

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาใน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์
ของ
ธมลวรรณ ยอดกลกิจ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.994347

๕ 20,501

๕.3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาใน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ

ของ

ชลวรรณ ยอดกลกิจ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2548

๒ ๒๕๔๘

๕ 7 ก.ย. 2548

ทมลวรรณ ยอดกลกิจ. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง.

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพจิต โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และระดับเศรษฐกิจในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 256 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องคอมพิวเตอร์หาคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มี อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพจิตต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มี เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
4. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และระยะเวลาเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.230$, $r = 0.636$ และ $r = 0.216$ ตามลำดับ) ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.246$)
5. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และระดับเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

FACTORS RELATED TO SELF CARE BEHAVIORS OF LARGE INTESTINAL
CANCER PATIENTS ATTENDING THE BANGKOK METROPOLITAN
ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE
AND VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
THAMONWAN YODKONKIJ

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2005

Thamonwan Yodkonkij. (2005). *Factors Related to Self Care Behaviors of Large Intestinal Cancer Patients Attending the Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital*. Master Thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri, Assist. Prof. Lt. JG. Dr. Paiboon Onmung.

The purposes of this research were to study the factors related to self care behavior of large intestinal cancer patients attending the Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. The studied variables were sex, age, marital status, occupation, level of education, mental health, health status, duration of sickness, health belief, social support and family income. The samples were 256 patients with large intestinal cancer selected by accidental sampling.

The questionnaires consisted of general information, self care behavior, mental health, social support and health belief were used to collect all of the data. Percentage, mean, standard deviation, t-test, one – way analysis of variance and Pearson product moment correlation coefficient were used to analyse the data.

The results were as follows :

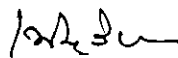
1. Self care behavior of patients with large intestinal cancer was in good level.
2. The patients with different ages, marital statuses and mental health had significant differences in self care behavior at .05 level.
3. The patients with different sexes, level of educations, occupations and health statuses had no significant differences in self care behavior.
4. Perceived susceptibility of large intestinal cancer and complication, perceived benefit of self care behavior and duration of the disease had positive correlation with self care behavior at .05 level ($r = .0230$, $r = 0.636$ and $r = 0.216$ respectively) whereas the perceived barrier of self care behavior had negative correlation with the self care behavior at .05 level ($r = - 0.246$)
5. Perceived severity of large intestinal cancer, social support and family income had no correlative with the self care behavior.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาใน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ของ
นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

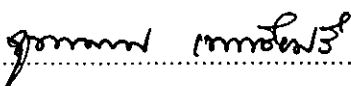


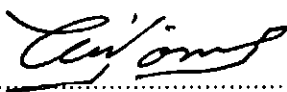
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

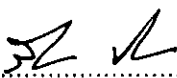
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

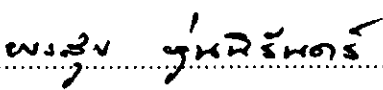
วันที่.....20.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)

.....กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำปรึกษา คำชี้แนะต่าง ๆ และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้ นายแพทย์ ประยุทธ์ ศิริวงษ์ นาง สุพิศ สุวรรณสุทธิ และ นาง จันทรีจิรา เศรษฐจันทร์ ที่กรุณาตรวจสอบ แก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ในการสร้างเครื่องมือวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณผู้ช่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ พี่ น้อง พยาบาลหน่วยงานศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกท่าน ที่ช่วยเหลือด้านเวลา คอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย และขอบคุณเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจกันและกัน จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุก ๆ ท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ให้คำปรึกษา และชี้แนะ รวมทั้งให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับ คุณ พ่อมาชะ คุณแม่ลักขณา ยอดกลกิจ ซึ่งเป็นที่เคารพรัก เป็นผู้ให้กำเนิด อบรมสั่งสอนและเลี้ยงดูผู้วิจัยเป็นอย่างดี ให้กำลังใจ ชี้แนะและช่วยเหลือ ทำให้ผู้วิจัยได้สำเร็จการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต

ธมลวรรณ ยอดกลกิจ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
	สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	กายวิภาคและสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่.....	12
	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	16
	แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง.....	26
	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	30
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	39
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	42
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	42
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	43
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
	ผลการศึกษาค้นคว้า.....	56
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	70
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	70
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	70
	สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	70
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	71

สารบัญ

บทที่		หน้า
5 (ต่อ)	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
	สรุปผลการศึกษาครั้งนี้.....	72
	อภิปรายผล.....	75
	ข้อเสนอแนะ.....	82
	บรรณานุกรม.....	83
	ภาคผนวก.....	92
	ภาคผนวก ก.....	93
	ภาคผนวก ข.....	101
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....	114

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม...	45
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง 256 คน.....	57
3	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการ สนับสนุนทางสังคม และ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล.....	60
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่จำแนกตาม เพศ ภาวะสุขภาพจิต และโรคประจำตัว.....	63
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ สถานภาพสมรส.....	65
6	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จำแนกตามตัวแปร อายุและสถานภาพสมรส.....	67
7	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับเศรษฐกิจใน ครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่.....	68

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 แสดงลักษณะลำไส้ใหญ่.....	13

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้น และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต อัตราการเกิดมะเร็งในคนไทยเพิ่มสูงมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักจะมีอาการปวดทรมาน วิตกกังวลต่อโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตรวจพบในระยะท้าย ๆ ซึ่งยากต่อการบำบัดรักษาจึงมักเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น แม้ว่าปัจจุบันงานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างมาก และมีการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งแล้วก็ตาม (วารสารข่าวสารการพยาบาล วชิรพยาบาล ฉบับ ม.ค. – มี.ค. 2540 : 26) แต่การแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดได้ เมื่อจำแนกสาเหตุการตายตามกลุ่มโรคพบว่า อัตราตายรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ด้วยอัตรา 94.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองจากโรคติดเชื้อ และโรคระบบไหลเวียนเลือด (ปัจจุบัน เหมหงษา. 2541 : 4) ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2542 มีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งมารับการรักษาทั้งสิ้น 12,113 คน ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 13,271 คน และเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2544 เป็นจำนวน 13,290 ราย (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. 2544 : 4-48) ในประเทศสหรัฐอเมริกาชาวอเมริกัน 1 ใน 5 คนจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง หรือเฉลี่ยแต่ละปีจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 4 แสนคน หรือ 80 วินาที ต่อ 1 คน (ปัจจุบัน เหมหงษา. 2541 : 4) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณอัตราเพิ่มของโรคมะเร็งในประเทศที่กำลังพัฒนาว่าในอนาคตอีก 20 ปี จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าของปัจจุบัน (ณัฐ ภมรประวัติ และคณะ. 2541 : 134; อ้างอิงจาก WHO. 1993)

โรคมะเร็งสามารถเกิดได้กับทุก ๆ อวัยวะภายในร่างกาย ลำไส้ใหญ่ก็เป็นอวัยวะหนึ่งที่พบการเกิดมะเร็งได้บ่อย จากสถิติการตายด้วยโรคมะเร็ง จำแนกตามอวัยวะที่เกิดมะเร็งปี พ.ศ. 2541 พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในเพศชายด้วยอัตรา 6.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองมาจากโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปอด และอันดับ 4 ในเพศหญิงด้วยอัตรา 5.5 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองมาจากโรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งปอดและโรคมะเร็งมดลูก ตามลำดับ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543 : 14) สำหรับในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มารับการรักษาในปี พ.ศ. 2544 จำนวน 3,909 ราย และจำนวน 4,139 ราย ในปี 2545 และในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 4,153 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในปี

พ.ศ. 2545 จำนวน 708 ราย และ ในปี พ.ศ. 2546 จำนวนทั้งสิ้น 714 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่เป็นครั้งแรก จำนวน 373 ราย (หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติฝ่ายวิชาการ. 2546 : 2-6) จากข้อมูลสถิติชี้ให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ และยังคงคาดการณ์ว่าอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการดำรงชีวิตที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่มีสังคมและการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีเวลาน้อยลง เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย ฯลฯ การดูแลสุขภาพของตนเองจึงถูกมองข้ามไปว่าไม่สำคัญเท่าการประกอบอาชีพ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มากขึ้น มากมาย รวมถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย จากการศึกษาในระยะการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยพบว่าระยะเวลารอดชีพที่ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนโคลอน (Colon) และ เรคตัม (Rectum) เท่ากับร้อยละ 51 และ 45 ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อายุน้อยและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี การคัดกรองโรคในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และรักษาเสริมหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ระยะเวลารอดชีพดีขึ้น (สุกัญญา จงถาวรสถิตย์. 2541 : 2)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่มีหลายทฤษฎีชี้ให้เห็นความสัมพันธ์การเกิดมะเร็งกับปัจจัยต่างๆ เช่น ด้านอาหาร และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนั้นมะเร็งลำไส้ใหญ่มักยังอาจเกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีประวัติบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะสูงขึ้นหลังอายุ 40 ปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะมีอายุเกิน 50 ปี นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Ulcerative colitis) ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้น (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2537 : 151)

ลำไส้ใหญ่ (Large Intestine) เป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายมีหน้าที่ในการดูดน้ำและโซเดียมกลับเข้าสู่ร่างกายและยังมีหน้าที่เก็บพักและขับถ่ายกากอาหารมากถึงวันละ 200 กรัม เมื่อลำไส้ใหญ่เกิดความผิดปกติจะเกิดผลกระทบต่อน้องกันทั้งทางเดินอาหารเช่น ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ภาวะลำไส้อุดตันจากพยาธิสภาพของโรค จนไม่สามารถขับถ่ายหรือรับประทานอาหารได้ และถ้าความผิดปกตินี้เกิดจากโรคมะเร็งก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น เช่น การมีเลือดออกจากลำไส้ ปวดแน่นบริเวณท้อง การกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ เป็นต้น จากอาการและพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานเกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดจนต้องเข้ารับการรักษาซึ่งผู้ป่วยก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้อีก โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดและรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากมาย เช่น ผอมลง คลื่นไส้

อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องเสียหรือท้องผูก ยับยั้งการทำงานของไขกระดูกซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด มีจำนวนลดลง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำกว่าคนปกติทั่วไปง่ายต่อการติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อีกมากมายหากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องหรือขาดการดูแลตนเอง อาการเหล่านี้จะเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงระยะการดำเนินของโรคจะรวดเร็วมากขึ้น ไม่ว่าผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ก็ล้วนแต่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ถูกต้องนั้นจึงมีความสำคัญ นอกจากเป็นการลดภาระให้กับครอบครัว และชุมชนแล้วยังจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค ชะลอความทรุดโทรมของร่างกายได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยให้เกิดกำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลเช่นกัน การสนับสนุนหรือการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นนั้นอาจทำได้โดยบุคคลที่เป็นเครือญาติของผู้ป่วย บุคคลในวิชาชีพ แพทย์ และพยาบาล หรือจากบุคคลที่มีประสบการณ์ดี อารมณ์มั่นคงด้วยการให้ความใกล้ชิดผูกพัน โดยการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย (ศราวดี ดันธรรมจาริก. 2541 : 4) การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งค่อนข้างสูง ทั้งค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ความไม่แน่นอนของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลโดยตรงต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งจะกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป และความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 5 ; อ้างอิงจาก Rokeach. 1970 : 112) โดยได้มี ผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไว้หลายท่าน เช่น ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน 120 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการดูแลตนเองในระดับดีและปานกลางใกล้เคียงกัน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยในระยะลุกลาม ยากต่อการบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยทราบถึงอาการการดำเนินโรคจะทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างสูงเกี่ยวกับอาการของตนเอง และความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว (นันทลักษณ์ คันสยะวิชัย. 2544 : 3) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นอกจากจะทำให้เกิดความเจ็บป่วย เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นการแก่ผู้อื่นจนกระทั่งเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยจะสูญเสียกำลังใจและมีความวิตกกังวลมากเนื่องจากเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษายาวนาน สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายทำให้ครอบครัวขาดสมาชิก ขาดรายได้ บางครอบครัวต้องชดใช้หนี้สินที่กู้ยืมมาเพื่อการรักษา อาจกล่าวได้ว่าจิตวิญญาณแห่งการพึ่งตนเองได้ถูกทำลายลงพร้อม ๆ กับความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเอง จากความรู้สึกหมดหนทาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต การกลัวความเจ็บปวด กลัวความตาย ทำให้จิตใจไม่สงบ แสวงหาสิ่งที่สามารถรักษาตนเองให้หาย อาจกล่าวได้ว่าการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย สังคม และจิตใจของผู้ป่วย (สุกัญญา เตชะไซค์วิวัฒน์. 2544 : 3) จากรายงานการศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกังวลใน 6 ด้าน คือ สุขภาพ อัตมโนทัศน์ การงานและการเงิน ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เพื่อนฝูงผู้ร่วมงาน กังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิตและความตาย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2535 : 259) ความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะทางจิตได้ในเวลาต่อมา นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง การดื่มน้ำให้เพียงพอ งดสุรา งดสูบบุหรี่ และงดอาหารหมักดองทุกชนิด เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวนี้อาจขัดต่อความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เกิดการปฏิเสธการรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ จะทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ แต่การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีนั้น นอกจากผู้ป่วยจะต้องได้รับรู้ศึกษาคำแนะนำต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพแล้ว สิ่งที่สำคัญยิ่งคือผู้ป่วยต้องเต็มใจที่จะดูแลตนเองและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อนำผลในการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพจิต โรคประจำตัว และ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และระดับเศรษฐกิจในครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น
2. ทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานวางแผนสุขภาพ
3. เป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและนักสุขภาพใช้ในการปรับกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาเพื่อวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 714 ราย ในปี พ.ศ. 2546

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 256 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ แบ่งได้ดังนี้

1. ปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.4 อาชีพ
 - 1.5 ระดับการศึกษา
2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 - 2.2 ภาวะสุขภาพจิต
 - 2.3 โรคประจำตัว
 - 2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน
 - 2.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 2.4.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง
 - 2.4.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเอง
3. ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย
 - 3.1 การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่
 - 3.1.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์
 - 3.1.2 การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม
 - 3.1.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 3.1.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน
 - 3.2 ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้ใหญ่ปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพตนเองตามแบบทฤษฎีของโอเรม ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่เป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้าน

สุขภาพโดยมีผลส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ปัจจัยทางชีวสังคม

หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวบางประการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

2.1 เพศ แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง

2.2 อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ คิดเป็นจำนวนปีบริบูรณ์

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

แบ่งเป็น

2.3.1 โสด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่เคยมีสามี / ภรรยา

2.3.2 คู่ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสามี ภรรยา

2.3.3 หม้าย/หย่า/แยก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เคยมีสามี/ภรรยา อยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบัน สามี/ภรรยาเสียชีวิต หย่าร้างกัน หรือ แยกกันอยู่

2.4 อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

2.4.1 รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่รับราชการหรือ ทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ

2.4.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้า

2.4.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือ เลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

2.4.4 รับจ้างเอกชน หมายถึง รับจ้างเป็นรายวัน หรือรับจ้างส่วนตัว หรือ บริษัททั่วไป

2.4.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจทุกชนิดที่เป็นของตัวเอง

2.5 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็น

(สำนักสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173-174)

2.5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

2.5.2 ประถมศึกษา

2.5.3 มัธยมศึกษา

2.5.4 อุดมศึกษา

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ

หมายถึง ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

3.1 ระยะเวลาเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จนถึงวันที่เก็บข้อมูลในปัจจุบัน

3.2 ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการยอมรับความเป็นจริงในชีวิต และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยมีความขัดแย้งในใจน้อยที่สุด ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามสุขภาพจิต จี เอช คิว 30 (GHQ 30)

3.3 โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นก่อนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

3.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยมีต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ ได้แก่

3.4.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รู้ว่าตนมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตถ้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดีหรือการรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

3.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อจากความรู้หรือประสบการณ์เดิมว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาแต่ระยะแรก มะเร็งอาจจะกระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ แล้วจะเป็นอันตรายต่อชีวิต

3.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง

3.4.4 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่ออุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น เวลาค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

4. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัว และสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงิน และแรงงาน

5. ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว

หมายถึง จำนวนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งหมดของครอบครัว พิจารณาร่วมกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้จ่ายเงินรายได้ดังกล่าว

