไขกระดูกทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรงและเลือดออกมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาประคับประคองที่ถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยอย่างดีในช่วงนี้จึงมีความสำคัญที่สุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

1. ปัญหาเลือดออก(Bleeding) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จึงควรพิจารณาให้เกล็ดเลือดเข้มข้นทุกรายที่มีอาการเลือดออกมาก เพื่อให้ระดับเกล็ดเลือดสูงกว่า $20 \times 10^9 / l$ ขนาดของเกล็ดเลือดที่ให้ คือ 0.1-0.2 ยูนิต/นน. 1 ก.ก.

2. ปัญหาไตวาย (Renal failure) เนื่องจากมีกรดยูริกสูงในเลือด และภาวะทิวโมริสซิสซินโดรม (Tumorlysis syndrome) ในระยะ อินดักชั่น ออฟ รีมิสชัน (Induction of remission) ซึ่งมีจำนวนเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในร่างกายเป็นจำนวนมาก ทำให้มีการสลาย นิวคลีอิก แอซิด (Nucleic acid) ใน ดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์มะเร็งกลายเป็นกรดยูริกจำนวนมาก ตกตะกอนเป็นผลึกอยู่ในไต ในภาวะที่ปัสสาวะเป็นกรดทำให้เกิดภาวะไตวายได้ นอกจากนั้นยังมีสารต่างๆ ที่ถูกปลดปล่อยจากเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดภาวะไฮเปอร์คาลซีเมีย (Hyperkalemia), ไฮเปอร์ฟอสเฟตตีเมีย (Hyperphosphatemia) และ เซกกันดารี ไฮโปแคลซีเมีย (Secondary hypocalcemia) ได้ ภาวะนี้จึงต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือทางปากอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งให้ยา Zyloric acid , Allopurinol ผู้ป่วยประมาณ 4 สัปดาห์ และให้ Schol's solution หรือให้ Sodium bicarbonate พร้อมทั้งสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้มีปัสสาวะเป็นด่าง

3. ปัญหา ลิวโคสเตซีซิส (Leukostasis) ในผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 200,000 ตัว/ลบ.ม.ม อาจทำให้เม็ดเลือดขาวจับตัวกันอุดตันเส้นเลือด ทำให้อวัยวะนั้นๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเนื้อตายและเลือดออกมากได้โดยเฉพาะปอด ทำให้มีอาการหายใจเหนื่อย หอบ เกร็ง เขียว มีปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง อาจมีการอุดตันของเส้นเลือดในสมองทำให้มีอาการซึมลง ปวดศีรษะ สะโตรค (Stroke) และ โคมา (Coma) หลังจากได้สารน้ำและแก้ไขความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมแล้ว ควรรับให้ยาเคมีบำบัดทันที ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงๆ การให้ยา Hydroxyurea รับประทานจะช่วยลดจำนวนเม็ดเลือดขาวได้เร็วและปลอดภัย การทำลิวคาเพอริสซิส (Leukapheresis) หรือ เอ็กเชนจ์ ทรานส์ฟิวชัน (Exchange transfusion) จะช่วยลดจำนวนเม็ดเลือดขาวได้รวดเร็วแต่เพียงชั่วคราว จึงควรทำเฉพาะรายที่มีอาการมากเท่านั้น

4. ปัญหาการติดเชื้อ (Infection) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด แกรนูโลไซต์ (Granulocyte) ลดต่ำลงกว่า $0.5 \times 10^9 / l$ ร่วมกับมีไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส มีอาการหนาวสั่น หายใจเร็ว ให้ถือว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อรุนแรงทุกราย จำเป็นต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียด และทำการตรวจเพาะเชื้อจากในลำคอ ปัสสาวะ และเลือดทันที และรีบให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดครอบคลุมกว้างขวางทั้งแกรมลบและบวก โดยทั่วไปนิยมให้เป็น Semi synthetic penicillin ขนาดสูง หรือ Aminoglycosides ควรประเมินผลการรักษาภายใน 48-72 ชั่วโมง หากการติดเชื้อนั้นตอบสนองต่อการรักษาดี ผู้ป่วยควรมีไข้ลง และ/หรือมีอาการทั่วไปดีขึ้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรเปลี่ยนยาปฏิชีวนะตามผลการเพาะเชื้อ และความไวต่อยา

ปฏิชีวนะ (Sensitivity) ของเชื้อนั้น ในกรณีที่เกิดผลแพ้เชื้อให้ผลลบ และยังคงมีไข้สูงอยู่นานเกิน 10-14 วัน แล้ว ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อรา ควรพิจารณาให้ยา Amphotericin B ร่วมด้วย ในระยะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านมะเร็งติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ฉะนั้น นอกจากจะมีการติดเชื้อแบคทีเรียได้ง่ายแล้ว ยังอาจติดเชื้อไวรัส เชื้อรา และเชื้อปรสิตบางตัวได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นิวโมซิสติส คารินิไอ (*Pneumocystis carinii*) ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการให้ยา Trimethoprim-sulfamethoxazole รับประทานสัปดาห์ละ 3 วัน ตลอดระยะเวลาที่ให้ยาเคมีบำบัด นอกจากนั้นผู้ป่วยยังอาจติดเชื้อสุกใส ซึ่งมักลุกลามรุนแรง หากเริ่มมีอาการของโรคสุกใส (Herpes zoster) ขึ้น ต้องรีบให้การรักษากับ Acyclovir ทันที การติดเชื้อหัดทำให้มีอาการรุนแรงได้ หากผู้ป่วยสัมผัสผู้ป่วยหัด ควรฉีด Gamma globulin ป้องกันไว้ทันที

5. ปัญหาเรื่องโภชนาการ (Nutrition) มีความสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในขณะที่ได้รับยาต้านมะเร็ง อาจรับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีแผลในปาก จากผลแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดที่ให้ หรือจากการฉายแสงรังสีรักษา หากเป็นอยู่นานจำเป็นต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำชั่วคราว (Intravenous hyperalimentation) ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะและครบถ้วน จึงจะมีความต้านทานของร่างกายดี เพื่อจะได้ไม่มีการติดเชื้อได้ง่าย

6. ปัญหาทางสุขภาพจิต (Psychosis) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว และจำเป็นต้องได้รับการรักษาตามขั้นตอนต่างๆ ย่อมกระทบกระเทือนจิตใจทั้งผู้ป่วยและบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นอย่างมาก ควรต้องทำความเข้าใจ ให้ความเห็นอกเห็นใจ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยความนุ่มนวล อธิบายให้ฟังถึงการดำเนินโรค ขั้นตอนการรักษา การดำรงชีวิต และการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ซึ่งรวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยจะต้องร่วมมือกันทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน และทำอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 263-270) การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเด็กควรได้รับการดูแล ดังต่อไปนี้

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การที่จะดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาและผลของยาแต่ละชนิดที่แพทย์ใช้รักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และที่สำคัญคือจะต้องเชื่อในประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งบางคนมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรค แม้ว่าผู้ป่วยจะประสบอาการข้างเคียงซึ่งรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันตามชนิดขนาดของยาที่ได้รับ และการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละบุคคล นอกจากนั้นยังต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอดทน เผชิญและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากการรักษา

ยาเคมีบำบัดเมื่อเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวเร็วผิดปกติ จึงมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เป็นต้น ผลกระทบนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในแต่ละระบบดังนี้

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการ ดังต่อไปนี้

1.1 คลื่นไส้ (Nausea) อาเจียน (Vomiting) ซึ่งพบได้บ่อยแทบทุกราย กลไกการเกิดยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน แต่เชื่อว่ายาเคมีบำบัดกระตุ้นที่เคมีโมรีเซพเตอร์ ทริกเกอร์โซน (Chemoreceptor trigger zone) แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน ยาที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงมาก ได้แก่ Cisplatin, Dacarbazine, Dactinomycin เป็นต้น จะทำให้เกิดอาการได้ภายใน 4 – 8 ชั่วโมงหลังได้รับยา แต่ยาส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการภายใน 1 – 2 ชั่วโมงหลังได้รับ และอาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการก่อนได้รับยาเคมีบำบัดที่เรียกว่า อาการคลื่นไส้จากการคาดคะเน (Anticipatory nausea/vomiting) เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีบำบัดผ่านระบบประสาทรับความรู้สึก เช่น การเห็น การได้กลิ่น และความวิตกกังวล

1.2 เบื่ออาหาร (Anorexia) เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ความอยากรับประทานอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายไปภายใน 2 – 6 สัปดาห์ หลังจากได้รับยา หรืออาจเกิดจากความก้าวหน้าของโรค ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการขาดอาหาร ร่างกายอ่อนแอภูมิคุ้มกันต่ำลง ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาได้

1.3 เยื่อช่องปากอักเสบ (Stomatitis) เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเยื่อช่องปาก ทำให้การสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) สำหรับเซลล์ใหม่ลดลง เซลล์เก่าหลุดลอกไปตามอายุไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทน เกิดเป็นแผลขึ้นมีอาการปากแห้งร่วมกับผลของยาที่กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำเกิดมีเลือดออกและการติดเชื้อในช่องปาก เยื่อช่องปากมีความไวต่อความร้อนหรือความเย็นของอาหาร ปวดแสบร้อนในปาก รับประทานอาหารได้ลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นหลังได้รับยา 5 – 7 วัน อาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเมื่อยาหมดฤทธิ์

1.4 เยื่อหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) จากผลของยาเคมีบำบัดต่อเซลล์เยื่อหลอดอาหาร ทำให้เกิดอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก

1.5 ท้องเสียจากยาระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินอาหาร (Diarrhea) ทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารลดลง เกิดอาการท้องเสีย นอกจากนี้อาจเกิดจากความวิตกกังวล หรือความเครียด อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราวและจะดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยา หรือเมื่อเยื่อบุทางเดินอาหารเจริญขึ้นมาทดแทน อาการท้องเสียที่รุนแรง ทำให้เกิดการขาดน้ำ เสียสมดุลของเกลือแร่ และอาจทำให้เกิดภาวะการขาดอาหารร่วมด้วย

1.6 ท้องผูก เกิดจากยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะกลุ่ม Vinca alkaloid ซึ่งมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนี้อาจเกิดจากความอ่อนเพลีย การขาดน้ำ การได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลซึมเศร้า อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและดีขึ้นภายหลังได้ยา 1 สัปดาห์

2. ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ทำให้เกิด

2.1 ภูมิคุ้มกันโรคต่ำจากการที่ไขกระดูกสร้างเม็ดขาวลดลง ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา 7 – 14 วันแล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นภายใน 2 – 3 สัปดาห์

2.2 โลหิตจาง อ่อนเพลียไม่มีแรงจากภาวะเม็ดเลือดแดงลดลงจะเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 7 วัน และจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การดูแลตนเอง และทำให้เกิดความทุกข์ ซึมเศร้า ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

2.3 ภาวะเลือดออกง่าย จากการที่ยาเคมีบำบัดมีผลต่อเกล็ดเลือด ทำให้เกล็ดเลือดต่ำ อาการจะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังได้ยาเคมีบำบัด ถ้าจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรจะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายและหยุดยาก หากได้รับการกระทบหรือบาดเจ็บทางผิวหนัง และถ้าต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้มีเลือดออกได้เอง

3. ผิวหนัง ผอม และขน โดยยาเคมีบำบัดทำให้เกิด

3.1 ผิวหนังแห้ง และคัน ผิวคล้ำดำ และมีความไวต่อแสงแดด มีผื่น สิว และการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ จากผลของยาเคมีบำบัดบางชนิด ได้แก่ Adriamycin , Bleomycin , Busulfan และ Cyclophosphamide

3.2 ผอมและขนร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อรากผมและขน ทำให้ผมและขนร่วงง่าย มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก แต่อาการนี้จะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 2 – 3 สัปดาห์หลังได้รับยาและผมจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 1 เดือน หลังหยุดยาแล้ว

4. ปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ (Soft tissue reaction) ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด บางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อไม่รุนแรงเพียงทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ แต่บางชนิดมีผลต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมาก จนทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด ได้แก่ Adriamycin , Mytomicin , Vincristin และ Vinblastin

5. ไต และระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะ Cisplatin เป็นพิษต่อไต อาการพิษขึ้นอยู่กับขนาดของยา จำนวนครั้งที่ได้รับยา และการได้รับน้ำไม่เพียงพอ นอกจากนี้อาจเกิดจากเซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายด้วยยา ทำให้เกิดการตกตะกอนในเลือดสูง กรดยูริกที่สูงขึ้นจะตกผลึกในท่อไตทำให้เกิดไตวายได้

6. ระบบประสาท และกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว และทำให้สูญเสียการได้ยินในช่วงคลื่นความถี่สูงจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ถูกรบกวนด้วยยาซิสพลาตินขนาดสูงๆ นอกจากนี้ยังมียาเคมีบำบัดบางชนิดที่ทำให้เกิดอาการ ชี้นิ้วเท้า และอาการทางจิตประสาทได้

7. พิษต่ออวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย พบได้น้อยขึ้นอยู่กับยาเคมีบำบัดบางชนิด ปริมาณ ยาสะสมในร่างกาย และปฏิกิริยาความไวของร่างกายต่อยา อวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากเคมีบำบัด เช่น

7.1 ระบบหัวใจ อาจเกิดภาวะหัวใจวายได้ โดยเฉพาะจากการใช้ยา อเตรีน มัยซิน หรือดอโนมัยซิน ขนาดสูงและสะสมในร่างกายมากกว่า 400 mg/m^2 ความดันเลือดสูงจากการใช้ยา กลุ่ม สเตียรอยด์ เป็นเวลานาน

7.2 ปอด มีโอกาสเกิดพังพืด (Fibrosis) ปอดอักเสบ (Pulmonary edema) หรือปอดบวมน้ำ (Pneumonitis) จากการใช้ยา Bleomycin , Bulsulfan , Methotrexate และ Cyclophosphamide

7.3 ตับอ่อนอักเสบ พบในรายที่ได้ยา L – asparaginase

7.4 ตับแข็ง ตับวายจากการใช้ยา Methotrexate , Ara – C และ L - asparaginase

7.5 อวัยวะสืบพันธุ์มีโอกาสเป็นหมัน จากการใช้ยาในวัยเด็กเป็นเวลานานมีผล ทำให้ไม่มีการสร้างอสุจิในเพศชาย และเกิดความผิดปกติต่อรังไข่และมดลูกในเพศหญิง ทำให้มีประจำเดือนน้อยเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกาย เมื่อใช้ยาสะสมเป็นเวลานาน

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ชี้นิ้วเท้า วิตกกังวล หวาดกลัว โดยเฉพาะเด็กเล็กที่ต้องเจาะเลือด ให้สารละลาย หรือยาทางหลอดเลือดดำ และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เกิดความไม่สุขสบายในด้านต่างๆ มีปัญหาเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์ กระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มุ่งควบคุม เซลล์มะเร็งให้มากที่สุดและมีผลต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด ส่งผลให้เด็กมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เด็กป่วยและผู้ดูแลมีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางการดูแลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป ดังนี้

1. ดูแลให้ได้รับปริมาณอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทำให้ร่างกายแข็งแรงช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายไประหว่างได้ยาเคมีบำบัด รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้ลดลงมากเกินไป และเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายทนต่อยาเคมีบำบัดมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตของร่างกาย เด็กป่วยต้องการอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม โดยต้องการแคลอรีเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของแคลอรี ที่ต้องได้รับทั้งหมด ตลอดจน

วิตามินและแร่ธาตุครบถ้วน ผู้ดูแลต้องรู้จักเลือกใช้วิธีการ เพื่อที่จะให้เด็กได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและครบถ้วน จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมสด น้ำหวาน โอวัลติน ผลไม้ ฯลฯ ไม่ให้เด็กรับประทานขนมหรือของว่างก่อนมื้ออาหาร 1 / 2 -1 ชั่วโมงเพราะจะทำให้อิ่มและไม่สามารถรับประทานตามมื้ออาหารได้ นอกจากนี้ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด อาจต้องปรับเปลี่ยนเวลารับประทานอาหาร จัดให้เด็กรับประทานอาหารหลายๆก่อนได้รับยา 2- 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้อาหารอ่อนๆเบาๆ ครั้งละน้อยและบ่อยๆ ประมาณ 5 - 6 ครั้งต่อวันเป็นอย่างน้อย สอนเด็กให้เคี้ยวอาหารช้าๆ และรับประทานอาหารแข็งก่อนรับประทานอาหารเหลว หรือน้ำจะทำให้ทนต่อการอาเจียนและรับประทานอาหารได้มากขึ้นดูแลปากฟันให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อช่วยให้การรับรสดีขึ้น นอกจากนี้ในช่วงที่ได้ยา Prednisolone เด็กจะหิวบ่อยรับประทานจุ ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นรวดเร็ว จากที่มีการคั่งน้ำและเกลือเพิ่มมากขึ้น ต้องปรับเปลี่ยนชนิดอาหาร ลดอาหารเค็ม หรือเลือกชนิดที่มีโซเดียมน้อย บางรายต้องจำกัดมื้ออาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มเร็วเกินไป ทำให้อ้วนอึดอัด

2. ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละวัน เพราะน้ำจะช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกายทำให้เซลล์ร่างกายสดชื่น ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ป้องกันการเกิดแผล โดยเฉพาะแผลในปาก ช่วยบรรเทาท้องผูก ป้องกันการสะสมของกรดยูริกตกผลึกในท่อไต ช่วยให้งานการทำงานของท่อไตเป็นปกติ ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับปริมาณน้ำดื่มเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมกับอายุ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในวันแรกๆ ของการได้ยาเคมีบำบัดต้องได้รับเพิ่มมากกว่าปกติ ปรับเปลี่ยนชนิดของเครื่องดื่มตามความชอบ และควรเป็นเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำผลไม้ นม เป็นต้น

3. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดทำที่สบาย โดยเฉพาะขณะได้ยาทางหลอดเลือดดำ แขนหรืออวัยวะที่กำลังให้ยา ควรพยุงหรือประคบประครองให้เหมาะสมหากจำเป็นต้องรัดตรึง (Restraint) ต้องพิจารณาให้เหมาะสมในรายที่จำเป็นเท่านั้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเด็ก มีการตรวจสอบอยู่เสมอ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีความปลอดภัย อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้เด็กมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม ไม่ขัดต่อการรักษาและสภาพร่างกาย เช่นเดียวกับการพักผ่อนที่บ้านต้องให้เด็กนอนพักทั้งกลางวัน กลางคืน และปรับกิจกรรมการเล่นให้เหมาะสม

4. ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ อย่างน้อยควรถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง หลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะต้องทำความสะอาดด้วยสบู่อ่อนและน้ำสะอาด ขับให้แห้งอย่างนุ่มนวลสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด สีเข้ม ถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็งต้องใช้แรงเบ่งมาก ไม่ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาหลายวัน ฯลฯปรึกษาแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

5. ป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำหรือผิวหนังบริเวณให้ยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะขณะได้ยา เด็กป่วยอาจมีกิจกรรมเคลื่อนไหว พลิกตะแคงตัวบ่อย ทำให้เข็มเลื่อนหลุดได้ง่าย ดังนั้นต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจ บางรายจำเป็นต้องรัดตรึง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม

แดง ร้อน เข้มเหลือนหลุดบริเวณผิวหนังที่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และขอความช่วยเหลือได้ทันทีที่เกิดอาการดังกล่าว เมื่อกลับบ้าน ต้องสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด

6. ป้องกันและ/หรือบรรเทาอาการข้างเคียงและความไม่สบายจากเคมีบำบัดดังนี้

6.1 คลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียนมักจะเกิดใน 2-6 ชั่วโมง อย่างช้าไม่เกิน 48 ชั่วโมงหลังได้ยาทางเส้นเลือด และ 8-12 ชั่วโมงหลังได้ยารับประทาน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยา และอาการจะหายไปภายใน 1-2 สัปดาห์หลังหยุดยา สำหรับยาที่ได้รับยาทุกสัปดาห์อาการจะเป็นอยู่ภายใน 6-24 ชั่วโมง โดยเฉพาะเด็กป่วยจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของเด็กเกี่ยวกับการได้ยา ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน นามาก่อนให้ยาได้ สำหรับอาการเบื่ออาหารจะเป็นอยู่หลายวัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมรับรส และผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดอาการขาดอาหารขาดน้ำเสียสมดุลของเกลือแร่และอิเล็กโตรไลต์ มีอาการอ่อนเพลียทำให้ความทนต่อยาของร่างกายลดลง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ดังนั้นจึงควรได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม คือจัดอาหารให้รับประทานทีละน้อย เพิ่มมื้ออาหารให้บ่อยขึ้น เลือกชนิดอาหารที่มีคุณค่าและแคลอรีสูง ให้รับประทานอาหารโดยเคี้ยวช้าๆ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำขณะรับประทานอาหาร เพื่อไม่ให้กระเพาะอาหารแน่นเกินไป งดเว้นอาหารที่มีกลิ่นฉุนหรือร้อนเกินไป อาหารหวานจัด อาหารทอดหรืออาหารมันมากๆ หลังรับประทานอาหารควรให้นอนพักในท่าศีรษะสูง และจัดอาหารเสริมในช่วงกลางคืน เช่น นม น้ำผลไม้ ซุป ทำความสะอาดปาก ฟัน หลังรับประทานอาหารด้วยน้ำอุ่นทุกครั้ง จัดให้มีกิจกรรมการเล่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หากเด็กมีอาเจียนมาก ให้รับประทานน้ำเพิ่มมากขึ้นเพื่อป้องกันอาการขาดน้ำ สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน รับประทานยาไม่ได้ อ่อนเพลียมาก น้ำหนักตัวลดลงมากเกินไป ให้รีบขอความช่วยเหลือ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาแก้อาเจียน หรือให้อาหารวิธีอื่นร่วมด้วย

6.2 การอักเสบของเยื่อช่องปาก จะเกิดขึ้นภายใน 5 – 14 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัดและจะเป็นอยู่ประมาณ 10 วัน บางรายมีความไวต่อยาจะมีอาการใน 2 – 3 วันหลังได้ยา ส่งผลให้รับประทานอาหารลำบาก เกิดการติดเชื้อง่าย และมีเลือดออกง่ายในรายที่เกล็ดเลือดต่ำ ควรทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ดื่มน้ำเพิ่มมากขึ้น บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำอุ่นทุก 2-3 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปาก ช่องปาก การระคายเคืองต่างๆ ใช้วาสลีนหรือครีมทาริมฝีปากบ่อยๆ เพิ่มความชุ่มชื้นให้ริมฝีปาก ปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว ถ้าเจ็บปากมากให้อมบ้วนปากด้วยยาชา (Viscous xylocaine) ก่อนรับประทานอาหาร ถ้ามีอาการติดเชื้อหรือมีอาการอักเสบของเยื่อช่องปากมาก ทำความสะอาดช่องปากด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือด้วยความนุ่มนวล บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง บางรายอาจได้ยาอมบ้วนปากเพื่อฆ่าเชื้อ หรือยารับประทานร่วมด้วย

6.3 ซีด อ่อนเพลีย จากผลของเม็ดเลือดแดงต่ำ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลในการรบกวนการสร้างเม็ดเลือด ทำให้มีอาการปวดศีรษะ มึนงง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น จัดอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ดับ ผัก ผลไม้ การพักผ่อนมากๆ เพิ่มการนอนพักในตอนกลางวัน วันละ 2 – 3 ชั่วโมง ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย งดการเล่นที่ใช้แรง ให้นอนพักผ่อนบนเตียง เพื่อสงวนพลังงานไว้ใช้ในกิจกรรมที่สำคัญหากมีอาการอ่อนเพลียมาก หรืออาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ เหนื่อยง่าย หายใจถี่ เหนื่อยหอบ รับประทานความช่วยเหลือหรือนำเด็กมาโรงพยาบาลโดยทันที

6.4 การติดเชื้อ เป็นผลจากเม็ดเลือดขาวลดลงต่ำลงเพราะไขกระดูกถูกกดจากยาเคมีบำบัด ระยะเวลาที่เม็ดเลือดขาวลดลงมักเกิดภายในวันที่ 7 – 10 หลังได้ยา และลดลงต่ำสุดในวันที่ 14 หลังได้ยา หลังจากนั้นไขกระดูกจะค่อยๆ ฟื้นตัวภายใน 21 – 28 วัน ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยา รวมทั้งความไวต่อยาของร่างกาย ดังนั้นต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) คือ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล ลดต่ำกว่า 2500 cell/mm^3 จะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ต้องดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน ผิวหนัง ตัดเล็บให้สั้น ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายทุกครั้ง รักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชน หรือสถานที่ที่มีการระบาดของเชื้อหวัด หัด ถ้าเม็ดเลือดต่ำกว่า 500 cell/mm^3 ควรได้รับการแยกและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และมีการป้องกันการติดเชื้ออย่างเพียงพอ เมื่อเด็กป่วยมีไข้สูงขึ้นเกินกว่า 38.6°C หรือ 101.5°F ต้องรีบค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อโดยเร็ว เพราะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ ติดเชื้อรุนแรง (Sepsis) อาจเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง นอกจากนี้สำหรับการฉีดวัคซีนในรายที่เม็ดเลือดขาวต่ำอาจต้องงดไว้ก่อน โดยเฉพาะวัคซีนชนิดที่มีชีวิต เช่น โปลิโอ หัด เพราะจะทำให้เกิดโรคที่รุนแรงลุกลามแพร่กระจายไปยังสมองและปอด เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบและปอดบวม เป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ควรพิจารณาให้ยาหลังจากการหยุดยาเคมีบำบัดไปแล้ว 6-12 เดือน ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์ ผู้ดูแลควรสอนให้เด็กรู้จักล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำ สังเกตค้นหาถ้ามีอาการแสดงการติดเชื้อได้แก่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปากเป็นแผลมีจุดขาว ลิ้นเป็นฝ้าหรือมีกร่อนอักเสบมากขึ้น ปัสสาวะลำบากแสบขัด ปวดท้อง ถ่ายเหลวรุนแรง เกิดแผลหรือมีอาการอักเสบของผิวหนังต้องแจ้งให้ทราบทันที นอกจากนี้ ผู้ดูแลและเด็กโตต้องเรียนรู้ความสำคัญของเม็ดเลือดขาว และปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

6.5 เลือดออกง่าย จากปริมาณเกล็ดเลือดลดลงต่ำลง เป็นผลจากยาเคมีบำบัดไปกดการสร้างเกล็ดเลือดที่ไขกระดูกทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) คือมีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า $100,000 \text{ cell/mm}^3$ มีโอกาสเสี่ยงต่อเลือดออกง่ายเมื่อเกิดบาดแผล ถ้าเกล็ดเลือดลดต่ำกว่า $50,000 \text{ cell/mm}^3$ จะทำให้เลือดหยุดยาก มีเลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน รวมทั้งเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ที่ได้รับการกระทบได้ง่าย เช่น มีจ้ำหรือรอยช้ำ

ตามตัว จุดแดงๆ (Petichiae) ตามผิวหนัง ดังนั้นการดูแลต้องกระทำเพื่อป้องกันการเกิดการกระทบกระแทกที่ทำให้เกิดบาดแผลได้ เช่น ทำความสะอาดปากฟัน ด้วยแปรงขนนุ่มชนิดพิเศษ หรือใช้ไม้ฟันสาลี ชุบน้ำเกลือเช็ดฟัน อย่างนุ่มนวลเบามือ ระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก รับประทานอาหารชนิดอ่อนย่อยง่าย หากเกิดบาดแผลมีเลือดออกให้ใช้ผ้าสะอาดกดบาดแผลไว้ นานๆ หากเลือดไม่หยุดให้ปรึกษาแพทย์ ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า $20,000 \text{ cell/mm}^3$ จะมีเลือดออกได้เอง ต้องระวังเลือดออกในร่างกาย เช่น เลือดออกในสมอง ในระบบทางเดินอาหาร อาเจียนหรืออุจจาระเป็นเลือด เลือดกำเดา หรือเลือดออกตามไรฟันไหลไม่หยุด จะต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด งดกิจกรรมทุกชนิด งดให้ยาเคมีบำบัด ต้องนอนพักในโรงพยาบาล และบางรายอาจได้เกล็ดเลือดทดแทน ผู้ดูแลและเด็กโตต้องเรียนรู้ความสำคัญของเกล็ดเลือดติดตามผลการตรวจนับเกล็ดเลือด เพื่อการปฏิบัติดูแลได้ถูกต้อง โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

6.6 ท้องเสีย จากผลของยาเคมีบำบัดบางชนิด ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ การดูดซึมที่ผนังลำไส้เสียไป และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายหากมีเม็ดเลือดขาวต่ำในช่วงที่ได้ยาเคมีบำบัดต้องปรับชนิดอาหารให้เหมาะสม รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายไม่มีกากหรือมีเส้นใยน้อย อาหารที่จัดให้ต้องสุกสะอาด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เมื่อเกิดอาการแล้วต้องรับประทานอาหารบางประเภทชั่วคราว เช่น นม ผลิตภัณฑ์จากนม ถั่วต่างๆ ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มให้มากขึ้น เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ สังเกตจำนวน ลักษณะความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ผีเย็บ และทวารหนัก ทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ และขับให้แห้งอย่างนุ่มนวล สำหรับรายที่มีแผลหรือเป็นผื่นแดงบริเวณผิวหนังรอบทวารหนัก ให้แช่กันด้วยน้ำอุ่นผสมยาฆ่าเชื้อ เช็ดให้แห้งทาทายาและป้องกันไม่ให้เกิดความอับชื้น

6.7 ท้องผูกจากผลของยาเคมีบำบัดกลุ่ม Vinca alkaloids มีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง อาการจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์หลังหยุดยา ในขณะที่มีอาการท้องผูกรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำ น้ำผลไม้ ให้เด็กมีการเคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถ เพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น หลีกเลี่ยง การสวนอุจจาระ และบางครั้งอาจต้องให้ยาระบายสังเกตผลบริเวณทวารหนัก อาจเกิดเลือดออกได้ ดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และทวารหนักทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ

6.8 อ่อนเพลียไม่มีแรง สาเหตุจากภาวะช็อค รับประทานอาหารไม่ได้ และมีการสะสมของเสียจากการแตกทำลายของเซลล์มะเร็ง อาการจะเริ่มภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้ยาเคมีบำบัดชุดแรก จะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อหยุดยาและร่างกายได้รับอาหารเพียงพอ บางรายอาการจะคงอยู่ตลอดระยะเวลาของการรักษาขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย ชนิด ความแรงของยา

ความถี่ของการให้ยาเคมีบำบัด และระยะของโรค ควรดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและดื่มน้ำมากๆ

6.9 ผิวหนังแห้ง เป็นผื่นคัน ไวต่อแสงแดดทำให้ผิวคล้ำ ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ทาครีมหรือโลชั่นให้ผิวหนังชุ่มชื้นทุกครั้งหลังอาบน้ำ ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด หากจำเป็นต้องสวมเสื้อผ้ามิดชิดเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยากับแสงทำให้ผิวคล้ำได้

6.10 ผมร่วง เนื่องจากยามีผลทำลายรูขุมขน ทำให้รากผมอ่อนแอ ผมร่วงง่าย ควรอธิบายให้เด็กทราบว่า อาการเกิดขึ้นได้จากพิษของยา ภายหลังได้ยาชุดแรกประมาณ 1-2 สัปดาห์ และคงอยู่ประมาณ 1 เดือน อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราว เมื่อหยุดยาแล้วผมจะงอกใหม่ภายใน 1 เดือนต่อมา โดยผมที่ขึ้นใหม่จะมีความอ่อนนุ่มสีอ่อนกว่าเดิม การดูแลเพื่อบรรเทาผมร่วงโดยการตัดให้สั้น ไม่สระผมบ่อยเกินไป ใช้แชมพูอ่อนหรือสบู่อ่อนสระผม ไม่เกาหนังศีรษะแรงๆ เวลาหวีผมใช้แปรงขนอ่อนๆ หวีด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด แนะนำให้สวมหมวก ใช้ผ้าโพกผม หรือสวมวิกชั่วคราว และให้ความมั่นใจกับเด็กว่าอาการจะเป็นชั่วคราว เมื่อหยุดยาผมจะขึ้นเหมือนเดิม บางรายขณะให้ยาเคมีบำบัด อาจใช้ยางยืด (Scalp touniquet) รัดรอบศีรษะตามแนวชายผม เพื่อลดการไหลเวียนเลือดเป็นการลดความเข้มข้นของยาที่บริเวณหนังศีรษะ โดยรัดนาน 10-15 นาทีภายหลังการฉีดยา สำหรับรายที่หนังศีรษะแห้ง มีสะเก็ดหรือเกิดผดผื่นให้ใช้น้ำมันมะกอกทา เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นและงอกสวมวิกชั่วคราว

6.11 พิษต่ออวัยวะหลายระบบในร่างกาย เป็นผลมาจากเคมีบำบัดชนิดที่แตกต่างกัน พบได้น้อย และพบขณะได้ยาหรือ 2-3 วันแรกหลังจากได้ยาชุดนั้นๆ ครบ มักเกิดในกรณีให้ยาดูดต่อกันขนาดสูง ต้องการการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในขณะที่ได้รับยาและภายหลังได้ยาช่วงแรก อาการบางอย่างอาจเกิดขึ้นภายหลังได้ยาเป็นเวลานาน ต้องเรียนรู้ไว้เพื่อสังเกตและปฏิบัติดูแลได้ถูกต้อง ดังนี้

6.11.1 ดับถูกทำลาย สังเกตอาการตัวเหลือง อ่อนเพลีย เจ็บชายโครงหรือแน่นท้องข้างขวา ให้การดูแลแบบประคับประคอง เช่น นอนศีรษะสูง เพื่อให้หายใจสะดวกขึ้น โดยเฉพาะกรณีตับโต

6.11.2 พิษต่อหัวใจ ตรวจนับชีพจรทุก 4-6 ชั่วโมง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สังเกตอาการผิดปกติของการเต้นของหัวใจ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ และขอความช่วยเหลือได้ทันที

6.11.3 พิษต่อไต ทำให้ไตวายทันทีหลังจากให้ยาเคมีบำบัด ควรดื่มน้ำมากๆ และบางรายต้องรับประทานยาบางชนิดเสริม เพื่อปรับสภาพความเป็นกรดด่างของน้ำปัสสาวะ ป้องกันการตกตะกอนของยาทำให้ไตถูกทำลายได้ ดังนั้นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และติดตามผลการตรวจความเป็นกรดด่างของน้ำปัสสาวะ ขณะให้ยาเคมีบำบัด

6.11.4 พืชต่อปอด จากปฏิกิริยาภูมิไวเกินและพืชต่อปอดโดยตรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และหายใจลึกๆ ทุกๆ 2-3 ชั่วโมง ในรายที่นอนพักบนเตียง ให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยตรงพลิกตัวเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจขัด หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว ไอ เป็นต้น และขอความช่วยเหลือได้ทันที

6.11.5 พืชต่อระบบประสาท ประเมินอาการทางระบบประสาทวันละครั้ง สังเกตอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย แขนขา และข้อ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะในรายที่เกล็ดเลือดต่ำ ต้องนอนพักบนเตียง

6.11.6 พืชต่ออวัยวะสืบพันธุ์ ในรายที่ได้ยามานานเข้าสู่วัยรุ่น อธิบายให้ผู้ดูแลและเด็กป่วยเข้าใจถึงพิษของยา อาจทำให้ไม่มีประจำเดือน หรือลดการผลิตสเปิร์มในเพศชาย มีโอกาสเป็นหมันได้

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย จะเกิดขึ้นตามชนิดของยาเคมีบำบัด อาการจะเร็วจะช้าต่างกัน ยาบางชนิดอาจมีอาการปฏิกิริยาภูมิไวเกินเกิดขึ้นหลังฉีดยาทันทีทันใด และบางชนิดอาจต้องใช้เวลายาวนาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลและเด็กป่วยต้องเรียนรู้และเข้าใจ รู้จักสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อขอความช่วยเหลือและปฏิบัติตามดูแลตนเองได้ถูกต้อง

7. ป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคเอง (พบได้บ่อยในมะเร็งเกี่ยวกับระบบโลหิต โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาว)

7.1 ชีด เกิดจากไขกระดูกถูกแทนที่ด้วยตัวอ่อนเซลล์มะเร็ง ทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงไม่ได้ หรือได้เม็ดเลือดแดงชนิดไม่สมบูรณ์ การได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ไขกระดูกไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ นอกจากนี้ ยังเกิดจากการเสียเลือดในภาวะที่มีเกล็ดเลือดต่ำ ร่วมกับการติดเชื้อ อาการชีดเกิดเร็วมาก ในเด็ก หากค่าฮีโมโกลบิน(Hemoglobin,Hb)ในเลือดต่ำกว่า 11 g/dl จะถือว่าเกิดภาวะเลือดจาง เมื่อฮีโมโกลบินลดต่ำน้อยลงกว่า 8 g/dl จะทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ชีดมาก เกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลมง่าย และมีความดันเลือดต่ำ ดังนั้นควรดูแลให้เด็กได้รับการพักผ่อนได้เต็มที่ งดกิจกรรมทุกชนิด รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง พยายามรักษาระดับฮีโมโกลบินในเลือดให้สูงกว่า 10 g/dl หากฮีโมโกลบิน ลดต่ำกว่า 8 g/dl อาจต้องนอนพักในโรงพยาบาล และควรได้เลือดทดแทน นอกจากนี้ การได้เลือดจะเป็นการกวดการสร้างเม็ดเลือดแดง ดังนั้นเม็ดเลือดที่สร้างขึ้นใหม่จะไปสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลเพิ่มขึ้นแทน ทำให้ร่างกายสามารถผ่านภาวะติดเชื้อไปได้ ผู้ดูแลและเด็กป่วยควรเรียนรู้ความสำคัญของค่าฮีโมโกลบิน และเม็ดเลือดแดง ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง รู้จักสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และขอความช่วยเหลือได้ทันที

7.2 เลือดออกง่าย จากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เป็นผลจากไขกระดูกสร้างไม่ดี เนื่องจากถูกแทนที่ด้วยตัวอ่อนเซลล์มะเร็ง และผลของยาเคมีบำบัด รวมทั้งยาบางชนิดที่ได้รับระหว่างการรักษาร่วมกัน ร่างกายใช้เกล็ดเลือดมากขึ้น มีการติดเชื้ และเกิดภาวะการเกิดลิ่มเลือดกระจายไปทั่วในหลอดเลือด (DIC) ทำให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง นอกจากนี้ภาวะดีไอซี เกิดจากผลของเซลล์มะเร็งกระจายไปยังตับ ทำให้ตับทำหน้าที่ผิดปกติ โดยเฉพาะในรายที่มีเม็ดเลือดขาวสูงกว่า $300,000 \text{ cell/mm}^3$ มักมีเลือดออกง่าย โดยที่จำนวนเกล็ดเลือดไม่ต่ำ ต้องระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญคือ เลือดออกในสมอง การดูแลต้องเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ การกระทบกระแทกต่างๆ ให้นอนพักผ่อนเตียง จำกัดกิจกรรม ฯลฯ การดูแล เช่นเดียวกับการดูแลเมื่อเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากผลของยาเคมีบำบัด

7.3 การติดเชื้อ จากเม็ดเลือดขาวต่ำ เนื่องจากไขกระดูกถูกแทนที่ด้วยเซลล์มะเร็ง และมีการเสื่อมของภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell mediated immune – response) ร่วมกับการสร้างแอนติบอดี (Antibody) และอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) ลดต่ำลงด้วย ทำให้กลไกการป้องกันการติดเชื้อของร่างกายทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ จากผลของเม็ดเลือดขาวต่ำและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียหายที่ ส่งผลให้ร่างกายไวต่อการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย การดูแลเน้นที่การระวังรักษาความสะอาดร่างกายเด็ก ร่วมกับการรักษาความสะอาดของสภาพแวดล้อมอย่างดี และในรายที่มีเม็ดเลือดขาวลดน้อยกว่า 500 cell/mm^3 ควรแยกเด็กป่วย และค้นหาการติดเชื้อให้ได้โดยเร็วที่สุด ให้ความสนใจและประเมินอาการผิดปกติอยู่เสมอ เมื่อพบมีไข้สูงเกิน 38.6°C รีบค้นหาการติดเชื้อโดยเร็ว เพื่อป้องกันการติดเชื้อรุนแรงที่อาจจะทำให้เสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงได้ บางรายอาจตรวจไม่พบเชื้อ จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดครอบคลุมเชื้อเพื่อป้องกันไว้ก่อน นอกจากนี้ในปัจจุบันมีการนำสารกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวแกรนูโลไซท์ (Granulocyte colony stimulating – factor, G-CSF) มาใช้กระตุ้นไขกระดูก ในรายที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 500 cell/mm^3 เพื่อกระตุ้นไขกระดูกให้ทำการสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น

7.4 อาการปวด เนื่องจากก้อนมะเร็งกดเบียดไปยังอวัยวะข้างเคียงหรือเซลล์มะเร็ง แพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น ปวดกระดูกและข้อ ปวดท้องจากก้อนในช่องท้อง แต่อาการปวดในเด็กจากมะเร็งจะพบน้อยกว่าในผู้ใหญ่ มักพบอาการปวดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น แผลในปาก ปวดศีรษะ หรือการหัตถการทำเจาะไขกระดูก เจาะหลังมากกว่า โดยเฉพาะหัตถการที่ใช้เข็ม จะทำให้เด็กเจ็บปวดมากที่สุด ในบางรายมีต่อมน้ำเหลือง โต บวมโต แต่ไม่มาก นอกจากนี้อาการปวดเกิดจากก้อน เช่น ก้อนมะเร็ง (Leukemic nodule) ที่เกิดขึ้นที่ใดก็ได้ ซึ่งก้อนเหล่านี้ไม่ยุบ บางครั้งต้องใช้รังสีรักษาหรือการผ่าตัดด้วย นอกจากนี้ก้อนจากเลือดออกทำให้เกิดอาการปวด หากกดทับเส้นประสาท เส้นเลือด น้ำเหลือง ทำให้หายใจไม่สะดวก อุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง การดูแลต้อง

11. การปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โดยการมาตรวจตามนัดหรือมารับยาตามกำหนดนัด รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง

12. เรียนรู้ที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ โดยหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น รายงานอาการผิดปกติดังกล่าวให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ หรือนำเด็กมาโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 269-272) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษานั้น นอกจากจะต้องให้การสนับสนุนและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคแล้ว จะต้องประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อการรับการรักษาด้วยวิธีนี้ เนื่องจากมีผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่มีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับรังสีรักษา เช่น เชื่อว่ารังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่หมดหวัง หรือเชื่อว่าการฉายรังสีจะทำให้ผิวหนังบริเวณที่ถูกฉายแสงไหม้เกรียม อวัยวะเกิดผิดปกติ และเป็นหมันรวม ทั้งเชื่อว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกระจายไปยังบริเวณอื่นบางรายเชื่อว่าเมื่อฉายรังสีแล้วตนเองจะเป็นแหล่งแพร่กระจายรังสีไปสู่บุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยบางรายมีความกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือฉายรังสีที่ใหญ่โต รวมทั้งความกลัวที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ภายในห้องฉายรังสีคนเดียว ดังนั้นการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับสิ่งที่ต้องประสบในระหว่างการฉายรังสี เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องคนเดียว วิธีการดูแลตนเองในระหว่างฉายรังสีและเมื่อมีอาการข้างเคียง ตลอดจนการมาติดตามผลการรักษาเป็นสิ่งจำเป็น และจากผลการวิจัยพบว่าการให้ข้อมูลและความรู้เหล่านี้ด้วยสไลด์เทปประกอบเสียงเป็นตอนๆ ตามความจำเป็นในแต่ละระยะของการฉายรังสีคือ ก่อนรับรังสี ในสัปดาห์ที่ 2 ของการรับรังสี และก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี ช่วยลดอัตราการสูญหาย ลดความรู้สึกไม่แน่นอน เพิ่มการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ทั้งในระหว่างรับรังสี และเมื่อมาติดตามผลการรักษา

ผลของรังสีจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. ความพร้อมในการร่วมมือสภาพร่างกาย ภาวะโภชนาการและอายุของผู้ป่วย
2. ลักษณะของมะเร็ง เช่น ความไวต่อรังสี ลักษณะของเซลล์ ระยะของโรค ตำแหน่งที่เป็น

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ความชำนาญความพร้อมของเครื่องมือ ก่อนที่จะรับรังสีผู้ป่วยต้องมีความสมบูรณ์ของร่างกายและอยู่ในภาวะที่ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ น้ำจะช่วยขับถ่ายเซลล์ที่ตายจากการรักษาออกไป ซึ่งจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหารหรือไข้ต่ำๆ ระหว่างรักษาได้รับอาหารครบถ้วนเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์พอ รวมทั้งสามารถควบคุมโรคอื่นๆ ที่ร่วมอยู่ด้วยได้ เช่น เบาหวาน วัณโรค เป็นต้น

รังสีรักษาทำให้มีการทำลายของเซลล์มะเร็งโดยอาศัยประจุรังสี(Ionizing radiation) ไปทำลาย ดีเอ็นเอ (DNA) เกิดการตายและการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและสรีระวิทยาของเซลล์ นอกจากนี้รังสียังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงอีกด้วยเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงตามมา ซึ่งอาการข้างเคียงนี้จะต่างกันตามความไวต่อรังสีของเนื้อเยื่อ และเซลล์แต่ละชนิด ผลของรังสีแบ่งออกเป็น ผลที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (Acute effect) และผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว (Late effect)

ผลที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี และการดูแลที่จำเป็นได้แก่

อาการโดยทั่วไป

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่รับรังสี ผิวหนังอาจมีลักษณะบวม แดงคล้ำ แห้งเป็นขุย หรือตกสะเก็ด คัน ผื่นหรือขนร่วงหลุด ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถควบคุมไม่ให้รุนแรงได้โดยดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ให้แห้งอยู่เสมอ ถ้าเปียกขึ้นให้ใช้ผ้านุ่มๆ ซับเบาๆ ไม่เช็ด ถู หรือเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังลอกหลุดและเป็นแผลได้ ไม่ใส่หรือทายาใดๆ โดยไม่ปรึกษารังสีแพทย์ เพราะอาจมีสารที่มีปฏิกิริยาต่อรังสี ควรสวมเสื้อผ้าที่นุ่มเพื่อป้องกันการถูกับผิวหนัง และควรเลี่ยงจากแสงแดด เพราะอาจเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วย ที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะสามารถสระผมได้ใน 1-2 สัปดาห์แรก แต่ต้องกระทำโดยแผ่วเบา ไม่เกาหรือขยี้ศีรษะ ปลอยให้ผมแห้งเอง ไม่ควรใช้ไอร้อนจากเครื่องเป่าผมหรือเซตจนแห้ง เมื่อหยุดรังสีแล้วยังต้องรักษาผิวน้ำให้แห้งอยู่เสมอจนกว่าผิวหนังจะกลับเป็นปกติ ผมหรือขนจะงอกมาใหม่ซึ่งอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนและสีอาจจางลง เส้นผมจะละเอียดขึ้น และหยิกกว่าเก่า

2. อาการอ่อนเพลีย มักจะพบในขณะรับรังสีเนื่องจากเบื่ออาหารรับประทานได้น้อย ประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายและขับเซลล์ที่ตายออกซึ่งเป็นอาการปกติเมื่อได้รับการฉายรังสี ไม่ได้เป็นอาการของโรคที่เลวลงอาการอ่อนเพลียนี้อาจเกิดจากภาวะซีดหรือเลือดจางจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ จึงต้องมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบเป็นครั้งคราว และอาจต้องให้เลือดถ้าเม็ดเลือดแดงลดลงกว่าเกณฑ์ปกติ อาการอ่อนเพลียลดลงได้เมื่อได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอและการรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเลือด เช่น ดับ เครื่องในสัตว์ พืชใบเขียว จะช่วยลดอาการซีดได้มาก

3. ความต้านทานโรคต่ำ เกิดจากรังสีทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอ และลดจำนวนลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย และมีไข้ต่ำๆ จึง ควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บุคคลที่มีการติดเชื้ออื่นๆ รักษาความสะอาดของสุขอนามัย และดื่มน้ำมากๆ ในบางรายอาจมีเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ จึงควรระวังอุบัติเหตุของมีคมบาด ผิวหนังถูกกระแทก

อาการเฉพาะที่

1. อาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ คอ และใบหน้า ต่อม้ำลายสร้างน้ำลายน้อยลง ปากแห้งมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรส

เช่น ชอบรสหวาน ไม่ชอบเนื้อสัตว์ รับประทานอาหารไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่พอที่จะนำไปช่วยซ่อมแซมและฟื้นตัวของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย หนักลงจึงควรรับประทานอาหารบ่อยครั้ง และเป็นอาหารอ่อนที่มีประโยชน์ กลืนง่าย ไม่ร้อน เช่น นม โจ๊ก ไข่ลวก เลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศ อาหารแห้งๆ อาการข้างเคียงนี้จะลดลงได้เมื่อมีการตรวจสุขภาพฟันก่อนรับรังสี และรักษาความสะอาดริมฝีปาก ช่องปาก ลิ้น เหงือกและฟันอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กขนอ่อนมากๆ ร่วมกับยาสีฟันที่รสไม่จัด และน้ำยาบ้วนปากที่สามารถเตรียมได้เองโดยใช้เกลือ $\frac{1}{2}$ ช้อนชาหรือโซดาไบคาร์บอเนต $\frac{1}{2}$ ช้อนชาผสมน้ำอุ่น 1 แก้ว (250 มิลลิเมตร) หรือใช้เกลือ 1 ช้อนชา และโซดาไบคาร์บอเนต 1 ช้อนโต๊ะผสมในน้ำอุ่น 1 ลิตรกลั้วคอบ่อยๆ เพื่อลดเชื้อราในช่องปาก ทำให้ปากชุ่มชื้นโดยจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ นอกจากนี้ในระยะยาวอาจเกิดอาการช่องปากแคบ ทำให้เคี้ยวอาหารหรือทำความสะอาดช่องปากลำบาก ซึ่งป้องกันอาการช่องปากแคบได้โดยคาบจุกคอร์กวันละหลายๆ ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 – 2 นาที หรืออ้าปากให้กว้างที่สุดวันละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที หรืออาจให้ทันตแพทย์ช่วยขยายช่องปากในกรณีที่ไม่สามารถอ้าปากด้วยตนเองได้

2. ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณกล่องเสียง และไฮโปฟาลังซ์ สัปดาห์ที่ 3 – 4 เสียงจะแหบมากขึ้นควรพักเสียง อาการก็จะหายไปเองหลังจากหยุดฉายรังสีไปแล้ว 2 – 3 สัปดาห์

3. ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณช่องท้อง

3.1 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย ที่เรียกว่าอาการแพ้แสง เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดจากผู้ป่วยได้รับรังสีบริเวณค่อนข้างกว้างในปริมาณมากพอสมควรและความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ได้รับรังสีรักษาโดยตรงด้วย ผู้ป่วยต้องพยายามรับประทานอาหารให้ได้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยรับประทานน้อยๆแต่บ่อยครั้ง ดื่มน้ำให้ได้มากกว่า 2000 มล. ต่อวัน เพราะน้ำจะช่วยขับของเสียจากเนื้อเยื่อที่ถูกรังสีทำลาย ช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆไปชุ่มชื้น ซึ่งจะทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรปรับรูปแบบอาหารให้ได้รับทั้งสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำส้ม นม นมถั่วเหลือง เป็นต้น หลีกเลี่ยงวางแผนแบ่งปริมาณน้ำดื่มที่จะดื่มต่อวันไว้อย่างชัดเจน ตรวจปริมาณน้ำดื่มให้ได้ครบทุกวันตลอดช่วงของการรับรังสีรักษา

3.2 อาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ในระยะเฉียบพลันจะเกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ถ่ายปัสสาวะบ่อยและขัด บางครั้งอาจมีเลือดปน อาการเหล่านี้มักเกิดในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 ของการรักษา ในระยะยาวอาจจะเกิดแผลในกระเพาะปัสสาวะหรือเกิดรูทะลุ กระเพาะปัสสาวะหดตัวทำให้มีขนาดเล็กลงเป็นเหตุให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย หรืออาจเกิดการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะจากพังผืด แล้วอาจเกิดไตวายร่วมกับภาวะยูรีเมียได้ในที่สุด การดูแลคือดื่มน้ำมากๆ

คอยสังเกตสี และปริมาณของปัสสาวะ ปรีกษาแพทย์เมื่อเกิดอาการปัสสาวะแสบขัดและรับประทานยาตามแผนการรักษา

3.3 อาการถ่ายอุจจาระปกติ เกิดจากมีการทำลายเยื่อบุภายในระบบทางเดินอาหารจากผลของรังสี จะมีอาการข้างเคียงแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อาการท้องเสีย อุจจาระเป็นเลือด ปวดเบ่งเวลาถ่าย ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้จะเกิดในระยะสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 ของการรักษาและจะหายได้เองภายหลังการรักษา สำหรับอาการในระยะยาวได้แก่ การมีรูทะลุ มีแผล หรือมีการตีบตันของลำไส้

3.4 อาการอักเสบของช่องคลอดและบริเวณใกล้เคียง ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณมดลูก ทำให้เกิดแผล มีเลือดและน้ำเหลืองไหลในระยะแรกๆ ต่อมาเมื่อมีเนื้อพังผืดงอกออกมาซ่อมแซม จะทำให้ช่องคลอดแคบลงหรือยึดติดกัน นอกจากนี้รังไข่ซึ่งเป็นอวัยวะหนึ่งก็จะหยุดทำงาน ทำให้ปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลง ประจำเดือนอาจหยุดและเป็นหมันได้ที่สุดในที่สุด รักษาความสะอาดที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษด้วยการล้างน้ำสะอาด หรือฟอกด้วยสบู่อ่อน แล้วซับให้แห้งอยู่เสมอ

ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่วนใหญ่แล้วจะหมดไปภายใน 4 - 6 สัปดาห์ หลังหยุดฉายรังสี เพราะเซลล์ของอวัยวะต่างๆ มีการซ่อมแซมตัวเอง และกลับทำงานได้ตามปกติ สำหรับผลของรังสีที่เกิดในระยะยาวจะตรวจพบใน 4 - 6 สัปดาห์ หรือเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้ว และอาจเป็นเฉพาะอวัยวะที่ฉายรังสีเท่านั้น เช่นถ้าฉายรังสีบริเวณตาอาจเป็นต้อกระจก

การช่วยเหลือผู้ป่วยในการบรรเทาความเจ็บปวด

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 272-274) ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องตระหนักถึงผลของความกลัวและความวิตกกังวลต่อการเพิ่มความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ต้องติดตามความรู้ในเรื่องยาและวิธีการใหม่ๆ ในการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย รวมทั้งการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเลือกวิธีการที่จะบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย เห็นทุกข์ยาก และความลำบากของผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

แนวทางในการลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดได้แก่

1. การสร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะเห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ม่กังวลใจต่อสักับโรคและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดย

1.1 ติดต่อนั้ให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ดูแลเื่ออาหารในความเจ็บปวดของเขา ถ้าผู้ป่วยรับรู้เช่นนี้ถึงแม้ว่าวิธีการลดความเจ็บปวดจะไม่ได้ลดความรู้สึกปวดแต่อย่างน้อยจะลด ความทรมาน จากความเจ็บปวดลง