6.ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

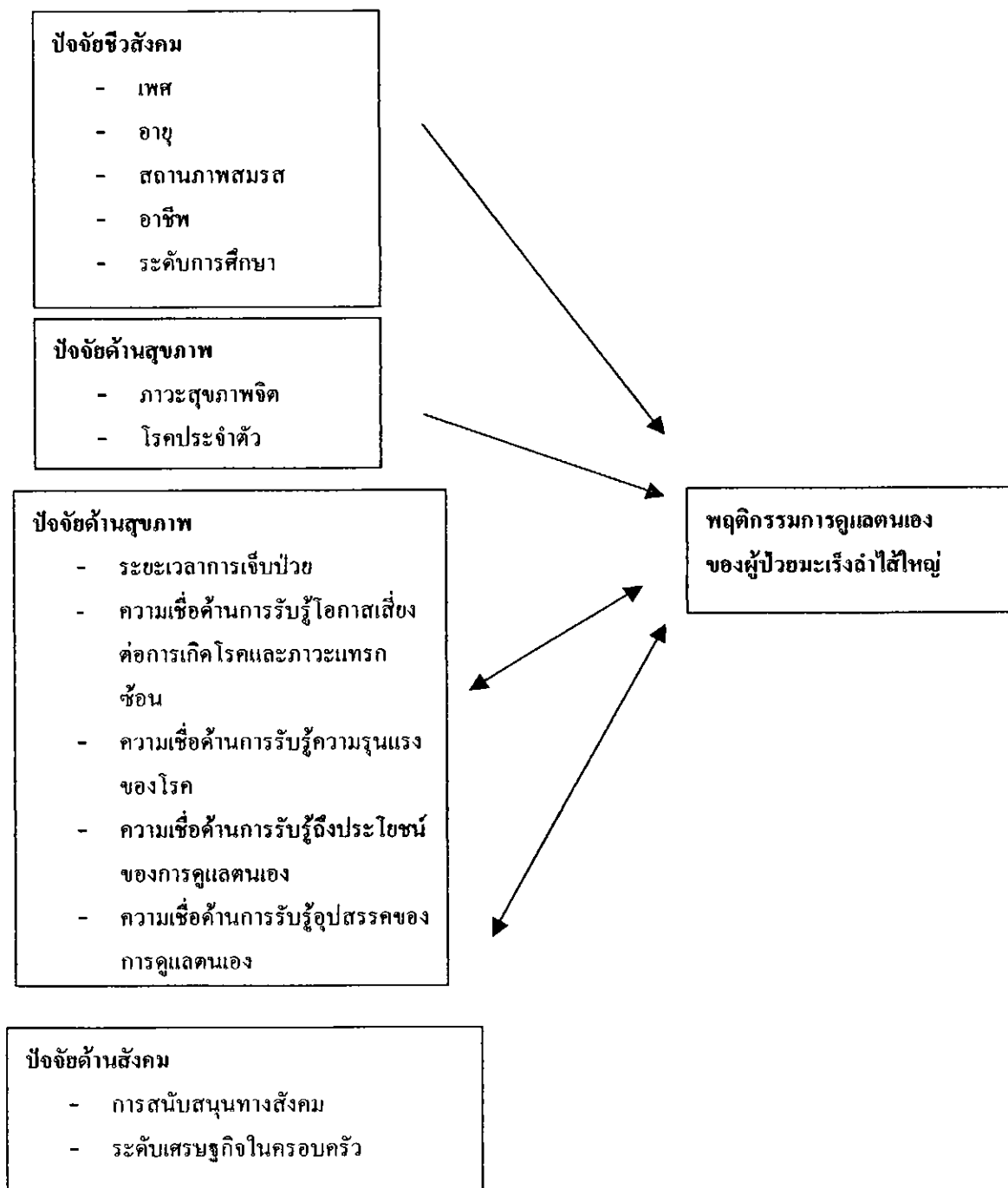
หมายถึง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว และมาติดตามการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

7.วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

หมายถึง สถานศึกษาผลิตบัณฑิตแพทย์ และเป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ช่วยเหลือประชาชนและผู้ป่วยให้บรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยไม่เลือกชนชั้นวรรณะ เพศ ศาสนา และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยศึกษาตัวแปรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
9. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
10. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
11. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
12. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
13. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
14. ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

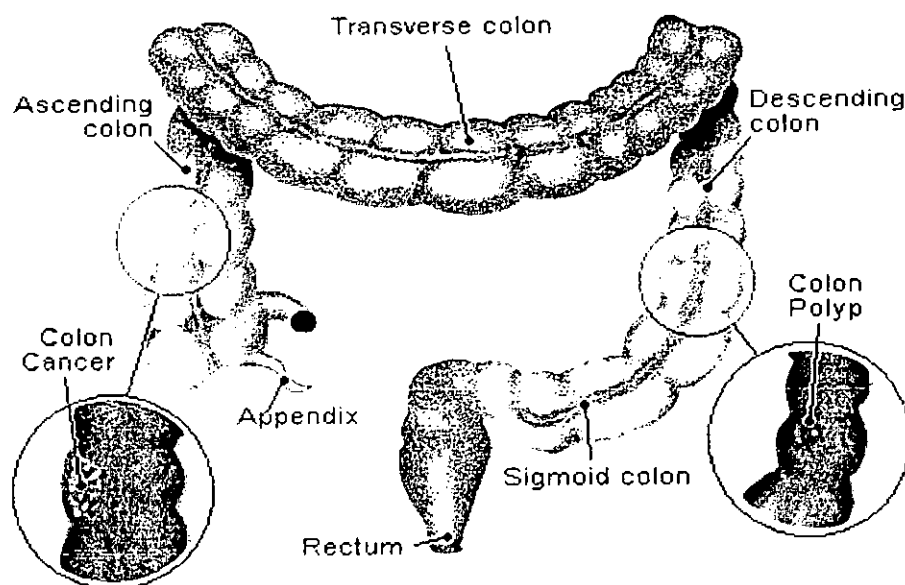
การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มา
รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา
ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่
 - 1.2 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 1.4.1 ปัจจัยทางชีวสังคม
 - 1.4.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ
 - 1.4.3 ปัจจัยด้านสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

กายวิภาคและสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ (Large intestine) ยาวประมาณ 11-130 เซนติเมตร ส่วนต้นกว้างกว่า
ส่วนปลาย โดยแคบลงเป็นลำดัด ผับลำไส้ใหญ่มีลักษณะพองเป็นลอนเรียกว่า Haustra มี
กล้ามเนื้อ 2 ชั้น ชั้นในวางตัวตามแนวรอบขวางรอบวง ชั้นนอกวางตัวตามแนวยาวของ
ลำไส้ไม่ได้มีรอบวง แต่แยกเป็นแถบกว้างเพียง 0.5-1 เซนติเมตร รวม 3 แถบ เรียก
Teniae Coli ผับลำไส้ที่อยู่ระหว่าง Teniae Coli จึงพองออกมาเป็นลอน ลำไส้ใหญ่แบ่งได้
หลายส่วน ได้แก่ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 6)



ภาพประกอบ 2 แสดงลักษณะลำไส้ใหญ่

Cecum คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ต่อกับลำไส้เล็ก มีความยาวประมาณ 6 เซนติเมตร ส่วนนี้จะกว้างและมีขนาดของ Lumen โดกว่าส่วนอื่น ๆ เส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 8 เซนติเมตร

Ascending colon คือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น เป็นส่วนที่อยู่ต่อจาก Cecum ขึ้นไป ลำไส้ใหญ่ส่วนนี้จะอยู่หลังต่อเยื่อบุช่องท้อง มีเยื่อบุช่องท้องปกคลุมเฉพาะด้านหน้าเท่านั้นด้วยเหตุนี้ จึงเป็นอวัยวะที่ค่อนข้างอยู่ไม่ค่อยเคลื่อนที่ ลำไส้ใหญ่ส่วนนี้มีความยาวไม่แน่นอน บางรายยาวมากจนกระทั่งซี่คัมลงไปอยู่ในอุ้งเชิงกราน แต่โดยเฉลี่ยมีความยาวประมาณ 12-20 เซนติเมตร

Transverse colon คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางทอดตามแนวขวางของช่องท้องในแนวระดับของตับอ่อน ลำไส้ส่วนนี้เคลื่อนที่ได้มากโดยเฉพาะในคนที่ผอมสูง ลำไส้ส่วนนี้จะถูกดันได้ง่ายโดยตับ ม้าม ก้อนเนื้องอก หรือโดยใช้มือคลำ มีความยาวประมาณ 50 เซนติเมตร

Descending colon คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนลงต่อมาจาก Splenic flexure แล้วมาต่อกับ Sigmoid colon ตรงตำแหน่งที่ต่ำกว่าระดับ Iliac crest เล็กน้อย

Sigmoid colon คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง แนวต่อระหว่างลำไส้ใหญ่ส่วน Descending กับ Sigmoid อยู่ต่ำกว่าสันกระดูกเชิงกรานข้างซ้ายลงมาเล็กน้อย การตรวจด้วย X-ray ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ต่อกับระหว่างลำไส้สองส่วนนี้ให้แน่นอนได้ นอกจากจะใช้วิธีประมาณเอาเท่านั้น ลำไส้ส่วน Sigmoid มีลักษณะโค้งคล้ายตัว S มีความยาวไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยยาวประมาณ 40 เซนติเมตร

Rectum คือ ลำไส้ตรงอยู่ถัดจากส่วน Sigmoid ลงมา มีความยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ลำไส้ส่วนนี้จะไม่มีการเคลื่อนไหว

Vermiform appendix คือ ไส้ติ่ง ลำไส้ส่วนนี้ยื่นออกมาจากฐานของ Cecum ไส้ติ่งมีรูเล็ก ๆ อยู่ตรงกลางมีความยาวไม่แน่นอน อาจยาวถึง 10 เซนติเมตรก็ได้ ตำแหน่งของไส้ติ่งก็ไม่แน่นอนเช่นกัน คือ ร้อยละ 35 จะอยู่ทางด้านหลังของ Cecum ตำแหน่งของไส้ติ่งมีความหมายในทางคลินิก จะทำให้อาการปวดท้องและผลการตรวจร่างกายต่างกันไป

Hepatic flexure คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ

Splenic flexure คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้ามต่อจากส่วน Transverse ไปเป็นส่วน Descending ของลำไส้ ลำไส้ใหญ่ส่วนนี้ถูกยึดโดย Phrenicocolic ligament ไปยังกะบังลม ข้ายด้านหลังระดับประมาณกระดูกซี่โครงที่ 9-11 ลำไส้ส่วนนี้ถูกยึดอยู่กับที่มารองจาก Rectum

Rectosigmoid colon คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งต่อกับไส้ตรง

Anal canal คือ ท่อทวารหนัก

หลอดเลือดของลำไส้

หลอดเลือดแดงที่นำเลือดมาเลี้ยงที่ลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ไส้ติ่งจนถึงสองในสามส่วนแรกของลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง ลำไส้ส่วนนี้ได้รับเลือดจาก Superior mesenteric artery ตั้งแต่หนึ่งในสามส่วนหลังของลำไส้ใหญ่ส่วนขวางจึงถึงในสามส่วนของลำไส้ตรงได้รับเลือดมาเลี้ยงจาก Inferior mesenteric artery ส่วนที่เหลือของลำไส้ตรงได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดงที่แขนงของ Hypogastric artery (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 13)

เลือดดำ Superior mesenteric อยู่ทางด้านขวาของหลอดเลือดแดง Superior mesenteric และมีแขนงรับโลหิตดำจากลำไส้เล็กทั้งหมด จาก Cecum ไส้ติ่ง ลำไส้ใหญ่ส่วน Ascending และส่วน Transverse แล้วหลอดเลือดดำ Superior mesenteric จะไปมารวมกับหลอดเลือดดำ Splenic ที่ด้านหลังของส่วนคอของตับอ่อนกลายเป็นหลอดเลือดดำ Portal ต่อไป หลอดเลือดดำ Inferior mesenteric รับเลือดดำจากหลอดเลือดดำ Superior hemorrhoidal, Sigmoid และ Left colic แล้วเข้าสู่หลอดเลือดดำ Splenic ที่ด้านหลังของส่วนลำตัวของตับอ่อน มะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณนี้จึงอาจลุกลามผ่านหลอดเลือดดำไปสู่ทั้งตับและปอดได้ (ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์และเจียมจิตต์ ดำรงค์ศักดิ์. 2524 : 13)

ระบบประสาทของลำไส้ใหญ่

ระบบประสาทควบคุมการทำงานของลำไส้มีทั้งระบบประสาทของลำไส้ (Enteric Nervous System : ENS) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System : ANS) ได้แก่ ประสาท Sympathetic และ Parasympathetic และระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System : CNS)

การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่

การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ที่สำคัญ มี 3 แบบ ได้แก่

1. Hanstration เป็นการหดตัวของชั้นกล้ามเนื้อเป็นวง ๆ เฉพาะที่ทำให้เกิดเป็นปล้องเพื่อไล่กากอาหารสลับกันไปมาทำให้ กากอาหารเคลื่อนไปมาเพื่อให้อาหารที่คลุกเคล้ากับน้ำย่อยแล้วมีลักษณะครึ่งแข็งครึ่งเหลว (Chyme) สัมผัสกับเซลล์ดูดซึมของลำไส้ใหญ่เพื่อให้มีการดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์เข้าสู่ร่างกาย
2. Multihaustral Propulsion มีการบีบตัวของปล้องที่ติด ๆ กัน 2-3 ปล้อง เพื่อไล่กากอาหารให้เคลื่อนที่ไปได้เล็กน้อย
3. Mass Movement เกิดประมาณ 3-4 ครั้งต่อวัน เป็นการบีบรัดไล่กากอาหารเป็นระยะทางยาวโดยกล้ามเนื้อแต่ละตำแหน่งจะบีบตัวค้างอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน และขณะเกิด Mass Movement ลักษณะ Hanstration จะหายไปชั่วคราว (สรีรวิทยา 2. 2541 : 662)

การดูดซึม

เยื่อบุของลำไส้ใหญ่หลังน้ำที่มีลักษณะเป็นต่างออกมา มีค่า pH ประมาณ 8.3 ประกอบด้วยน้ำและเมือก น้ำที่ส่วนใหญ่ของลำไส้ใหญ่ได้แก่ การดูดซึมน้ำ เกลือแร่ และสารที่ละลายในน้ำโดยดูดซึม บริเวณ Cecum และ Ascending ในวันหนึ่ง ๆ มีกากอาหารที่คลุกเคล้ากับน้ำย่อยไหลจากลำไส้เล็กสู่ลำไส้ใหญ่ประมาณ 350-500 ลูกบาศก์เซนติเมตร แล้ว ส่วนน้ำจะถูกดูดซึมที่ลำไส้ใหญ่เหลือเนื้ออุจจาระประมาณ 150 กรัมต่อวัน ลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำได้ประมาณน้ำที่ละ 1.7 ลูกบาศก์เซนติเมตร

ลำไส้ใหญ่ดูดซึมอาหารได้น้อยมาก แต่เมื่อลำไส้เล็กเป็นโรค ลำไส้ใหญ่ก็อาจดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนได้บ้างเล็กน้อย ๆ

ผู้ใหญ่ผายลมประมาณวันละ 500 ลูกบาศก์เซนติเมตร และจะมีแก๊สอยู่ในลำไส้ใหญ่แต่ละขณะประมาณ 100 ลูกบาศก์เซนติเมตร แก๊สที่ผายลมออกมาส่วนใหญ่เป็นไนโตรเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ แก๊สอื่น ๆ ได้แก่ มีเทน ไฮโดรเจน และไฮโดรเจนซัลไฟด์ ซึ่งติดไปได้ปริมาณครึ่งหนึ่งของแก๊สในลำไส้ใหญ่ได้มาจากลมที่กลืนเข้าไป และอีกครึ่งหนึ่งเป็นแก๊สที่เกิดขึ้นเองภายในลำไส้ใหญ่ (ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ และเจียมจิตต์ ดำรงค์ศักดิ์. 2524 : 15)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Large intestinal cancer)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งชนิดเนื้อร้าย (Malignancy) ที่เจริญเติบโตขึ้นในลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อเป็นแท่งที่ทะลุขึ้นมา มีรูปร่างคล้ายดอกเห็ด (Adenomatous polyp) กระจายอยู่เป็นจำนวนมากในลำไส้ใหญ่ซึ่งต่อกันมา มันจะมีขนาดใหญ่ขึ้น และพัฒนาไปเป็นก้อนเนื้อร้ายซึ่งจะมีระยะเวลาในการพัฒนานานตั้งแต่ 5-10 ปี (นันทลักษณ์ ศันสยะวิชัย. 2544 : 6)