1.2 เชื่อในความเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

1.3 ยอมรับพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อ และชนบททำเนียบประเพณี ไม่ควรวางหลักเกณฑ์ว่าผู้ป่วยควรจะแสดงออกอย่างไร เพราะผู้ป่วยที่เจ็บปวดมักจะวิตกกังวลและกลัวคนอื่นจะไม่ยอมรับอยู่แล้ว

1.4 เต็มใจที่จะรับฟังและช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของความเจ็บปวด สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวและกังวล บางครั้งผู้ป่วยอยู่ในสภาวะเศร้าและทุกข์โศกในความสูญเสียของตนเอง กลัวการสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเองจากความเจ็บปวด สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ควรชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์เครียดกับความเจ็บปวด ยอมรับความกลัวและกังวลของผู้ป่วยและสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจในตนเอง

1.5 เต็มใจที่จะอยู่กับผู้ป่วยแม้ว่าจะไม่สามารถช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมึนงงที่สุดในยามเจ็บปวดคือ ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความเจ็บปวดอยู่คนเดียว การที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยโดยไม่ต้องพูดทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ มีผลให้ลดความเจ็บปวดลงได้

2. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างมีระบบ เพื่อจะได้ตระหนักถึงปัญหาและหาวิธีแก้ไข การประเมินนั้นควรจะครอบคลุมทั้งความรู้สึก และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ประสิทธิภาพของยาและวิธีการที่ใช้ลดความเจ็บปวด และผลของความเจ็บปวดต่อกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น

3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรให้ยาก่อนที่ความเจ็บปวดจะเกิดขึ้น จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บปวดรุนแรงจนกระทั่งแก้ไขได้ลำบาก หรือการใช้วิธีอื่นๆ ป้องกันความเจ็บปวดได้ดีขึ้น

4. ส่งเสริมความสุขสบายโดยทั่วไปตั้งแต่ท่านอนที่ถูกต้อง สิ่งแวดล้อมที่สะอาด เงียบสงบ ที่นอนที่เรียบตึง และปากฟันที่สะอาด จะช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น

5. ให้รวมวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเชื่อว่าได้ผล ควรถามผู้ป่วยว่าเคยใช้วิธีใดได้ผลมาบ้าง เช่น การทำสมาธิ การนวดแผนโบราณ เป็นต้น ซึ่งสามารถใช้รวมกับยาแก้ปวดที่แพทย์ให้

6. ใช้พฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วย ในการตัดสินใจเลือกวิธีการลดความเจ็บปวด เช่น ถ้าผู้ป่วยปวดไม่รุนแรง แพทย์ อาจให้ยาแก้ปวด เช่น แอสไพรินหรือการนวด แต่ถ้าผู้ป่วยบอกว่าปวดรุนแรงอาจต้องใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น พวกอพอยด์ (opoid)

7. พิจารณาความสามารถความเต็มใจของผู้ป่วย ที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อ่อนเพลียเกินไป ได้ยากล่อมประสาทมากมีพยาธิสภาพของสมอง หรือผู้ป่วยเด็กไม่สามารถจะมีส่วนร่วมได้ แต่ผู้ป่วยบางรายการมีส่วนร่วมในการ

ดูแลตนเอง เช่น มียาแก้ปวดไว้รับประทานเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ จึงมีผลให้ใช้ยาแก้ปวดน้อยลง ลดความเจ็บปวดลงได้

8. ถ้าวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนใช้ไม่ได้ผลในครั้งแรก พยายามให้ผู้ป่วยใช้อีก 1 – 2 ครั้งก่อนจะยกเลิก แม้ว่าจะเป็นยาอมอร์ฟีนหรือการจินตนาการ เพราะความกังวล และขาดความเชื่อมั่น อาจทำให้วิธีการที่ใช้ไม่ได้ผลเต็มที่ ถ้าเป็นยาเช่น เมเพอริดีน (Meperidine) แพทย์อาจให้เพิ่มขนาด แต่ถ้าใช้ไป 2 – 3 ครั้งไม่ได้ผล แพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการ

9. ยอมรับวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้แล้วได้ผล แม้ว่าไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เช่น การเป่าน้ำมนต์ หรือทาน้ำมันปลุกเสก ถ้าไม่เกิดอันตรายไม่ควรขัดขวางผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาการเจ็บปวดที่ยุ่งยากสลับซับซ้อน ต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะต้องร่วมมือและปรึกษากันหรือซึ่งกันและกัน การมีคลินิกความเจ็บปวด โดยเฉพาะ จะช่วยผู้ป่วยได้มาก แม้ว่าบางครั้งอาจไม่สามารถลดความเจ็บปวดได้ แต่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่ามีบุคคลที่เขาพึ่งได้ ไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ให้เผชิญกับความเจ็บปวดคนเดียว การช่วยผู้ป่วยในการบรรเทาความเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยป้องกันความรู้สึกสิ้นหวัง สูญสิ้นพลัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรค และการรักษาต่างๆ ได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต หรือช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็ง

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 274-275) เนื่องจากอันตรายการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรค มะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การฟื้นฟูสภาพจึงมีบทบาทสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุด สามารถปรับตัวทางด้านจิตสังคมต่อความเปลี่ยนแปลงของวิถีทางดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากโรค การฟื้นฟูสภาพนั้นควรให้ออกาสแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางเป้าหมายในชีวิตที่มีความหมายและเป็นจริงได้ ด้วยความช่วยเหลือของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือในชุมชน การฟื้นฟูสภาพรวมทั้งกายภาพบำบัด อาชีพบำบัด การบำบัดด้วยอาหาร การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่มีเอ็นเทออสโตมีย์ (Enterostomy) การดัดอวัยวะต่างๆ เป็นต้น การสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจะต้องคำนึงถึงความรุนแรงของความพิการหรือการสูญเสียอวัยวะ ภาวะทางด้านอารมณ์ การรักษา และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ตลอดจนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยด้วย

การฟื้นฟูสภาพนั้นควรจะเริ่มทันทีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค และกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วยถูกกระทบจากโรคมะเร็ง การเริ่มในวันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะสายเกินไป กระบวนการเริ่มต้นด้วยการประเมิน ซึ่งจัดปัจจัยที่ควรจะนำมาพิจารณาได้แก่

1. พยาธิสภาพของโรคคงที่หรือโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ
2. ความบกพร่องทางด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และสามารถกลับคืนได้หรือไม่
3. ความเข้มแข็งของผู้ป่วย ทั้งแรงจูงใจภาวะอารมณ์ และความแข็งแรงทางร่างกาย
4. ระบบครอบครัวและการสนับสนุนช่วยเหลือ
5. แหล่งประโยชน์ทางการเงิน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

ปัจจุบันในประเทศไทยเริ่มมีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – help group) ในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ชมรมผู้ไร้กล่องเสียง ชมรมผู้ป่วยเปลี่ยนไต เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ดำเนินโดยกลุ่มผู้ป่วยเอง และมีแพทย์พยาบาลเป็นที่ปรึกษา ผู้ป่วยจะพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิธีการดูแลตนเอง ประสพการณ์ตลอดจนให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก ผู้ดูแลควรให้การสนับสนุน และกระตุ้นให้มีการจัดในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ด้วย เช่น กลุ่มที่มีเอ็นเทอร์อสโทมี ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองและพึ่งพากันเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ชีวิตของผู้ป่วยมีความหมายมากขึ้น

การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive care)

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 275-276) ในผู้ป่วยมะเร็งบางคนที่การรักษาต่างๆ ไม่สามารถจะควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ หรือผู้ป่วยเองอาจตัดสินใจหยุดรับการรักษาเพื่อหยุดยั้งการยืดชีวิตที่ทุกข์ทรมาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือครอบครัวของผู้ป่วยมีความลำบากใจที่จะยอมรับได้ ผู้ดูแลที่รู้จักผู้ป่วยดีและดูแลผู้ป่วยมาตลอดจึงควรทำหน้าที่เป็นปากเสียงให้ผู้ป่วยที่จะปกป้องสิทธิพื้นฐานในตัวของเขาเอง

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายลุกลามของโรคในระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจากเน้นการหยุดยั้งการกระจายของโรคและการยืดชีวิตของผู้ป่วยมาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัว และเผชิญกับความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นคน

การบรรเทาความเจ็บปวดมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนั้นควรให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ชอบ การควบคุมการติดเชื้อการดูแลความสุขสบายโดยทั่วไป รวมทั้งการสนับสนุนประคับประคองทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายที่บ้านผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ตั้งแต่การให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค การตรวจค้นพบโรคในระยะเริ่มต้น การช่วยเหลือ

ในระยะของการวินิจฉัย การช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญกับโรคและการรักษา การร่วมมือกับแพทย์ ในการรักษาโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทา อาการเจ็บปวด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากลักษณะและผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวค่อนข้างสลับซับซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยเดเกโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จึงควรได้พัฒนาความสามารถให้ทันกับความเจริญก้าวหน้า ทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา รวมทั้งจะต้องมีความเข้าใจถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม และ สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัวให้อดทน แก้อา และเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตเช่นนี้ได้ อย่างมีความลำบากน้อยที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และช่วยให้ผู้ป่วย ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีเมื่อถึงเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

งานวิจัยในต่างประเทศ

มาร์คแลนด์ และดักลาส (Markland & Douglas. 1976 : 168-169) ได้ศึกษาของค์ ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก ในมลรัฐมิสซูรี สหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า อายุ ขนาดของครอบครัว ระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนเชื้อชาติของพ่อแม่มีส่วนสัมพันธ์กับระดับการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก โดยเด็กที่มีบิดามารดาอายุ 30 ปีขึ้นไป จะได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์

มุขแลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp & Seyles. 1986 : 334-338) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในฮอปรัดเมนต์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

วาชพะยี่ และโกวิลลา (Vajpayee & Govila. 1987 : 261-262) ได้ศึกษาผลกระทบของ โครงสร้างของครอบครัว ขนาดของครอบครัว การอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่นที่มีต่ออัตราการตายของ เด็กช่วงอายุ 1 เดือนแรก ในประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของครอบครัวขยาย และการอยู่ร่วมกัน จำนวนคนที่ใช้ห้องนอนร่วมกับเด็กมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของเด็กช่วง อายุ 1 เดือนแรก

ไบเลย์ (Bailey. 1988 : 165-168) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของทารกและ เด็กอ่อนในชนบทของเมืองเซียร์รา ลีออน ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของมารดาเป็น ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราการตายของเด็กเกิดมีชีพ คือ เด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่มีการศึกษาหรือ ระดับการศึกษาต่ำ จะมีอัตราการตายสูงกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีระดับการศึกษาสูง เนื่องจาก

มารดาที่มีการศึกษาจะมีความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพ โภชนาการ สุขอนามัย การป้องกันและควบคุมโรค

พอชต์ลี (พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์. 2541 : 16 ; อ้างอิงจาก Pochedly. 1979) ได้ศึกษาเด็กอายุ 5-14 ปี จำนวน 18 คน ที่เป็นโรคมะเร็งทุกชนิด โดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ป่วย ผลการศึกษาพบว่า เด็กเหล่านี้มีความโน้มเอียงที่จะมีความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง และมีความคิดเพ้อฝันในทางลบ อาจเก็บกดหรือแยกตัวเอง แสดงให้เห็นว่า เด็กซ่อนหรือปกปิดความรู้สึกของตัวเองและแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบที่ยากต่อการอธิบาย

ดอร์ต (กฤษณา ครามแสง. 2539 : 38 ; อ้างอิงจาก Dodd. 1982 : 447-451) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมที่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำคือ การป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร ผอมร่วง และยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจำกัด และได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลน้อย

แครมเมอร์ (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร. 2538 : 47 ; อ้างอิงจาก Krammer. 1984) ได้ศึกษาผลกระทบของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีต่อพี่น้องที่ปกติในครอบครัว มีอายุอยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัว 2 แบบ คือ ผลในทางบวก และทางลบซึ่งเกิดจากแหล่งความเครียด 3 ประการ คือ พื้นฐานทางอารมณ์ที่มีอยู่เดิม การพลัดพรากจากครอบครัวที่สงบสุข และแผนการรักษาที่กระทำต่อผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้พี่น้องมีปฏิกิริยาต่อเด็กป่วยและบิดามารดา รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวน้อยลงด้วย

วอลเลซ และคนอื่นๆ (Wallace and others. 1987 : 30-35) ได้ศึกษาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่บิดา มารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยการร่วมมือระหว่างหน่วยงาน 6 แห่ง ที่เป็นศูนย์กลางการรักษาโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนและมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มมีความรู้ในเรื่องโรค การศึกษาและการปฏิบัติดูแลรวมทั้งมีเจตคติและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็กดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคู่มืออย่างเดียว มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการดูแลไม่แตกต่างจากกลุ่มแรกมากนัก

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

โดโนแวน และดิลลอน (วัลลภา สังฆโสภณ. 2537 : 22-23 ; อ้างอิงจาก Donovan & Dillion. 1990 : 150) ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดและลักษณะของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน (distressing) คิดเป็นร้อยละ 32 ของผู้ป่วยทั้งหมด

อิโรโมโด และดันแกน (กฤษณา ครามแสง. 2539 : 38 ; อ้างอิงจาก Hiromoto & Dungan. 1991 : 148-154) ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้ที่มีการตกลงร่วมกันเพื่อการดูแลตนเอง (Contract learning of self care) ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนการให้ยา ทำการประเมินความต้องการ การเรียนรู้ และตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความสนใจต้องการข้อมูล และเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และได้รับข้อมูลความรู้ตามต้องการ จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดี และพบว่า มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดน้อยและควบคุมได้ รวมทั้งมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ

เบซิงเจอร์ และคนอื่นๆ (กฤษณา ครามแสง. 2539 : 44-45 ; อ้างอิงจาก Baysinger and others. 1993 : 133-138) ได้ศึกษาการเตรียมเด็กเข้าสู่การรักษาโรคมะเร็ง ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา มุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด รวมทั้งเพื่อนๆ ในโรงเรียน ฯลฯ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่จัดช่วยให้เด็กและบุคคลต่างๆ เข้าใจ ปรับตัว เข้ากับโรคและการรักษาได้ดี นอกจากนี้เด็กและครอบครัวยังมีการดูแลที่ดีด้วย พร้อมกันนี้ได้เสนอแนะการปรับปรุงโปรแกรมและอุปกรณ์ต่างๆ ให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละวัยให้มากขึ้น

โคเฮน และคนอื่นๆ (วราภรณ์ หมื่นสา. 2540 : 35 ; อ้างอิงจาก Cohen and others. 1994 : 303) ได้ศึกษาตัวทำนายการปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ในครอบครัวที่มีระดับความผูกพันสูงและมีระดับการปรับตัวที่สูง มีผลให้เด็กมีระดับการปรับตัวที่สูงด้วย

ซาเลอร์ และคนอื่นๆ (วราภรณ์ หมื่นสา. 2540 : 22 ; อ้างอิงจาก Sahler and others. 1994 : 353) ได้ศึกษาวิจัยในโครงการร่วมจากหลายสถาบันเพื่อประเมินความถี่และความรุนแรงของความพร่องทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการได้รับการวินิจฉัยโรคนาน 6 เดือน ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ในระยะก่อนการวินิจฉัยโรค เด็กที่มีพี่น้องป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มเด็กที่ไม่มีพี่น้องป่วย แต่หลังจากการวินิจฉัยโรค เด็กที่มีพี่น้องป่วยมีปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 18% ในระดับที่มีปัญหาการปรับตัว

อิมมานส์ (Aymanns. 1995 : 107-124) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าการได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

สโนว์ดอน และเคน (กฤษณา ความแสง. 2539 : 45 ; อ้างอิงจาก Snowdon & Kane. 1995 : 425-428) ได้ศึกษาความต้องการของพ่อแม่ที่มีเด็กป่วยต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้านผลการศึกษาพบว่า พ่อแม่มีความต้องการ 2 ด้าน คือ ข้อมูลด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็ก ภาวะความเจ็บป่วยและปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และต้องการดูแลต่อเนื่องรวมทั้งวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย อีกด้านคือต้องการการสนับสนุนให้กำลังใจในด้านต่างๆ โดยเฉพาะความเครียดเกี่ยวกับเด็กที่ครอบครัวต้องเผชิญ

สโลเปอร์ และไวล์ (วราภรณ์ หมื่นสา. 2540 : 35-36 ; อ้างอิงจาก Sloper & While. 1996 : 597-603) ได้ศึกษาการปรับตัวทางจิตของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรค ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวทางจิตของเด็ก มีความสัมพันธ์กับระดับความแตกต่างในครอบครัว การรับรู้ถึงผลกระทบทางลบจากการเจ็บป่วยของเด็กต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ปัญหาด้านการเงินที่เนื่องมาจากการเจ็บป่วยของเด็ก ในครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์ และในกลุ่มที่มารดามีความไม่พึงพอใจในแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเองสูง

งานวิจัยในประเทศไทย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ คือ

บุศรา ใจชื้อกุล (2533 : 180) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่มีอายุ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตรแตกต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน

อารี ปุณณะตระกูล (2533 : 166-168) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มารับบริการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิลำเนาแตกต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรแตกต่างกัน

นันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 153-154) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โรงพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุ จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติด้านการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน

นิตยา ธนวิฑู (2535 : 163-164) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติเหตุและการเกิด ความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า การป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ระหว่างกลุ่มที่ป่วยมีอาการไม่รุนแรง และกลุ่มที่ป่วยมีอาการรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความรู้อะไร โรค เจตคติต่อการเกิดโรค การป้องกันการดูแลบุตร การปฏิบัติของมารดาในแง่การป้องกันโรค และการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย ระดับการศึกษาของมารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนบุตรของมารดา จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว

ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536 : 111) ได้ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

ผกาวรรณ จันทน์เพิ่ม (2537 : 164-165) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุ จำนวนบุตร แตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกัน

กรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 181) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ณ โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว และการได้รับข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกัน

ทรงพล ต่อนี้ (2539 : 108) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ที่มารับการตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และอาชีพต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกัน

กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี และมารดาที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ และจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาไม่แตกต่างกัน

ศิริธร ยิ่งแรงเริง (2541 : 131) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

สุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 131) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุ อาชีพ ลักษณะครอบครัว ลำดับที่การตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก และจำนวนครั้งที่ได้รับการให้คำปรึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารก และการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาที่มีระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านเจตคติ ต่อการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองแตกต่างกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

อุมาสมร หังสพฤกษ์ (2527 : 1-2) ได้ศึกษาสภาวะจิตสังคมและเศรษฐกิจของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและการปรับตัวทางอารมณ์ สังคมของผู้ปกครอง และทัศนคติของผู้ปกครองที่มีต่อการรักษาเป็นดังนี้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ของครอบครัวไม่แน่นอน แต่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนทำให้ครอบครัวมีหนี้สินต้องผ่อนชำระการป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กสร้างปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ แก่ผู้ปกครองอย่างมาก และการเจ็บป่วยของเด็กยังมีผลกระทบต่องานของผู้ปกครอง เศรษฐกิจของครอบครัว ในตัวเด็กเองก็ประสบปัญหาสุขภาพ และปัญหาการเรียนเนื่องจากต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่องยาวนาน

ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533 : 89) ได้ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก จะเห็นว่าการรับรู้โอกาสเกิดหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรสำคัญที่จะอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมสุขภาพ

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโพลาส ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระยะเวลาในการรักษา ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

วัลลภา สังฆโสภณ (2537 : ก-ข) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟังดนตรีลดลงมากกว่าไม่ได้รับการฟังดนตรี

ทัศนีย์ อรรถารส (2538 : ก) ได้ศึกษาผลของการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า เด็กโรคมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจิตใจมีความกลัวในการรับรังสีรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตามปกติ

ประดิษฐา สินสว่าง (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ผลการศึกษาพบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลบุตรดีกว่า และมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่ม

กฤษณา ครามแสง (2539 : ก) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร่องของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

จุฑากานต์ กิ่งเนตร (2539 : จ-ฉ) ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุก ในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

วราภรณ์ หมิ่นสา (2540 : ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมปรับตัวโดยรวมในระดับที่ไม่มีปัญหาร้อยละ 99.30 มีปัญหาระดับปานกลางร้อยละ 0.70 และเมื่อพิจารณาจำนวนของเด็กที่แสดงพฤติกรรมค่อนข้างน้อยและน้อยมากเป็นรายข้อและรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมในด้านความสัมพันธ์พี่พาระหว่างกัน และพบว่าพฤติกรรมปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วย จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ ลำดับที่เกิด ระยะของโรคมะเร็งและชนิดครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันและไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านช่วงห่างของอายุระหว่างเด็กกับพี่น้องที่ป่วย

เกศินี บุญยพัฒนางกุล (2541 : ง) ได้ศึกษาการรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.00 รับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดถูกต้องมาก ร้อยละ 50.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองถูกต้องมาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนรับรู้ไม่ถูกต้องในเรื่อง ผลของยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดแผลในปาก มีไข้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขณะเกิดอาการข้างเคียงของยา และพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมดูแลตนเอง

ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานเนื้อสัตว์ นม ผักและผลไม้ การดื่มน้ำ การระวังการติดเชื้อ การดูแลเมื่อเกิดแผลในปาก และคลื่นไส้อาเจียน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เพศของเด็ก และรายได้ของครอบครัว ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ลำดับที่เกิด ประสบการณ์การได้รับยาเคมีบำบัด ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา

พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์ (2541 : 92-94) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งกลุ่มเพื่อนและบุคคลในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้านประสิทธิภาพของร่างกายและจิตใจ เด็กส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตหยุดชะงักและล่าช้า ด้านอาการแสดงของโรค และการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยเด็กทุกคนหลังได้รับการรักษาจะมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อยจนบางครั้งต้องเข้าโรงพยาบาลก่อนกำหนดนัด ด้านความพึงพอใจในชีวิต ผู้ป่วยเด็กทุกคนรู้สึกลัวความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยเด็กรู้สึกซาบซึ้งต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า มีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่บุตรเข้ามารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประมาณเดือนละ 80 ราย ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 ซึ่งคาดว่าจะมีผู้มารับบริการทั้งสิ้นจำนวน 250 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่บุตรเข้ามารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 152 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสุ่มของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 : 607-610)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ลักษณะเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามตามตัวแปรอิสระที่จะศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการดูแล โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูกหรือผิด หรือไม่ทราบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อความที่สร้างขึ้นมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นบางส่วน ไม่จริงทั้งหมด ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา และแนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ในด้านลักษณะของโรค อุดบัติการณ์ สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การพยากรณ์โรค การรักษา และการดูแล จากหนังสือ แบบเรียน ตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ตอน คือ

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.2 แบบทดสอบวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จำนวน 54 ข้อ

3.3 แบบสอบถามวัดเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จำนวน 50 ข้อ

3.4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จำนวน 45 ข้อ

3.5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 46 ข้อ

4. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบ ที่สร้างขึ้นไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญา นิพนธ์ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง

5. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบ ที่ปรับปรุงแก้ไขพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัย แล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญา นิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง ในขั้นตอนนี้ ได้แบบสอบถามและแบบทดสอบ ดังนี้ คือ

5.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

5.2 แบบทดสอบวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จำนวน 40 ข้อ

5.3 แบบทดสอบวัดเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จำนวน 39 ข้อ

5.4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จำนวน 40 ข้อ

5.5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 30 ข้อ

6. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ในขั้นตอนนี้ ได้แบบสอบถามและแบบทดสอบ ดังนี้ แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามวัดเจตคติ จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามวัดการปฏิบัติ จำนวน 18 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบทดสอบตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ มีดังนี้ (ประกอบ กรรณสูต. 2529 : 77)

คะแนนร้อยละ 75 – 100 หมายถึง มีความรู้ระดับดี

คะแนนร้อยละ 51 – 74 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0 – 50 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบ ดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวก

เห็นด้วย	ได้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	1	คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	ได้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	3	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเจตคติ มีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีเจตคติในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีเจตคติในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีเจตคติในระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบ ดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวก

ปฏิบัติประจำ	ได้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้	0	คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ

ปฏิบัติประจำ	ได้	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้	2	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติ มีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง	การปฏิบัติดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง	การปฏิบัติพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	หมายถึง	การปฏิบัติต้องปรับปรุง

4. แบบสอบถามตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวก

จริงทั้งหมด	ได้	5	คะแนน
จริงเป็นบางส่วน	ได้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่จริงเป็นบางส่วน	ได้	2	คะแนน
ไม่จริงทั้งหมด	ได้	1	คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ

จริงทั้งหมด	ได้	1	คะแนน
จริงเป็นบางส่วน	ได้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่จริงเป็นบางส่วน	ได้	4	คะแนน
ไม่จริงทั้งหมด	ได้	5	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	3.68 – 5.00	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคิดค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ

IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มี IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามและแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try out)

2. การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) กระทำโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยที่ค่าคะแนนรายข้อจะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และคะแนนเป็น 0 ถ้าตอบผิด หรือไม่ทราบ คำนวณหาค่าความยากง่ายเป็นรายข้อโดยเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 ถึง 0.80 โดยให้ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด ได้ข้อคำถามที่ใช้ได้ จำนวน 18 ข้อ มีค่าความยากง่าย ระหว่าง 0.26 – 0.80

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไปซีเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และเลือกข้อที่ได้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 – 117) ข้อคำถามที่เลือกได้ จำนวน 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20 – 0.53

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่ได้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 – 117) โดยแบบสอบถามเจตคติ ได้ข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20 – 0.40 แบบสอบถามการปฏิบัติ ได้ข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.23 – 0.63 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.21 – 0.42

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

3.1 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้มีระบบการให้คะแนน คือตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) จากการทดสอบพบว่า แบบทดสอบวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีความเชื่อมั่น 0.75

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม นำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) โดยนำข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์มาหาความเชื่อมั่น

พบว่า แบบสอบถามวัดเจตคติ การปฏิบัติและการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 , 0.78 และ 0.71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อผู้บริหาร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบและทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบ
3. การแจกและเก็บแบบสอบถามและแบบทดสอบ กระทำในกลุ่มตัวอย่างขณะรอการเรียกเข้าห้องตรวจโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นเป็นเวลา 3 เดือน
4. แบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้จัดที่นำส่งไว้ที่มุมโต๊ะรับบัตรนัดของหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก งานโลหิตวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จึงทำการวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ผู้วิจัยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบทดสอบ คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามและแบบทดสอบแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน คือ ลักษณะครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยทดสอบค่า t (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16 – 18 , 25 – 27

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร สถานภาพการสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่า F (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 15, 19 – 24

ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe')

6. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 28 - 30

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101)

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

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 35)

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

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

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญตามวิธีของโรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

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

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่าย (P) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129 – 130)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination power)

2.3.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{y}_p - \bar{y}_q}{s_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซเรียล
	$\bar{Y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	$\bar{Y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทน	ความยากง่ายของข้อสอบแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิดหรือ คือ $1 - P$

2.3.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม ใช้วิธีวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x และ y
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

2.4.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ตามวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) สูตรที่ 20 (KR₂₀) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) จากสูตร

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

r_u	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อในแบบสอบถาม
p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ทำได้ในข้อหนึ่ง หรือ คือ $1 - p$
S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.4.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ	$\square$	$\square$	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n		แทน	จำนวนข้อ
	S_i^2		แทน	คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
	S_t^2		แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16 - 18 , 25 – 27 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 173)

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

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที
	$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่าเอฟ (F - test) หรือแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 – 15 และ 19 - 24 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 252)

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
	MS_b	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าการทดสอบพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 248)

$$Cvd = \sqrt{(K-1)(F^*)(MS_w)\left(\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j}\right)}$$

เมื่อ	K	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	F^*	แทน	ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical value)
	MS_w	แทน	ค่า Mean Square within-group ที่คำนวณไว้แล้ว ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน
	n_i, n_j	แทน	จำนวนหน่วยตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่าง

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โพรดักท์ โมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient) ระหว่างคะแนนด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 28, 29 และ 30 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-test)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y
	N	แทน	จำนวนคน

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
โดยการทดสอบค่าที (t – test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 317)

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

t	แทน	ค่าสถิติที (t – test)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
N	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
q	แทน	q – Statistic
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น
*	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรม เอส พี เอส เอส พีซี (SPSS/PC) โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยแสดงค่าจำนวนร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วยของบุตร โดยการทดสอบค่าที (t - test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F - test) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Scheffe') นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว คำนวณค่าความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	-	-
21 – 30 ปี	42	27.70
31 – 40 ปี	85	55.90
มากกว่า 40 ปี	25	16.40
รวม	152	100.00
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	6.60
ระดับประถมศึกษา	91	59.80
ระดับมัธยมศึกษา	24	15.80
ระดับอุดมศึกษา	27	17.80
รวม	152	100.00
3. อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	6.60
ค้าขาย	10	6.60
เกษตรกร	22	14.50
รับจ้าง	76	50.00
ธุรกิจส่วนตัว	4	2.60
แม่บ้าน	30	19.70
รวม	152	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. รายได้ครอบครัว			
ต่ำกว่า 3,000	บาท ต่อเดือน	57	37.50
3,001 – 8,000	บาท ต่อเดือน	65	42.80
8,001 – 20,000	บาท ต่อเดือน	18	11.80
มากกว่า 20,000	บาทต่อเดือน	12	7.90
รวม		152	100.00
5. จำนวนบุตร			
1 คน		35	23.00
2 คน		89	58.60
มากกว่า 2 คน		28	18.40
รวม		152	100.00
6. ลักษณะครอบครัว			
ครอบครัวเดี่ยว		106	69.70
ครอบครัวขยาย		46	30.30
รวม		152	100.00
7. สถานภาพสมรส			
อยู่ด้วยกัน		139	91.40
แยกกันอยู่		6	3.90
หย่าร้างหรือหม้าย		7	4.70
รวม		152	100.00
8. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร			
ต่ำกว่า 1 ปี		51	33.60
1 – 3 ปี		35	23.00
3 ปีขึ้นไป		66	43.40
รวม		152	100.00
9. การสนับสนุนทางสังคม			
มาก		95	62.50
ปานกลาง		57	37.50
น้อย		-	-
รวม		152	100.00

จากตาราง 2 พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการ รักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 152 คน จำแนกตาม ตัวแปรได้ดังนี้

อายุ มารดามีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.90 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.70 และอายุมากกว่า 40 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิด เป็นร้อยละ 16.40

ระดับการศึกษา มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.80 รองลงมาคือระดับอุดมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.80 และ 15.80 และระดับ ต่ำกว่าประถมศึกษา มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.60

อาชีพ มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือเป็นแม่บ้าน และมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 19.70 และ 14.50 มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐ วิชา หัก และอาชีพค้าขายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.60 และประกอบธุรกิจส่วนตัวน้อยที่สุด คิด เป็นร้อยละ 2.60

รายได้ของครอบครัว มารดามีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน มากที่ สุด คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมาคือต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนและ 8,001 – 20,000 บาทต่อ เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ 11.80 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด คิด เป็นร้อยละ 11.80

จำนวนบุตร มารดาส่วนใหญ่ มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 58.60 รองลงมาคือ มี บุตรจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 และมีบุตรมากกว่า 2 คน มีเพียงร้อยละ 18.40

ลักษณะครอบครัว มารดาส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.70 และมีลักษณะครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 30.30

สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันกับสามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.40 รองลงมาคือ หย่าร้าง หรือหย่า และแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 4.70 และ 3.90

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร พบว่ามารดาซึ่งมีระยะเวลาเจ็บป่วยของบุตรมากกว่า 3 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 ปี และ 1 – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.60 และ 23.00

การสนับสนุนทางสังคม มารดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คิด เป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.50

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามระดับพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้		
ดี	49	32.20
ปานกลาง	83	54.60
ต่ำ	20	13.20
ด้านเจตคติ		
ดี	147	96.70
ปานกลาง	5	3.30
ไม่ดี	-	-
ด้านการปฏิบัติ		
ดี	111	73.00
พอใช้	41	27.00
ต้องปรับปรุง	-	-

จากตาราง 3 แสดงว่าเมื่อจำแนกมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า

พฤติกรรมด้านความรู้ มารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมาคือ ระดับความรู้ดี และระดับความรู้ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.20 และร้อยละ 13.20 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านเจตคติ มารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 96.70 รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.30 โดยไม่พบมารดาที่มีเจตคติในระดับไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ มารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 73.00 รองลงมา คืออยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 27.00 โดยไม่พบมารดาที่มีการปฏิบัติในระดับต้องปรับปรุง

ตาราง 4 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชนี

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	n	$\bar{X}$	S	พฤติกรรม
ด้านความรู้	100	94.44	5.56	152	58.77	16.39	ปานกลาง
ด้านเจตคติ	18	3.00	2.11	152	2.75	0.20	ดี
ด้านการปฏิบัติ	18	1.78	0.67	152	1.35	0.23	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการ
รักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้
อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 58.77 (S=16.39) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ
และด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.75 (S = 0.20) และ 1.35 (S = 0.23)
ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 5 - 28

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
21-30 ปี	42	56.48	11.31	2.72	0.16	1.32	0.23
31-40 ปี	85	59.80	17.03	2.77	0.21	1.38	0.21
มากกว่า 40 ปี	25	59.11	21.09	2.70	0.24	1.29	0.26
รวม	152	58.77	16.40	2.75	0.20	1.48	0.23

จากตาราง 5 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ พบว่า มารดาที่มีอายุ 31 - 40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีที่สุดเท่ากับ 59.80 (S = 17.03) รองลงมาคือมารดาที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เท่ากับ 59.11 (S = 21.09) และมารดาที่มีอายุ 21 - 30 ปี มีความรู้ต่ำที่สุด เท่ากับ 56.48 (S = 11.31)

พฤติกรรมด้านเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ พบว่า มารดาที่มีอายุ 31 - 40 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีที่สุดเท่ากับ 2.77 (S = 0.21) รองลงมาคือมารดาที่มีอายุ 21 - 30 ปี เท่ากับ 2.72 (S = 0.16) และมารดาที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เท่ากับ 2.70 (S = 0.24)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ พบว่า มารดาที่มีอายุ 31 - 40 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีที่สุดเท่ากับ 1.38 (S = 0.21) ปี

รองลงมาคือมารดาที่มีอายุ 21 – 30 ปีเท่ากับ 1.32 ($S = 0.23$) และมารดาที่มีอายุมากกว่า 40 ปีเท่ากับ 1.29 ($S = 0.26$)

แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีอายุต่างกันดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	10.83	5.41	0.60	0.55
	ภายในกลุ่ม	149	1346.73	9.04		
	รวม	151	1357.55			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.14	0.07	1.76	0.18
	ภายในกลุ่ม	149	6.03	0.04		
	รวม	151	6.17			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.27	0.13	2.63	0.08
	ภายในกลุ่ม	149	7.54	0.05		
	รวม	151	7.81			

จากตาราง 6 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ข้อที่ 2 และข้อที่ 3 ที่ว่า มารดาที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	47.22	23.31	2.57	0.28	1.48	0.35
ประถมศึกษา	91	54.46	13.89	2.72	0.21	1.43	0.22
มัธยมศึกษา	24	67.36	17.44	2.78	0.15	1.55	0.19
อุดมศึกษา	27	69.96	11.03	2.89	0.11	1.56	0.19
รวม	152	58.77	16.40	2.75	0.20	1.48	0.23

จากตาราง 7 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระดับการศึกษาแล้ว พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือด ขาวดีที่สุด เท่ากับ 69.96 (S = 11.03) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เท่ากับ 67.36 (S = 17.44) มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เท่ากับ 54.46 (S = 13.89) และน้อยที่สุดได้แก่ มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 47.22 (S = 23.31)

พฤติกรรมด้านเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็น กลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระดับการศึกษาแล้ว พบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับ อุดมศึกษามีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีที่สุด เท่ากับ 2.89 (S = 0.11) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เท่ากับ 2.78 (S = 0.15) มารดาที่มี การศึกษาระดับประถมศึกษา เท่ากับ 2.72 (S = 0.21) และมารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถม ศึกษา เท่ากับ 2.57 (S = 0.28)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ เป็นกลุ่มตัว เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระดับการศึกษาแล้วพบว่า มารดาที่มีการศึกษา ระดับอุดมศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สุด เท่ากับ 1.56 (S = 0.19) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เท่ากับ 1.55 (S = 0.19) มารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา เท่ากับ 1.48 (S = 0.35) และมารดา ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เท่ากับ 1.43 (S = 0.22)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีการศึกษาต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	8178.07	2726.02	12.45*	0.00
	ภายในกลุ่ม	148	32409.97	218.99		
	รวม	151	40588.04			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.93	0.31	8.75*	0.00
	ภายในกลุ่ม	148	5.24	0.04		
	รวม	151				
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.54	0.18	3.67*	0.01
	ภายในกลุ่ม	148	7.27	0.05		
	รวม	151	7.81			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ข้อที่ 5 และข้อที่ 6 ที่ว่า มารดาที่มีการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน จึงนำคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ปรากฏตามตาราง 9, 10 และ 11