อุบัติการณ์

ในระบบทางเดินอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่พบเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งตับ ในสหรัฐอเมริกาพบมากเป็นอันดับหนึ่ง ตรงข้ามกับประเทศญี่ปุ่น พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยแต่พบมะเร็งของกระเพาะอาหารมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะอาหารการกินที่ต่างกันนั่นเอง มะเร็งลำไส้ใหญ่พบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป ส่วนในวัยรุ่นหรือหนุ่มสาวพบน้อยหรือไม่พบเลย พบได้เท่ากันทั้งสองเพศมักร่วมกับคนที่เป็โรค Familial polyposis coli, Crohn's disease, Chronic ulcerative colitis (สมจิต หนูเจริญกุล. 2541 : 236)

สาเหตุ

ยังไม่มีผู้ใดทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ก็มีสิ่งเกี่ยวข้องหลายอย่างกับการเกิดมะเร็ง เป็นต้นว่า ภาวะแวดล้อม กรรมพันธุ์ และโรคที่เป็นเหตุมาเกี่ยวกับภาวะแวดล้อมปรากฏว่า สถิติการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกมีมากไม่เท่ากัน มะเร็งในลำไส้ใหญ่พบบ่อยในสหรัฐอเมริกา ยุโรปตะวันตก ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ แต่มีน้อยในอเมริกาใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชาวญี่ปุ่นเมื่อย้ายไปอยู่สหรัฐอเมริกากลับป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้น เข้าใจกันว่าอาหารรับประทานในแต่ละชนชาติมีส่วนให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากหรือน้อยได้ จากการสังเกตพบว่าหากรับประทานอาหารที่มีกากมาก ท้องก็จะไม่ผูก พวกนี้มีจำนวนร้อยละที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่า ตรงกันข้ามกับพวกที่รับประทานอาหารแต่อาหารคาร์โบไฮเดรตที่ง่าย ไม่ค่อยมีอาหารกาก มักจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้บ่อย อธิบายว่าความแตกต่างของอาหารทำให้กลุ่มเชื้อแบคทีเรียตามปกติในลำไส้ใหญ่ต่างกัน พวกอาหารกากมากมีแบคทีเรียพวกฟิงออกซิเจนเป็นส่วนใหญ่ เชื้อที่ไม่ฟิงออกซิเจนบางชนิดเปลี่ยนสารบางอย่าง เช่น กรดน้ำดีให้กลายเป็นสารประกอบที่ทำให้ก่อมะเร็ง ประกอบกับอาหารกากน้อยใช้เวลาผ่านในลำไส้ใหญ่ช้าลง ทำให้สารก่อมะเร็งสัมผัสกับลำไส้ใหญ่นาน จึงมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง (ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ และเจียมจิตต์ ดำรงค์ศักดิ์. 2524 : 230)

แต่ไม่ว่ามะเร็งจะมีสาเหตุจากอะไรก็ตาม ส่วนมากจะเริ่มต้นจาก Adenoma polyp มีหลายทฤษฎีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งลำไส้ใหญ่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งชนิดเดียวกัน เป็นข้อมูลหนึ่งที่ชี้แนะว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดมะเร็ง การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมี 2 รูปแบบคือ

1.1 Polyposis syndromes

1.2 Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) หรือ Lynch syndrome เป็นรูปแบบที่พบบ่อยกว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบ Autosomal dominant ลักษณะของ Syndrome นี้ประกอบด้วย

- ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีชั้นเนื้อเยื่อชั้นตั้งแต่สามคนขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งคนต้องเป็น First degree relative กับอีกหนึ่งในสองคนที่เหลือ

- อย่างน้อยอย่างหนึ่งคนต้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 50 ปี

- ต้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างน้อยสองชั่วคน (Two generations)

มะเร็งที่เกิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักโรคลำไส้ส่วนต้น ส่วนมากเกิดโรคเมื่ออายุประมาณ 50 ปี ซึ่งเป็นอายุน้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปประมาณ 10-15 ปี และอาจจะมีมะเร็งมากกว่าชนิดหนึ่ง ผู้หญิงอาจจะมีมะเร็งที่รังไข่หรือเยื่อบุโพรงมดลูก จึงมีข้อเสนอแนะว่าบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยควรได้รับการตรวจด้วย Colonoscopy ทุก 2 ปี เริ่มเมื่ออายุ 25 ปี ผู้หญิงควรได้รับการตรวจ Pelvic ultrasonography และ Endometrial biopsy ด้วย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของยีนจาก Germline mutation ที่พบบ่อย ได้แก่ ยีน hMSH2 บนโครโมโซม 2 และ hMLH1 บนโครโมโซม 3 ความผิดปกตินี้ทำให้เกิดความผิดพลาดของ DNA replication เป็นเหตุให้เกิด Defective repair จาก DNA mismatches ผลที่ตามมาคือ การเติบโตของเซลล์ผิดปกติ จนนำไปสู่การเกิดมะเร็งในที่สุด

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

เป็นปัจจัยที่สำคัญกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม มะเร็งลำไส้ใหญ่มักเกิดกับกลุ่มประชากร ในเมืองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง การศึกษาทางระบาดวิทยาในหลายประเทศได้ผล ตรงกันว่าอันตรายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน และแคลอรีสูงโดยเฉพาะแคลอรีที่ได้จาก โปรตีนจากเนื้อสัตว์ และไขมันในอาหาร ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากโรคหัวใจโคโรนารี ความแตกต่างทางเชื้อชาติของประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศเดียวกัน ไม่ทำให้ความสัมพันธ์เหล่านี้เปลี่ยนไป (อานาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 195)

2.1 อาหารประเภทเนื้อสัตว์และไขมัน

จากการศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาหารที่อุดมไปด้วยไขมันอิ่มตัวกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่า กรดไขมันที่พบในเนื้อสัตว์ที่มีสีแดงเท่านั้นที่มีผลในการเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ได้หมายถึงไขมันจากเนื้อสัตว์ทั้งหมด ในขณะที่การ

รับประทานน้ำมันปลา และน้ำมันมะกอก จะมีผลในการต้านมะเร็งเพียงเล็กน้อย กลไกการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ของสารไขมันนี้จะเกิดจากอาหารไขมันส่งเสริม หรือกระตุ้นภาวะต่าง ๆ ให้เหมาะสมพอดีกับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ง่าย โดยอาจเพิ่มการกระจายตัวของสารก่อมะเร็งซึ่งส่วนมากละลายในไขมัน นอกจากนั้นไขมันยังทำให้มีการสร้างกรดน้ำดีหรือกลีโชน้ำดีมากขึ้น และจะหลั่งออกสู่ลำไส้กลายเป็นอาหารของแบคทีเรียและอาจถูกแบคทีเรียกระตุ้นด้วยกระบวนการออกซิเดชัน ทำให้กลีโชน้ำดีกลายเป็นสารก่อมะเร็งของลำไส้ใหญ่ซึ่งกรดน้ำดีที่เพิ่มขึ้นในน้ำดี และอุจจาระนั้นจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดมะเร็งลำไส้ (นันทลักษณ์ ต้นสยะวิชัย. 2544 : 8 ; อ้างอิงจาก ไมตรี สุทธิจิตต์. 2527 : ไม่ระบุเลขหน้า)

2.2 อนุพันธ์ของไขมันที่เกิดจากการปรุงอาหาร

การทอด การเผา การปิ้ง การย่างหรือรมควัน อาหารที่มีไขมันด้วยความร้อนสูงโดยตรง ไขมันที่ติดในอาหารจะละลายและหลอมตัวหยดลงไปบนวัตถุร้อน เผาไหม้และกลายเป็นอนุพันธ์ใหม่เรียกว่า “โพลีไซคลิก อโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน” (Polycyclic aromatic hydrocarbon, PAHs) ซึ่งสารเหล่านี้จะระเหยมาพร้อมกับควันไฟมาเกาะติดกับอาหาร ดังนั้นการปรุงอาหารด้วยการทอด การรมควัน การปิ้งและการย่างจะเป็นการเสี่ยงที่จะได้รับสาร

พีเอเอช จากควันไฟได้เช่นเดียวกันและสารพีเอเอช ในอาหารเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ อาหารที่มีระยะหุงต้มสั้นจะมีปริมาณสาร พีเอเอช เกิดขึ้นน้อยในภาชนะเซรามิกจะทำให้ไขมันหรือน้ำมันที่ออกมาจากเนื้อสัมผัสกับผิวของเซรามิก ที่ร้อนจัดจะทำให้เกิดสารก่อมะเร็งชนิดนี้ได้

วิธีการลดปริมาณสารพีเอเอช อาจทำได้โดยตัดไขมันที่ขึ้นเนื้อออกให้หมด จะทำให้มีน้ำมันหยดมาลงน้อย จึงเกิดควันน้อยการทำอาหารให้สุกด้วยการต้มก่อนนำมาอย่าง จะทำให้ใช้เวลาอย่างน้อยลง การย่างอาหารที่อุณหภูมิต่ำและวางอาหารให้สูงจากไฟในระยะเหมาะสม จะทำให้อาหารเกิดการไหม้เกรียมลดลง การห่ออาหารก่อนปิ้ง เช่น การใช้ใบตองหรือกระดาษขลุ่ยเย็บ จะช่วยลดการไหม้เกรียมของอาหารลงได้

2.3 อาหารที่ให้พลังงานสูง

จากการศึกษาวิจัยพบว่า การบริโภคอาหารที่มีปริมาณแคลอรีสูงกว่าการที่ร่างกายนำไปใช้จะทำให้ความเสี่ยงการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้น เพราะพลังงานที่เหลือเหล่านี้จะถูกดึงไปใช้ในการแบ่งตัวระยะที่สองของเซลล์มะเร็ง

2.4 สารไนเตรท ไนไตรท์ และไนโตรซามีน (Nitrate, nitrite and nitrosamine)

สารทั้งสามชนิดนี้มีความสัมพันธ์กันในการทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ โดยสารกลีโชนาเตรทจะถูกเปลี่ยนเป็นกลีโชนาไตรท์ซึ่งจะรวมกับสารแอมโมเนียกลายเป็นสารก่อมะเร็งไนโตรซามีน สารกลีโชนาพบได้ทั่วไปในดิน น้ำ พืช และเนื้อสัตว์ อาจเป็นสารโปรตีนเชื่อมไนเตรทที่ได้จากมูลสัตว์หรือปุ๋ยไนเตรท ในที่มีการเพาะปลูกหรือกลีโชนาไตรท์ที่ใส่ลงไปในอาหารเนื้อ

สำเร็จรูป สารเกลือเกลือนไตรท์เกิดจาก ปฏิกริยาระหว่างเกลือไนเตรทกับเอนไซม์ไนเตรททรีตเมนต์ ในแบบที่เรียบ ดังนั้นจึงอาจพบสารไนไตรท์ได้บ่อย ๆ ในอาหารสำเร็จรูปประเภทเนื้อ เช่น เนื้อกระป๋อง แหนม กุนเชียง ผักดอง หรือผักที่เก็บไว้ค้างคืนที่อุณหภูมิห้อง การเปลี่ยนสารไนเตรทเป็นสารไนไตรท์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปริมาณของไนเตรทที่อยู่ในอาหารอุณหภูมิของอาหาร ระยะเวลาการเก็บ ปริมาณของออกซิเจนและวิธีการปรุงอาหาร วิธีที่จะลดปริมาณไนไตรท์ในอาหาร ควรเลี่ยงอาหารหรือส่วนประกอบอาหารที่มีเกลือไนเตรท ควรเก็บอาหารสดไว้ใน ตู้เย็นเสมอ ควรเก็บในที่ที่มีอากาศน้อยหรือสุญญากาศ และควรทำอาหารให้สุกด้วยการต้มหรือทอด (นันทลักษณ์ ต้นสยะวิชัย. 2544 : 8 ; อ้างอิงจาก ไมตรี สุทธิจิตต์. 2532 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

2.5 อาหารสำเร็จรูปและอาหารขยะ

อาหารกลุ่มนี้เป็นอาหารที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมักจะมีสารกันบูดกันเชื้อรา เพื่อให้มีอายุอยู่ได้นาน ๆ นอกจากนี้กลุ่มอาหารผสมสีซึ่งเป็นแหล่งของสารเคมีก็เป็นแหล่งของอนุมูลอิสระ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงสีผสมอาหารจะทำให้ปลอดภัยเชื้อรา เพื่อให้มีอายุอยู่ได้นาน ๆ นอกจากนี้กลุ่มอาหารผสมสีซึ่งเป็นแหล่งของสารเคมีก็เป็นแหล่งของอนุมูลอิสระ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงสีผสมอาหารจะทำให้ปลอดภัยกว่าในการบริโภค

2.6 อาหารปนเปื้อนสารเคมี

อาหารกลุ่มนี้หมายถึง อาหารที่อาจจะปนเปื้อนสารเคมี กลุ่มที่จะปนเปื้อนได้ง่ายคือผักที่ไ้ยาฆ่าแมลงเกินขนาดหรือปนเปื้อนยาฆ่าหญ้า ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสารที่ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ กลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน่วยย่อยของสารพันธุกรรม (นันทลักษณ์ ต้นสยะวิชัย. 2544 : 8 ; อ้างอิงจาก ลลิตา ธีรสิริ. 2542 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

2.7 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำในปริมาณมาก ๆ จะมีผลให้ขาดสารอาหารวิตามินและแร่ธาตุ และส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง

2.8 เส้นใยอาหาร

เป็นสารอีกชนิดหนึ่งที่มีการศึกษาทางระบาดวิทยา และการศึกษาในสัตว์ทดลองผลการศึกษาพบว่าเส้นใยอาหารมีส่วนปกป้องการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ กลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง มีความชุกของมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารต่ำ เข้าใจว่าเส้นใยอาหารช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ ทำให้ความเข้มข้นของสารก่อมะเร็งต่ำลงและอาจทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระผ่านลำไส้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อขัดแย้งบางประการ เช่น การเพิ่มเส้นใยอาหารไม่อาจช่วยเพิ่มการเคลื่อนที่ของอุจจาระได้จริง

3. ปัจจัยอื่น ๆ

3.1 Ureterosigmoidostomy ร้อยละ 5-10 เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังผ่าตัด 15-30 ปี ในบริเวณที่อยู่ต่ำกว่ารอยเชื่อม

3.2 การสูบบุหรี่ ถ้าสูบนานกว่า 35 ปี โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น ยังไม่ทราบเหตุผล

3.3 ฮอร์โมน ที่สามารถออกฤทธิ์ทำให้เกิดเป็นมะเร็งเหล่านี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มของพวกสารอินทรีย์พวกสเตียรอยด์ เช่น ยาคุมกำเนิดเอสโตรเจน (Estrogen) สารก่อมะเร็งกลุ่มนี้ไม่ได้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสารพันธุกรรมแต่จะไปเสริมฤทธิ์กับสารก่อมะเร็งอื่นที่ร่างกายได้รับเข้าไปขณะนั้น ทั้งนี้โดยการทำให้เกิดการขาดความสมดุลของระบบฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องชนิดต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น มะเร็งเต้านมจะมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศหญิง คือ เอสโตรเจนและโปรเจส- เทอโรน (Androgen and Progesterone) ในขณะที่มะเร็งต่อมลูกหมากจะเกี่ยวพันกับฮอร์โมน แอนโดรเจน (นันทลักซ์ คันสยะวิชัย. 2544 : 8 ; อ้างอิงจาก สุวรรณ กลิ่นสุคนธ์. 2532 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

3.4 สารพิษ ที่มาจากเชื้อราที่รู้จักได้รับการศึกษากันมากที่สุดคือ อะฟลาทอกซิน (Afla toxin) ที่สร้างจากเชื้อรา แอสเพอร์จิลลัส ฟลาวัส (Aspergillus flavus) เชื้อราชนิดนี้สามารถเติบโตได้ดีในอาหารทุกประเภท โดยเฉพาะที่เก็บในที่ร้อนและมีความชื้นพอควร

3.5 จะพบเชื้อราชนิดนี้มากในถั่วลิสง ข้าวสาร กระเทียม พริกแห้ง ซึ่งเมื่อได้รับติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคมะเร็งที่ตับได้

3.6 อายุ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มสูงขึ้นหลังอายุ 40 ปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยอายุเกิน 50 ปี

3.7 ประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอดีต ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไปแล้ว จะมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อีกในตำแหน่งใหม่ประมาณร้อยละ 1.1 – 4.7 โดยที่ครึ่งหนึ่งเกิดภายใน 5-7 ปี แต่บางรายอาจเว้นนาน 23 ปี

3.8 ประวัติครอบครัว นอกจากที่กล่าวไว้ในข้อพันธุกรรมแล้ว ประวัติครอบครัวโรคต่อไปนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น แต่ไม่สูงมากนัก

- Torre's Syndrome มีพยาธิสภาพของผิวหนังหลายชนิด ได้แก่ Sebaceous adenoma และ Carcinoma, Basal cell and squamous cell carcinoma และ Keratoacanthoma ร่วมกับ Adrenoma และ Carcinoma ของลำไส้ใหญ่

- Peutz-jeghers syndrome มี Skin pigmentation ร่วมกับ Polyposis ของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ แต่ใน polyp เหล่านั้นเป็น Hematoma ไม่ใช่ Adenoma โอกาสเกิดมะเร็งจึงไม่สูงนัก

3.9 Inflammatory bowel disease (ลำไส้ใหญ่อักเสบ) Ulcerative colitis และ Crohn's disease มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น หลังเป็นโรคแล้ว 7 ปี

ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 10 ทุก ๆ 10 ปี ของการเป็นโรคโดยมีความเสี่ยงสูงสุดที่ ร้อยละ 30 หลังเป็นโรคแล้ว 25 ปี แต่บางรายพบอัตราเสี่ยงต่ำกว่านี้

พยาธิสภาพ

พบที่ลำไส้ตรงร้อยละ 50 รองลงมาคือส่วนซิกมอยด์ร้อยละ 20 จากการวิจัยพบว่า อาหาร ไขมันและโปรตีนจากสัตว์มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของผลผลิตต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น คอเลสเตอรอล (Cholesterol) เกลื่อน้ำดีในอุจจาระ และแบคทีเรียใน ลำไส้ อาหารไขมันสูง และอาหารกากน้อยจะลดการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ก้อนอุจจาระคั่งค้าง อยู่ในลำไส้นาน อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ได้ง่าย

ทฤษฎีสรุปได้ว่า อาหารที่มีวิตามินซีสูง มีกากสูง มีซีลีเนียมซึ่งพบในอาหารทะเล และแอลฟาโปรโนเพิลอส (Alfrapronoperos) ซึ่งพบในน้ำมันพืช เป็นอาหารที่ต้านการเกิด มะเร็งลำไส้ใหญ่

ลักษณะของก้อนเนื้องอก จะเป็นติ่งเยื่อเมือกที่ชั้นเยื่อเมือก ส่วนใดก็ได้มักพบที่ส่วน เรคโตซิกมอยด์ ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมด แต่ถ้าเป็นที่ลำไส้ใหญ่ข้างขวา ลักษณะอุจจาระยังเป็นน้ำอยู่มักจะไม่พบการอุดตัน ถ้ามะเร็งลุกลามถึงชั้นเนื้อเยื่อจะลามไปยัง อวัยวะใกล้เคียงได้ เช่น ผังหน้าท้อง ถุงน้ำดี ตับอ่อน ม้าม ตับ กระเพาะอาหาร เป็นต้น ลักษณะที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ซีกัม หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น มักมีลักษณะเป็นก้อนใหญ่จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอเกิดการตายเฉพาะส่วน ทำให้มีเลือดออกลักษณะเป็นก้อนนี้พบตำแหน่งอื่นได้เหมือนกัน แม้แต่ในลำไส้ตรงอย่างไรก็ตามที่ลำไส้ใหญ่ ซีกซ้ายและไส้ตรง มะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบ ทำให้ทำลำไส้บริเวณนั้นแคบลงและที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตัน ของลำไส้ได้ง่าย

ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย เช่น บริเวณไส้ตรง เป็นอวัยวะ ที่ถูกตรึงอยู่กับที่และไม่มี Serosa มะเร็งจึงลุกลามผ่านผนังออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบ ๆ ได้ง่าย ไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกรานถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณหนึ่งใน สามส่วนล่างของไส้ตรง ซึ่งหล่อเลี้ยงด้วยระบบเลือด 2 ชุด การลุกลามอาจผ่านไปได้ 2 ทางคือ ผ่าน Superior hemorrhoidal vein เข้าสู่หลอดเลือดดำปอร์ทัล (Portal vein) ไป ตับหรือผ่าน Middle hemorrhoidal vien เข้า Inferior vien จึงอาจมีการลุกลามไปที่กระดู กสันหลังส่วนเอวและอกได้ สำหรับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่เหนือไส้ตรง มะเร็งลุกลามผ่านผนังออก มาไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณแล้วแพร่กระจายต่อไปตามทางเดินน้ำเหลือง และแพร่ กระจายตามหลอดเลือดดำไปสู่ตับ ส่วนการแพร่กระจายไปปอดนั้นเป็นการแพร่กระจายไปจาก ตับอีกทอดหนึ่ง

ขั้นตอนการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่นี้ มีผู้สังเกตพบมานานแล้ว รูปแบบที่นิยมกัน มากเสนอโดย Astler และ Coller มีดังต่อไปนี้ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2537 : 154)

Duke's classification

Class A มะเร็งยังอยู่ภายในชั้น Mucosa

Class B1 มะเร็งลุกลามถึง Muscularis propria แต่ยังไม่ถึงชั้น Serosa

Class B2 มะเร็งลุกลามถึงชั้น Serosa แล้วแต่ไปไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง

Class C มะเร็งลุกลามถึงต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ

Class D มะเร็งแพร่กระจายไปไกล

ลักษณะทางคลินิก

มะเร็งที่เรคตัมพบในผู้ชายน้อยกว่าผู้หญิง ในอัตราส่วนประมาณ 5.3 ส่วนอื่นของลำไส้ใหญ่ในผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นมะเร็งได้พอ ๆ กัน โรคนี้พบได้บ่อยขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบบ่อยที่สุดระหว่างอายุ 60-70 ปี พบในผู้มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ประมาณร้อยละ 5-10 ในกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอายุค่อนข้างน้อย พบในผู้ชายบ่อยและพบว่าเป็นชนิด Colloid มากกว่าชนิดอื่น

ขณะที่มะเร็งลำไส้ใหญ่ยังมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยมักไม่มีอาการให้ปรากฏ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงว่ามะเร็งเป็นมากพอสมควรแล้ว อาการที่ปรากฏได้แก่

1. หน้าที่ของลำไส้ใหญ่แปรปรวน ทำให้ผู้ป่วยท้องผูก ท้องเดิน อุจจาระมีมูกเป็นต้น
2. แผล เมื่อมีแผลที่มะเร็งก็ทำให้มีเลือดออกทางทวารหนัก
3. อาการของภาวะลำไส้อุดตัน
4. มีอาการปวดท้อง กดเจ็บเนื่องจากการลุกลามของมะเร็งไปถึงชั้นเซอโรซ่า และเยื่อช่องท้องแล้ว
5. ภาวะเนื้อเยื่อตาย และอาการอักเสบบริเวณที่เป็นมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วย มีไข้ อ่อนเพลีย
6. อาการอื่น ๆ เป็นต้นว่า เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด

มะเร็งลำไส้ใหญ่โตช้าอาจอยู่นานถึง 5 ปี โดยไม่แสดงอาการอย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีอาการก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งโดยไม่สังเกตเห็น แต่อาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (Occult blood)

การแสดงอาการมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็งพอควร

มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา อาจมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากภาวะเลือดจาง อันเป็นผลของการเสียเลือดจากการมีเลือดออกช้า ๆ เป็นเวลานาน บางกรณีมีการแสดงของโรคด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดมากจนสังเกตเห็น เลือดจะปนเป็นเนื้อเดียวกับอุจจาระเป็นสีน้ำตาลแดง เมื่อก้อนมะเร็งโตขึ้น

จะเกิดอาการปวดท้องหรือคลำก้อนได้ แต่ไม่ถึงกับลำไส้อุดตันชัดเจนเพราะลำไส้บริเวณนี้กว้าง

ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้ใหญ่แคบกว่าซีกขวา และมะเร็งบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย มีการแสดงของโรคด้วยอาการปวดท้องรุนแรงเหมือนลำไส้บิด โดยเฉพาะช่วงหลังรับประทานอาหารและมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระคือระยะที่อุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก หลังจากลำไส้บีบตัวรุนแรงจนอุจจาระส่วนที่เหลือผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน อาการท้องผูกอาจสลับอาการท้องเดินระยะหนึ่งจนกระทั่งเกิดการอุดตันทั้งหมด ในกรณีที่มีเลือดออกจะมีถ่ายเป็นเลือดซึ่งมักเป็นเลือดสีแดงเห็นแยกเป็นส่วนต่างหากจากก้อนอุจจาระ

ถ้ามะเร็งอยู่บริเวณไส้ตรง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อุจจาระรวมตัวเป็นก้อนแล้ว เลือดจะอยู่ที่ผิวก้อนอุจจาระผู้ป่วยอาจมีอาการปวดเบ่ง เนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระผู้ป่วยอาจมีอาการปวดเบ่ง เนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา การลุกลามไปสู่อวัยวะรอบ ๆ ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้น เช่น ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอดและอาการปวดบริเวณฝีเย็บ หรือก้นบ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบบ่อยที่สุด คือภาวะอุดกั้นของลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ลำไส้ทะลุ ภาวะลำไส้กลืนกัน และการมีเลือดออก เป็นต้น

1. ภาวะอุดกั้นลำไส้ ภาวะอุดกั้นนี้มักเกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย คือส่วน Sigmoid, Descending เพราะอุจจาระที่มาถึงลำไส้ใหญ่ด้านนี้ถูกดูดน้ำออกไปมากแล้ว จึงมีลักษณะเป็นเนื้อแข็ง ประกอบกับลำไส้บริเวณนี้มีขนาดเล็ก เมื่อเกิดมะเร็งจึงมีภาวะตีบแคบได้ง่าย ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูกด้วย อุจจาระที่ค้างในลำไส้ใหญ่จึงแข็งกว่าปกติ ทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการของการอุดกั้นเลย แต่เมื่อไปสวนตรวจด้วยแบบเรียบ ทั้งนี้อธิบายว่าเนื่องจากมะเร็งมีลักษณะคล้ายลิ้นคอกำกับให้อุจจาระในลำไส้ใหญ่ไหลผ่านลงไปได้ แต่น้ำผสมแบบเรียบไหลย้อนขึ้นไม่ได้

มะเร็งที่ลิ้น Ileocecal ก็เกิดภาวะอุดกั้นได้เร็วเพราะรูตรงนั้นแคบ เมื่อมีมะเร็งจึงอุดกั้นได้ง่าย การอุดกั้นลำไส้ใหญ่ยังอยู่ใกล้ลิ้น Ileocecal ก็ยังมีอาการแสดงของภาวะลำไส้อุดกั้นได้ง่าย ลำไส้ใหญ่ที่อยู่ต้นทางต่อตำแหน่งอุดกั้นจะโป่งพองมีน้ำ ลมและอุจจาระและที่สุดน้ำและลมก็จะย้อนทะลักผ่านลิ้น Ileocecal ขึ้นไปทำให้ลำไส้เล็กโป่งพองด้วย

การอุดกั้นบริเวณ Splenic flexure ลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ต้นทางกว่าจะโป่งพองส่วนที่อยู่ปลายทางต่อ Splenic flexure มักจะบีบตัว ฉะนั้นเมื่อถ่าย pain film ของท้องแล้วเห็นลำไส้ใหญ่ส่วน Descending บีบตัว และส่วน Transverse ส่วน Ascending และ Cecum โป่งพองก็ให้นึกถึงภาวะอุดกั้นที่ Splenic flexure ไว้ด้วย

การที่ลำไส้ใหญ่ส่วน Transverse โป่งพอง แต่ส่วน Descending และส่วน Sigmoid บีบแฟบ โดยมีการเปลี่ยนแปลงกระชั้นพื้นที่ Splenic flexure นั้น อธิบายว่าเพราะประสาทที่มากควบคุมลำไส้สองส่วนนี้ต่างกัน ประสาทเวกัส (Vagus) และประสาทเซครัล (Sacral) ไปสิ้นสุดจรดกันที่บริเวณโค้ง Splenic flexure หลอดเลือดแดง Superior mesenteric เลี้ยงลำไส้ใหญ่ส่วน Transverse ส่วนลำไส้ใหญ่ส่วน Descending นั้นเลี้ยงโดยหลอดเลือดแดง Inferior mesenteric ประสาท Sympathetic ที่ไปตามแขนงหลอดเลือดแดง ทั้งสองนี้ไปจรดกันที่ใกล้ Splenic flexure ของลำไส้ใหญ่ ฉะนั้นการทำงานของลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งทั้งสองนี้จึงไม่เหมือนกัน

การสวนตรวจด้วยแบเรียมเป็นการตรวจที่สำคัญที่จะช่วยบอกว่า มีมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไม่ และมะเร็งอยู่ตำแหน่งใด ศัลยแพทย์จะได้วางแผนวิธีการผ่าตัดล่วงหน้าได้ถูกต้อง

2. ลำไส้ทะลุ มะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดรูทะลุได้ ถ้าทะลุสู่อวัยวะใกล้เคียง ผู้ป่วยก็ไม่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน แต่ถ้าทะลุเข้าสู่ช่องท้องจะมีอาการรุนแรงทันที ระหว่างนี้ห้ามสวนด้วยแบเรียม เมื่ออาการทุเลาและคาดว่ามีการหุ้มล้อมบริเวณทะลุดีแล้วจึงอาจสวนด้วยแบเรียมได้ แต่อย่าใช้ความดันสูง และอย่าใช้มือกดแรง การสวนด้วยแบเรียมไม่ควรใช้สายสวนที่มีลูกโป่ง เพื่อป้องกันไม่ให้ความดันในลำไส้สูง เมื่อตรวจพบที่มีการอุดตันแล้วผู้ตรวจอย่าใช้ความดันสูง ๆ เพื่อดันให้แบเรียมผ่านรูที่อุดตันนั้น เพราะส่วนที่มีการอุดตันและส่วนที่อยู่เหนือขึ้นไปมีการอักเสบ ลำไส้เปื่อยทะลุได้ง่าย นอกจากนั้นแบเรียมที่ค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่จะทำให้การผ่าตัดลำบาก

3. ภาวะลำไส้กลืน อาจเกิดขึ้นเองในลำไส้ใหญ่ปกติก็ได้ แต่ในผู้ใหญ่วัยส่วนใหญ่ มักมีมะเร็งเป็นสาเหตุ ภาวะลำไส้กลืนกันนี้มักเริ่มเกิดตรงตำแหน่งที่มีเซนเดอเรีย (Century) ยาว ขณะที่ลำไส้กลืนกันนี้จะดึงเซนเดอเรียและต่อมน้ำเหลืองเข้าไปด้วย โดยอาจเข้าไปอยู่ระหว่างชั้นในกับชั้นนอก การกลืนกันของลำไส้ใหญ่มักจะกลืนไปสู่ปลายทางนาน ๆ ครั้งจึงจะเห็นว่าการกลืนกันของลำไส้ใหญ่กลืนย้อนไปสู่ส่วนต้นทาง (ติเรก ดำรงค์ศักดิ์และ เจียมจิตต์ ดำรงค์ศักดิ์. 2524 : 240)

4. การมีเลือดออก ถ้ามะเร็งลุกลามถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ผนังลำไส้ จะทำให้มีเลือดออกอย่างรวดเร็ว

5. การกดอวัยวะใกล้เคียง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ อาจกดมดลูก กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อน้ำปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด เช่น การกดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

6. การเกิดแผลซอนทะลุ การลุกลามทะลุเข้าอวัยวะอื่น ทำให้เกิดแผลซอนทะลุ เช่น ระหว่างไส้ตรงกับช่องคลอด หรือระหว่างลำไส้ใหญ่กับกระเพาะอาหาร เป็นต้น (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 203)