ตาราง 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา				
	$\bar{X}$	47.22	54.46	67.36	69.96
ต่ำกว่าประถมศึกษา	47.22	-	7.24	20.14*	22.74*
ประถมศึกษา	54.46	-	-	12.9*	15.50*
มัธยมศึกษา	63.36	-	-	-	2.60
อุดมศึกษา	69.96	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา มีความรู้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา				
	$\bar{X}$	2.57	2.72	2.78	2.89
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.57	-	0.15	0.21	0.32*
ประถมศึกษา	2.72	-	-	0.06*	0.17 *
มัธยมศึกษา	2.78	-	-	-	0.11
อุดมศึกษา	2.89	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเจตคติดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระดับการศึกษาระดับมัศึกษามีเจตคติดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง
เม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา				
	$\bar{X}$	1.43	1.48	1.55	1.56
ประถมศึกษา	1.43	-	0.05	0.12	0.13*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.48	-	-	0.07	0.08
มัธยมศึกษา	1.55	-	-	-	0.01
อุดมศึกษา	1.56	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระดับการศึกษา
ระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติดีกว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระดับ การ
ศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดา ที่เข้ารับการรักษ ณ สถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	10	70.56	14.59	2.79	0.10	1.43	0.20
ค้าขาย	10	56.11	06.65	2.76	0.10	1.54	0.24
เกษตรกรรม	22	56.57	20.55	2.69	0.20	1.45	0.19
รับจ้าง	76	55.48	15.52	2.73	0.23	1.45	0.24
ธุรกิจส่วนตัว	4	73.61	20.97	2.88	0.07	1.45	0.19
แม่บ้าน	30	63.70	14.42	2.81	0.19	1.63	0.23
รวม	152	58.77	16.39	2.75	0.20	1.48	0.23

จากตาราง 12 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามอาชีพแล้ว พบว่า มารดาที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวมีความรู้ดีที่สุด เท่ากับ 73.61 (S = 20.97) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เท่ากับ 70.56 (S = 14.59) มารดาที่มีอาชีพแม่บ้าน เท่ากับ 63.70 (S = 14.42) มารดาที่มีอาชีพเกษตรกรรม เท่ากับ 56.57 (S = 20.55) มารดาที่มีอาชีพค้าขาย เท่ากับ 56.11 (S = 6.65) และมารดาที่มีอาชีพรับจ้างมีความรู้ต่ำที่สุด เท่ากับ 55.48 (S = 15.52)

พฤติกรรมด้านเจตคติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามอาชีพแล้วพบว่า มารดาอาชีพธุรกิจส่วนตัวมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีที่สุด เท่ากับ 2.88 (S = 0.07) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีอาชีพแม่บ้าน เท่ากับ 2.81 (S = 0.18) มารดาที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เท่ากับ 2.79 (S = 0.10) มารดาที่มีอาชีพค้าขาย เท่ากับ 2.76 (S = 0.09) มารดาที่มีอาชีพรับจ้าง เท่ากับ 2.73 (S = 0.23) และมารดาที่มีอาชีพเกษตรกรรม เท่ากับ 2.69 (S = 0.20)

ด้านการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามอาชีพแล้ว พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพแม่บ้านมีการปฏิบัติดีที่สุด เท่ากับ 1.63 (S = 0.24) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีอาชีพค้าขาย เท่ากับ 1.54 (S = 1.24) มารดาที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว เท่ากับ 1.45 (S = 0.19) มารดาที่มี

อาชีพเกษตรกรรม เท่ากับ 1.45 ($S = 0.19$) มารดาที่มีอาชีพรับจ้าง เท่ากับ 1.45 ($S = 0.23$) และมารดาที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เท่ากับ 1.43 ($S = 0.20$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีอาชีพต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม	แหล่งความ	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
สุขภาพ	แปรปรวน					
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	5	339.93	79.99	3.19*	0.01
	ภายในกลุ่ม	146	3688.88	25.06		
รวม		151	4088.81			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	5	0.31	0.062	1.55	0.18
	ภายในกลุ่ม	146	5.86	0.040		
รวม		151	6.17			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	5	0.27	0.055	1.06	0.39
	ภายในกลุ่ม	146	7.53	0.052		
รวม		152	7.81			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 7 ที่ว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน จึงนำคะแนนด้านความรู้ไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 14

ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติ พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 8 และข้อ 9 ที่ว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ตาราง 14 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม แม่บ้าน รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว						
	$\bar{X}$	55.48	56.11	56.57	63.70	70.56	73.61
รับจ้าง	55.48	-	0.63	1.09	8.22	15.08*	18.13
ค้าขาย	56.11	-	-	0.46	7.59	14.45	17.50
เกษตรกรรม	56.57	-	-	-	7.13	13.99	17.04
แม่บ้าน	63.70	-	-	-	-	6.86	9.91
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	70.56	-	-	-	-	-	3.05
ธุรกิจส่วนตัว	73.61	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีความรู้ดีกว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพรับจ้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
น้อยกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน	57	57.31	15.61	2.75	0.20	1.48	0.20
3,001 – 8,000 บาท ต่อเดือน	65	55.04	16.75	2.70	0.20	1.40	0.24
8,001 – 20,000 บาท ต่อเดือน	18	69.75	14.03	2.79	0.23	1.63	0.14
มากกว่า 20,000 บาท ต่อเดือน	12	69.44	9.91	2.92	0.08	1.62	0.25
รวม	152	158.77	16.39	2.75	0.20	1.48	0.23

จากตาราง 15 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามรายได้ของครอบครัวพบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้ดีที่สุด เท่ากับ 69.75 (S = 14.03) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 69.44 (S = 9.91) มารดาที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 57.31 (S = 15.61) มารดาที่มีรายได้ครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 55.04 (S = 16.75)

ด้านเจตคติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติดีที่สุด เท่ากับ 2.92 (S = 0.08) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001–20,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 2.79 (S = 0.23) มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 2.75 (S = 0.20) มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 2.70 (S = 0.20)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติดีที่สุด เท่ากับ 1.63 (S = 0.14) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 1.62 (S = 0.25) มารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 1.48 (S = 0.20) มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 1.40 (S = 0.24)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดาที่บุตรเข้ารับรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามรายได้ครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	817.81	272.60	6.25*	0.00
	ภายในกลุ่ม	148	3240.97	21.90		
	รวม	151	458.80			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.50	0.17	4.37*	0.01
	ภายในกลุ่ม	148	5.67	0.04		
	รวม	151	6.17			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.00	0.332	7.21*	0.00
	ภายในกลุ่ม	148	6.81	0.05		
	รวม	151	7.81			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ข้อที่ 11 และข้อที่ 12 ที่ว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน จึงนำคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ปรากฏตามตาราง 17 , 18 และ 19

ตาราง 17 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ครอบครัว	$\bar{X}$	3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน
		55.04	57.31	69.44	69.75
3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน	55.04	-	2.27	14.40*	14.71*
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	57.31	-	-	12.13	12.44*
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	69.44	-	-	-	0.31
8,001 - 20,000 บาทต่อเดือน	69.75	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้ดีกว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ และมารดาที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้ดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ครอบครัว	$\bar{X}$	3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน
		2.70	2.75	2.79	2.92
3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน	2.70	-	0.04	0.09	0.21*
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	2.75	-	-	0.05	0.17
มากกว่า 8,001 - 20,000 บาทต่อเดือน	2.79	-	-	-	0.12
กว่า 20,000 บาทต่อเดือน	2.92	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติดีกว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง
เม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ครอบครัว	$\bar{X}$	3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน	น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน
		1.40	1.48	1.62	1.63
3,001 - 8,000					
บาทต่อเดือน	1.40	-	0.08	0.21*	0.23*
น้อยกว่า 3,000					
บาทต่อเดือน	1.48	-	-	0.13	0.15
มากกว่า 20,000					
บาทต่อเดือน	1.62	-	-	-	0.01
8,001 - 20,000					
บาทต่อเดือน	1.63	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1 คน	35	62.38	14.27	2.76	0.16	1.50	0.24
2 คน	89	58.18	15.51	2.76	0.20	1.48	0.21
มากกว่า 2 คน	28	56.15	20.92	2.68	0.26	1.43	0.26
รวม	152	58.77	16.39	2.75	0.20	1.48	0.23

จากตาราง 20 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ของมารดา ที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามจำนวนบุตรพบว่า มารดาที่มีบุตร 1 คน มีความรู้ดีที่สุด เท่ากับ 62.38 ($S = 14.27$) รองลงมาได้แก่ มารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน เท่ากับ 58.18 ($S = 15.51$) และมารดาที่มีบุตรมากกว่า 2 คน เท่ากับ 56.15 ($S = 20.92$)

ด้านเจตคติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีบุตร 2 คน มีเจตคติดีที่สุด เท่ากับ 2.76 ($S = 0.20$) รองลงมา ได้แก่ มารดาที่มีบุตร 1 คน เท่ากับ 2.76 ($S = 0.16$) และมารดาที่มีบุตรมากกว่า 2 คน เท่ากับ 2.68 ($S = 0.26$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีบุตร 1 คน มีการปฏิบัติดีที่สุด เท่ากับ 1.50 ($S = 0.24$) รองลงมา ได้แก่ มารดาที่มีบุตร 2 คน เท่ากับ 1.48 ($S = 0.21$) มารดาที่มีบุตรมากกว่า 2 คน เท่ากับ 1.43 ($S = 0.26$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาบุตรเข้ารับรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามจำนวนบุตร

พฤติกรรม	แหล่งความ	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
สุขภาพ	แปรปรวน					
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	67.97	33.99	1.27	0.28
	ภายในกลุ่ม	149	3990.83	26.78		
รวม		151	4058.80			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.15	0.07	1.79	0.17
	ภายในกลุ่ม	149	0.03	0.05		
รวม		151	0.17			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.09	0.04	0.87	0.42
	ภายในกลุ่ม	149	7.72	0.05		
รวม		151	7.81			

จากตาราง 21 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15 ที่ว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ตาราง 22 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดา ที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้					
ครอบครัวเดี่ยว	106	57.13	15.98	-1.89	0.60
ครอบครัวขยาย	46	62.56	16.87		
เจตคติ					
ครอบครัวเดี่ยว	106	2.77	0.18	1.68	0.10
ครอบครัวขยาย	46	2.70	0.25		
การปฏิบัติ					
ครอบครัวเดี่ยว	106	1.49	0.20	0.99	0.33
ครอบครัวขยาย	46	1.45	0.27		

จากตาราง 22 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามลักษณะครอบครัว พบว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวขยาย จะมีความรู้ เท่ากับ 62.56 ($S = 16.87$) ซึ่งดีกว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีความรู้ เท่ากับ 57.13 ($S = 15.98$)

ด้านเจตคติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีเจตคติ เท่ากับ 2.77 ($S = 0.18$) ซึ่งดีกว่ามารดาซึ่งมีลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งมีเจตคติ เท่ากับ 2.70 ($S = 0.25$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะมีการปฏิบัติเท่ากับ 1.49 ($S = 0.20$) ซึ่งดีกว่า มารดาซึ่งมีลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งมีการปฏิบัติ เท่ากับ 1.45 ($S = 0.27$)

และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 16 ข้อ 17 และข้อ 18 ที่ว่า มารดาที่มีลักษณะครอบครัวจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
อยู่ด้วยกัน	139	57.87	16.23	2.75	0.20	1.47	0.226
แยกกันอยู่	6	61.11	14.05	2.70	0.27	1.42	0.281
หย่าร้างหรือหม้าย	7	74.60	15.00	2.85	0.17	1.61	0.176
รวม	152	58.77	16.39	2.75	0.20	1.48	0.227

จากตาราง 23 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่หย่าร้างหรือหม้าย มีความรู้ดีที่สุด เท่ากับ 74.60 (S = 15.00) รองลงมาได้แก่ มารดาที่แยกกันอยู่ เท่ากับ 61.11 (S = 14.05) และมารดาที่อยู่ด้วยกันกับบิดา เท่ากับ 57.87 (S = 16.23)

ด้านเจตคติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่หย่าร้างหรือหม้าย มีความรู้ดีที่สุด เท่ากับ 2.83 (S = 0.16) รองลงมาได้แก่ มารดาที่อยู่ด้วยกันกับบิดา เท่ากับ 2.75 (S = 0.20) และมารดาที่แยกกันอยู่กับบิดา เท่ากับ 2.70 (S = 0.27)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่หย่าร้างหรือหม้าย มีการปฏิบัติดีที่สุด เท่ากับ 1.61 (S = 0.78) รองลงมาได้แก่ มารดาที่อยู่ด้วยกันกับบิดา เท่ากับ 1.47 (S = .23) มารดาที่แยกกันอยู่กับบิดา เท่ากับ 1.42 (S = 0.28)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามสถานภาพสมรส

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	189.94	94.97	3.66 *	0.03
	ภายในกลุ่ม	149	3868.87	25.97		
	รวม	151	4058.80			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.15	0.03	0.67	0.52
	ภายในกลุ่ม	149	6.12	0.04		
	รวม	151	6.17			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.15	0.08	1.47	0.24
	ภายในกลุ่ม	149	7.66	0.05		
	รวม	151	7.81			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 19 ที่ว่า มารดามีสถานภาพสมรส ต่างกันจะมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน จึงนำคะแนนด้านความรู้ไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 25

ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 20 และข้อ 21 ที่ว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ตาราง 25 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามสถานภาพสมรส

		อยู่ด้วยกัน	แยกกันอยู่	หย่าร้างหรือหม้าย
สถานภาพสมรส	$\bar{X}$	57.87	61.11	75.60
อยู่ด้วยกัน	57.87	-	3.24	16.73*
แยกกันอยู่	61.11	-	-	13.49
หย่าร้างหรือหม้าย	74.60	-		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือหม้าย มีความรู้ดีกว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ระยะเวลา		ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
ในการเจ็บป่วยของบุตร n		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
น้อยกว่า 1 ปี	51	59.48	17.61	2.71	0.23	1.51	0.25
1 – 3 ปี	35	62.38	12.06	2.80	0.16	1.45	0.21
มากกว่า 3 ปี	66	56.31	17.21	2.76	0.19	1.47	0.22
รวม	152	58.77	16.39	2.75	0.20	1.48	0.23

จากตาราง 26 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร พบว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร 1 – 3 ปี มีความรู้ดีที่สุด เท่ากับ 62.38 ($S = 12.06$) รองลงมา ได้แก่ มารดาที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร น้อยกว่า 1 ปี เท่ากับ 59.48 ($S = 17.61$) มารดาที่มีระยะเวลา ในการเจ็บป่วยของบุตรมากกว่า 3 ปี เท่ากับ 56.31 ($S = 17.21$)

ด้านเจตคติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร 1 – 3 ปี มีเจตคติดีที่สุด เท่ากับ 2.80 ($S = 0.16$) รองลงมาคือมารดาที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตรมากกว่า 3 ปี เท่ากับ 2.76 ($S = 0.19$) และมารดาที่มีระยะเวลามีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร ต่ำกว่า 1 ปี เท่ากับ 2.70 ($S = 0.23$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตรน้อยกว่า 1 ปี มีการปฏิบัติดีที่สุด เท่ากับ 1.51 ($S = 0.25$) รองลงมา ได้แก่ มารดาที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร มากกว่า 3 ปี เท่ากับ 1.47 ($S = 0.22$) และมารดาที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร 1 – 3 ปี เท่ากับ 1.45 ($S = 0.21$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดังปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	88.03	44.01	1.65	0.20
	ภายในกลุ่ม	149	3970.78	26.65		
รวม		151	4058.80			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.18	0.09	2.19	0.125
	ภายในกลุ่ม	149	6.00	0.04		
รวม		151	6.17			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.08	0.04	0.74	0.48
	ภายในกลุ่ม	149	7.73	0.05		
รวม		151	7.81			

จากตาราง 27 แสดงว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 22 ข้อ 23 และข้อ 24 ที่ว่า มารดาซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ตาราง 28 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้					
มาก	57	54.78	17.2	-2.36*	0.02
ปานกลาง	95	61.17	15.5		
เจตคติ					
มาก	57	2.80	0.17	-4.19*	0.00
ปานกลาง	95	2.66	0.22		
การปฏิบัติ					
มาก	57	1.443	0.24	-1.44	0.15
ปานกลาง	95	1.497	0.22		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางจะมีความรู้เท่ากับ 61.17 (S = 15.50) ซึ่งดีกว่ามารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากซึ่งมีความรู้เท่ากับ 54.78 (S = 17.20)

ด้านเจตคติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีเจตคติ เท่ากับ 2.80 (S = 0.17) ซึ่งดีกว่ามารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ซึ่งมีเจตคติ เท่ากับ 2.66 (S = 0.22)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีการปฏิบัติ เท่ากับ 1.50 (S = 0.22) ซึ่งดีกว่ามารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งมีการปฏิบัติ เท่ากับ 1.44 (S = 0.24)

และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน จะมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 25 และข้อ 26 ที่ว่า มารดาที่มีการสนับสนุน

ทางสังคมแตกต่างกันจะมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

ส่วนด้านการปฏิบัติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 27 ที่ว่า มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ตาราง 29 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พฤติกรรมสุขภาพด้าน	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.000	0.417*	0.182*
เจตคติ	-	1.000	0.268*
การปฏิบัติ	-	-	1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ ความรู้ความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 28 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ข้อ 29 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและข้อ 30 ที่ว่าเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สมมติฐานในการวิจัย

1. มารดาที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

2. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

3. มารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

4. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

5. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

6. มารดาที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

7. มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

8. มารดาที่มีบุตรซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

9. มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

10. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ และเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่บุตรเข้ามารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 152 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ลักษณะเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามตัวแปรอิสระที่จะศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการดูแล โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูกหรือผิด หรือไม่ทราบ จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อความที่สร้างขึ้นมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นบางส่วน ไม่จริงทั้งหมด ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่
 - 2.1 การทดสอบค่าที (t – test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 - 2.2 การทดสอบค่าเอฟ (F – test) หรือการทดสอบการแปรปรวนแบบทิศทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (One way analysis of variance) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe')
 - 2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 152 คน มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.80 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.80 มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 58.60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวอยู่ตามลำพังบิดา มารดา และบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.70 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.40 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตรมากกว่า 3 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 และมีการสนับสนุนทางสังคมมาก คิดเป็นร้อยละ 62.50

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.77 หรือคิดเป็นร้อยละ 54.60 ด้านเจตคติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 ซึ่งอยู่ในระดับดี และด้านการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.35 ซึ่งอยู่ในระดับดีเช่นกัน

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา พบว่า

1. มารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่แตกต่างกัน

2. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา มีความรู้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา

3. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีระดับอุดมศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา และมารดาที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา

4. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา

5. มารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีอาชีพรับจ้าง ส่วนมารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่แตกต่างกัน

6. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

7. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

8. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

9. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน

10. มารดาที่ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน

11. มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับการพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือหม้าย มีความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ส่วนมารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีเจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

12. มารดาซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน

13. มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนมารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

14. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แผนการรักษา และการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น มีจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มาใช้บริการ นอกจากจะทำให้การได้รับบริการเป็นไปอย่างล่าช้าแล้ว ยังทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพไม่มีเวลาหรือโอกาสให้ข้อมูลข่าวสาร หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บุตรเป็นอยู่ ทำให้มารดาที่พาบุตรมารับบริการ ไม่มีโอกาส หรือมีโอกาสน้อยมากที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่บุตรเป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์ และการดูแลบุตรอย่างถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคนิดต่างๆ และการดูแลสุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานของทางรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ประชาชนมีความรู้ดีขึ้น แต่ในเรื่องของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กนั้นยังถือว่าการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชนน้อยมาก ทำให้มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับความรู้ได้น้อยมากหรือแทบไม่ได้รับความรู้เลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 125) ที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง แต่อยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 108) ที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านเจตคติของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ชาวอยู่ในระดับดี ซึ่งความหมายของเจตคตินี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16-19) กล่าวว่า เจตคติ คือความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ และสถานการณ์อื่นๆ รวมทั้งท่าทีการแสดงออก เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นสิ่งที่แสดงออกด้านการปฏิบัติ มารดาที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บุตรเป็นอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีระดับเจตคติต่อการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระดับดีนั้น เนื่องจากมารดามีความรัก ความห่วงใยในตัวบุตร และจากการสอบถามหรือจากการเรียนรู้ของมารดาทำให้มารดาทราบว่าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถรักษาให้หายได้หรือสามารถควบคุมไม่ให้มีอาการของโรคกำเริบได้ จึงทำให้มารดามีความสนใจ มีกำลังใจและมีเจตคติที่ดีในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 181) ที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 108) ที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นผลมาจากมารดามีเจตคติในระดับดี จึงทำให้มารดามีความสนใจและให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติให้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และต้องการลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ จึงสรุปได้ว่า มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีเจตคติในระดับดี จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 181) ที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 108) ที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี

2. จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม อภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 อายุ จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ข้อ 2 และข้อ 3 แสดงว่าอายุของมารดาอาจไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจากมารดาทุกกลุ่มอายุไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การดำเนินของโรค การรักษา และการดูแล จึงทำให้มารดาทุกกลุ่มอายุมีความรู้ในระดับเดียวกัน และวิสัยของมารดา

ทุกคนย่อมมีความรัก ความห่วงใยในตัวบุตร ไม่ว่าจะเป็นมารดาที่มีอายุมากหรืออายุน้อย มารดาที่มีอายุต่างกันจึงมีเจตคติที่ไม่แตกต่างกัน และส่งผลให้มีการปฏิบัติในระดับที่ดี และไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 153 –154) ที่พบว่ามารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการวิจัย จันทรเพิ่ม (2537 : 164 – 165) ที่พบว่า มารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค อูจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับสุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 131) ที่พบว่า มารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลทารกและการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนกรณีอายุของมารดาอาจไม่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์คแลนด์และดักลาส (Markland and Douglas. 1976 : 168-169) ที่พบว่าอายุมีส่วนสัมพันธ์กับระดับการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็ก โดยเด็กที่มีบิดา มารดาอายุ 30 ปีขึ้นไป จะได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์มากกว่าเด็กที่มีบิดา มารดา อายุ น้อย และ การศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 181) ที่พบว่า มารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกัน และการศึกษาของทรงพล ต่อนี (2539 : 108) ที่พบว่ามารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกัน

2.2 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ข้อที่ 5 และข้อที่ 6 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาคือช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องยิ่งขึ้นได้ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะแสวงหาความรู้และข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในเด็กมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย การที่มารดา มีความรู้ถูกต้องย่อมส่งผลให้มารดาที่มีความเข้าใจ และมีค่านิยม มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวส่งผลให้มารดาสามารถพิจารณาเลือกพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการ ดูแลบุตรป่วยได้อย่างเหมาะสมถูกต้องต่อไป ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 173-185) ได้กล่าว ถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการศึกษาว่า ระดับการศึกษามีผลทำให้ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา ต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาดี จะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาน้อย และสุชาติ โสมประยูร (2522 : 179) ให้ความหมายพฤติกรรมว่า หมายถึงความสามารถในการแสดงออก ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และศึกษาโดยเน้นพฤติกรรม

ที่สามารถสังเกตได้และวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไมแมน และคนอื่นๆ (Maiman and others . 1982 : 2) ที่พบว่า การศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคและการรักษาพยาบาล และการศึกษาของอารี ปุณณะตระกูล (2533 : 166 – 168) ที่พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรแตกต่างกัน และการศึกษาของผกาพรรณ จันทร์เพิ่ม (2537 : 164 – 165) ที่พบว่า มารดาที่มีการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของสุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 131) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 อาชีพ จากการศึกษพบว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานใน ข้อ 7 ซึ่งอธิบายได้ว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีเวลาในการดูแลบุตร รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่มี อาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจจะมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีกว่า มารดาที่มีอาชีพรับจ้าง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากมารดาที่มีอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ นั้นอาจมีโอกาสพูดคุยและซักถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รวมทั้งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในการหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากเพื่อนร่วมงาน หรือผู้รู้ ในขณะที่มารดาที่มีอาชีพรับจ้างนั้นส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยง ครอบครัวย โดยไม่สนใจหรือไม่มีความสนใจในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือด ขาว จึงทำให้มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารี ปุณณะตระกูล (2533 : 165 – 166) ที่พบว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้ในการดูแลบุตรแตกต่างกัน และการศึกษาของนันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 153 – 154) ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้ ในการดูแลบุตร ป่วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 131) ที่พบว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ ในการเลี้ยงดูทารก และการดูแลตนเองไม่แตก ต่างกัน

ส่วนมารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการ ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 และ ข้อ 9 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารี ปุณณะตระกูล (2533 : 166-168) ที่พบว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรแตกต่างกัน และการศึกษา ของนันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 153 – 154) ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน และการศึกษาของกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปุยะกุล (2542 : 131) ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารก และการดูแลตนเองไม่แตกต่าง

2.4 รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 10 ข้อ 11 และข้อ 12 ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ซึ่งจะตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตตลอดจนสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วย ดังนั้นมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ จะมีความสนใจในเรื่องของการหาเลี้ยงชีพมากกว่าในเรื่องของสุขภาพอนามัย ทั้งของตนเองและของบุตรป่วย ดังคำกล่าวของวสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532 : 33 – 37) ที่ว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง และในส่วนของผู้ที่รายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้มีการดูแลตนเองและบุตรได้ในการรับประทานอาหารที่เพียงพอ และการใช้บริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 173-185) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจของประชาชนว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังนั้นมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2536 : 181) ที่พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกัน และการศึกษาของทรงพล ต่อนี้ (2539 :108) ที่พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแตกต่างกัน และการศึกษาของกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 141) ที่พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปุยะกุล (2552 : 131) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารก และการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จำนวนบุตร จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15 ซึ่งอธิบายได้ว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน เพราะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยของบุคคลจะดำเนินไปตามที่เคยปฏิบัติมาจนเป็นความเคยชินในการดูแลบุตรที่กระทำเป็นประจำ ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก การปลูกฝัง

ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ในสังคมไทยเป็นการสืบทอดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กจากผู้ใหญ่จนเป็นความเคยชิน การปลูกฝังและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้านทั้งระยะเวลาและปัจจัยต่างๆในการเรียนรู้ การให้สุขศึกษาหรือประสบการณ์ด้านความรู้อย่างเดียวย่อมไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา ใจซื่อกุล (2533 : 180) ที่พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของนนทิกา มิตรสัมพันธ์ (2538 : 153 – 154) ที่พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติด้านการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของผกาพรรณ จันทร์เพิ่ม (2535 : 164 – 165) ที่พบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ธนวิฑู (2535 : 163 – 164) ที่พบว่ามารดาที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระหว่างกลุ่มที่ป่วยมีอาการไม่รุนแรง และกลุ่มที่ป่วยมีอาการรุนแรง มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรของมารดา และการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 181) ที่พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกัน

2.6 ลักษณะครอบครัว จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ข้อ 17 และข้อ 18 ซึ่งอธิบายได้ว่า มารดาที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน เพราะเนื่องจากครอบครัวขยายซึ่งในอดีตจะมีญาติพี่น้องอาศัยรวมอยู่ด้วยกัน ให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีความผูกพัน มีความรัก มีความเอื้ออาทรเห็นอกเห็นใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพราะมีสมาชิกอาวุโสของครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำหน้าที่ควบคุมดูแลความทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว (สุพัตรา สุขภาพ . 2518 : 25) แต่ในปัจจุบันพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ครอบครัวขยายซึ่งมีญาติพี่น้องอาศัยรวมอยู่ด้วยกันต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ทุกเรื่อง รวมทั้งในเรื่องสุขภาพของสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย ทำให้ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวขยายคล้ายกับความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเดี่ยวซึ่งเหมือนต่างคนต่างอยู่ ฉะนั้นมารดาที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันจึงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนนทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 153 - 154) ที่พบว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของสุกัญญา ปุยะกุล ที่

พบว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาจพะยี่ และโกวิล่า (Vajpayee & Govila. 1987 : 261 – 262) ที่พบว่าลักษณะของครอบครัวขยายและการอยู่รวมกัน จำนวนคนที่ใช้ห้องนอนร่วมกับเด็กมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของเด็กช่วงอายุ 1 เดือนแรก และการมีศึกษาของนิตยา ธนวิฑู (2535 : 163 – 164) ที่พบว่าการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระหว่างกลุ่มที่ป่วยมีอาการไม่รุนแรง และกลุ่มที่ป่วยมีอาการรุนแรง มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว และการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง ที่พบว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกัน

2.7 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ซึ่งอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อความรู้ของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ครอบครัวที่มีมารดาหรือบิดาคนเดียวมักจะประสบปัญหาในการดูแลเด็ก เพราะมารดาต้องสวมบทบาททั้งมารดาและบิดา ทำให้มารดาที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือหม้ายจำเป็นต้องขวนขวายหาความรู้เพื่อช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อความอยู่รอดของตนเอง และของบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งมารดาที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือหม้ายนั้นนอกจากจะต้องดิ้นรนช่วยเหลือตัวเองแล้วยังต้องเผชิญกับปัญหาอย่างมากมาย เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพจิต และรวมทั้งปัญหาในการดูแลบุตรป่วยด้วย จึงทำให้มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์คง (2538 : 181) ที่พบว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ที่พบว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ไม่แตกต่างกัน

มารดาที่มีสถานะภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 และข้อ 21 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ที่พบว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของสุกัญญา ปุยะกุล(2542 : 131) ที่พบว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติและการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีบุตร ซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 ข้อ 23 และข้อ 24 อาจเนื่องจากปัญหาความไม่เพียงพอของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ทำให้มารดาไม่สามารถขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาหรือรับการช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าบุตรจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ทั้งนี้ยังขึ้นกับปัจจัยอื่น เช่น ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น ระยะเวลาในการดูแลบุตร ค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตร ลักษณะความเป็นอยู่ พื้นฐานของครอบครัว ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่ว่าบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างก็ ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ หมื่นสา (2540 : ก) ที่พบว่าพฤติกรรม การปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีระยะเวลาของโรคต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาสมร หังสพฤกษ์ (2527 : 1 – 2) ที่พบว่า การป่วยด้วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กสร้างปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ แก่ผู้ปกครองอย่างมาก และการเจ็บป่วย ของเด็กมีผลกระทบต่องานของผู้ปกครอง เศรษฐกิจ ในตัวเด็กเองก็ประสบปัญหาสุขภาพ และ ปัญหาการเรียน เนื่องจากต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่องยาวนาน และการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2543 : ก-ข) ที่พบว่าระยะเวลาในการรักษา ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

2.9 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีการสนับสนุนทาง สังคมต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตรป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาว แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25 ข้อ 26 และข้อ 27 แสดงว่าการได้ รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพ และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความคิดที่ว่าพฤติ กรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่มีความ สัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะที่ต้องอาศัยพึ่งพากัน และกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดีทั้ง ร่างกายและจิตใจ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) กล่าวว่า องค์กรประกอบที่จะช่วยให้ผู้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุน ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผล กระทบแก่ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจ ไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดย ลื่นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมนี้จะเป็นการกระตุ้น หรือส่งเสริมภาวะปกติสุขได้จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย แคปแลน (Caplan. 1977 : 7) ทำการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ดังนั้นบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดจากความเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ จึงทำให้มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความสามารถและมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกัน

3. จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 28 ข้อ 29 และข้อ 30 และสอดคล้องกับคำกล่าวของนิยามบุญปิจุ(2533 : 131 – 133) ที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น ตามปกติมิใช่สิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายเหมือนอย่างที่เราเข้าใจกันอยู่ในขณะนี้ การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องที่ต้องการได้ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือพฤติกรรมป้องกันโรคจึงมีความสัมพันธ์กัน และเป็นไปตามแนวคิดของสุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ที่ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการปฏิบัติ พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ แต่มักจะเกิดขึ้นรวมๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 21) กล่าวว่าไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และเจตคติ จะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติได้ และนิภา มนูญปิจุ (2528 : 20) กล่าวว่าไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา จึงมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีและการศึกษาที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลจากปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามารดามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาควรเน้นในด้านความรู้ให้มากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะในงานโลหิตวิทยา และตึกอายุรกรรมเฉพาะโรคที่รับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไว้รักษา
2. ในการให้สุขศึกษาควรพัฒนารูปแบบให้หลากหลายมากขึ้นด้วยการใช้รูปแบบอื่นเข้าร่วม เช่น รูปแบบที่มารดามีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นวิธีให้ความรู้กับมารดาที่น่าสนใจ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาที่เข้าร่วม การให้สุขศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยกันแก้ปัญหา ซึ่งสามารถที่จะนำไปปฏิบัติจริงได้เมื่ออยู่ที่บ้าน
3. จัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยในการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา เพื่อกระตุ้นความสนใจในการให้สุขศึกษาแก่มารดา โดยจัดหาหนังสือ สไลด์ วีดิทัศน์ ภาพยนตร์ประกอบการสอน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา ปู่ ย่า ตาและยาย หรือพี่เลี้ยงเด็ก
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรอยู่ในระยะของโรคต่างกัน ระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน อายุของบุตรต่างกัน
3. ควรมีการศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของผู้ปกครองที่ดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
4. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
5. ควรมีการศึกษาถึงแนวทางและกลวิธีดำเนินงานสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดา ให้มีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้อย่างถูกต้อง
6. ควรมีการศึกษาประสิทธิผล ของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตร

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ครามแสง. (2539). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความ
พร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาล
ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิกา ทิพย์คง. (2538). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
เฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ณ โรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- กรองแก้ว สุขแสง. (2540). พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับ
บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2511). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2511. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัด
กระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2540). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2540. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัด
กระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : รวมสาส์น.
- เกศินี บุญยวัฒน์นางกุล. (2541). การรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและพฤติกรรมสุขภาพ
การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเด็กนักเรียนโรคมะเร็ง.
วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- งานสถิติสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2541). รายงานสถิติ : จำนวนผู้ป่วยเด็กโรค
มะเร็งเม็ดเลือดขาว. กรุงเทพฯ : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- จุฬากานต์ กิ่งเนตร. (2539). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ
ผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ พบ.ม.
(การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูขวัญ ปิ่นสาท. (2533). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและเด็กและพฤติ
กรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยยง พรหมวงศ์. (2524). "ความหมายและแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมเด็ก," ใน เอกสารการสอน ชดววิชา หน่วยที่ 1-5 การพัฒนาพฤติกรรมเด็ก. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน จำกัด วิดตอธีการพิมพ์.
- ทรงพล ต่อณี. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์ ศรีไพศาล. (2529). โลหิตกัวหน้า. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- _____. (2529). "ปัญหาทางโลหิตวิทยาที่พบบ่อยในเด็ก," ใน ตำราโลหิตวิทยา : การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย เล่มที่ 2. อนุเมศรี ศรีชัยกุล. หน้า 790-798. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- ทัศนีย์ อรรถารส. (2538). ผลของการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษา ในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธงชัย ศิริทัพบ. (2529). การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครสวรรค์ระหว่างโรงเรียนในโครงการส่งเสริมสมรรถภาพการสอนกับโรงเรียนในโครงการส่งเสริมสมรรถภาพการสอนกับโรงเรียนนอกโครงการส่งเสริมสมรรถภาพการสอน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2528, เมษายน-พฤษภาคม). "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26.
- _____. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม). "การสอนสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ. 15(4) : 11-15.
- นิตยา ธนวิฑู. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติเหตุและการเกิดความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ของระบบหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นันทิกา มิตรสัมพันธ์. (2534). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- เนาวนิตย์ พลพินิจ. (2540). การติดเชื้อในโรงพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. มหาสารคาม : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมหาสารคาม.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). "นวัตกรรมทำให้สุขศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ," ใน การประชุมวิชาการ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไข ทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา. หน้า 171-172. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล และ สารานุกรมสุข.
- บุศรา ใจช่อกุล. (2533). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ที่พาเด็กมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ประดิษฐา สินสว่าง. (2538). ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวถึงความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- _____. (2535). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า และแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. (2511). โสฬสวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์.
- ปรีศนา สุนทรไชย. (2534). ผู้ป่วยเด็กโรคคูกคามชีวิตและครอบครัว : ภาวะจิตสังคมและการพยาบาล. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญจะ กุลพงษ์. (2540). *Clinical Pediatric Oncology* : โรคมะเร็งในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์. (2523). หลักการโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- ประคอง กรรณสูตร. (2529). สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ประพันธ์ ภาณุภาส. (2536). "วิทยาภูมิคุ้มกันต่อเนื้องอก," ใน ภูมิคุ้มกันวิทยา. ฤทัย สกุลแรมรุ่ง. หน้า 9-10. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ผกาพรรณ จันทรเพิ่ม. (2537). พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรค
อุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุข
ศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- แผนกสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2534). รายงานสถิติ : จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือด
ขาว. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์. (2540). "โรคมะเร็ง," ใน ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่
เล่ม 2). วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญ และ สุรางค์ เจียมจรรยา. หน้า 522-
528. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
เจริญผล.
- พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์. (2541). คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด
ขาว. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ไพรัช เทพมงคล. (2538). โรคมะเร็ง สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติและนักศึกษาแพทย์. ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- มนตรี จุฬวัฒน์ทล. (2534). "เรื่องย่นมะเร็ง," ใน มะเร็งในระบบหายใจ. สมชัย บวรกิตติ,
รังสรรค์ ปุษาปาคม, นันทา มาระเนตร, อรรถ นานา และ สุขัย เจริญรัตนกุล. หน้า
85-92. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- โยธิน ศันสนยุทธและคนอื่นๆ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริม
วิชาการ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
อักษรเจริญทัศน์.
- ลลิตา ธีระสิริ. (2540). มะเร็ง-ป้องกันรักษาด้วยตัวเองตามแนวธรรมชาติบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : รวมพรรณ.
- วราภรณ์ หมื่นสา. (2540). พฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรค
มะเร็ง. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วัลลภา สังฆโสภณ. (2537). ผลของดนตรีต่อความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย
มะเร็ง. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์ - มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ
ที่บางครั้งก็พลาดไม่ได้," วารสารการวิจัยการศึกษา. 8(3) : 9.