วิธีแพร่กระจาย

มะเร็งของลำไส้ใหญ่กระจายได้ 5 ทาง คือ

1. ลุกลามขยายออกไปโดยตรง
2. ทางระบบน้ำเหลืองโดยไปสู่ต่อมน้ำเหลืองของบริเวณนั้นก่อน
3. ทางกระแสโลหิต
4. แพร่กระจายไปภายในช่องท้อง
5. เซลล์มะเร็งฝังตัวอยู่ในรอยผ่าตัด หรือรอยหน้าตัดขณะผ่าตัด

การกระจายของเซลล์มะเร็งไปตามกระแสโลหิตนั้น พบไม่บ่อยเท่ามะเร็งของอวัยวะอื่น แต่พบได้บ่อยเรื่อย ๆ โดยแพร่กระจายไปยังตับมากกว่าอวัยวะอื่น ๆ คือประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม แพร่กระจายไปยังปอดประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถึงแก่กรรม ประมาณร้อยละ 10 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระดูก ต่อมหมวกไต ไต สมอง เป็นต้น (ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์และเจียมจิตต์ ดำรงค์ศักดิ์. 2524 : 243)

การป้องกันโรค

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการเกิดโรคของมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่มากพอที่แพทย์จะนำมาใช้เป็นพื้นฐานการป้องกันก่อนเกิดโรค (Primary prevention) อาจมี ผู้เสนอแนะให้หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และ/หรือส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง เป็นต้น แม้จะยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน ซึ่งก็ไม่น่าจะมีโทษ และอาจเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคอื่นด้วย เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2537 : 159)

มีความพยายามพยายามใช้เพื่อป้องกันโรค ดังนี้

- การใช้ Estrogen replacement มีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้ใช้

- แอสไพริน และยา NSAID อื่น ๆ เป็นยาที่ระงับการสร้าง Prostaglandins มีผลทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์ช้าลง จากการศึกษานานาชาติพบว่า มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิด Adenoma และมะเร็งลำไส้ใหญ่ลดลงยิ่งใช้นานยิ่งเห็นผลชัดเจน

- การให้ Calcium supplement มีผลยับยั้งการเพิ่มจำนวนของ Epithelial cell แต่ยังไม่มีความแน่นอนยืนยันว่าทำให้อัตราการเกิดมะเร็งลดลง

- การรับประทานอาหารที่มีผลไม้และผักมากมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำ เข้าใจว่าเกิดสาร Antioxidants ที่มีอยู่มากในผักและผลไม้ แต่มีความพยายามที่จะใช้วิตามินซี วิตามินอี และเบตาแคโรทีน เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งไม่ปรากฏผลว่า ทำให้อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำลง (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 203)

การป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว (Secondary prevention) มีการนำมาใช้กับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากพอควร เพราะในหลายประเทศโรคนี้เป็นกันมากจนเป็นปัญหาสาธารณสุข และ

โรคที่อยู่ในระยะที่ยังไม่แพร่กระจาย อาจรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัดเอาออก ปัญหาที่เหลือคือ วิธีการค้นหาโรคที่เหมาะสม และวิธีการเลือกใช้ที่จะให้ผลคุ้มค่า

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่เป็ความเต็มใจของบุคคล เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การควบคุมหรือรักษาโรค ซึ่งการดูแลตนเองเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคล หรือนอกตัวบุคคลก็ได้ (เพียงใจ สุวริยะไพศาล. 2542 : 15 ; อ้างอิงจาก Hill and Smith. 1985 : 9)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชนโดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมรวมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการปฏิบัติตนหรือการรับบริการ

ดิน (Dean. 1985 : 98) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ และประเมินอาการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้น ๆว่าจะรักษามันด้วยตนเองหรือจะให้ผู้อื่นแนะนำ ซึ่งรวมถึงการปรึกษาในสังคมของผู้ป่วยเอง ผู้มีวิชาชีพการรักษาพยาบาล การบริการรักษาอื่น ๆ ตลอดจนประเมินและตัดสินใจเพื่อกำหนดการปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อแนะนำที่ได้รับจากการปรึกษาดังกล่าว

ไพจิตร ปะบุตร (2533 : 2) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อ เจ็บป่วย การทำนุบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันโรค การวินิจฉัยเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตนหลังการรักษาด้วย

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์ (2543 : 11) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่อการเจ็บป่วยอย่างไร

มัลลิกา มัลติโก (2534 : 4) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติพื้นฐานของมนุษย์ที่พยายามหาวิธีดูแลตนเองให้พ้นความเจ็บป่วย โดยรูปแบบการดูแลตนเองต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ของแต่ละสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อให้ชีวิตและสุขภาพมีความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความคิดริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนา ด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

โอเรม (Orem. 1991 : 365) กล่าวว่า การดูแลตนเองคือกิจกรรมที่บุคคลคิดขึ้นใหม่ ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ และทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและมีความสุขอย่างต่อเนื่อง บุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ดูแลตนเองได้จะต้องมีความสามารถที่จะคิดและตั้งใจกระทำอย่างมีวัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์เพื่อสนองต่อความต้องการของตนเอง โดยการควบคุมปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ซึ่งการกระทำอย่างตั้งใจนี้ โอเรม ได้ชี้ให้เห็นว่า แตกต่างจากกลไกการตอบสนองตามสัญชาตญาณของร่างกายทั่วไป แต่เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย จุดประสงค์ที่ชัดเจนหลังจากที่ได้พิจารณาแล้วว่า มีประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต แม้ว่าการกระทำนั้น ๆ อาจไม่พอใจก็ตาม เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเต็มกำลังความสามารถแล้ว จะต้องเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง คือช่วยประคับประคองการดำรงชีวิต ส่งเสริมการทำงานของอวัยวะและโครงสร้างของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดความบาดเจ็บและถ้าเกิดโรคจะช่วยให้ควบคุมรักษาโรคนั้น ๆ ได้ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรและส่งเสริมการดำเนินชีวิตให้มีความสุข

โอเรม ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดออกเป็น 3 ด้านคือ (Orem. 1991 : 125-136)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป เป็นความต้องการพื้นฐานที่พบได้ทุกช่วงบุคคล ซึ่งปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ และ สวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่

- 1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ
- 1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตหน้าที่และ สวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และ พัฒนาการให้สูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความ

สามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่เป็นตามระยะพัฒนาการทั่วไป ที่ดัดแปลงให้มีลักษณะเฉพาะกับระดับพัฒนาการหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การมีคู่สมรส เป็นต้น แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งสภาพที่สนับสนุนพัฒนาการ และกระบวนการของชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันผลเสียต่อระดับพัฒนาการ บรรเทาหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวต่อสังคม ความเจ็บป่วยหรือ ความพิการ

การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากความพิการตั้งแต่กำเนิด หรือความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ ได้แก่

3.1 แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

3.2 รับรู้และสนใจผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยรักษา ในรูปแบบของแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เป็นอยู่

โอเรม (Orem, 1980 : 35) กล่าวว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง ซึ่งจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ถ้าหากความต้องการทั้งหมดได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพก็จะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลตนเองดังนี้

1. การสนับสนุนกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ

2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคและการบาดเจ็บ

4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

ความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามแนวคิดของโอเรม

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพส่วนบุคคล ซึ่งการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับทุกคนแต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการและจุดประสงค์ตามแผนการรักษา ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 13)

1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ อาหารอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจมีอาการหอบเหนื่อยได้ หากเซลล์มะเร็งกระจายไปสู่ปอด ทำให้ประสิทธิภาพของปอดในการฟอกโลหิตมีความสามารถต่ำลงทำให้ผู้ป่วยขาด

ออกซิเจน เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะหายใจเร็วมากขึ้น เพื่อให้ได้รับออกซิเจนให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยควรหยุดกิจกรรมนั้นและนั่งพักทันที เพื่อลดการใช้ออกซิเจนอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารจำพวกที่มีกากใยอาหารสูง เช่น ผักใบเขียว เนื้อปลา เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและได้รับการปรุงอาหารจากการเผา ปิ้งหรือย่าง เนื่องจากกรรมวิธีการปรุงอาหารเหล่านี้จะก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ของเซลล์ต่าง ๆ (นันทลักษณ์ คันสยะวิชัย. 2544 : 8) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ก็เป็นการช่วยให้ไตสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการขับสารพิษหรือยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำที่ผสมแอลกอฮอล์เนื่องจากจะมีผลทำให้ขาดสารอาหารวิตามินและแร่ธาตุ และยังส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

1.2 การดูแลให้ร่างกายได้ขับถ่ายและระบายเป็นไปตามปกติ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อได้รับการผ่าตัดรักษาจำเป็นต้องได้รับการดัดลำไส้ใหญ่ ส่วนที่มีพยาธิสภาพออกไป ทำให้ระบบขับถ่ายไม่เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องสังเกตอาการผิดปกติของการขับถ่าย และระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะท้องผูกซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตามมาได้ เช่น ภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 203) ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งและไม่ควรซื้อยาระบายมารับประทานเอง เพราะเป็นการเสี่ยงต่อการได้รับยาที่มีโทษต่อร่างกาย

1.3 การดูแลให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลียจากการได้รับการผ่าตัดและการรักษาพร้อมอย่างอื่น เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด การได้รับรังสี เป็นต้น การรักษาเหล่านี้มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย รวมทั้งจากการได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผล อาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่รบกวนการพักผ่อนนอนหลับทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลตนเองโดยการ ผ่อนคลายความเครียด เช่น การอ่านหนังสือ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น

1.4 การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในหลาย ๆ ระบบในร่างกายเช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต เนื่องจากเซลล์มะเร็งสามารถกระจายไปตามระบบเลือดและน้ำเหลือง ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงมลพิษต่าง ๆ เช่น ชุมชนแออัดที่อากาศเป็นพิษ ยาเสพติดทุกชนิด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการทรุดโทรมของร่างกาย

2. การดูแลตนเองที่เป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในระยะต่าง ๆ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มีผลเสียต่อการ

ดำเนินชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยควรดูแลตนเองเพื่อชลอความรุนแรงของโรคและความทรุดโทรมของร่างกาย โดยการกระตุ้นตนเองให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการดำรงชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมที่เหมาะสมที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์และอยู่ในสังคมได้ปกติ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดความไม่สบายต่อสุขภาพ ควรแสวงหาข้อมูลความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทาง การแพทย์ที่เชื่อถือได้ รับรู้และสนใจติดตามเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพอย่างมี ประสิทธิภาพ และควรมุ่งเน้นรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามที่แพทย์แนะนำในปริมาณที่พอเหมาะ และหลังจากที่ ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วผู้ป่วยยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามความ สามารถที่เหลืออยู่ถ้าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ ควบคุมอาการให้เข้ากับแผนการดำเนิน ชีวิตเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับแผนการ รักษาและพยาธิสภาพและสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตตามความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยจะสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องปฏิบัติแม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม ความแตกต่างกันของบุคคลและสภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ทำให้พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

เพศ

พบว่า ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิงร้อยละ 60 (อุษณีย์ วินิจเขตคำนวณ และคณะ. 2545: 2) โอเรม (1991 : 137) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเองและเป็นปัจจัย ที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง นั้นทลัษณ์ คันสยะวิชัย (2544 : 38) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่จำนวน 30 คน พบว่าเพศชายมีมากกว่าเพศหญิงคือ พบจำนวน 16 คน ในขณะที่พบ เพศหญิงจำนวน 14 คน สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ (2541 : 36) ศึกษาการรอดชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยจำนวน 1,550 คน พบว่า เป็นเพศชาย 817 คน และเพศหญิง 733 คน วิเคราะห์ความแตกต่างระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตามลักษณะทั่วไป พบ ว่าเพศต่างกันมีระยะเวลารอดชีพไม่แตกต่างกัน นัยนา พิพัฒน์วนิช (2535 : 26) พบว่า

เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายสูงกว่าชาย

อายุ

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 67) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

โอเรม (Orem. 1991 : 138) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บอกความแตกต่างทั้งด้านร่างกายและความคิด หรือความสามารถทางด้านร่างกาย การรับรู้ อายุ มีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเพิ่มสูงขึ้น หลังอายุ 40 ปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยอายุเกิน 50 ปี และหากพบผู้ป่วยที่อายุ 30 ปี หรือน้อยกว่า อาการและความรุนแรงของโรคจะมากกว่าการพยากรณ์โรคจะไม่ดี (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. 2537 : 154)

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะด้านความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตน จากการศึกษาของไดมอน (Diamond. 1979 : 105) พบว่าคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องอยู่ในฐานะผู้ดูแล และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากมาย อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (2535 : 43) พบว่า ผู้หญิงที่เป็นโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่กับสามี มักขาดบุคคลที่จะดูแลและให้กำลังใจ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร

อาชีพ

เป็นการประกอบเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ไม่เป็นภาระกับผู้อื่นจึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลตนเองโดยการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ มาตอบสนองความต้องการของตนเอง จากการศึกษาของ สุชนี ศรีรัตน์ (2544 : 116) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างเอกชน/ส่วนตัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด

ระดับการศึกษา

โอเรม กล่าวว่า การศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดสภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985 ข 175) ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจึงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จากการมีทักษะในการแก้ปัญหา พัฒนาการรับรู้และสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเอง และแสวงหาแหล่งข้อมูลและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากการศึกษาของเพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 71) พบว่าระดับการ

ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

โอเรม (1995 : 225) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นกับระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิตและภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยมี ประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้ ทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น จากการศึกษา ของ วีรยา จิงสมเจตไพศาล (2537 : 58) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรั่วหัตถ์มาตค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโดยถ้าผู้ป่วยเด็กมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีประสบการณ์เกี่ยว กับการเจ็บป่วยและเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองตามภาวะการเจ็บป่วย ทำให้การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเด็กดีขึ้น

โรคประจำตัว

โรคประจำตัวเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองเนื่องจากเป็นอุปสรรคที่ทำให้ ร่างกายและจิตใจไม่มีความพร้อมสมบูรณ์ เมื่อสุขภาพทรุดโทรมจากโรคภัยไข้เจ็บจะทำให้การ ดูแลตนเองขาดความสามารถหรือไร้สมรรถภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมหลาย ๆ อย่างได้ด้วยตนเอง

สุขภาพจิต

ปัจจุบันภาวะสุขภาพจิตเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อชีวิตมนุษย์มาก ไม่น้อยกว่าการ เจ็บป่วยทางกายเลย ดังที่เห็นได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน เช่น ปัญหา อาชญากรรม ครอบครัวไม่มีความสุข ชอบทะเลาะวิวาท ไปจนถึงกระทำความผิด ทำร้าย ร่างกายคนอื่นหรืออาจจะฆ่าคนตายได้ สาเหตุก็อยู่ที่จิตใจนั่นเอง

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมไม่ใช่ผู้ที่เจ็บป่วยประเภทสามวันดีที่วันร้าย คนที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีร่างกายที่แข็งแรงควบคู่กันไปด้วยเสมอ มีอารมณ์มั่นคง สามารถทำงานและปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้ดี ดังนั้นหลักสำคัญของสุขภาพจิต คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความบกพร่อง ทางสุขภาพจิต

สุชา จันทรเอน (2541 : 111) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง คนที่สามารถปรับตัวเข้ากับ คนอื่น ๆ หรือสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสามารถในการสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดีต่อสังคม รู้จักใช้ ความสามารถของตนทำประโยชน์ให้กับสังคมอย่างเต็มที่ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมี ชีวิตชีวา ด้วยความสนุกสนานรื่นเริง

ศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 24) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่มีความสามารถ ควบคุมอารมณ์ของตนได้ เช่น ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายสิ่งของ ไม่ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ๆ เมื่อ

เกิดอารมณ์โกรธแต่จะแสดงออกในทางสร้างสรรค์เช่น บอกความรู้สึกของตนเองทำงานอดิเรก มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น สามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ มีการปรับปรุงตนเองเสมอ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตลอดจนรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้อื่น ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล สามารถอยู่ตามลำพังหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 3) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การปรับตัวของแต่ละบุคคลที่มีต่อตนเองและมีโลกที่แวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพสูง มีพฤติกรรมที่เป็นที่พึงพอใจ เบิกบาน เอาใจใส่ และระลึกถึงบุคคลอื่น มีความสามารถที่เผชิญและยอมรับสภาพความเป็นจริงในชีวิต ตระหนักในความสำเร็จตามศักยภาพของตนเอง มีความพอใจในตนเอง และมีความเป็นอยู่ในสังคม เผชิญและประสบความสำเร็จตามความกระตือรือร้นและความเครียดน้อยมาก ตลอดทั้งปราศจากพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องทางเซาว์ปัญญา อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เผชิญและประสบความสำเร็จตามความกระตือรือร้นและความเครียดน้อยมาก ตลอดทั้งปราศจากพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องทางเซาว์ปัญญา อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข

สุขภาพจิตเป็นการดำรงชีวิตให้อยู่ในสภาพที่เป็นสุข ซึ่งการที่จะดำรงชีวิตให้เป็นสุขนั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้

1. ร่างกายและจิตใจ ร่างกายเกี่ยวกับการบำรุงรักษาป้องกันโรค การส่งเสริมร่างกายให้สมบูรณ์ อันเป็นเรื่องอนามัยและสาธารณสุข ส่วนจิตใจได้แก่ ลักษณะของผู้มีจิตที่ดี 3 ประการ คือ

- เป็นผู้รักษาและเข้าใจตนเองได้ดี คือ ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ กลัว โกรธ รัก อิจฉา หรือกังวล สามารถยอมรับความผิดหวังอย่างกล้าหาญ ใจกว้างยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความพอใจและยินดีในความสำเร็จเล็ก ๆ น้อย ๆ

- เป็นผู้รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดี คือ ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับผิดชอบต่อเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย สามารถเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี

- เป็นผู้สามารถเผชิญกับความจริงแห่งชีวิตได้ดี คือ มีความรับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ต่อปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ลักษณะผู้มีสุขภาพจิตเสื่อมจะแสดงออกโดย

- มีปัญหาในงาน เช่น การเรียน การเงิน ครอบครัว เป็นต้น

- มีบุคลิกภาพบกพร่อง ได้แก่ อ่อนแอ ก้าวร้าวเป็นอาชญา ต่อต้านสังคม เป็นต้น

2. ด้านสังคม

แบบทดสอบทางสุขภาพจิต จีเอชคิว (GHQ-General Health Questionnaire)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบตอบคำถามด้วยตนเอง เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง จีเอชคิว สามารถคัดกรองปัญหาที่สำคัญได้ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคล คำถามจะครอบคลุมปัญหา คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และ อาการซึมเศร้า ร่วมกับการหลงผิดคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย อย่างไรก็ตาม จีเอชคิว เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตและบอกเพียงว่าน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

คราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 76) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งมองตีความหรือแปลข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสและแปลความหมายนั้นโดยอาศัยประสบการณ์ (สุภัทรา ชูเกียรติ. 2543 : 35)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันตามอาการ ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2535 : 30)

เคอร์ช (Kirscht) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันทางสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติทั้งในและนอกกระบวนการแพทย์ และในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ จะทำให้สามารถเข้าใจและอธิบายได้ว่า ทำไม และภายใต้สถานการณ์ใดที่บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง (สุภัทรา ชูเกียรติ. 2543 : 36 ; อ้างอิงจาก Kirscht. 1983 : 227)

สุภัทรา ชูเกียรติ (2543 : 37 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974a : 1) Rosenstock ได้ทำการศึกษาวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางจิตวิทยาสังคม เพื่อหาว่าทำไมบุคคลบางคนทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลบางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น จึงได้เริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยอาศัยแนวคิดของ เคอร์ท เลวิน (Kurt Levin) ที่เชื่อว่า โลกของผู้รับรู้เป็นสิ่งกำหนด หรือตัดสินใจในสิ่งที่เขากระทำ คือ การรับรู้

ของบุคคลเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของคนนั้น ๆ ซึ่งกิจกรรมและการแสดงออกของบุคคลนั้น ๆ เป็นกระบวนการของแรงดึงจากค่านิยมเชิงบวก และเป็นแรงผลักดันจากค่านิยมเชิงลบ ถ้าแรงผลักดันจากค่านิยมเชิงลบมากก็จะทำให้เกิดโรครึ้น ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การเป็นโรคอาจจะทำให้เกิดความรุนแรงอย่างมากต่อชีวิต และการปฏิบัติจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะมีประโยชน์ในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เบคเกอร์ (Becker) และ ไมแมน (Maiman) ได้ปรับปรุงความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตวิทยาสังคม และตัวแปรเชิงโครงสร้าง ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (สุภัทรา ชูเกียรติ, 2543 : 37 ; อ้างอิงจาก Weissfeld และคณะ, 1990 : 152)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

เป็นการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละบุคคลที่ยอมรับว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนอาจปฏิเสธว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนรับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมาก หรืออาจมีโอกาเสี่ยงไม่มากนัก การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เหมาะสมเพียงไร จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลนั้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ระดับของความรุนแรงอาจถูกตัดสินโดยการรับรู้ที่ถูกต้องที่ถูกต้องสร้างขึ้นจากความคิดของบุคคลที่มีต่อโรคนั้น และความเชื่อของบุคคลภายในสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงเกิดขึ้น นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคยังรวมถึงผลกระทบของโรคต่อหน้าที่การงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัว และความสัมพันธ์ในสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Benefit and Perceived Barrier)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่าหรือประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรม เช่น เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงการเกิดโรคได้ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคจะเป็นการรับรู้ด้านลบ ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง ความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจ เป็นต้น บุคคลจะประเมินให้น้ำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคของพฤติกรรม และพิจารณาทางเลือกที่จะแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพ

อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคสูง ในขณะที่มีอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาก จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากที่จะแก้ไข ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งถ้ามีทางเลือกหลายทางก็อาจจะไม่ทำให้เกิดปัญหา สามารถเลือกแสดงพฤติกรรมที่พึงพอใจได้

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barrier)

อุปสรรคของการปฏิบัติมีได้หลายรูปแบบและสามารถที่รับรู้และประเมินได้ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ความไม่ปกติสุขของร่างกาย ความยุ่งยากซับซ้อน และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ หรือการมารับรักษาโรคได้ โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าดีมากกว่าเสีย แต่การปฏิบัติสิ่งใดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทางจิตใจและการรับรู้ประโยชน์รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคขัดขวางการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะร่วมกันอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โอเรม (Orem, 1991 : 152) เปรียบการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเกิดจากมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม บุคคลจะมีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง มีความหวัง รู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจ และได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นแรงจูงใจในการเริ่มการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม จึงช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลเพื่อสนองตอบต่อการดูแลที่ จำเป็น และบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเอง การดึงครอบครัวมามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง สำคัญสำหรับผู้ป่วยมากเพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย จิตใจและสังคมได้ดี

คอบบ์ (Cobb, 1976 : 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979 : 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยัง

อีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้าน เงินทอง สิ่งของ หรืออื่น ๆ

บาร์ริรา (Barrera. 1981 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 ช 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคล ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ได้รับการยอมรับ ได้รับการยกย่องมีคุณค่า เป็นที่ต้องการ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 73) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพที่ดี ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม (อารีรัตน์ ตโนภาส. 2539 : 50)

ประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นี้จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึก ว่า ตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์ แก่สังคม

3. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุ หรือ สิ่งของทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าถึงในการมีส่วนร่วม ในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่ม ต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลุ่ม (Nezzo level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจง ลงไปถึงบุคคลที่มี การติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3. ระดับเล็ก (Micro level) คือ การวัดพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้น ที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 5 ระบบ คือ (Pender. 1987 : 396)

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ การสนับสนุนจากญาติพี่น้อง ซึ่งสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวมีความสำคัญกับผู้ป่วยตั้งแต่เด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดความเชื่อ พฤติกรรมและประสบการณ์ต่าง ๆ

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ได้แก่ บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ในการค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา ได้แก่ แหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ คำสอน ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ เช่น พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวหรือเพื่อน ไม่เพียงพอ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ จากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์ (House. 1981 : 15) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความรัก การยอมรับนับถือ การกระตุ้นเตือน ความหวังใจ การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์

2. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับข้อเท็จจริง การบอกแนวทางหรือทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ ทำให้มีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

3. การสนับสนุนโดยการประเมินพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจ การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นร่วมในสังคม การแสดงความคิดเห็น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง หรือ การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

4. การให้การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านการจัดหาเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ แรงงาน การปรับสภาพแวดล้อม รวมถึงการให้เวลากับผู้ป่วยเมื่อต้องการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคมด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิด สนับสนุน การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า และการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร หรือ กล่าวได้ว่า แรงสนับสนุน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จากการติดต่อกับบุคคลในสังคม (ปิยะพรรณ เพียนทอง. 2540 : 19)

ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งจะรวมถึง ค่ายา รักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์การผ่าตัด รวมถึงค่ารักษาโรคแทรกซ้อนที่ไม่แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่และถ้าเกิดจะมีความรุนแรงเท่าใด งานวิจัยที่ศึกษาถึงฐานะทางเศรษฐกิจกับการดูแลตนเอง คือ ทิพย์สุดา จันทรแจ่มหล้า (2544 : 25) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาวะวิกฤติ ด้านระดับเศรษฐกิจในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลอย่างน้อยที่มีระดับเศรษฐกิจในครอบครัวสูง มีพฤติกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาวะวิกฤติด้านรวม และด้านข้อมูลข่าวสาร อย่างเหมาะสมมากกว่า ผู้มีระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67) ศึกษาคนงานชายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัว

ดอดด์ (Dodd. 1982 : 447) ศึกษาความต้องการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองกับอาการข้างเคียงในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 48 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จะสามารถบรรเทาอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง

มุขเลนแคมและเซเลส (Muhlenkamp and Seyles. 1986 : 334) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักอาศัยในอพาร์ทเมนต์ จำนวน 98 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al. 1990 : 326) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนสูงสุดคือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนต่ำสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียด

งานวิจัยในประเทศ

ลดาวัลย์ ศรีชัยรัตน์ (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 365 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาลระดับปานกลาง

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540 : 90) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สุภัทรา ชูเกียรติ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 865 คน พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในระดับสูง

นันทลักษณ์ ศันสยะวิชัย (2544 : 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าในหมวดผักและผลไม้ในกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในการบริโภคที่สัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาหารกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์ (2544 : 99) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 179 คน พบว่าปัจจัยพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อาชีพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

บงกช เชี่ยวชาญยนต์ และคณะ (2535 : 49) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากร ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศ ทำให้บริการแก่ชาวต่างชาติ จังหวัดสงขลา พบว่า ความเครียดเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล สัมพันธภาพ อาชีพการงาน ปัจจัยภายในของบุคคลและกลไกป้องกันทางจิตของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : ก) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีการดูแลตนเองในระดับดีและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 67) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ขนิษฐา นิลศรี (2544 : 47) พบว่า ความเชื่ออำนาจในการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการ ดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการได้รับรังสีรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2546 จำนวน 714 คน

การกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 256 คน โดยการใช้แบบบังเอิญ (Accidental sampling) และดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1967 : 583) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน จากประชากร จำนวน 714 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดย

2.1 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ห้องตรวจคัดสรรกรรม หน่วยรังสีรักษา หน่วยเคมีบำบัด และตึกคัดสรรกรรมลำไส้ใหญ่ทวารหนัก

2.2 เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ทราบและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองได้ครบจำนวน 256 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ในครอบครัว โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดระดับสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) โดยใช้ GHQ 30 (ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ 2539 : 2-4) GHQ เป็นแบบสอบถามค้นหาปัญหาการไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติ และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นปัญหาที่ผิดปกติของบุคคลนั้น ๆ จำนวนคำถาม 30 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง ไม่เป็นจริง ไม่เป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามโดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามสุขภาพจิต General Health Questionnaire (GHQ 30)
 - การให้คะแนนคิดแบบ 0-0-1-1 ให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ
 - ตอบ 2 ข้อแรกได้คะแนน 0 คะแนน
 - ตอบ 2 ข้อหลังได้คะแนน 1 คะแนน
 - การแปลความหมายคะแนน
 - คะแนน 0-5 ถือว่ามีสุขภาพจิตปกติ
 - คะแนน 6-30 ถือว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต
2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งได้ 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด

เป็นจริง เป็นจริงปานกลาง ไม่เป็นจริง และ ไม่เป็นจริงมากที่สุด โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายชื่อ

ถ้าตอบเป็นจริงมากที่สุด	ให้คะแนน 5
ถ้าตอบเป็นจริง	ให้คะแนน 4
ถ้าตอบเป็นจริงปานกลาง	ให้คะแนน 3
ถ้าตอบไม่เป็นจริง	ให้คะแนน 2
ถ้าตอบไม่เป็นจริงมากที่สุด	ให้คะแนน 1

การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายความว่ามีการสนับสนุนทางสังคมดี

ค่าเฉลี่ย 2.35 – 3.66 หมายความว่ามีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.34 หมายความว่ามีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนระดับเศรษฐกิจในครอบครัวพิจารณาจาก พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 9 ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำสุดมีคะแนนเป็น 1 ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวสูงสุด มี คะแนน เป็น 9 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ดังตาราง 1 (ทิพย์สุดา จันทรแจ่ม หล้า. 2544 : 58 ; อ้างอิงจาก ดวงเดือน พันธุมนาวินและคณะ. 2528)

ตาราง 1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายได้รวมต่อเดือน	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
	2 – 3 คน	4 – 5 คน	6 – 8 คน
น้อยกว่า 4,000 บาท	3	2	1
4,000 – 7,000 บาท	6	5	4
7,001 บาท ขึ้นไป	9	8	7

ที่มา : ทิพย์สุดา จันทรแจ่มหล้า. (2544) ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี. หน้า 25

การแปลความหมายคะแนน

คะแนนสูงกว่าค่า mean หมายความว่า ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวสูง

คะแนนต่ำกว่าค่า mean หมายความว่า ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีข้อคำถาม 2 ลักษณะคือ ข้อคำถามที่แสดงว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองทางบวก และข้อคำถามที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการดูแลตนเองทางลบ โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ

	การดูแลตนเองทางบวก	การดูแลตนเองทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายความว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับการปฏิบัติดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายความว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับการปฏิบัติปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายความว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับการปฏิบัติต่ำ

4. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีข้อคำถามเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แตกต่างแสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพทางบวก และข้อความที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพทางลบ โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ

4.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน กำหนดการให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยระดับต่ำ

4.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค กำหนดการให้คะแนน
ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับต่ำ

4.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.35 – 3.66 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองระดับต่ำ

4.4 แบบสอบถามความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเอง กำหนดการให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	4	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเองระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเองระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง	มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเองระดับต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วบันทึกผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร IC โดยผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งจะมีค่าความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ส่วนข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะตัดข้อคำถามนั้นออก

2. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ซึ่งมีลักษณะเดียวกับประชากรที่ศึกษา

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนน หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมี 22 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 – 0.69 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมี 14 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.17 – 0.54 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมี 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.14 – 0.65 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2548

3. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 5 ตอนที่สมบูรณ์ มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ภาวะสุขภาพจิต และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2.2 การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคมและระดับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรายด้าน

2.3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตรทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) และการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

2.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 41)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534:79)

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

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

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

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

2.2 หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช

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

α	แทน	สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
n	แทน	จำนวนข้อของเครื่องมือ
$\sum S_i^2$	แทน	คะแนนของความแปรปรวนเป็นรายข้อ
S_t^2	แทน	คะแนนของความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 166)

$$t = \frac{\overline{x_1} - \overline{x_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\overline{x_1}, \overline{x_2}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 322)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของชุด x กับชุด y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน 2 ชุด
	$\sum x_i \sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละชุด
	$\sum x_i^2 \sum y^2$	แทน	จำนวนคนกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที่ (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 325)

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ (t-test)
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนคน

3.4 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F – distribution
	MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.5 ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้สูตรนิวแมน – คูลส์ (Newman-Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 252)

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

เมื่อ	q	แทน	ค่า q-statistic ที่ได้จากตาราง
	MS _w	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
	n	แทน	ค่าจำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

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

เมื่อ	k	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	n ₁ , n ₂ ...n _k	แทน	จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ k

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย (Mean)
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงความถี่แบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงความถี่แบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
p	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับเศรษฐกิจ ในครอบครัว และ ภาวะสุขภาพจิต นำเสนอในรูปแบบตารางและความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตารางและความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตรความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มทั่วไปโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว และ ภาวะสุขภาพจิต โดยการแสดงตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ดังปรากฏในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทย
ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา
ระยะเวลาเจ็บป่วย โรคประจำตัว ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว สถานภาพสมรส และ
ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง 256 คน

	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	131	51.17
	หญิง	125	48.83
	รวม	256	100.00
2. อายุ	อายุต่ำกว่า 40 ปี	11	4.30
	41-50 ปี	38	14.84
	51-60 ปี	61	23.83
	61 ปีขึ้นไป	146	57.03
	รวม	256	100.00
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	38	14.84
	ประถมศึกษา	88	34.40
	มัธยมศึกษา	60	23.43
	อุดมศึกษา	70	27.33
	รวม	256	100.00
4. อาชีพ	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	45	17.60
	ค้าขาย	50	19.53
	เกษตรกรรม	20	7.81
	รับจ้างเอกชนส่วนตัว	61	23.82
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	80	31.24
	รวม	256	100.00
5. ระยะเวลาป่วย	1 ปี	85	33.20
	2 ปี	106	41.40
	3 ปี	43	16.80
	4 ปี	10	3.90
	5 ปี	11	4.30
	6 ปี	1	0.40
	รวม	256	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
6. โรคประจำตัว	มี	138	53.90
	ไม่มี	118	46.10
	รวม	256	100.00
7. สถานภาพสมรส	โสด	63	24.60
	คู่	163	63.70
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	30	11.70
	รวม	256	100.00
8.จำนวนสมาชิกใน			
ครอบครัว	2 – 3 คน	44	17.20
	4 – 5 คน	120	46.90
	6 – 8 คน	92	35.90
	รวม	256	100.00
9.รายได้ในครอบครัว	ต่ำกว่า 4,000 บาท	13	5.10
	4,001 – 7,000 บาท	95	37.10
	7,001 บาทขึ้นไป	148	57.80
	รวม	256	100.00
8. ระดับเศรษฐกิจ	ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวสูง	108	42.20
	ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำ	148	57.80
	รวม	256	100.00
9. ภาวะสุขภาพจิต	สุขภาพจิตปกติ	142	55.50
	มีปัญหาทางสุขภาพจิต	114	44.50
	รวม	256	100.00

จากตาราง 2 แสดง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน จำแนกตามตัวแปร
ดังนี้

เพศ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นเพศชาย 131 คน คิดเป็นร้อยละ 51.17 เป็นเพศหญิง 125 คน คิดเป็นร้อยละ 48.83

อายุ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มอายุมากกว่า 61 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.03 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี พบร้อยละ 23.83 อายุ 41-50 ปี พบร้อยละ 14.84 รองลงมาตามลำดับ และพบช่วงอายุ ต่ำกว่า 40 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.30

ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.40 รองลงมา อุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.33 มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.43 และ ต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.84

อาชีพ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.24 รองลงมาคือรับจ้างเอกชน / ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 23.82 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 19.53 รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 17.60 และ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.81

ระยะเวลาเจ็บป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มาแล้ว 2 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 41.40 รองลงมา ได้แก่ 1 ปี ร้อยละ 33.20 3 ปี ร้อยละ 16.80 5 ปี ร้อยละ 4.30 และ 4 ปี ร้อยละ 3.90 ตามลำดับ ส่วนเจ็บป่วย 6 ปี พบน้อยที่สุด ร้อยละ 0.40

โรคประจำตัว

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีโรคประจำตัวอื่นอยู่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 53.90 และไม่มีโรคประจำตัวอื่นเลย คิดเป็นร้อยละ 46.10

สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.70

รองลงมาคือ มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 24.60 และ มีสถานภาพสมรส
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ร้อยละ 11.70

ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำ ร้อยละ 57.80
และระดับเศรษฐกิจในครอบครัวสูง ร้อยละ 42.20

ภาวะสุขภาพจิต

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 55.50 และมีปัญหาทาง
สุขภาพจิต ร้อยละ 44.50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคมและ
ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
ค่าระดับของตัวแปร

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทาง
สังคม และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาใน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง				
ระดับดี	240	93.80	1.56	0.16
ระดับปานกลาง	16	6.20	1.15	0.04
รวม	256	100.00	1.36	0.20
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับดี	211	82.40	4.35	0.37
ระดับปานกลาง	45	17.60	3.26	0.20
รวม	256	100.00	3.81	0.57

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค				
ระดับสูง	101	39.50	3.84	0.27
ระดับปานกลาง	155	60.50	3.28	0.26
รวม	256	100.00	3.68	0.53
ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค				
ระดับสูง	196	76.60	4.30	0.37
ระดับปานกลาง	60	23.40	2.87	0.29
รวม	256	100.00	3.78	0.66
ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง				
ระดับสูง	256	100.00	4.49	0.42
ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง				
ระดับสูง	196	76.60	4.11	0.41
ระดับปานกลาง	60	23.40	3.00	0.39
รวม	256	100.00	3.95	0.80

จากตาราง 3 แสดงว่า

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 93.80 มีคะแนนเฉลี่ย 1.56 ($S=0.16$) และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 6.20 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 ($S=0.04$)

2. การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 82.40 มีคะแนนเฉลี่ย 4.35 ($S=0.37$) มีการสนับสนุนระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 17.60 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ($S=0.20$)

3. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 39.50 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ($S=0.27$) มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.50 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 ($S=0.26$)

4. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.60 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ($S=0.37$) มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.40 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 ($S=0.29$)

5. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 ($S=0.42$)

6. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 76.60 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ($S=0.41$) มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.40 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ($S=0.39$)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตรทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) และการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตาม เพศ ภาวะสุขภาพจิต และ โรคประจำตัว

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
1. เพศ						
หญิง	125	2.52	0.17	0.98	254	.327
ชาย	131	2.54	0.19			
2. ภาวะสุขภาพจิต						
ปกติ	142	2.53	0.22	2.04*	254	.042
มีปัญหา	114	2.52	0.11			
3. โรคประจำตัว						
มี	138	2.53	0.17	0.39	254	.693
ไม่มี	118	2.54	0.19			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. เพศ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพศชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.54 ($S=0.19$) และ เพศหญิง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.52 ($S=0.17$) เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2. ภาวะสุขภาพจิต

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.53 ($S=0.22$) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.52 ($S=0.11$) เมื่อทำการทดสอบแล้ว พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิต ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

3. โรคประจำตัว

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีโรคประจำตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.53 ($S=0.17$) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.54 ($S=0.19$) เมื่อทำการทดสอบแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ สถานภาพสมรส

ตัวแปรที่ศึกษา		df	SS	MS	F	p
1. อายุ						
	ระหว่างกลุ่ม	3	0.33	.11	3.32*	.020
	ภายในกลุ่ม	252	8.47	.03		
	รวม	255	8.80			
2. สถานภาพสมรส						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1.67	.83	29.72*	.000
	ภายในกลุ่ม	253	7.13	.02		
	รวม	255	8.80			
3. อาชีพ						
	ระหว่างกลุ่ม	4	0.08	.02	0.61	.652
	ภายในกลุ่ม	251	8.72	.03		
	รวม	255	8.80			
4. ระดับการศึกษา						
	ระหว่างกลุ่ม	3	0.01	.01	0.09	.962
	ภายในกลุ่ม	252	8.78	.03		
	รวม	255	8.80			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่
มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2. สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

3. อาชีพ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

4. ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และ ระดับการศึกษา พบว่า มีตัวแปรอายุ และ สถานภาพสมรส ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำพฤติกรรมการดูแลตนเองไปทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

ตาราง 6 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จำแนกตามตัวแปรอายุ และ สถานภาพสมรส

1. อายุ		ต่ำกว่า 40 ปี	41 – 50 ปี	61 ปีขึ้นไป	51-60 ปี
	$\bar{X}$	1.41	1.50	1.50	1.58
ต่ำกว่า 40 ปี	1.41	-	0.08	0.11	0.16*
41 – 50 ปี	1.50		-	0.27	0.08
61 ปีขึ้นไป	1.52			-	0.05
51 – 60 ปี	1.58				-

2. สถานภาพสมรส		หม้าย/หย่า/ แยก	คู่	โสด
	$\bar{X}$	1.31	1.54	1.59
หม้าย/หย่า/แยก	1.31	-	0.23*	0.28*
คู่	1.54		-	0.05
โสด	1.59			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุ 51-60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสโสดและสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพคู่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพโสด

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	.216*	.000
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	.230*	.000
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	- .085	.168
4. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	.636*	.000
5. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	- .246*	.000
6. การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	-.108	.084
7. ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่	256	-.022	.726

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .216 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .230 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.085 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .636 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11
5. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.246 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12
6. การสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.108 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
7. ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.022 เมื่อทำการทดสอบแล้วพบว่าระดับเศรษฐกิจในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 ที่ว่า ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และ วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพจิต โรคประจำตัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และระดับเศรษฐกิจในครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

9. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

10. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

11. ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

12. ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

13. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

14. ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ป่วยหรือญาติรู้ตัวว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 256 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1997 : 583)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดระดับสุขภาพจิต general health questionnaires ฉบับภาษาไทย โดยใช้ GHQ 30 (ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ ,2539:2-4)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 5 ตอนที่สมบูรณ์ จัดกระทำและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. นำข้อมูลจากแบบสอบถาม มาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ภาวะสุขภาพจิต
3. การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคมและระดับความเชื่อด้านสุขภาพ
4. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตรทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มทั่วไปโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) และการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1,2,3,4,5,6 และ 7
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 8,9,10 ,11,12,13 และ 14

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยชีวสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.17 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.83 อายุ 61ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 57.03 และ อายุต่ำกว่า 40 ปี พบจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.30 ระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.40 รองลงมาคือ อุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.33 มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.43 และต่ำกว่าประถมศึกษาพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.84 ด้านการประกอบอาชีพพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวนมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 31.24 และพบอาชีพเกษตรกรรมน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.81 ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย พบจำนวนมากที่สุด 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.40 รองลงมาคือ 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.20 และ 6 ปีพบว่ามีจำนวนน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 0.4 สำหรับโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.90 และ ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 46.10 ที่มีสถานภาพสมรสคู่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.7 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 24.6 และพบจำนวนน้อยที่สุด คือสถานภาพสมรสหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 11.7 ด้านระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำพบจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 57.8 ระดับเศรษฐกิจในครอบครัวสูง คิดเป็นร้อยละ 42.2 ส่วนภาวะสุขภาพจิตปกติ พบมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.50 และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 44.50

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง เท่ากับ 1.56 และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 4.35 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับดี

ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 3.28 และ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง

ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเท่ากับ 4.30 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง

ความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มา
รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญมีความเชื่อ
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาใน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่า
คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญมีความเชื่อด้านการรับรู้
ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัว
แปร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพจิต และ โรค
ประจำตัว พบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

1. ระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
7. ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพจิต โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ผู้วิจัยได้อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1 อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อประคับประคองอาการของโรค เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น จากการสังเกตพบผู้ป่วยมีการพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นๆ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษาและการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองสม่ำเสมอ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงไม่แตกต่างกัน และจากลักษณะของสังคมไทยในปัจจุบันที่เปิดกว้างมากขึ้น ทำให้บทบาทของเพศหญิงเป็นที่ยอมรับมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ทัดเทียมเพศชาย ทำงานนอกบ้าน มีรายได้เป็นของตัวเอง มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนความรู้และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างมีเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจทำกิจกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 103) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 96) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน

ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลฤดี ทับทิม (2547 : 75) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุช่วง 51-60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้านและมีเวลาที่จะดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุน้อยที่ยังต้องประกอบอาชีพอยู่ เวลาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเสียไปกับการประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตประจำวันที่ค่อนข้างเร่งรีบ ทำให้มีเวลาที่จะสนใจสุขภาพตนเองน้อยลงไป การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัลยา จิระนคร (2547 : 3) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจิตา นิธิพินิจ (2543 : 93) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 104) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสดและคู่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสทำให้มีเพื่อน เป็นที่ปรึกษายามหมดกำลังใจ มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งน่าจะมีส่วนส่งเสริมเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยมีแรงที่จะดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดจะมีการดำรงชีวิตดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองมาตั้งแต่แรก เพราะฉะนั้นย่อมมีการดูแลตนเองได้ดีการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัลยา จิระนคร (2547 : 103) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอาจเป็นเพราะ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละรายต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างนาน ทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าอาชีพใดก็ต้องลาหยุดงาน ผู้ป่วยจึงมีเวลาในการดูแลตนเองพอ ๆ กัน และในขณะที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์จากผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทำให้ ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนนา คุ่มภัย (2544 : 125) พบว่า อาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 104) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา จิระนคร (2547 : 103) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากทีมสุขภาพ และสื่อต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่รับการรักษามาก่อน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ แม้จะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน การศึกษารังนี้สอดคล้องกับปิยะนุช ปัญญาธิระ (2542 : 89) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 104) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา จิระนคร (2547 : 103) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันโดยผู้มีสุขภาพจิตดีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าอาจเนื่องมาจาก ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีมักมีอารมณ์มั่นคง สามารถทำงานและปรับตัวยอมรับ

สภาพความเป็นจริงได้ดี สามารถปรับตัวเข้ากับโรคและความเจ็บป่วยได้ พร้อมทั้งจะรับฟังการแนะนำและปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของโรคที่ต้องจำกัดพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีย่อมสามารถที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของจินดารัตน์ ทองประไพ (2539 : 106) ที่ศึกษาพฤติกรรมแบบเอและบีกับ สุขภาพกาย สุขภาพจิต การปฏิบัติงานและมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า พยาบาลที่มีสุขภาพจิตดี ปฏิบัติงานเกือบทุกด้านดีกว่าพยาบาลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : 58) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของ ผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน

7. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แพทย์จะตรวจร่างกายอย่างละเอียดและเมื่อพบโรคอื่น ๆ แพทย์จะทำการรักษาควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการของโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่รุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมถึงผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ ซึ่งทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและกิจกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สุทธิพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 104) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ นารี สุรชีวะ (2547 : 80) ที่ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคแพ้ฝุ่นคั้น สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคทางพันธุกรรมมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคแพ้ฝุ่นคั้นไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ มั่นสนั่น พรเจริญโรจน์ (2543 : 116) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษา ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูสุศึกษาที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนไม่แตกต่างกัน

8. ระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า

ระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค และเมื่อปฏิบัตินานจนเกิดเป็นความเคยชิน กลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2539 : 88) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลนั้นแตกต่างกันไป การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีความกระตือรือร้นต่อความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มองเห็นคุณค่าของความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเชื่อว่าถ้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดน้อยลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 63) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจริญพุก (2544 : 102) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

10. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ อธิบายได้ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายที่ทุกคนยอมรับว่ามีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ยาก ดังนั้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับใด ก็จะพยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : 87) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติรัตน์ญา ไชยเจริญ (2544 : 59) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

11. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีแล้ว จะช่วยทำให้มีภาวะสุขภาพดี ผู้ป่วยก็จะเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสังคมเมืองที่มีความเจริญก้าวหน้าด้านข่าวสารมากมายที่สื่อให้ทราบว่า การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีนั้นจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างไร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การรับประทานยาสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัดเมื่อการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ย่อมก่อให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : 87) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจริญพุก (2544 : 102) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : 97) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ชนิษฐา นิลสร (2544 : 67) พบว่า ความเชื่ออำนาจในการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยศีรษะและคอ ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการได้รับรังสีรักษา

12. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเป็นการรับรู้ถึง

ปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติของผู้ป่วยซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพหรือการมารับการรักษาได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคระดับสูงจึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดน้อยลงซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานคือ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

13.การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้องรับการรักษายาวนาน บางครั้งจึงเกิดความท้อแท้ หดหู่ และกลัวว่าตนจะกลายเป็นภาระกับครอบครัว ญาติ พี่น้อง อาจจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงกดดันใจให้ต่อสู้กับโรค ให้ความร่วมมือกับการรักษา พยายามช่วยเหลือตนเอง ดูแลตนเองให้มากขึ้นเพื่อลดภาระของญาติ และอาจเป็นเพราะ อิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุช ปัญญาธิระ (2542 : 93) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน และ ไม่สอดคล้องกับ เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 68) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ การศึกษาของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : 87) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

14.ระดับเศรษฐกิจในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันรัฐบาลมีการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล เช่น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับเศรษฐกิจในครอบครัวต่ำหรือสูง ก็ไม่มีผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 :

บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับเศรษฐกิจ รายได้ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และสอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 101) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนารวงศ์ (2539 : 88) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ โดยเนื้อหาเป็นเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เน้นถึงการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิด และค้นหาแนวทางปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่น และ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาในสถานพยาบาลและที่พักอาศัย ว่ามีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นการวางแผนพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต่อไป
2. ศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น ความคาดหวังการหายของโรค คุณภาพชีวิต ความเครียด เป็นต้น
3. ศึกษาในรูปแบบโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแนวใหม่ ๆ เป็นทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาการให้ความรู้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานะ หม้าย/หย่า/แยก กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี จะสามารถมีชีวิตรอดยืนยาวได้กี่ปี

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2539). การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กอบแก้ว คุณตวัส. (2527). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สังคมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา คุ่มภัย. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเลิศจีน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กัลยา จิระนคร. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ขนิษฐา นิลสร. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3. นนทบุรี : ยุทธินทร์การพิมพ์.
- จันทิมา โตชนะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย ชัดสุขภาพคนไทย ปี 2543. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยชีวิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉิน และอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว. (2541). สรีรวิทยาการกินอาหาร. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : ทำปกเจริญผล.
- ณัฐ งามประวัตินและคณะ. (2541). แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ และ เจียมจิตต์ ดำรงค์ศักดิ์. (2524). สำไส้ใหญ่ในทางรังสีวิทยาและทางคลินิก. กรุงเทพฯ : สันประสิทธิ์การพิมพ์.
- ดลฤดี ทับทิม. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์สุตา จันทรแจ่มหล้า. (2544). ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2539, มกราคม – มีนาคม). “ความเชื่อถือได้และความเที่ยงตรงของ เจนเนอรัล เฮลท์ ควेशันแนร์ (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย,” วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 4(1) : 2-6.
- นันทน์ภัส หงษ์เวียงจันทร์. (2546). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- นันทลักษณ์ ต้นสยะวิชัย. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แผนกศัลยกรรมศาสตร์. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (โภชนศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา ทองรักษาดี. (2534). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บงกช เชี่ยวชาญยนต์ และคณะ. (2535). การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากรภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติ. สงขลา : โรงพยาบาลสงขลา.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาหน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัด อุบลราชธานี. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535). เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : พิระพัฒนา.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะของประชากรกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี กาญจนวรรวศ์. (2539). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยนันท์ มณีกุล. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ปิยะนุช ปัญญาธิระ. (2542). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินต์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปัจจุบัน เหมหงษา. (2541). การดูแลตนเองแบบธรรมชาติ. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก.
- ฝน แสงสินแก้ว. (2522). เรื่องของสุขภาพจิตและโครงการสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2544). สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2543 – 2544 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2535). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์ปรีน แอนด์มีเดีย.
- พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. ปรินต์. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พินันท์ วิศาลสกุลวงศ์. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินต์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี. ปรินต์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินต์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพจิตร ปะบุตร. (2533). การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- มัลลิกา มัลติโก. (2534). แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โครงการงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- มุกดา สุขสมาน. (2528). มนุษย์ภาวะกายและจิต. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- แมนมนนา จิระจรัส. (2539). รูปแบบพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล ผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลดาวัลย์ ผาสุก. (2537, ตุลาคม). "การดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง," วารสารข่าวสารการ พยาบาลวชิรพยาบาล. 2(2) : 10.
- ลดาวัลย์ ศรีชัยรัตน์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลำเนา เรืองยศ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ จิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538 กุมภาพันธ์ – มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 8(3) : 1-28.
- ศราวดี ดันธรรมจาริก. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2535). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 1. กรุงเทพฯ : วิเจพรินติ้ง.
- _____. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : สหมิตรเมดิเพเซอร์.
- _____. (2537). ศาสน์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วิ เจ พรินติ้ง.
- สายฝน เลิศวาสนา. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2537 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

- สุกัญญา จงถาวรสถิตย์. (2541). การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันทรเฒ. (2541). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธิดา นิรพัฒน์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุพรพิมพ์ เจียสกุล และคณะ. (2541). สรีรวิทยา 2. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุภัทรา ชูเกียรติ. (2543). ความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพและแผนงานความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ และคณะ (2543). *Gastrointestinal Motility*. กรุงเทพฯ : คิวคิวฟ.
- หน่วยเวชระเบียน. (2544). สถิติผลการปฏิบัติงานวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปีงบประมาณ 2546. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- อพัชชา ผ่องญาติ. (2543). การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (จิตวิทยาแนะแนว) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อารีรัตน์ ตโนภาส. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- อารีย์ เจียมพุก. (2544). *พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยโรคไตที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลนครปฐม*. ปริญญาโท. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2537). *โรคไตและการวินิจฉัยและการรักษา*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2543). *โรคไตและการวินิจฉัยและการรักษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษณีย์ วินิจเขตคำนวน และคณะ. (2545). *การวิเคราะห์หาสารต้านมะเร็งลำไส้ใหญ่จากตะไคร้*. กรุงเทพฯ : สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- Barrera, J.M. (191). "Social Support in the Adjustment to Pregnant Adolescents : Assesment leves. In B.H. Gottlied *ed), *Social Networks and Social Support*. London:Sage Publications.
- Cobb, S. (1976, September – October). "Social support a Moderator of Life Stress," *Psychosomatics*. 38 (21): 300-313.
- Dean, H (1985, September-October). "Oncology Nursing Forum," *Chossing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life*. 12(6) : 98-100.
- Dimona, M. (1976, September). "Social Support and Adaptation to chronic Illness the Case of maintenance hemodialysis," *Research Nursing Healthn*. 2(16) : 101-108.
- Gerand J. Tertora and Sandra Reynolda Grabowski. (1193). *Principles of anatomy and physiology*. New York : th Lehigh Press, Inc.
- Hochbaum,. G.M. (1958, May) " Public Participation in Medical Screening Program," *PHs Publication*. 572(46) : 1-28.
- House, Jame S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Phillippines : Addison – Wesley Publishing Company, Inc.
- Kahn, R.L. (1979). "Aging and Social Support," *In Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*. Edited by Ritey. M.W. Corolado : Westview Press.
- Levin, L.S. (1976, March). "Self – Care" *Amarican Journal of Nursing*. 79(35) : 487-489.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing : Concepts of Practice*. New York : McGraw Hill.
- _____. (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. 3rd ed. New York : McGraw Hill.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotin in Nursing Practice*. Nore Walk: Appleton Century Groffis.

Roger, Earl R.(1969). *Freedom to learn*. Onin Charles. : E Merrill.

Yamane, T. (1967). *Statistics : An ilntrodutory Analysis*. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/11653

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุญย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมกาตพงษ์ และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบถามให้ นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เทียนศิริ จีระเชชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/11651



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

พศจิกายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฬามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ประยุทธ ศิริวงษ์ นางสุพิศ สุวรรณสุทธิ หัวหน้าคึก และ น.งจันทรจิรา เศรษฐจันทร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ โทรทัศน์ 02-2443325 มือถือ 06-0406440



ที่ ศธ 0519.12/331

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ มกราคม 2548

เรื่อง ขอให้แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท

เนื่องด้วย นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความประสงค์จะขอให้แบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว 30 เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ ได้ใช้แบบสอบถามดังกล่าว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443325 มือถือ 06-0406440

ที่ ศธ 0519.12/11653



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๖ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 - มกราคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443325 มือถือ 06-0406440

ที่ ศธ 0519.12/1/๒๕๔๘



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๖ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรียว ไทบุญ อ่อนน้อม เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธมลวรรณ ขอดกลกิจ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์หญิงศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443325 มือถือ 06-0406440



No. W. 55

**Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration**

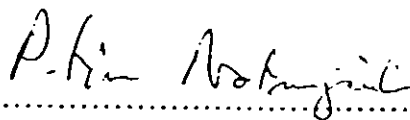
Title of Project : Factors Related to Self Care Behaviors of
Patients with Large Intestinal Cancer
Attending at Bangkok Metropolitan
Administration Medical College and Vajira
Hospital

Registered Number : 0037.48

Principal Investigator : Miss Thamonwan Yodkolkij

Name of Institution : The Bangkok Metropolitan Administration
Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.


..... Chairman

(Mr. Pitinan Natrujirote)

Deputy Permanent Secretary for BMA

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงศ์ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นายแพทย์ ประยุทธ์ ศิริวงศ์ | นายแพทย์ 7 วช.
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |
| 4. นาง สุพิศ สุวรรณสุทธิ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |
| 5. นาง จันทร์จิรา เศรษฐจันทร์ | พยาบาลวิชาชีพ 6 ว
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ข้อชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. ความมุ่งหมาย แบบสอบถามฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ ถูกต้อง
2. ลักษณะแบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - ตอนที่ 3 วัดระดับสุขภาพจิต
 - ตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม
 - ตอนที่ 5 ความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวมจึงไม่มีผลเสียต่อท่าน แต่กลับจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงพัฒนางานด้านบริการทางสุขภาพ จึงใคร่ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางสาว ธมลวรรณ ยอดกลกิจ
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาใน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 () ต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา () อุดมศึกษา
4. อาชีพ
 () รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย
 () เกษตรกรรม () รับจ้างเอกชน/ส่วนตัว
 () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 () น้อยกว่า 4,000 บาท
 () 4,001 - 7,000 บาท
 () 7,001 บาทขึ้นไป
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
7. ระยะเวลาตั้งแต่ท่านทราบว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จนถึงปัจจุบัน.....ปี
8. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นหรือไม่
 () ไม่มี
 () มี ระบุ.....
9. สถานภาพสมรส
 () โสด () คู่
 () หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อกิจกรรมนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อ	ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วย iring ย่าง ทอด			
2	ท่านรับประทานอาหารประเภททุเรียน เชียง ลูกชิ้น หมูยอ			
3	ท่านรับประทานอาหารผลไม้			
4	ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
5	รับประทานอาหารที่ชอบโดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของอาหาร			
6	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
7	ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
8	ท่านออกกำลังกายตามสภาพของร่างกายที่เอื้ออำนวย			
9	ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพบอาการผิดปกติ			
10	ท่านสูบบุหรี่			
11	ท่านลดหรือเพิ่มขนาดของยาที่แพทย์สั่งให้เอง			
12	ท่านลืมพบแพทย์ตามนัด			
13	ท่านแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง			
14	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด			
15	ท่านมาพบแพทย์ทันทีที่พบอาการผิดปกติ			
16	ท่านพบปะ พูดคุย กับผู้อื่นได้เหมือนก่อนป่วย			

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
17	ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
18	ท่านถามแพทย์ / พยาบาลเมื่อไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง			
19	ท่านทำสมาธิ และ / หรือ ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ			
20	ท่านแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ ๆ หรือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่			
21	ท่านลิ้มรับประทานยาที่แพทย์สั่ง			
22	ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องให้ใครช่วยเหลือ			

ตอนที่ 3 แบบทดสอบสุขภาพจิต

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงหรือใกล้เคียงความเป็นจริงกับสภาพของท่านในปัจจุบันมากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และ กรุณาตอบคำถามทุกข้อ

1. ท่านสามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ แย่กว่าปกติ ☐ แย่กว่าปกติมาก
2. ท่านนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
3. ท่านมีอาการกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
4. ท่านหาอะไรทำ และทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
5. ท่านออกไปนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
6. ท่านจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ดีพอ ๆ กับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกับท่าน
☐ ดีกว่ามาก ☐ ดีพอ ๆ กัน ☐ ค่อนข้างน้อยกว่า ☐ น้อยกว่ามาก
7. ท่านรู้สึกว่โดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ ดีน้อยกว่าปกติ ☐ ดีน้อยกว่าปกติมาก
8. ท่านพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป
☐ มากกว่าปกติ ☐ พอๆกับตามปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
9. ท่านสามารถมีความรู้สึกรักและอบอุ่นต่อคนใกล้ชิดได้
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
10. ท่านรู้สึกว่าสามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่าย
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
11. ท่านใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่นมาก
☐ ใช้เวลามากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่ามาก
12. ท่านรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
13. ท่านรู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก

14. ท่านรู้สึกดีที่เครียดอยู่ตลอดเวลา

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

15. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่าง ๆ ได้

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

17. ท่านสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก

18. ท่านมองอะไรเครื่องเครียดไปหมด

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

19. ท่านรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

20. ท่านสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ของตัวเองได้

☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก

21. ท่านรู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทับถมจนรับไม่ไหว

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

22. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

23. ท่านรู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

24. ท่านคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

25. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

26. ท่านรู้สึกมีความหวังในอนาคตของตัวเอง

☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ

27. ท่านรู้สึกว่ามีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ

☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ

28. ท่านรู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

29. ท่านรู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

30. ท่านรู้สึกว่บางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างรอบคอบแล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ไม่เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เป็น จริง มากที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	ไม่ เป็น จริง	ไม่เป็น จริงมาก ที่สุด
1	คนในครอบครัวเคยแสดงท่าทางทำให้ท่านหมดกำลังใจ					
2	คนในครอบครัวคอยเตือนให้ท่านไปตรวจตามนัด					
3	เมื่อท่านไม่สามารถทำงานบ้านได้ คนในครอบครัวอาสาทำงานแทน					
4	คนในครอบครัวท่านทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นใจ					
5	เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวท่านไม่เคยให้ความช่วยเหลือ					
6	คนในครอบครัวให้ท่านทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับร่างกายของท่าน					
7	คนในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
8	บุคคลใกล้ชิดให้การยกย่องและนับถือท่าน					
9	ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ที่ท่านสามารถทำได้					

ข้อ	ข้อความ	เป็น จริง มากที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	ไม่ เป็น จริง	ไม่เป็น จริงมาก ที่สุด
10	บุคคลในครอบครัวท่านเห็นว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์					
11	เมื่อครอบครัวของท่านเกิดปัญหาขึ้น ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ					
12	เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของ เครื่องใช้และสิ่งอื่น ๆ บุคคลในครอบครัวไม่ให้ความช่วยเหลือท่าน					
13	ท่านมีคนที่ไว้วางใจ และสามารถปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้					
14	บุคคลใกล้ชิด สนใจ ชักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านอยู่เสมอ					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างรอบคอบแล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านปานกลาง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านปานกลาง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่นำมาปิ้งย่าง ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก					
2	การรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำทำให้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งลดลง					
3	ผัก ผลไม้ เป็นอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลดลง					
4	ไม่ว่าจะดูแลสุขภาพดีอย่างไร ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้					
5	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
6	เมื่อเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7	การป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ท่านทำงานได้ลดลง					
8	การป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดความทุกข์ ทรมาน จาก อาการปวดท้อง					
9	การมาตรวจตามนัดทำให้ท่าน ทราบอาการของโรค					
10	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้อง ควบคุมอาหาร					
11	การปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาลเป็นเรื่องที่ยุ่ง ยากและน่าเบื่อ					
12	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตาม สภาพร่างกายที่เอื้ออำนวย					
13	การเลือกรับประทานอาหารไขมัน น้อย ผัก และ ผลไม้ เป็นภาระกับ ครอบครัว					
14	การมาพบแพทย์ทำให้ท่านเสียเวลา					
15	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอุปสรรค ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน					

เฉลยแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

2,3,4,9,10,11,12,14,15,16,17,18,20,21,22

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1,5,6,7,8,13,19,23

ตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

2,3,7,8,9,10,11,12,14,15

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1,4,5,6,13

ตอนที่ 5 ถ้ามั่นความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อต่อไปนี้

1,2,3,9,10,12

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อต่อไปนี้

4,5,6,7,8,11,13,14,15

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล

นางสาวธมสรพรรณ ยอดกลกิจ

วันเดือนปีเกิด

31 ตุลาคม 2520

สถานที่เกิด

เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน

5/696 ม.10 ถ.สามัคคี ต. บางตลาด อ. ปากเกร็ด

จ. นนทบุรี 11120

ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

แผนกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ

วชิรพยาบาล

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2538

มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์

พ.ศ. 2541

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พ.ศ. 2548

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