- วินัย สุวดี และ กวีวัฒน์ วีรกุล. (2536). "Acute leukemia in Children," ใน *กุมารเวชศาสตร์ ก้าวหน้า*. จุฬารัตน์มหาสันตนะ. หน้า 71-82. ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- วินัย สุวดี. (2538). "การปลูกถ่ายไขกระดูกในเด็ก," ใน *โลหิตวิทยาในเด็ก*. พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, อำไพพรรณ จวนสัมฤทธิ์, ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา. หน้า 671-694. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร. (2528). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง*. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). *สถิติการศึกษาและสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2537). *สถิติประชากรทั่วประเทศ*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2537). *สถิติรายได้รายจ่ายของครัวเรือน*. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม1*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- _____. (2537). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม1*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- _____. (2540). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม3*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2524,กรกฎาคม-กันยายน). "การวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์," *วารสารสุขศึกษา*. 14(55) : 2.
- _____. (2534). "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุกัญญา ปุยะกุล. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลตนเอง ของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์*. ปรียาณานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สมชาย สมบูรณ์เจริญ. (2528). *การลูกกลมของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ*. กรุงเทพฯ : ยูนิต์พับลิเคชั่น.
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล. (2529). *จิตวิทยาสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครพิมพ์.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- ศิริธร ยิ่งแรงเรือง. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี* สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริยุภา สนั่นเรืองศักดิ์. (2536). *อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ จังหวัดชลบุรี*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อารี ปุณณะตระกูล. (2533). *พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่มารับบริการการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. (2534). *แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาสมร หังสพฤกษ์. (2527). *สภาวะจิต สังคม และเศรษฐกิจของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ สด.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Aymanns, P., Fillipp, S.H0. and Klaure, T. (1995, March). "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.
- Bailey, M. (1988, August). "Factors Affection Infant and Mortality in Rural Sierra Leone," *Journal of Tropical Pediatrics*. 34 : 165-168.
- Bengjamin, Bloom S. (1975). *Taxonomy of Education Hand book 1;Cognitive Domain*. New York : David Mc Kay Company, Inc.
- Cassel, J. (1976, August). "The Contribution of the Social environment to Host Resistant," *American Journal of Epidermiology*. 104-109.
- Cobb. S. (1976, September-October). "Social Support as a Moderator of Life Stress," *Psychosomatics Medicine*. 38 : 300-313.

- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985, September). "Stress Support and the Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98 : 310-357.
- Farber, B.A. (1983). *Stress and Burnout in the Human Service Profession*. New York : Pergamon Press Inc.
- Good, Carter V. (1959). *Dictionary*. New York : Macgraw-Hill Book Co.
- Gothieb, Benjamin. (1985, Spring). "Social Network and Social Support," *An overview of Research Practice and Policy implication Health Education Quarterly*. 12 : 5-22.
- Krejcie, Robert V. & Morgan, Daryle N. (1970). *Determining Sample Size for Research Activity*. Educational and Psychological Measurement.
- Markland, Robert E. and Durand, Douglas E. (1976). "An Investigation of Sociopsychological Factors Affecting Infant Immunization," *American Journal of Public Health*. 66 : 168-169.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. (1986, November-December). "self-esteem, Social Support, and Positive Health Practices," *Nursing Research*. 35 : 334-337.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice*, East Norwalk : Appleton-Century Crofts.
- Thoits, Peggy A. (1982, January). "A conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," *Journal of Health and Social Behavior*. p. 147-148.
- Tilden, V.P. (1985, June). "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory," *Research in Nursing and Health*. 8 : 199-206.
- Vajpayee, A. and Govila, A.K. (1987, October). "Effect of Family structure, Family Size, and Growth on Neonatal Mortality in Indian Villages," *Journal of Tropical Pediatrics*. 33 : 261-262.
- Wallace, M.H., Bakke, P.B. and Pendergrass, T.W. (1987, December). "Parents of Long-term Survivors of Childhood Cancer : A Preliminary Survey to Characterize Concerns and Need," *Oncology Nursing Forum*. 14 : 39-43.
- Willey, G. and Silliman, R.A. (1990). "The Impact of disease on the Social Support Experiences of Cancer Patient," *Journal of Psychosocial Oncology*. 8(1) : 79-95.

Wortman, C.B. (1984, May). " Social Support and the cancer Patient : Conceptual and Methologic Issue; Supplement to Cancer," *Journal of the American Cancer Society*. 53 : 2339-2360.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- รายนามผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือขออนุญาตทดสอบแบบสอบถาม
- หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการทำวิจัย

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงวันดี นิงสานนท์ | นายแพทย์ 9วช. กลุ่มงานอายุรกรรม
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 2. แพทย์หญิงสมใจ กาญจนพงศ์กุล | นายแพทย์ 7วช. กลุ่มงานอายุรกรรม
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 3. รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมามกูร | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 5. อาจารย์วิริยา แดงวิสุทธิ | อาจารย์พยาบาล ภาควิชากุมาร
วิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ |



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 - 1000 ต่อ 5644

ที่ ทม 1012/๐๒๒๐๕

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมมางกูร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๐ ๕๕ ๐๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารต และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์วิริยา แดงวิสุทธิ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 02265



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1/ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงวันดี นิงสานนท์ และ แพทย์หญิงสมใจ กาญจนางค์กุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษ ณ สถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็น ผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664 โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 02266



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนา เครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับ การรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119, 6641000 ต่อ 5644, 5646

โทรสาร. 2584119

ที่ ทม 1012/ 02448



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๔ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 152 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

ภาคผนวก ข

- แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- เฉลยคำตอบของแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรได้รับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถาม “ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยของนิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล จึงไม่มีผลกระทบใดๆเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามและการตรวจรักษา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัย

จึงขอความกรุณาจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และเป็นจริง เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของงานวิจัย หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา ที่บุตร
เข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ขาวของมารดา

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ขาวของมารดา

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ด

เลือดขาวของมารดา

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแล

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

คำสั่ง ให้ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับท่าน

1. อายุ

- () ต่ำกว่า 20 ปี () 31 – 40 ปี
() 21 – 30 ปี () 41 ปีขึ้นไป

2. ระดับการศึกษา

- () ต่ำกว่าประถมศึกษา () ระดับอุดมศึกษา
() ระดับประถมศึกษา () อื่นๆ.....
() ระดับมัธยมศึกษา

3. อาชีพ

- () รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ธุรกิจส่วนตัว
() ค้าขาย () แม่บ้าน
() เกษตรกรรม () อื่นๆ.....
() รับจ้าง

4. รายได้ของครอบครัว

- () ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน () 8,001 – 20,000 บาทต่อเดือน
() 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน () มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน

5. จำนวนบุตร

- () 1 คน
() 2 คน
() มากกว่า 2 คน

6. ลักษณะครอบครัว

- () ครอบครัวเดี่ยว
() ครอบครัวขยาย

7. สถานภาพสมรส

- () อยู่ร่วมกัน
() แยกกันอยู่
() หย่าร้างหรือหม้าย

8. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของบุตร

- () ต่ำกว่า 1 ปี
() 1 – 3 ปี
() 3 ปีขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็ง
เม็ดเลือดขาวของมารดา

คำสั่ง ให้ทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่องที่ท่านเข้าใจ

ข้อมูลความรู้	ถูก	ผิด	ไม่ แน่ใจ
1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคติดต่อ			
2. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่รักษาให้หายได้			
3. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวรักษาหายขาดได้โดยวิธีทางไสยศาสตร์			
4. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง			
5. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิต			
6. เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงจะไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว			
7. เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเสียชีวิตเนื่องจากการเสียเลือด			
8. ไม่ควรให้เด็กรับประทานขนมกรุบกรอบมาก ๆ			
9. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทำให้เด็กไม่เป็นโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว			
10. ถ้าเด็กเจ็บแผลในปาก ให้งดอาหารไว้ก่อนรอจนกว่าแผลจะหาย			
11. ควรให้เด็กรับประทานผลไม้ทุกวัน เพื่อช่วยเรื่องการขับถ่าย			
12. ควรหลีกเลี่ยงการเล่นที่รุนแรง เพราะอาจทำให้เด็กบาดเจ็บได้			
13. ควรพาเด็กไปเล่นที่สนามเด็กเล่น เพื่อเด็กจะได้มีเพื่อน			
14. ไม่ควรพาเด็กไปเที่ยวที่สวนสัตว์หรือห้างสรรพสินค้าบ่อยๆ			
15. ควรตามใจเด็กทุกเรื่อง เพราะเด็กป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย			
16. ควรจัดห้องให้เด็กต่างหาก และทำความสะอาดอยู่เสมอ เพื่อ ป้องกันการติดเชื้อ			
17. เด็กที่ให้นยาเคมีบำบัดมักจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น			
18. ช่วงที่ให้นยาเคมีบำบัด เด็กจะมีภูมิคุ้มกันโรคมากขึ้น			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ขาวของมารดา

คำสั่ง ให้ทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อมูล	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
1. เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ			
2. เด็กสามารถรับวัคซีนได้ตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์			
3. จำเป็นต้องพาเด็กมาตรวจตามนัดแพทย์นัดทุกครั้ง			
4. คำแนะนำของแพทย์บางทีก็ไม่ถูกต้อง เนื่องจากแพทย์เลี้ยงไข้			
5. เด็กที่มาตรวจตามนัด จำเป็นต้องเจาะเลือดก่อนทุกครั้ง			
6. ถ้าเด็กมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร ต้องรีบพามาพบ แพทย์			
7. ไม่จำเป็นต้องเช็ดตัวลดไข้ เพราะทำให้เด็กรำคาญ			
8. เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด ควรแยก เด็กต่างหาก			
9. ไม่จำเป็นต้องกระตุ้นให้เด็กรับประทานอาหาร เพราะเด็กไม่ได้ ใช้พลังงานมาก			
10. ถ้าเด็กมีอาการเบื่ออาหารหรือหลังรับประทานอาหาร ไม่ควรบังคับ ให้เด็กรับประทานใหม่			
11. ไม่ควรให้เด็กดื่มนม เนื่องจากจะทำท้องอืด และท้องเสียได้			
12. ไม่ควรให้เด็กรับประทาน ไข่ นม เนื้อสัตว์เพราะเป็นของแสลง			
13. ไม่ควรให้เด็กรับประทานผักทุกชนิด เพราะมีรสขมเด็กไม่ชอบ			
14. ควรให้เด็กออกกำลังกาย หรือเล่นตามปกติ			
15. ควรให้เด็กนอนพักตอนกลางวันเพิ่ม เพื่อจะได้พักผ่อนเพียงพอ			
16. การออกกำลังกายทำให้เด็กมีอาการของโรคกำเริบ			
17. เด็กที่ได้รับการฉายแสง แสดงว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค			
18. เด็กที่ได้รับการฉายแสงผมจะร่วงมาก และสามารถขึ้นใหม่ได้			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา

คำสั่ง ให้ทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่องที่ท่านปฏิบัติ

ข้อมูล	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาล เมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา			
2. ท่านถามอาการของเด็กเมื่อท่านพาเด็กมาพบแพทย์			
3. ท่านใส่ผ้าปิดปาก จมูกให้เด็กตลอดเวลา			
4. ท่านพูดคุยกับญาติของเด็กป่วยคนอื่นเกี่ยวกับการดูแล บุตรป่วยขณะรอตรวจ			
5. ท่านดูแลให้เด็กรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
6. ท่านดูแลให้เด็กดื่มนมและน้ำมากๆ ตามวัย			
7. เมื่อเด็กคลื่นไส้ อาเจียน ท่านให้ดื่มน้ำหวาน หรือ น้ำผลไม้			
8. เมื่อเด็กมีแผลในปาก ท่านให้รับประทานอาหารปกติ			
9. ท่านให้เด็กรับประทานขนมหวานทุกชนิด			
10. ท่านให้เด็กรับประทานอาหารประเภทไขมันมากๆ			
11. ท่านส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามวัย			
12. ท่านไม่让孩子出外กำลังกาย			
13. ถ้าเด็กอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด ท่านจะทิ้งเด็กไว้คนเดียว			
14. ถ้าเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา ท่านจะทำโทษ			
15. ท่านให้เด็กล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร			
16. ท่านสระผมให้เด็กด้วยแชมพูชนิดอ่อน			
17. ท่านใช้แปรงหวีผมชนิดปกติ หวีผมให้เด็ก			
18. ท่านดูแลทำความสะอาดบ้านให้สะอาด			

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแล

บุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา

คำสั่ง จงทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่องที่เป็นจริง

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม	จริง ทั้ง หมด	จริง เป็น บาง ส่วน	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ จริง เป็น บาง ส่วน	ไม่ จริง ทั้ง หมด
ด้านอารมณ์					
1. บุคคลใกล้ชิดไม่เคยรับฟังความรู้สึกของท่าน					
2. บุคคลใกล้ชิด ด่าหิท่านเมื่อบุตรป่วยมีอาการของโรคกำเริบ					
3. บุคคลใกล้ชิดให้โอกาสท่านระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร					
4. บุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจ มีกำลังใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับบุตรที่ป่วย					
ด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ และบริการ					
5. บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนท่านในการปฏิบัติงานต่างๆ					
6. บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือท่าน เมื่อบุตรป่วยของท่านมีอาการกำเริบ					
7. เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้จำเป็น บุคคลใกล้ชิดไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้					
8. เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงินขณะที่บุตรป่วย ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้					
9. เมื่อบุตรของท่านเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีใครช่วยดูแลบุตรแทนท่าน					
10. เมื่อบุตรของท่านเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล บุคคลใกล้ชิดไม่เคยมาเยี่ยม					

ตอนที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม	จริง ทั้ง หมด	จริง เป็น บาง ส่วน	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ จริง เป็น บาง ส่วน	ไม่ จริง ทั้ง หมด
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
11. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ บุคคลใกล้ชิดไม่สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาได้					
12. บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำท่านในการดูแลเด็กป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว					
13. แพทย์ พยาบาล ไม่เปิดโอกาสให้ท่านซักถาม เกี่ยวกับอาการของบุตรที่ป่วย					
14. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่บุตรเป็นอยู่ เช่น ชื่อโรค อาการ การดูแล จากแพทย์และพยาบาล					
ด้านการยอมรับ การมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม					
15. บุคคลในครอบครัวไม่เคยเอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของท่านและบุตร					
16. ท่านได้รับความไว้วางใจ ให้รับผิดชอบงานต่างๆที่ท่านสามารถทำได้					
17. ท่านไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือตัดสินใจร่วมกับบุคคลในครอบครัว					
18. คนในครอบครัวแสดงให้ท่านรู้ว่าท่านมีประโยชน์ต่อครอบครัว					
19. บุคคลในครอบครัวไม่เคยสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ					
20. ท่านสามารถพบปะ พูดคุย สังสรรค์ กับเพื่อนได้ตามปกติ					

ตาราง 30 ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา

ข้อ	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.66	0.53
2	0.62	0.24
3	0.80	0.29
4	0.78	0.41
5	0.62	0.31
6	0.32	0.33
7	0.30	0.52
8	0.72	0.20
9	0.26	0.24
10	0.56	0.42
11	0.80	0.27
12	0.80	0.34
13	0.36	0.39
14	0.64	0.51
15	0.58	0.35
16	0.66	0.20
17	0.42	0.24
18	0.26	0.21

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เท่ากับ 0.75

ตาราง 31 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ ด้านการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการ
การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)		
	ด้านเจตคติ	ด้านการปฏิบัติ	การสนับสนุนทางสังคม
1	0.24	0.34	0.24
2	0.24	0.35	0.37
3	0.23	0.23	0.29
4	0.35	0.26	0.22
5	0.20	0.34	0.42
6	0.33	0.29	0.41
7	0.25	0.28	0.21
8	0.24	0.40	0.33
9	0.27	0.27	0.27
10	0.36	0.63	0.22
11	0.26	0.38	0.28
12	0.40	0.57	0.23
13	0.51	0.31	0.35
14	0.37	0.26	0.29
15	0.32	0.49	0.31
16	0.31	0.34	0.32
17	0.32	0.43	0.22
18	0.27	0.28	0.34
19	-	-	0.23
20	-	-	0.29

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ เท่ากับ 0.72

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.78

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.71

ตาราง 32 เฉลยคำตอบที่ถูก และทิศทางของคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามพฤติกรรม
ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ของมารดา

ด้านความรู้		ด้านเจตคติ		ด้านการปฏิบัติ	
ข้อ	ตอบ	ข้อ	ทิศทาง	ข้อ	ทิศทาง
1	ผิด	1	+	1	+
2	ถูก	2	-	2	+
3	ผิด	3	+	3	+
4	ถูก	4	-	4	+
5	ถูก	5	+	5	+
6	ผิด	6	+	6	+
7	ผิด	7	-	7	+
8	ถูก	8	+	8	-
9	ผิด	9	-	9	-
10	ผิด	10	-	10	-
11	ถูก	11	-	11	+
12	ถูก	12	-	12	-
13	ผิด	13	-	13	-
14	ถูก	14	+	14	-
15	ผิด	15	+	15	+
16	ถูก	16	-	16	+
17	ถูก	17	-	17	-
18	ผิด	18	+	18	+

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววารี จิระพันธุ์วานิช
วัน เดือน ปี เกิด	7 มิถุนายน 2508
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	897/47 ถนนประชาอุทิศ แขวงบางมด เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร 10140
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานผู้ป่วยหนัก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2526	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนเบญจมราชาลัย
พ.ศ. 2530	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
พ.ศ. 2534	ใบประกาศหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2535	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2543	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร