

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

พงษ์สิทธิ์

พงษ์ประสิทธิ์

นายพงษ์สิทธิ์ พงษ์ประสิทธิ์

ผู้วิจัย

ดร.

อานันท์กุล

รองศาสตราจารย์ อานันท์กุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ยุพิน

ศิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ยุพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. อรุณรัตน์

รองศาสตราจารย์อรุณรัตน์ พันธุ์ศักดิ์,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2554

พงษ์ศักดิ์

พงษ์ประติษฐ์

นายพงษ์ศักดิ์ พงษ์ประติษฐ์

ผู้วิจัย

นางสาวจันทร์เพ็ญ สันตวาจา,

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมณสกุล,

D.N.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์มณี อาภานันท์กุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ก่อนอื่น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างซาบซึ้งด้วยหัวใจแด่อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ผู้ซึ่งให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้แนวทาง และให้กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และผู้วิจัยขอเก็บเอาความรู้สึกที่ดีที่ท่านทั้งสองได้ให้ไว้ตลอดไป

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณฑา ลิ้มทองกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์ ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล และดร. จันทรเพ็ญ สันตวาจาที่มอบคำแนะนำด้วยความใจดีที่มีค่ายิ่งกับผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

ความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์จะเกิดขึ้นไม่ได้ ถ้าปราศจากความช่วยเหลือในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลของหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำคลินิกโรคมะเร็งเต้านมและต่อมไทรอยด์ กลุ่มตัวอย่างสตรีมะเร็งเต้านมทุกท่าน เพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโทผู้มีน้ำใจงาม และอีกครั้งสำหรับผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณฑา ลิ้มทองกุล ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างหาที่สุดมิได้ของบุพการี ผู้ซึ่งมอบเลือด เนื้อชีวิต และสนับสนุนให้ผู้วิจัยมีวันนี้ได้ และไม่ลืมขอบคุณน้องชายคนเดียวที่คอยให้กำลังใจเสมอมา

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN WOMEN WITH BREAST
CANCER UNDERGONE ADJUVANT CHEMOTHERAPY

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ 5136668 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณี อากานันท์กุล, Ph.D. (NURSING), ชูพาฬิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 100 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .521, .283, .678, p < .01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.186, p < .05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -.164, p > .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมในเชิงสนับสนุน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ความเครียด ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่พยาบาลควรจัดโปรแกรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เป็นไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องและตามประสบการณ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเพื่อกำจัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ / สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม / การรับรู้สมรรถนะของตนเอง / การสนับสนุนทางสังคม / ความเครียด

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN WOMEN WITH BREAST CANCER UNDERGONE ADJUVANT CHEMOTHERAPY**PONGSIT PONGPRADIT 5136668 RAAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: MANEE ARPANANTIKUL, Ph.D. (NURSING), YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N.****ABSTRACT**

The purpose of this descriptive research was to investigate the relationships between stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, social support, and health-promoting behavior of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy. Pender's Health Promotion Model was used to guide this study. The study utilized a purposive sample of 100 women with breast cancer who completed adjuvant chemotherapy from the Outpatient Breast and Endocrine Clinic of Ramathibodi Hospital. All data were collected using the questionnaires, which were composed of illness history and treatment profile form, demographic data questionnaire, Suan Prung Stress Test-20, perceived self-efficacy questionnaire, perceived barriers to health-promoting behavior questionnaire, perceived benefits of health-promoting behavior questionnaire, social support questionnaire, and health-promoting behavior questionnaire. The data were analysed by using percentage, means, standard deviations, Pearson's product moment correlation, and Spearman rank correlation.

The results revealed that women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy had a high level of health-promoting behavior. There were significantly positive correlations between perceived self-efficacy, perceived benefits of action, social support, and the health-promotion behavior ($r = .521, .283, .678, p < .01$ respectively) and there was a significantly negative correlation between stress and the health-promotion behavior ($r = -.186, p < .05$). There was no statistically significant correlation between perceived barriers to action and the health-promotion behavior ($\rho = -.164, p > .05$).

The findings show important factors related to health-promoting behaviors in women with breast cancer undergone adjuvant chemotherapy. Perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support all have positive impacts, whereas stress has negative impact on health promoting behaviors. Therefore, it is important for nurses to provide nursing care and health promotion programs based on these related factors and on the experience of the health behaviors among those women in order to maintain their health promoting behaviors.

KEY WORDS: HEALTH PROMOTING BEHAVIOR / WOMEN WITH BREAST CANCER / PERCEIVED SELF-EFFICACY / SOCIAL SUPPORT / STRESS

195 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
โรคมะเร็งเต้านม	12
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม	
และได้รับยาเคมีบำบัดเสริม	
ความเครียด	43
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	48
การรับรู้อุปสรรค	50
การรับรู้ประโยชน์	51
การสนับสนุนทางสังคม	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	56
สถานที่ศึกษา	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
บทที่ 4 ผลการวิจัย	75
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	88
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	107
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	111
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	129
รายการอ้างอิง	148
ภาคผนวก	162
ประวัติผู้วิจัย	195

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	76
4.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกายก่อนได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด และดัชนีมวลกายปัจจุบัน	83
4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมจำแนก ตามรายด้านและโดยรวม	84
4.4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียด การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุน ทางสังคมของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม	85
4.5 การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของปัจจัยที่ศึกษา	86
4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม	86

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ

1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบว่าเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคและสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแถบประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกา จากสถิติในปีค.ศ. 2007 - 2009 พบว่า มีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ 178,840, 182,460 และ 192,370 คน ตามลำดับ มีจำนวนสตรีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 40,460, 40,480 และ 40,170 คน ตามลำดับ และมีอัตราการรอดชีวิตในปีค.ศ. 1975 - 1977 เท่ากับ 75% ในปี 1984 - 1986 เท่ากับ 79% และในปีค.ศ. 1996 - 2003 เท่ากับ 89% (American Cancer Society, 2007-2009)

ส่วนในประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มสตรีเช่นกัน ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งทั้งหมด จากเดิมที่เป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) จากสถิติปีพ.ศ. 2548 - 2550 พบสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 19,425, 19,599 และ 34,954 คนตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 1,910, 2,103 และ 2,172 คนต่อปีตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548 - 2550) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า ปีพ.ศ. 2549 - 2551 พบสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 3,204, 3,460 และ 3,755 คน ตามลำดับ (หน่วยบริการข้อมูล, 2551)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและอัตราการรอดชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมค่อนข้างคงที่ อาจเกิดจากมีการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อค้นหาและเริ่มรักษาในระยะเริ่มต้นและให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Garcia et al., 2007) ประกอบกับการรักษาที่ก้าวหน้าทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น การมีชีวิตอยู่ที่ยาวนานขึ้นอาจไม่ใช่สิ่งสำคัญเพียงอย่างเดียวสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม แต่การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีน่าจะเป็นสิ่งที่สำคัญกว่า

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในช่วงระยะแรกของการเจ็บป่วย สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีระดับคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี แต่คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มลดลง เมื่อระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น (Loerzel, McNees, Powel, Su, & Meneses, 2008) เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่สตรีได้รับ ทำให้

เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ความเหนื่อยล้า ผอมว้าง อาการคลื่นไส้และอาเจียน เชื้อราช่องปาก อักเสบ เบื่ออาหาร แขนขาบวม น้ำหนักเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ หมดประจำเดือนก่อนกำหนด กระดูกพรุน เป็นต้น (Kaelin & Coltrera, 2005)

นอกจากนี้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมยังได้รับผลกระทบต่อจิตใจ โดยแสดงอาการเครียด วิตกกังวล โกรธ ไม่มั่นใจในตนเอง จนถึงมีอาการซึมเศร้า (Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2006) ทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ห่างจากการมีกิจกรรมทางสังคม และต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายสูงสุดในชีวิตไป (บุบผา ชอบใช้, 2536) แม้ว่าจะผ่านช่วงของการรักษาไปแล้ว แต่สตรีที่เป็นโรคมะเร็งก็ยังคงมีความวิตกกังวลกลัวการกลับเป็นซ้ำ เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานที่ต้องอยู่กับการมีเต้านมเพียงข้างเดียว สูญเสียภาพลักษณ์ และสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิง และที่สำคัญที่สุดกลัวความตาย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสตรีที่เป็นโรคมะเร็งนั้นไม่ได้เกิดเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ส่งผลถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเป็นลูกโซ่ เสมือนวัฏจักรอุบาทว์ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (Ganz et al., 2002; Montazeri, 2008)

ยิ่งไปกว่านั้น ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด พบว่าได้รับผลกระทบมากกว่าการรักษาเฉพาะที่ เช่น การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ซึ่งการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต่ำกว่าสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น (Montazeri, 2008) อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นสามารถบรรเทาได้โดยการปรับวิถีชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดให้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงชีวิตหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ในระยะที่ยาวนานกว่าช่วงของการรักษา สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสริมต้องเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และใช้ชีวิตอยู่กับโรคมะเร็ง ซึ่งการปรับวิถีชีวิตจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การเกิดโรคร่วม และอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Hsieh et al., 2008; Kirshbaum, 2005; Kirshbaum, 2006; McNeely et al., 2006; Phillips et al., 2008; Rock & Demark-Wahnefried, 2002; Rock, 2002; Rock, 2003; Schwartz, 2000) อีกทั้งยังคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Mosher et al., 2009) รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติภายใต้การเป็นโรคมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 30.5 ไม่มีพฤติกรรมออกกำลังกายใดๆ เลย ร้อยละ 24 มองการเจ็บป่วยในแง่ลบ ร้อยละ 59 มีพฤติกรรมการทำงานสังคมลดลง และร้อยละ 14.3 ใช้วิธีการปรับความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ในทาง

ลบ (ศิริไท พุกกะศรี, 2546) ซึ่งมีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 15-18.5 เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยมีกิจกรรมทางร่างกายเป็นประจำ รับประทานอาหารสุขภาพ และไม่สูบบุหรี่ (Alfano et al., 2009; Pierce et al., 2007b) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ ละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม เพื่อสนับสนุนให้ สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้เลือกศึกษาความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตวิทยา เนื่องจากผู้รอดชีวิตในกลุ่มมะเร็งของสตรีมีความเครียด เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านการรักษา การติดตามผล และอาการที่เกิดขึ้นต่างๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย ไม่มีสมาธิ ทักษะคิดเกี่ยวกับร่างกาย และการต้องเผชิญกับความตาย (Lauver, Connolly-Nelson, & Vang, 2007) ซึ่งความเครียดดังกล่าวน่าจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการศึกษากับหลายกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (Stark & Brinkley, 2007) กลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Santacroce & Lee, 2006) กลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (Gacad, 2002) และกลุ่มวัยรุ่นไทย (Chandanasotthi, 2003)

ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้เลือกศึกษาปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม เพราะจากร้อยละ 86, 79, 61 และ 57 ของการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) โดยพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า (นภาพรณ ศรีใจวงศ์, 2546) กลุ่มสตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (จิตรัตน์ สารทองแดง, 2551) กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด (หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) กลุ่มแรงงานไทยก่อนเดินทางไปต่างประเทศ (Suwankhong, 2000) กลุ่มครูสตรีวัยทอง (ภาณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์, 2548) และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551)

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาจำนวนน้อยและมีข้อจำกัดจากการศึกษาในกลุ่มประชากรต่างๆ กันที่มีคุณลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพียงบางด้าน ไม่ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด (Pender et al., 2006) ทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษาที่ผ่านมาอ้างอิงถึงกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมเป็นอย่างไร
2. ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender et al., 2006) เป็นกรอบแนวคิดโดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์

มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถแบ่งได้เป็น 2 มโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตที่มีความเหมือนหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่มุ่งหวัง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลนั้นประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง (self-esteem) แรงจูงใจตนเอง (self-motivation) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) และ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การศึกษา เชื้อชาติ สถานะเศรษฐกิจ ซึ่งมโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Pender et al., 2006)

มโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ย่อย คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม คือ ความเชื่อของบุคคลที่คาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสูงก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมถือเป็นสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ และมีส่วนสนับสนุนให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ ถ้าขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองแล้ว บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา 4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมเป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติ

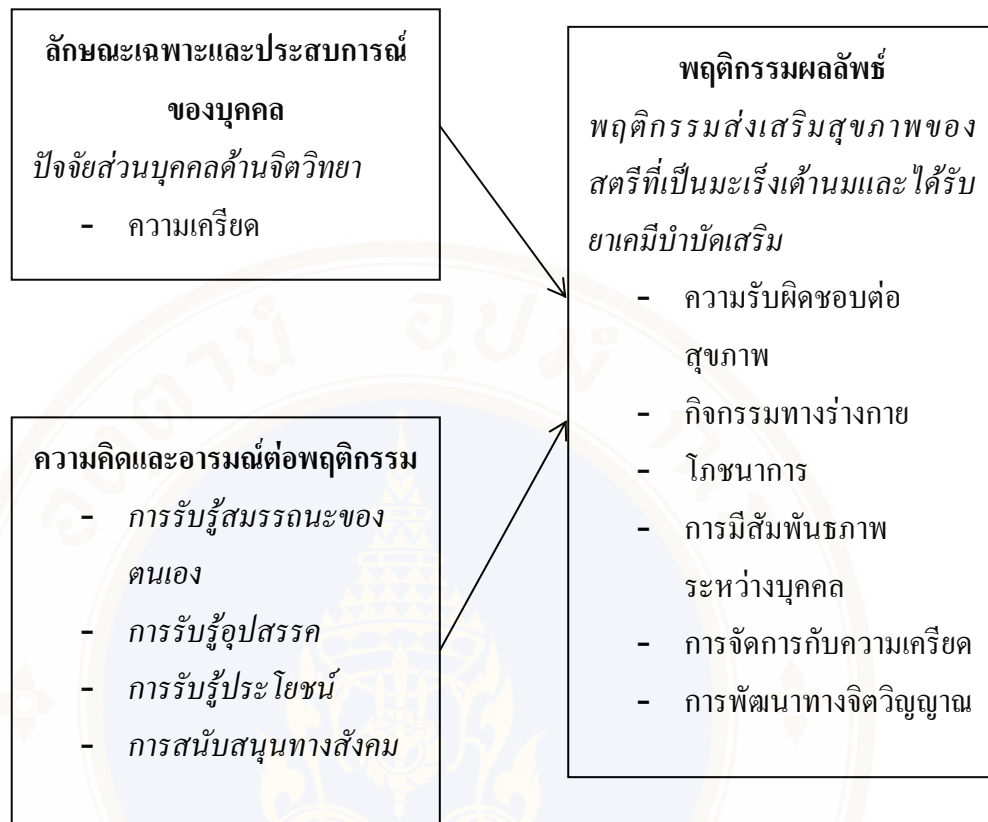
พฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล ซึ่งรวมถึง บรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคม และการเห็นแบบอย่าง และ 6) อิทธิพลจากสถานการณ์ คือ การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งบุคคลจะเลือกทำกิจกรรมที่เข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคง น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีโน้ตทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Pender et al., 2006)

มโนทัศน์สุดท้าย คือ มโนทัศน์ด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล และสถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความจำเป็นอย่างอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น คือ พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายที่บ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จของบุคคลที่สามารถ บรรณาการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางส่วนนั้นเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการมีภาวะสุขภาพที่ดี การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วง พัฒนาการของมนุษย์ (Pender et al., 2006)

ในการศึกษานี้ได้คัดสรรปัจจัยที่สำคัญและอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตวิทยา จะเกี่ยวข้องกับการทำงานของจิตใจ ทั้งจิตสำนึก อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด และการจัดการอารมณ์ ถ้าสามารถควบคุมอารมณ์ได้จะทำให้ภาวะจิตใจปกติ บุคคลก็จะมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกปัจจัยความเครียด จัดอยู่ในกลุ่มอารมณ์และความรู้สึกของบุคคล ปัจจัยความเครียดนี้เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพบุคคล เนื่องจากสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆ ที่เกิดจากการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาและจากโรคมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Lauver et al., 2007) ซึ่งความเครียดนี้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเครียดเหล่านี้เป็นสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Chandanasotthi, 2003; Gacad, 2002; Santacrocce & Lee, 2006; Stark & Brinkley, 2007) กล่าวคือ

ถ้าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะลดลง

ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม เลือกปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม เพราะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 86, 79, 61 และ 57 ตามลำดับ (Pender et al., 2006) โดยปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) ถ้าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรม (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) ดังนั้นถ้าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ จึงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เป็นการมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมช่วยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จิตรารัตน์ สารทองแดง, 2551; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547; Suwankhong, 2000) ดังนั้น ถ้าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายกว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้แสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
2. ความเครียด และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (correlational research) ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ หน่วยตรวจผู้ป่วย

นอกหลักสูตร แผนกภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 100 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2553 ถึงเดือนสิงหาคม 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล จัดทำโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
2. ใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

นิยามตัวแปร

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เมื่อสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมรับรู้ต่อแรงกดดันทั้งภายในและภายนอกตนเอง ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงมีปฏิกิริยาตอบสนองทำให้เกิดอาการในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ (Suan Prung Stress Test-20 [SPST-20]) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-5 โดย 0 หมายถึง ไม่เกิดอาการ 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความมั่นใจของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมต่อการริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การใช้ความพยายาม และความมุ่งมั่นต่อการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 9-39 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อถึงสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคาดหวังของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้ปฏิบัตินั้นมีผลดีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Pender et al., 2006) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือ และสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากรที่สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมได้รับจากคู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่ทำเลย 4 หมายถึง ทำเป็นประจำ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 52-208 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามลำดับต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

และได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

- 3.1 ความเครียด
- 3.2 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3.5 การสนับสนุนทางสังคม

1. โรคมะเร็งเต้านม

เป็นโรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโตผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ และแพร่กระจายเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่อของเต้านม (breast tissue) ส่วนใหญ่พบว่าเต้านมข้างซ้ายมีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่าข้างขวา ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพมากเป็นบริเวณส่วนนอกด้านบน (upper outer quadrant [UOQ]) พบได้ร้อยละ 45 ส่วนล่างด้านนอก (lower outer quadrant [LOQ]) พบร้อยละ 10 และบริเวณส่วนกลางเต้านม พบร้อยละ 25 (โมห์เม็ต กิจการ และรอบ สติน, 2547; สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, และสุमित วงศ์เกียรติจิกร, 2543)

1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลก ถ้าจำแนกอุบัติการณ์การเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในกลุ่มประชากรสตรีจะพบว่า มะเร็งเต้านมอยู่ในอันดับหนึ่ง โดยพบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นในแถบประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกา อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย ในปี 2007 คาดประมาณว่าจะพบสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 1.3 ล้านคน และมีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเสียชีวิตในปีเดียวกันถึง 464, 854 คน (Garcia et al., 2007)

ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างเช่น ประเทศอเมริกาจากสถิติในปี 2007-2009 พบว่ามีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ 178,840, 182,460 และ 192,370 คนตามลำดับ มีจำนวนสตรีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 40,460, 40,480 และ 40,170 คนตามลำดับ และมีอัตราการรอดชีวิตในปี 1975-1977 เท่ากับ 75% ในปี 1984 -1986 เท่ากับ 79% และในปี 1996-2003 เท่ากับ 89% (American Cancer Society , 2007-2009) ส่วนในประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มสตรีเช่นกัน ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งทั้งหมด จากเดิมที่เป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) จากสถิติปีพ.ศ. 2548 - 2550 พบสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 19,425, 19,599 และ 34,954 คนตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 1,910, 2,103 และ 2,172 คนต่อปีตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548 - 2550) จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า ปี พ.ศ. 2547 - 2551 พบสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 2,857, 2,956, 3,204, 3,460 และ 3,755 คนตามลำดับ (หน่วยบริการข้อมูล, 2551)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและอัตราการรอดชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมค่อนข้างคงที่ อาจเกิดจากการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงพบมะเร็งในระยะเริ่มต้นเพิ่มขึ้นทำให้ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง (Garcia et al., 2007) ประกอบกับการรักษาที่ก้าวหน้าทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนั้นก็ยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรคได้ทางหนึ่ง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ สูงอายุ การรับประทานยาคุมกำเนิด การใช้ฮอร์โมนในสตรีวัยหมดประจำเดือน (hormone replacement therapy) อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน (น้อยกว่า 11 ปี) หมดประจำเดือนช้า อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก (มากกว่า 30 ปี) การไม่มีบุตร การได้รับรังสี การบริโภคอาหารไขมันสูงและเนื้อแดง การมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หรืออ้วน การบริโภคแอลกอฮอล์ และการมียีนที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น BRCA1, BRCA2,

และ p53 gene เป็นต้น (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2543; Bombardieri, Bonadonna, & Gianni, 2008)

1.3 ชนิดของมะเร็งเต้านมสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะพบเซลล์มะเร็งชนิด infiltrating หรือ invasive ductal carcinoma ซึ่งพบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 70-80 ของเซลล์มะเร็งทั้งหมด ปัจจุบันได้มีการแบ่งชนิดเซลล์ของมะเร็งเต้านมส่วนต่างๆ ของเต้านมที่เกิดโรคดังนี้ (เจษฎา มณีชาวจร, 2551)

1.3.1 Carcinoma, not otherwise specified (NOS)

1.3.2 Ductal; (1) intraductal (*in situ*) (2) invasive, NOS (3) invasive with predominant intraductal component (4) comedo (5) inflammatory (6) medullary with lymphocytic infiltrate (7) mucinous (colloid) (8) papillary (9) scirrhous (10) อื่นๆ

1.3.3 Lobular; (1) *in situ* (2) invasive (3) invasive with predominant *in situ* component

1.3.4 Nipple; (1) Paget's disease, NOS (2) Paget's disease with intraductal carcinoma (3) Paget's disease with invasive ductal carcinoma

1.3.5 อื่นๆ: undifferentiated carcinoma

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งย่อยของเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มข้างต้น ได้แก่ cytosarcoma phyllodes, angiosarcoma, primary lymphoma เป็นต้น

1.4 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก

สำหรับการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก โดยแบ่งตาม American Joint Committee on Cancer Staging System for Patients with Breast Cancer version 2002 (Roses, 2005) จะใช้หลัก TNM classification ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

T = Tumor หมายถึง ขนาดของก้อนเนื้อ

TX: ไม่สามารถประเมินก้อนเนื้อได้

T0: ไม่พบก้อนเนื้อ

Tis: Carcinoma *in situ*

Tis (DCIS): Ductal Carcinoma *in situ*

Tis (LCIS): Lobular Carcinoma *in situ*

Tis (Paget's): Paget's disease ของหัวนมโดยไม่พบก้อนเนื้อ

T1: พบก้อนเนื้อขนาด 2 เซนติเมตรหรือน้อยกว่า

T1mic: มีการลุกลามไม่เกิน 0.1 เซนติเมตร

T1a: พบก้อนเนื้อขนาด 0.1 ถึง 0.5 เซนติเมตร

T1b: พบก้อนเนื้อขนาดมากกว่า 0.5 ถึง 1 เซนติเมตร

T1c: พบก้อนเนื้อขนาดมากกว่า 1 ถึง 2 เซนติเมตร

T2: พบก้อนเนื้อขนาดมากกว่า 2 ถึง 5 เซนติเมตร

T3: พบก้อนเนื้อขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร

T4: พบก้อนเนื้อขนาดใดก็ได้แต่มีการยึดติดกับผนังทรวงอก หรือผิวหนัง

T4a: ก้อนเนื้อยึดติดกับผนังทรวงอก แต่ไม่ถึงกล้ามเนื้อ pectoralis muscle

T4b: มีการบวม (ผิวหนังเป็นลักษณะผิวส้ม) หรือมีแผลแตกที่ผิวหนัง หรือมี nodules กระจายภายในเต้านมข้างเดียว

T4c: พบลักษณะของทั้ง T4a และ T4b

T4d: มีการอักเสบที่ผิวหนังจากมะเร็ง (inflammatory carcinoma)

N = Nodes หมายถึง การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

NX: ไม่สามารถประเมินการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงได้

N0: ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

N1: มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกับมะเร็งเต้านมคลำต่อมน้ำเหลืองนั้นเคลื่อนไหวได้

N2: มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกับมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำเหลืองยึดติดแน่นเคลื่อนไหวไม่ได้

N3: มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่ได้หรือเหนือแอ่งกระดูกไหปลาร้า (infraclavicular lymph node) ที่ข้างเดียวกัน

M = Metastasis หมายถึง การแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

MX: ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นได้

M0: ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

M1: มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

1.5 การแบ่งตามผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็ง (histologic grading)
สำหรับการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งด้านมสามารถแบ่งได้ตามวิธี Nottingham combined histologic grade (เจษฎา มณีชาจร, 2551) ได้ดังนี้

GX: ไม่สามารถประเมิน grade ได้

G1: Low combined histologic grade หรือ well differentiated (พยากรณ์โรคค่อนข้างดี)

G2: Intermediate combined histologic grade หรือ moderated differentiated (พยากรณ์โรคปานกลาง)

G3: High combined histologic grade หรือ poorly differentiated (พยากรณ์โรคไม่ค่อยดี)

จากหลัก TNM classification สามารถจัดกลุ่มและแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมได้ตาม American Joint Committee on Cancer Staging System for Patients with Breast Cancer ได้เป็น 4 ระยะ (Roses, 2005) ดังนี้

Stage	TNM classification
0	Tis, N0, M0
I	T1, N0, M0
IIA	T0-1, N1, M0; T2, N0, M0
IIB	T2, N1, M0; T3, N0, M0
IIIA	T0-1, N2, M0; T2, N2, M0; T3, N1-2, M0
IIIB	T4, N0-2, M0
IIIC	Any T, N3, M0
IV	Any T, Any N, M1

1.6 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาพบแพทย์ด้วยการคลำพบก้อน ซึ่งก้อนมักจะแข็ง ไม่เจ็บ และขอบเขตไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเต้านม เช่น มีรอยบุ๋มที่ผิวของเต้านม หรือหัวนมบุ๋มเข้าไป บางครั้งเห็นเส้นเลือดดำชัดขึ้นจากการที่ก้อนเนื้องอกหรือมะเร็งโตขึ้น มีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม เช่น เลือด ซึ่งพบได้น้อยในมะเร็งเต้านม แต่ถ้าพบก้อนด้วยมักจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูง ผิวหนังของเต้านมอาจมีการเปลี่ยนแปลง สามารถพบได้ในมะเร็งระยะลุกลาม

ซึ่งอาจลักษณะคล้ายผิวส้ม (peau d'orange) หรือมีแผลเปิดบริเวณผิวหนัง บางรายอาจลำคองได้ที่รักแร้ แต่บางครั้งก็ไม่ใช่อาการของโรคมะเร็งเต้านมเป็นเพียงการขยายตัวของต่อมน้ำเหลือง (โมห์ เม็ด กิจการ และรอบ สติน, 2547)

1.7 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี คือ การรักษาด้วยการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการใช้ยาเคมีบำบัด รวมถึงยาใหม่ ๆ ที่เรียกว่า targeted therapy เช่น trastuzumab ซึ่งการเลือกวิธีรักษาว่าจะใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุ วิทยาคม ประจำเดือน ระยะของโรค ผลชิ้นเนื้อที่ตรวจพบ ระดับการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ตัวรับฮอร์โมน (hormonal receptor) ได้แก่ estrogen-receptor (ER) และ progesterone-receptor (PR) และตัวอื่นๆ ของเซลล์มะเร็ง ได้แก่ human epidermal growth factor receptor 2 (HER2/neu) gene amplification (เจษฎา มณีขจร, 2551) โดยสามารถแบ่งการรักษามะเร็งเต้านมตามระยะต่างๆ ของโรคได้ดังนี้

1.7.1 การรักษาโรคมะเร็งเต้านมใน stage 0: Tis, N0, M0 ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ductal carcinoma *in situ* และ lobular carcinoma *in situ* มีแนวทางการรักษาดังนี้ การรักษา ductal carcinoma *in situ* สามารถทำการผ่าตัดชนิด breast-conserving surgery หรือ total mastectomy และตามด้วยการฉายรังสีรักษา หรือทำการผ่าตัดชนิด breast-conserving surgery อย่างเดียวโดยไม่ฉายแสงรักษา และถ้ามี ER หรือ PR ในขนาดสูงอาจให้ฮอร์โมนยับยั้งเอสโตรเจน (estrogen inhibitor) เสริม เช่น tamoxifen การรักษา lobular carcinoma *in situ* สามารถติดตามการรักษาอย่างเดียวได้ หลังจากได้รับการผ่าตัดชิ้นเนื้อมะเร็งออกที่เพียงพอ หรือให้ tamoxifen เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มี ER หรือ PR ในขนาดสูง หรือให้ยาฮอร์โมนยับยั้งเสริมในกลุ่ม aromatase inhibitor (AI) เช่น exemestane หรือทำการผ่าตัดชนิด total mastectomy ทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก เป็นอีกวิธีของการรักษาในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก (เจษฎา มณีขจร, 2551)

1.7.2 การรักษาโรคมะเร็งเต้านมใน stage I, II, IIA และ IIIC ที่สามารถผ่าตัดได้ การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะนี้ สามารถแบ่งการรักษาออกเป็นการรักษาเฉพาะที่ การรักษาเสริมด้วยการฉายรังสี และการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและฮอร์โมน การรักษาโรคมะเร็งเต้านมเฉพาะที่ (local-regional treatment) สามารถทำการผ่าตัดชนิด breast-conserving surgery และตามด้วยการฉายรังสีรักษาที่หน้าอกบริเวณที่ผ่าตัด และการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง หรือทำการผ่าตัดชนิด modified radical mastectomy (MRM) โดยผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่

ระดับที่ 1 และ 2 ออก หรือทำการผ่าตัดก้อนมะเร็งเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกผ่านทางเดินน้ำเหลืองไหลผ่านออก (sentinel lymph node [SLN]) การรักษาเสริมด้วยการฉายรังสีหลังผ่าตัด MRM สามารถทำได้ในผู้ป่วยต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งเต้านมกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไป หรือมีการกระจายไปสู่หลอดเลือด หรือทางเดินน้ำเหลือง หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ไม่สมบูรณ์ หรือก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ตั้งแต่ 5 เซนติเมตรขึ้นไป การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและฮอร์โมน ก่อนการรักษาต้องมีการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยประเมินจากขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง ตัวรับฮอร์โมน ER หรือ PR ของเซลล์มะเร็ง และลักษณะเซลล์ทางพยาธิวิทยา (histologic grade) (เฉยภู มณีขจร, 2551)

สูตรยาเคมีบำบัดใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมตามแนวปฏิบัติของ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guideline (v.1.2009) (2009) แนะนำไว้ดังนี้

สูตรยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้

1. TAC ประกอบด้วย docetaxel, doxorubicin และ cyclophosphamide
2. Dose-dense AC ประกอบด้วย doxorubicin และ cyclophosphamide และตามด้วย paclitaxel ทุก 2 สัปดาห์
3. AC ประกอบด้วย doxorubicin และ cyclophosphamide และตามด้วย paclitaxel ทุกสัปดาห์
4. TC ประกอบด้วย docetaxel และ cyclophosphamide
5. AC ประกอบด้วย doxorubicin และ cyclophosphamide

สูตรยาเคมีบำบัดสูตรอื่นๆ

1. FAC/CAF ประกอบด้วย fluorouracil, doxorubicin และ cyclophosphamide
2. FEC/CEF ประกอบด้วย cyclophosphamide, epirubicin และ fluorouracil
3. CMF ประกอบด้วย cyclophosphamide, methotrexate และ fluorouracil
4. AC และตามด้วย docetaxel ทุก 3 สัปดาห์
5. AC และตามด้วย paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์
6. EC ประกอบด้วย epirubicin และ cyclophosphamide

7. Dose-dense ATC ประกอบด้วย doxorubicin ตามด้วย paclitaxel และตามด้วย cyclophosphamide และทุก 2 สัปดาห์ให้ filgrastim

8. FEC followed by T ประกอบด้วย fluorouracil, epirubicin และ cyclophosphamide

1.7.3 การรักษามะเร็งเต้านมใน stage IIIB หรือ IIC ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการอักเสบ (inflammation) ต้องได้รับการรักษาร่วมกันหลายวิธีในผู้ป่วยที่อยู่ใน stage IIIB หรือ IIC ที่ไม่สามารถผ่าตัดก่อนมะเร็งเต้านมออกได้หมด โดยผู้ป่วยอาจได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา และ/หรือ ให้ฮอร์โมนรักษา และทำการผ่าตัดเพียงเพื่อนำชิ้นเนื้อไปตรวจสอบ (เจษฎา มณีขจร, 2551)

1.7.4 การรักษามะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย เป้าหมายหลักในการรักษา คือ การควบคุมการดำเนินของโรค คงคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอาการทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ วิธีการรักษาในกลุ่มนี้เป็นการรักษาแบบ systemic therapy ประกอบด้วย การใช้ฮอร์โมนรักษา การใช้เคมีบำบัด และการรักษาด้วยยา targeted therapy เป็นหลัก (สุคสวาท เลหาวิณี, 2551)

1.8 ผลของมะเร็งเต้านมและการรักษาต่อสุขภาพ

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมีความแตกต่างกันไปในสตรีแต่ละคน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย และวิธีการรักษาที่ได้รับ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผลกระทบบางอย่างอาจเกิดขึ้นทันที เช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียน หรือล่าช้าเป็นปี เช่น ภาวะกระดูกพรุน ผลกระทบบางอย่างอาจเกิดขึ้นชั่วคราว เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ผมร่วง เม็ดเลือดขาวต่ำ หรืออาจเกิดขึ้นอย่างถาวร เช่น ภาวะรังไข่ล้มเหลว (ovarian failure) และความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงขั้นคุกคามต่อชีวิตได้ โดยสาเหตุเหล่านั้นอาจเกิดจากโรคเองหรือเกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ทั้ง 2 สาเหตุนี้ล้วนมีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผลกระทบทางร่างกายที่เกิดขึ้นนั้นแสดงให้เห็นเป็นอาการต่างๆ อาการที่พบได้มากที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า (Suwisith, 2007) ความเหนื่อยล้าจะพบได้บ่อยในสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยอาการเหนื่อยล้าจะรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด และมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับยาหลังจากนั้นอาการจะค่อยๆ ทุเลาลง

(Buranaruangrote, 2006) อาการเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของโรค (Bender, Ergyn, Rosenzweig, Cohen, & Sereika, 2005) ซึ่งทำให้สตรีทำกิจกรรมทางร่างกายลดลงส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออ่อนแอลงด้วย จึงเกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นไปอีก (Winters-Stone, Bennett, Nail, & Schwartz, 2008)

นอกจากอาการเหนื่อยล้าที่พบได้ในสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดแล้ว อาการคลื่นไส้และอาเจียนยังเป็นอาการที่พบบ่อยได้ถึงร้อยละ 61-91 ของสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Rhodes, & McDaniel, 2001) โดยจะเริ่มมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนทันทีในวันที่ 1 หลังได้รับเคมีบำบัด CMF regimen และเพิ่มสูงขึ้นในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด จากนั้นอาการจะเริ่มลดลงแล้วจะเริ่มสูงขึ้นอีกครั้งในวันที่ 8 และ 9 หลังได้รับเคมีบำบัด หลังจากนั้นอาการจะค่อยๆ ลดลงจนเป็นปกติ (ประทุม สร้อยวงษ์, 2538) อาการคลื่นไส้และอาเจียนเป็นอาการที่ทุกซ์ทรมานต่อร่างกายและจิตใจอย่างมาก มีการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10-50 ปฏิเสธหรือขอเลื่อนการได้รับเคมีบำบัดออกไปเพราะมีความกลัวต่ออาการคลื่นไส้และอาเจียนที่จะเกิดขึ้น (Pendergrass, 1998) นอกจากนี้ อาการคลื่นไส้และอาเจียนยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการปวดได้มากขึ้น เบื่ออาหาร อารมณ์เปลี่ยนแปลง รู้สึกไม่กระฉับกระเฉง ปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายได้ลดลงนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมตามมา (Lee, Dibble, Pickett, & Luce, 2005) อีกทั้งยังพบว่าอาการคลื่นไส้และอาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเพียงพอของการนอนหลับอีกด้วย (ประทุม สร้อยวงษ์, 2538)

ผมร่วงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy-induced alopecia) เป็นอาการพบได้บ่อย และหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยบางคนกลัวที่จะได้รับเคมีบำบัดและปฏิเสธที่จะรับยา (Pruzinsky, 2004) ความรุนแรงของอาการผมร่วงขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีบำบัด เช่น cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil และ doxorubicin อาจทำให้เกิดความรุนแรงของอาการผมร่วงมากกว่ายาชนิดอื่น และยาที่ได้รับในขนาดสูงก็ทำให้เกิดอาการผมร่วงมากเช่นกัน (Grevelman & Breed, 2005; Protiere et al., 2002) การให้เคมีบำบัดในขนาดสูงอาจมีผลทำให้ผมร่วงภายใน 7-14 วัน และการให้ในขนาดต่ำอาจมีผลทำให้ผมร่วงภายใน 6-8 สัปดาห์ โดยทั่วไปพบว่าผู้ที่ได้รับเคมีบำบัดจะเกิดอาการผมร่วงภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด แต่อาการนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อหยุดยาเคมีบำบัด 3-5 เดือนผมจะงอกขึ้นใหม่ (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) หลายครั้งอาการผมร่วงเป็นอาการที่มีผลต่อสภาพจิตใจของสตรีอย่างมาก ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และคุณภาพชีวิตของสตรีลดลง (Lemieux, Maunsell, & Provencher, 2008; Power & Condon, 2008)

อาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบเป็นแผล เป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเจ็บปวด การพูดและการรับประทานอาหารกลายเป็นเรื่องทุกข์ทรมาน พบอาการเหล่านี้ได้ในสตรีที่ได้รับเคมีบำบัด 2 ใน 5 คน โดยเฉพาะในสตรีที่ได้รับ methotrexate, 5-fluorouracil, paclitaxel และ doxorubicin เยื่อช่องปากอักเสบเป็นแผลจากการได้รับเคมีบำบัดอาจนำไปสู่การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนจนเป็นสาเหตุให้ต้องชะลอการให้ยาครั้งต่อไปได้ (Kaelin & Coltrera, 2005) แผลในช่องปากจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดแล้วประมาณ 7-14 วัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเวลาที่ไขกระดูกถูกกดมากที่สุด โดยจะพบว่าเม็ดเลือดขาวในร่างกายมีปริมาณต่ำที่สุด (Nadir) เช่นกัน อาการเยื่อช่องปากอักเสบจะหายไปหลังจากไขกระดูกฟื้นสู่สภาพปกติซึ่งใช้เวลาประมาณ 14-28 วันหลังได้รับเคมีบำบัด (ชวนพิศ นรเดชา นนท์, 2547)

อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 30-73 มีปัญหานอนไม่หลับ (Anderson et al., 2003) และในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 57.1 (Janz et al., 2007) ความเหนื่อยล้าระดับรุนแรงมีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงตามมา ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่พบว่ามีอาการเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล และซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าอาการนอนไม่หลับทำให้คุณภาพชีวิตลดลงร่วมด้วยเสมอ (Dirksen & Epstein, 2008; Janz et al., 2007)

อาการแขนบวมเกิดจากการอุดตันของทางเดินของหลอดเลือดบริเวณรักแร้ทำให้มีการคั่งค้างของน้ำเหลืองบริเวณส่วนปลายแขน อาการแขนบวมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมที่มีการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ร่วมด้วย (Axillary lymph node dissection [ALND]) ซึ่งพบสตรีมีอาการแขนบวมหลังการผ่าตัดร้อยละ 6-35 (Hinrichs et al., 2004; Hojris, Andersen, Overgaard, & Overgaard, 2000) และการฉายรังสีรักษาบริเวณรักแร้ อาจทำให้เกิด fibrosis ของต่อทางเดินน้ำเหลือง พบสตรีมีอาการแขนบวมร้อยละ 2-5 (Ivens et al., 1992) สตรีที่มีอาการแขนบวมจะมีอาการปวดหนัก คับที่แขน เป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน รู้สึกเป็นทุกข์ วิตกกังวล และอาจกับอาการที่เกิดขึ้น มีปัญหาในการเลือกเสื้อผ้าสวมใส่ให้พอดี (Harmer, 2009) อาการแขนบวมเรื้อรังตั้งแต่ที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีมะเร็งเต้านมลดลง (Thomas-MacLean et al., 2008)

การทำงานที่ผิดปกติของรังไข่อาจเป็นผลจากการรักษาด้วยรังสีบำบัดหรือเคมีบำบัด ซึ่งถ้าเกิดภาวะรังไข่เสียการทำงานก่อนอายุ 40 ปี จะเรียกว่า ภาวะรังไข่ล้มเหลวก่อนวัยอันควร (Premature Ovarian failure [POF]) ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ถึงแม้ว่าบางส่วนจะมีการรักษาด้วยการรังสีบำบัด แต่การฉายแสงก็ทำบริเวณเต้านมและรักแร้ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อรังไข่เท่าการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลของเคมีบำบัดต่อรังไข่ขึ้นอยู่กับชนิดของ

ยา ขนาด ระยะเวลาที่ให้ และอายุของผู้ป่วย ยาเคมีบำบัดในกลุ่ม alkylating agents เช่น cyclophosphamide มีพิษต่อรังไข่สูงมาก ยาขนาด 100 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม จะทำให้รังไข่สูญเสียการทำงานอย่างถาวร เชื่อกันว่า phosphoramidomustard คงเป็นสารสำคัญที่เกิดจากการสลายของ cyclophosphamide ที่ทำให้เกิด POF ในขณะที่ยาในกลุ่ม antimetabolites เช่น methotrexate และ fluorouracil มีผลต่อไข่น้อยมาก เพราะยาจะมีผลต่อเซลล์ที่กำลังแบ่งตัวเท่านั้น สำหรับยาในกลุ่ม vinca alkaloids และ platinum จะทำให้รังไข่สูญเสียการทำงานเพียงชั่วคราว ผู้หญิงที่อายุเกิน 40 ปีมีโอกาสเกิด POF ได้ต่ำกว่าคนที่อายุน้อยกว่านี้ ประมาณ 2 ใน 3 ของสตรีใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับ cyclophosphamide, methotrexate และ fluorouracil เพื่อรักษามะเร็งของเต้านมจะสูญเสียการทำงานของรังไข่ (ธีระพร วุฒยวนิช, 2548)

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นพบได้เป็นส่วนใหญ่ในสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและฮอร์โมนบำบัด (Schwartz, 2000) มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 62.5 ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นภายหลังเริ่มการรักษาในปีแรก และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68 ในปีที่สอง (McInnes & Knobf, 2001) สาเหตุของการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าน่าจะเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารมากขึ้น จากภาวะเครียดและซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง การลดลงของระดับ serum sex-hormone-binding globulin (SHBG) และ thyroid hormone (Kumar et al., 2004) และปริมาณการใช้พลังงานพื้นฐานขณะพักลดลง (Resting Energy Expenditure [REE]) (DelRio et al., 2002) น้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเสี่ยงต่อการโรคร่วม เช่น เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มอัตราการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม (Caan et al., 2006; Kroenke, Chen, Rosner, & Holmes, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ อึดอัด โทษณ์ และคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในสตรีที่มีอายุน้อย (Avis, Crawford, & Manuel, 2005)

ภาวะกระดูกพรุนเป็นอาการที่พบได้ในระยะยาว ปัจจุบันพบได้มากขึ้น เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพ และสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอายุที่ยาวนานขึ้น ภาวะกระดูกพรุนอาจเกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด และฮอร์โมนรักษา จากการศึกษาในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 49 คน พบว่าสตรี 35 คนเกิดภาวะหมดประจำเดือนจากการได้รับเคมีบำบัด และเมื่อวัดความหนาแน่นของกระดูกแล้วพบว่า สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการได้รับเคมีบำบัดสูญเสียมวลกระดูกสันหลังร้อยละ 7 ต่อปี และสูญเสียมวลกระดูกสะโพกร้อยละ 4 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติที่มีการ

สูญเสียมวลกระดูกร้อยละ 1-2 ต่อปี ภาวะกระดูกพรุนทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักมากกว่าสตรีในช่วงอายุเดียวกันถึง 5 เท่า (Kaelin & Coltrera, 2005)

นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบทางร่างกายที่เกิดขึ้นในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น ผิวหนังแห้ง ต่อมเหงื่ออักเสบ ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น หรือผิวหนังไวต่อแสง หรืออาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น การรับรสเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร ท้องผูก หรือท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะทุเลาเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยอาการข้างเคียงแบบเฉียบพลันดังกล่าวข้างต้น เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ เม็ดเลือดขาวต่ำ อาการคลื่นไส้และอาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเสีย จะฟื้นฟูสู่สภาพปกติประมาณ 1 เดือนหลังจากสิ้นสุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ชวนพิศ นรเดชนนท์, 2547)

โรคมะเร็งเต้านมและผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้การดำเนินชีวิตของสตรีเปลี่ยนแปลงไป ถึงแม้ว่าจะได้ผ่านช่วงของการรักษาไปแล้ว แต่สตรีที่เป็นโรคมะเร็งก็ยังคงมีความวิตกกังวลและกลัวการกลับเป็นซ้ำ ทุกข์ทรมานที่ต้องอยู่กับการมีเต้านมเพียงข้างเดียว สูญเสียภาพลักษณ์และสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิง วิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต กลัวความเจ็บปวดและความตาย และทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตใหม่ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; บุษพา ขอบใช้, 2536) อย่างไรก็ตามผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมทางด้านจิตใจ อาจเป็นผลมาจากอาการทางกายที่เกิดจากการรักษา เช่น การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น การนอนไม่หลับ ผอมร่าง ความเหนื่อยล้า และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้สตรีมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ อึดอัด โทษตัวเอง และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ลดลง (Baucom et al., 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด พบว่าได้รับผลกระทบมากกว่าการรักษาเฉพาะที่ เช่น การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ยังมีความรุนแรงของอาการไม่สุขสบายมากเท่าใด ก็ยังทำให้สตรีถอยห่างจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ มากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการมีชีวิตที่ยืนยาว อาจไม่ใช่สิ่งสำคัญเพียงสิ่งเดียวที่สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมต้องการ แต่การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีน่าจะเป็นสิ่งสำคัญกว่า แต่ด้วยผลกระทบจากโรคและการรักษามะเร็งเต้านมมากมายเหล่านี้ ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมลดลง (Montazeri, 2008) การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยสนับสนุนการมีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้การเป็นโรคมะเร็งเต้านม และเติมเต็มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ได้

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

พฤติกรรม (behaviors) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลจะกระทำ ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนั้นอาจสังเกตได้ด้วยการสัมผัส หรือไม่สามารถสังเกตได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การเดิน การพูด ความคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ดันสกุล, 2541)

เพนเดอร์ (Pender et al., 2006) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจในการป้องกันสุขภาพของตนเองให้พ้นจากการเจ็บป่วย หรือเกิดจากการปรารถนาที่จะเพิ่มระดับสุขภาพให้ดีขึ้น แม้ในภาวะที่เกิดความเจ็บป่วยหรือไม่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็ตาม ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นในรูปแบบผสมผสานกันระหว่างการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ดี และงดเว้นการปฏิบัติกิจกรรมทางลบ เพื่อให้เกิดความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งนั้น โจนส์ และดีมาร์ค-วาค์เนฟรียด์ (Jones & Demark-Wahnefried, 2006) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของผู้ที่เป็นมะเร็งนั้นประกอบด้วย การออกกำลังกายเป็นประจำ การควบคุมน้ำหนัก การบริโภคอาหารสุขภาพ และการบำบัดเสริมต่างๆ เช่น การมีกลุ่มสนับสนุน และการใช้เทคนิคจินตภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นวิธีที่มีศักยภาพในการช่วยลดอัตราการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง การเพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกาย การบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น และการควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ลดลง (Pierce et al., 2007b) และเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (Mosher et al., 2009) ซึ่งวิถีชีวิตสุขภาพเหล่านี้มีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นครอบคลุมพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดแบบ mastectomy ที่ประกอบด้วยการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์กับระดับ

การศึกษา สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการข้างเคียงที่รุนแรง (ศิริไท พุกกะศิริ, 2546)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดมีรายละเอียดดังนี้คือ

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ การพูดคุยซักถาม และการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Pender et al., 2006) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอาจจะเริ่มต้นโดยการสนใจและรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย สังเกตร่างกายของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยการแสวงหาความรู้หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่มีความรู้หรือผู้ที่มีประสบการณ์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเหมือนกัน เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง การมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมนั้นจะต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม คือ มีการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และมีสัดส่วนที่พอดี มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมทางร่างกายและการพักผ่อน การไม่สูบบุหรี่ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงการสนใจหาความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรค ตามสื่อต่างๆ ทั้งสื่อบุคคลและสื่อเทคโนโลยี ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่มากมาย นอกจากนี้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมต้องไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง สังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น การคลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้สูง อ่อนเพลียมากกว่าทุกวัน น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวลดลงมาก แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย เป็นต้น และบอกเล่าอาการผิดปกติให้แพทย์ หรือพยาบาลทราบ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข (Kaelin & Coltrera, 2005)

ศิริไท พุกกะศิริ (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านมแบบ mastectomy จำนวน 200 คน พบว่า สตรีร้อยละ 35.8 มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ สตรีร้อยละ 34.1 สนใจสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือหากพบมีความผิดปกติมาก่อนนัด และสตรีร้อยละ 13.1 ปรับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในหลายกลุ่มประชากร โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวเป็นอย่างดีในเรื่องของการได้รับกำลังใจ เงิน สิ่งของ และข้อมูลต่างๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ง่าย และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ถ้าไม่ดูแลสุขภาพจะทำให้อาการแย่ลง นำไปสู่การเอาใจใส่ สุขภาพและการพยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานาน ทำให้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับรู้ที่เป็นอยู่จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นันทกา คำแก้ว, 2547) ส่วนในกลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุเกิดความเสื่อมของร่างกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน และความสามารถในการจดจำ จึงเกิดความไม่มั่นใจในการซักถามข้อสงสัยจากแพทย์ และพยาบาล รวมไปถึงการทำงานที่เร่งรีบของบุคลากรสาธารณสุขทำให้กลุ่มตัวอย่างเกรงใจในการเข้าไปขอคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งทำให้ขาดความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (นภาพรณี ศรีใจวงศ์, 2546; วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกาย กิจกรรมทางร่างกาย เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อมัดต่างๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน หรืออาจเป็นกิจกรรมที่มีการวางแผนไว้ ตัวอย่างเช่น การออกกำลังกายประเภทต่างๆ ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายแบบซ้ำๆ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางร่างกาย (Powers & Dodd, 2009) การออกกำลังกายส่งผลให้เกิดผลดีต่อการทำงานของปอดและหัวใจ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญพลังงาน ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และมีผลดีต่อจิตสังคมด้วย (Pender et al., 2006)

สำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมนอกจากประโยชน์ทั่วไปที่ได้รับจากการมีกิจกรรมทางร่างกายแล้ว การมีกิจกรรมทางร่างกายช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็ง เช่น อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด อาการแขนขาที่

เกิดจากการผ่าตัดหรือการได้รับรังสีรักษา ภาวะน้ำหนักตัวเกินจากการได้รับเคมีบำบัด หรือการได้รับฮอร์โมนรักษา อาการหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด การได้รับเคมีบำบัด การได้รับฮอร์โมนรักษา หรือการได้รับรังสีรักษา อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยการมีกิจกรรมทางร่างกาย (Hsieh et al., 2008; Kirshbaum, 2005; Kirshbaum, 2006; McNeely et al., 2006; Schwartz, 2000) นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางร่างกายยังมีผลดีต่อสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมทางด้านจิตใจและสังคม โดยการออกกำลังกายช่วยให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ลดอาการแยกตัวจากสังคม ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Kirshbaum, 2005) ซึ่งการลดอาการรบกวนเหล่านี้ช่วยให้สตรีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ภายใต้การเป็นมะเร็งเต้านม (Bicego et al., 2009; McNeely et al., 2006; Milne, Gordon, Guilfoyle, Wallman, & Courneya, 2007; Milne, Wallman, Gordon, & Courneya, 2008)

ในทางตรงข้าม การขาดการออกกำลังกายทำให้ระบบเผาผลาญอาหารให้เป็นพลังงานน้อยลง จึงมีการสะสมอาหารส่วนเกินไว้ในสภาพไขมัน การมีไขมันเกินถึงร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น ถือได้ว่าเป็นโรค แต่อาการของโรคจะแสดงออกมาในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบการเคลื่อนไหวที่มีการติดขัดไม่คล่องตัว ระบบการหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต มีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น ยิ่งไปกว่านั้น ความอ้วนยังทำให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (บรรเทิง เกิดปรนงค์, 2541) กิจกรรมทางร่างกายที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีองค์ประกอบ ได้แก่ ความถี่ในการมีกิจกรรมทางร่างกาย ระดับความแรงในการมีกิจกรรมทางร่างกาย ระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางร่างกาย และชนิดของกิจกรรมทางร่างกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ความถี่ในการมีกิจกรรมทางร่างกาย ความถี่ในการมีกิจกรรมทางร่างกาย คือ จำนวนครั้งที่ทำกิจกรรมทางร่างกายในแต่ละสัปดาห์ ความถี่ของกิจกรรมทางร่างกายที่เหมาะสมต้องพิจารณาระดับความแรงของกิจกรรมทางร่างกายควบคู่กัน (Jonas & Phillips, 2009) ความเป็นจริงการมีกิจกรรมทางร่างกายควรจะทำให้ได้ทุกวัน โดยผู้ที่มีการมีกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับหนัก หรือมีระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางร่างกายนาน ก็อาจจะมีกิจกรรมทางร่างกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ถ้ามีกิจกรรมทางร่างกายที่มีระดับเบาหรือระยะเวลาสั้นกว่าก็ควรจะมีกิจกรรมทางร่างกายดังกล่าวบ่อยขึ้นหรือทำทุกวันต่อสัปดาห์ (Rooney & Wald, 2007) มีการศึกษาความถี่ในการมีกิจกรรมทางร่างกายของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่า ความถี่ในการมีกิจกรรมทางร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) และภาวะ

สุขภาพโดยรวม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (Basen-Engquist, Hughes, Perkins, Shinn, & Taylor, 2008)

2.2.2 ระดับความแรงในการมีกิจกรรม การประเมินระดับความแรงในการมีกิจกรรมทางร่างกายสามารถทำได้หลายวิธี เช่น talk test, The Borg Rate of Perceived Exertion (RPE), physiological measures of intensity และการประเมิน metabolic equivalents [METs] (Jonas & Phillips, 2009) โดยระดับความแรงในการมีกิจกรรมทางร่างกายสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับเบา ปานกลาง และหนัก สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายได้ตั้งแต่ระดับเบาถึงระดับปานกลาง และอาจปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายได้ความแรงในระดับหนัก ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมและความแข็งแรงของร่างกายในช่วงนั้นๆ (Rooney & Wald, 2007)

2.2.3 ระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางร่างกาย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามแต่ละบุคคล และระดับความแรงของกิจกรรม แต่อย่างไรก็ตามถ้ามีกิจกรรมทางร่างกายที่อยู่ในระดับปานกลาง ควรจะมีระยะเวลารวมกันอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และควรทำทุกวันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ระยะเวลาดังกล่าวไม่จำเป็นต้องทำต่อเนื่องอาจจะแบ่งเป็นเวลาช่วงละ 10 นาที และรวมกันให้ได้เป็นอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน (Brown et al., 2003; Jonas & Phillips, 2009) เบเชิน-อิงคิสท์ และคณะ (Basen-Engquist et al., 2008) พบว่าระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางร่างกายของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) ความเจ็บปวด และภาวะสุขภาพโดยรวม

2.2.4 ชนิดของกิจกรรมทางร่างกาย ในปัจจุบันพบว่า การมีกิจกรรมทางร่างกายในชีวิตประจำวัน (lifestyle physical activity) เพื่อสุขภาพดีนั้นเป็นไปได้ และมีโอกาสสูงที่จะดำรงกิจกรรมทางร่างกายในชีวิตประจำวันมากกว่าการออกกำลังกายแบบมีแบบแผน ทั้งนี้การมีกิจกรรมทางร่างกายในชีวิตประจำวัน หมายถึง การมีกิจกรรมทางร่างกายนั้นๆ ที่สามารถปฏิบัติได้เป็นงานอดิเรกในยามว่าง (leisure time physical activity) ขณะทำงาน (occupational physical activity) หรือการทำงานในบ้าน (household physical activity) ที่มีระดับความแรงของกิจกรรมในระดับปานกลางถึงหนัก และรวมเอากิจกรรมที่ทำในขณะว่าง เช่น เล่นกีฬาต่างๆ โดยกิจกรรมเหล่านั้นเป็นส่วนประกอบในชีวิตประจำวันและไม่จำเป็นต้องวางแผนในการทำกิจกรรมไว้ก่อน สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมสามารถมีกิจกรรมทางร่างกายดังกล่าว โดยเลือก

ให้เหมาะสมกับตนเอง มีการสะสมกิจกรรมทางร่างกายทีละเล็กทีละน้อยในแต่ละวัน การมีกิจกรรมทางร่างกายแบบสั้นๆ แบ่งเป็นช่วงๆ ในแต่ละวัน ช่วงละประมาณ 10 นาที ให้ผลดีต่อสุขภาพไม่แตกต่างกับการมีกิจกรรมทางร่างกายแบบต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางร่างกายสามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมอาจเพิ่มกิจกรรมทางร่างกายให้กับตนเองโดยเริ่มต้นจากการเดินเร็วๆ เพราะเป็นวิธีที่ง่าย (Jonas & Phillips, 2009) ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ การขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ ตัดดอกแตงสวน ล้างรถ เป็นต้น

นอกจากกิจกรรมทางร่างกายที่ทำได้ในชีวิตประจำวันแล้ว การออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนถือเป็นกิจกรรมทางร่างกายที่มีประโยชน์มากในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ซึ่งประเภทของการออกกำลังกายออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่ การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ ไม่มีการเคลื่อนไหว (isometric exercise) การออกกำลังกายแบบการยืด-หดตัวกล้ามเนื้อ (isotonic exercise) การออกกำลังกายแบบทำให้กล้ามเนื้อทำงานอย่างสม่ำเสมอ ตลอดการเคลื่อนไหว (isokinetic exercise) การออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจนในระหว่างที่มีการเคลื่อนไหว (anaerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) (บันเพ็งเกิดปรำงค์, 2541)

ในผู้ใหญ่ที่สุขภาพดีควรออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนที่ระดับความแรงของกิจกรรมทางร่างกายในระดับปานกลาง ระยะเวลา 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนที่ระดับความแรงของกิจกรรมทางร่างกายในระดับหนัก ระยะเวลา 20 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และรวมกับการออกกำลังกายแบบฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 8-10 ชุด ชุดละ 8-12 ครั้ง ปฏิบัติ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (Jonas & Phillips, 2009) ส่วนสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมควรออกกำลังกายโดยมีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การเดิน และการปั่นจักรยาน ควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 20-30 นาที แต่อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงสั้นๆ ช่วงละ 10 นาทีก็ได้ ควรออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระดับความแรงของกิจกรรมทางร่างกายควรอยู่ในระดับปานกลาง แต่อาจลดหรือเพิ่มระดับความแรงของกิจกรรมทางร่างกายได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมและความแข็งแรงของร่างกายในช่วงนั้นๆ (Rooney & Wald, 2007) ควรเลือกกิจกรรมทางร่างกายที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความสนุกสนานในการทำกิจกรรม ไม่เกิดความเบื่อหน่าย กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ถูกใช้งาน และยังป้องกันการใช้กล้ามเนื้อบางส่วนมากเกินไปจนอาจเกิดการบาดเจ็บได้ (Jonas & Phillips, 2009)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายในหลายกลุ่มประชากร โดยพบว่า กลุ่มครูสตรีวัยทอง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ มาสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่เมื่อเทียบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำสุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมทางสังคมที่สตรีควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เหงื่อออก และกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในวัยทำงาน ต้องมีการรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและเรื่องครอบครัว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายได้เต็มที่ (การณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์, 2548) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า กลุ่มผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพทำให้ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกาย บางส่วนมีระดับความรุนแรงของโรคมกการเคลื่อนไหวร่างกายมากทำให้เหนื่อย รวมถึงผู้ดูแลที่กลัวว่าจะเกิดอันตรายหากออกกำลังกายจึงไม่สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย ประกอบกับเป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยที่มีหลายบทบาทหน้าที่ทำให้ไม่มีเวลา และรู้สึกเหนื่อยกับงานมากจนไปอยากทำกิจกรรมอื่นๆ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) และกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากในสตรีส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ชาย อีกทั้งไม่มีความรู้ในการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรค ทำให้กลัวไม่กล้าออกกำลังกาย (จิตรัตน์ สารทองแดง, 2551)

ศิริไท พุกกะศิริ (2546) ได้ศึกษาสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านมแบบ mastectomy จำนวน 200 คน พบว่า สตรีร้อยละ 39.5 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งไม่เคยออกกำลังกายเลย หรือออกกำลังกายตามปกติ และมีการออกกำลังกายหลายชนิดได้แก่ การเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน เล่นแบดมินตัน ยกดัมเบล เต้นแอโรบิก กระโดดเชือก และการแกว่งมือ ส่วนใหญ่สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเลือกออกกำลังกายด้วยการเดินเพื่อสุขภาพเป็นหลัก หรือเดินสลับกับวิธีอื่นๆ เช่น เดินสลับกับวิ่ง เดินสลับกับปั่นจักรยาน และเดินสลับกับแบดมินตัน สตรีร้อยละ 24.5 ใช้เวลาออกกำลังกาย 20-30 นาทีต่อครั้ง และสตรีร้อยละ 15 ใช้เวลาออกกำลังกาย 30-45 นาทีต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม พบว่าสตรีร้อยละ 30.5 ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายใดๆ เลย เนื่องจากร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการอ่อนเพลีย ปวดแขนและกระดูก จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าสตรีมะเร็งเต้านม

นมหลังการผ่าตัดส่วนน้อยที่ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายนั้นเป็นการร่วมกันของกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อมัดต่างๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การซักผ้า และกิจกรรมที่มีการวางแผนไว้ เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การเล่นเกม เป็นต้น อีกทั้งยังไม่มีการประเมินความถี่และระดับความแรงในการมีกิจกรรมทางร่างกาย ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับใด เหมาะสมหรือไม่ และผลการศึกษาที่ได้ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมได้ เนื่องจากการศึกษาทำในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม เฉพาะกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ mastectomy ซึ่งมีเพียงสตรีร้อยละ 37.5 ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการที่ดีมีความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเกี่ยวข้องกับเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วนและปริมาณเพียงพอ ส่งเสริมภูมิคุ้มกันต้านโรค ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเกิดพลังงานที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ (Pender et al., 2006) การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรคมะเร็ง และมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการคงน้ำหนักตัวที่สมดุล การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการนอกจากช่วยให้มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมแล้ว ยังช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งและอัตราการตายของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วย (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Rock & Demark-Wahnefried, 2002; Rock, 2002; Rock, 2003) สำหรับแนวปฏิบัติด้านโภชนาการเพื่อป้องกันมะเร็งและโรคเรื้อรังในบุคคลปกติสามารถนำมาใช้กับสตรีที่เป็นโรคมะเร็งได้ (Brown et al., 2003; Demark-Wahnefried & Jones, 2008) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการประกอบด้วย การจำกัดพลังงาน การบริโภคโปรตีน การบริโภคคาร์โบไฮเดรต การบริโภคไขมัน การบริโภคผักและผลไม้ การบริโภคใยอาหาร และการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การจำกัดพลังงาน สิ่งสำคัญอันดับแรกที่สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมควรปฏิบัติคือ การจัดการกับน้ำหนักตัว (Demark-Wahnefried & Jones, 2008) ทั้งผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยและน้ำหนักตัวมาก การมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด สำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานควรลดพลังงานนำเข้า

300-500 กิโลแคลอรีต่อวัน และผู้ที่อ้วนควรลดพลังงานนำเข้า 500-1000 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยการ ใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น (เคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย) และการลดพลังงานที่ได้จากการ รับประทานอาหาร (ไมตรี สุทธจิตต์ และคณะ, 2551; Demark-Wahnefried & Jones, 2008) วิธีการ จำกัดพลังงานจากการบริโภคสามารถทำได้โดยลดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง และเลือก บริโภคอาหารที่ให้พลังงานต่ำแทน เช่น ผักและผลไม้ที่มีน้ำมาก อาหารที่ทำจากธัญพืชทั้งเมล็ด ชุป เป็นต้น ซึ่งอาหารประเภทนี้จะช่วยทำให้อิ่มไวขึ้น และลดความรู้สึกหิว อาจแบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อ ย่อยๆ เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกหิว (Demark-Wahnefried & Jones, 2008)

จากการศึกษาของร็อก และคณะ (Rock et al., 2001) ที่ศึกษาสตรีที่เป็น มะเร็งเต้านมจำนวน 110 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาด้านโภชนาการเป็น รายบุคคล โดยให้บริโภคผักอย่างน้อย 5 หน่วยบริโภคต่อวัน ผลไม้ 3 หน่วยบริโภคต่อวัน โยอาหาร 30 กรัมต่อวัน และบริโภคพลังงานจากไขมันร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการต่อวัน และการมีโทรศัพท์ติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือแนวปฏิบัติของ National Cancer Institute's และ the U.S. Department of Agriculture's general dietary สำหรับลดความเสี่ยงในการ เกิดโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองบริโภคพลังงานจาก คาร์โบไฮเดรตและไขมันน้อยกว่า และบริโภคผักและผลไม้และโยอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ แต่พบว่าน้ำหนักตัวของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการลดการ บริโภคไขมัน และเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ แต่ไม่มีการจำกัดพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน อาจ ทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมได้รับพลังงานที่มากเกินไปที่จะทำให้ น้ำหนักลดลงได้ ดังนั้นการจำกัด พลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน จึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด เสริมควรทำความเข้าใจกับการบริโภคสารอาหารอื่นอย่างเหมาะสม

2.3.2 การบริโภคโปรตีน สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด เสริมควรได้รับพลังงานจากโปรตีนร้อยละ 10-35 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน และ บริโภคโปรตีน 0.8 กรัมต่อกิโลกรัม (น้ำหนักตัว) (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Jones & Demark-Wahnefried, 2006) โปรตีนได้มาจากทั้งพืชและสัตว์ โปรตีนพืชที่ดี ได้แก่ ถั่วต่างๆ และ โปรตีนสัตว์ที่ดี ได้แก่ ปลา สัตว์ปีก และไข่ ส่วนเนื้อแดง หรือเนื้อสัตว์ใหญ่จะมีไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่ง เมื่อนำมาปรุงอาหาร กรดไขมันอิ่มตัวสูงจะรวมตัวกับสารก่อมะเร็งในขณะที่ยำหรือทอด (ชนิศา ปโชติการ, ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, และอภิสิทธิ์ จัทรทนานนท์, 2550) จากการศึกษาของเฮเบ ริท, เฮอร์เลย์ และมา (Hebert, Hurley, & Ma, 1998) พบว่า การบริโภคเนื้อแดง เบคอน และตับ เพิ่มขึ้นทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรกมีโอกาสที่มะเร็งจะกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น ดังนั้นการ

บริโภคอาหารที่มีโปรตีนที่ดีในปริมาณที่เหมาะสมจึงมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟู และ ไม่มากเกินไปที่จะส่งผลให้โรคเมเร็งเด้นกลับเป็นซ้ำ

2.3.3 การบริโภคคาร์โบไฮเดรต สตรีที่เป็นเมเร็งเด้นและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมควรได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน คาร์โบไฮเดรตที่ได้รับควรมาจากอาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหาร เช่น จากผัก ผลไม้ และธัญพืชเต็มเมล็ด ซึ่งเป็นอาหารที่มีความเข้มข้นของพลังงานต่ำเพื่อช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว เพราะมีใยอาหารทำให้รู้สึกอิ่มไวขึ้น และยังสามารถได้รับสารอาหารที่เพียงพออีกด้วย ควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ลูกเดือย เผือก มัน ถั่วเมล็ดแห้ง เพราะมีโฟเลตสูง ซึ่งให้ผลดีต่อสตรีที่เป็นเมเร็งเด้น และหลีกเลี่ยงการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลที่ผ่านการขัดสี เพราะมีคุณค่าทางสารอาหารน้อย และให้พลังงานสูง (กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2552; ชนิดา ปโชติการ และคณะ, 2550; Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Jones & Demark-Wahnefried, 2006)

2.3.4 การบริโภคไขมัน มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตและการล้มเหลวในการรักษาในสตรีที่เป็นเมเร็งเด้น กล่าวคือ ถ้าบริโภคไขมันในปริมาณมากจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง และมีโอกาสล้มเหลวในการรักษาโรคเมเร็งเด้นเพิ่มมากขึ้น (Rock, 2003) ดังนั้นสตรีที่เป็นเมเร็งเด้นควรได้รับพลังงานจากไขมันร้อยละ 20-30 (กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2552) พลังงานจากไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 และพลังงานจากไขมันชนิดทรานส์น้อยกว่าร้อยละ 3 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Jones & Demark-Wahnefried, 2006) สตรีที่เป็นเมเร็งเด้นและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมควรบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวแทนไขมันอิ่มตัวและไขมันชนิดทรานส์ โดยไขมันไม่อิ่มตัวพบมากในน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน เป็นต้น ส่วนไขมันอิ่มตัวพบมากในน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ หนังสัตว์ กะทิ และไขมันชนิดทรานส์พบมากใน เนยขาว และมาการีน ซึ่งเป็นส่วนประกอบในการทำขนมเค้ก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ เพราะเสี่ยงต่อสารก่อเมเร็ง และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันแฝง เช่น เบเกอรี่ ไอศกรีม เนื่องจากเสี่ยงต่อการได้รับพลังงานมากเกินไป แม้ไขมันจะมีโทษแต่ไม่ได้ห้ามรับประทานไขมันทั้งหมด เพราะไขมันยังจำเป็นต่อร่างกาย หากไม่รับประทานเลย วิตามินที่ละลายในไขมันได้แก่ วิตามินเอ ดี อี เค จะไม่สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ (กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2552; ชนิดา ปโชติการ และคณะ, 2550)

2.3.5 การบริโภคผักและผลไม้ ผักและผลไม้สดไปด้วยสารพฤกษเคมี

สารต้านอนุมูลอิสระ และใยอาหารจำนวนมาก การบริโภคผักไม่ได้มีความสำคัญเฉพาะบุคคลปกติที่มีสุขภาพดีอยู่แล้วเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง แต่ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมการบริโภคผักนั้นยังมีความสำคัญ เพราะการบริโภคผักและผลไม้ช่วยลดอัตราการตายในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 20-90 (Rock, 2003) และยังช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง (ชนิดา ปิโสดิการ และคณะ, 2550) ควรบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 5 หน่วยบริโภคต่อวัน (Brown et al., 2003; Jones & Demark-Wahnefried, 2006) ปริมาณของผักหรือผลไม้ต่อ 1 หน่วยบริโภคเท่ากับ ผลไม้ชิ้นขนาดกลาง 1 ชิ้น หรือผลไม้สับ ผลไม้ที่ทำให้สุก หรือผลไม้กระป๋องปริมาณ 1.5 ถ้วย หรือผลไม้แห้ง 1.25 ถ้วย หรือน้ำผักหรือผลไม้ 100% ปริมาณ 6 ออนซ์ หรือผักชนิดใบที่ยังไม่ผ่านการทำให้สุกปริมาณ 1 ถ้วย หรือผักดิบ หรือผักที่ทำให้สุกปริมาณ 1.5 ถ้วย (Brown et al., 2003, p. 275)

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมควรเลือกรับประทานผักปริมาณมากกว่ารับประทานผลไม้ในปริมาณมาก เพราะผลไม้มีน้ำตาลสูงทำให้เกิดไขมันสะสมได้ สามารถรับประทานผักใบเขียวได้ไม่จำกัด ส่วนผลไม้เลือกที่ไม่หวานจัด เลือกที่มีเส้นใยสูง เช่น ฝรั่ง ชมพู ผลไม้ที่มีสีแสดและสีออกแดงหรือส้ม ที่สามารถรับประทานได้ทั้งเปลือก เพราะให้สารฟลาโวนอยด์ลดการเกิดมะเร็งได้ (กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2552; Brown et al., 2003) การรับประทานผักสดอาจเพิ่มโอกาสการติดเชื้อสำหรับสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ดังนั้นการรับประทานผักที่ผ่านการทำให้สุกจะช่วยลดเชื้อโรคและช่วยทำให้สารอาหารดูดซึมได้ดีขึ้น (Brown et al., 2003)

2.3.6 การบริโภคใยอาหาร ใยอาหารได้จากพืช ผัก และผลไม้ เป็นสาร

คาร์โบไฮเดรตที่ไม่สามารถย่อยในระบบทางเดินอาหารได้ เนื่องจากขาดเอนไซม์ที่จะทำลายพันธะระหว่างกัน แบ่งได้เป็น 2 ประเภทตามคุณสมบัติการละลายน้ำ คือ insoluble fiber เป็นเส้นใยที่ไม่ละลายน้ำ ได้จากส่วนของผนังเซลล์ เป็นสารพวกเซลลูโลส หรือเฮมิเซลลูโลส และ soluble fiber เป็นใยอาหารที่ละลายน้ำได้ หรือพองน้ำ พบในส่วนของพืชเป็นสารพวก เพคติน มิวสิเลจ ใยอาหารมีประโยชน์มากต่อระบบขับถ่ายของร่างกาย โดยใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำจะเพิ่มมวลของอาหาร กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยลดอาการท้องผูกและริดสีดวง เส้นใยที่พองน้ำหรือละลายน้ำ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ลดอัตราการดูดซึมน้ำตาล (กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2552) และใยอาหารยังช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านม แต่ยังไม่พบว่าช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมหรือเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (Rock, 2003) ควรบริโภคใยอาหาร 14 กรัมต่อ

1,000 กิโลแคลอรี หรือ 30 กรัมต่อวัน (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Jones & Demark-Wahnefried, 2006)

2.3.7 การบริโภคแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมในสตรีปกติ (Rock & Demark-Wahnefried, 2002) และตามทฤษฎีแล้วการบริโภคแอลกอฮอล์ทำให้ระดับของเอสโตรเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้สตรีที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้ (Brown et al., 2003) แต่ก็ยังไม่พบหลักฐานที่แสดงว่าการบริโภคแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (Rock, 2003) ในคนปกติ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะ คือ ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวันในผู้หญิง และ 1-2 ครั้งต่อวันในผู้ชาย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ครั้ง มีปริมาณเท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง (360 มิลลิลิตร) หรือไวน์ 120 มิลลิลิตร หรือวีสกี 45 มิลลิลิตร (ชนิดา ปโชติการ และคณะ, 2550; Brown et al., 2003) สำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่พอเหมาะอาจช่วยลดโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ แต่ในสตรีที่มีปัญหาแผลในช่องปากจากการได้รับเคมีบำบัดไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ระคายเคืองมากขึ้น ดังนั้นการพิจารณาถึงความสมควรในการบริโภคแอลกอฮอล์ จึงควรพิจารณาตามสภาพของร่างกายในสตรีแต่ละรายไป

เพรินทิส และคณะ (Prentice et al., 2006) ได้ศึกษาสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนจำนวน 48,835 คน พบว่า สตรีวัยหลังหมดประจำเดือนบริโภคไขมันเฉลี่ย 75.7 กรัมต่อวัน ได้รับพลังงานจากไขมันเฉลี่ยร้อยละ 37.8 ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน บริโภคผักและผลไม้ 3.6 หน่วยบริโภคต่อวัน บริโภคธัญพืช 4.7-4.8 หน่วยบริโภคต่อวัน บริโภคใยอาหารเฉลี่ย 15.4 กรัมต่อวัน บริโภคแอลกอฮอล์ 4.4 กรัมต่อวัน และพลังงานจากการบริโภคที่ได้รับทั้งหมดเฉลี่ย 1,789.4-1,790.2 กิโลแคลอรีต่อวัน และมีการศึกษาของเพียร์ซ และคณะ (Pierce et al., 2007a) ได้ศึกษาสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะแรกจำนวน 3,088 คน พบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะแรกบริโภคผักเฉลี่ย 3.8-3.9 หน่วยบริโภคต่อวัน บริโภคผลไม้เฉลี่ย 3.4-3.5 หน่วยบริโภคต่อวัน บริโภคใยอาหารเฉลี่ย 21.1-21.2 กรัมต่อวัน ได้รับพลังงานจากไขมันเฉลี่ยร้อยละ 28.5-28.7 ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน และพลังงานจากการบริโภคที่ได้รับทั้งหมดเฉลี่ย 1,717-1,719 กิโลแคลอรีต่อวัน จากทั้งสองการศึกษา จะเห็นได้ว่าสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนและสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการยังไม่เหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในกลุ่มสตรีจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม แต่ข้อมูลด้านโภชนาการของกลุ่มสตรีดังกล่าว ยังมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ทำในแถบประเทศตะวันตกที่มีความแตกต่างกันในด้านความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม

ศิริไท พุกกะศรี (2546) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้และเครื่องดื่ม ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมแบบ mastectomy พบว่า สตรีร้อยละ 80 รับประทานอาหารเนื้อหมู และเนื้อไก่ลดลง แต่รับประทานอาหารปลาเพิ่มขึ้น สตรีร้อยละ 82 รับประทานอาหารผักพื้นบ้าน/ผักที่ปลูกเองเพิ่มขึ้น สตรีร้อยละ 70 รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวปริมาณเพิ่มขึ้น และสตรีร้อยละ 35 รับประทานอาหารน้ำผลไม้สดเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าวยังไม่สามารถบอกถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ทั้งหมด เพียงแสดงจำนวนของสตรีที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในกลุ่มประชากรต่างๆ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า กลุ่มผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง กลุ่มครูสตรีวัยทอง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ และมีระดับการศึกษาที่ดี ซึ่งช่วยพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญา มีประสบการณ์ สามารถคิดตัดสินใจและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ อีกทั้งวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เน้นการบริโภคพืชผักพื้นบ้าน ไม่เน้นการรับประทานอาหารไขมันสูงเป็นอีกเหตุผลที่ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; จิตารัตน์ สารทองแดง, 2551; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; ภาณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์, 2548; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็น และอาการของโรคหรืออาการข้างเคียงของยาที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น สูญเสียการรับรส ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมอาหารเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เตรียมอาหารให้และเตรียมอาหาร

ที่สามารถรับประทานได้ทั้งครอบครัว และผู้เตรียมอาหาร ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค (วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

2.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูล สิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางด้านสังคม จึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายต่อความเครียด นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Pender et al., 2006)

สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม สมาชิกในครอบครัวจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือเงินทอง ถ้าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูญเสียไปแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ดังนั้นสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมควรได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่สตรีและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อสตรี ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมให้มากที่สุด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวของสตรีโดยเฉพาะสามีควรให้กำลังใจและคอยดูแลอย่างใกล้ชิด (อัสนี วันชัย, 2539) แต่จากการศึกษาของศิริไท พุกกะศรี (2546) ได้สะท้อนให้เห็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างระหว่างบุคคลของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ mastectomy จำนวน 200 คน มีสตรีร้อยละ 21.5 ไม่ได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจากครอบครัว และบุตร และพบว่าเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับสามี เช่น เกิดการหย่าร้างกับสามี มีปัญหาทะเลาะวิวาทกันบ่อย เนื่องจากสามีมีพฤติกรรม ดื่มสุรา นอกใจภรรยา มีภรรยาบ่อยหรือปัญหาทางด้านอารมณ์ของสามี เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย และผลการศึกษาของปีทมา คุปตจิต (2533) ที่พบว่าสัมพันธภาพในกลุ่มสมรสของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ($r = .417, p < .001$) และภาพลักษณ์ ($r = .456, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ($r = -.292, p < .01$) กล่าวคือสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอาจมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มสมรสลดลง และส่งผลให้ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วย

นอกจากการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวแล้ว สัมพันธภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมกับบุคคลอื่นๆ ก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรสุขภาพ รวมถึงสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเหมือนกัน ศิริไท พุกกะศรี (2546) พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความต้องการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้เกิดพฤติกรรมพูดคุยกันเองในเวลาที่กำลังรอพบแพทย์ เพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล รู้สึกสบายใจที่ได้คุยกับเพื่อนกลุ่มโรคเดียวกัน บางคนแลกเปลี่ยนเลขโทรศัพท์เพื่อที่จะสามารถติดต่อกันได้ตลอด อย่างไรก็ตาม สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมยังต้องการคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ เกี่ยวกับโรค การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วย

การเข้าร่วมงานในสังคมช่วยส่งเสริมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ทำให้เกิดเครือข่ายในสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเข้าร่วมงานในสังคมตามปกติ เช่น ไปร่วมงานแต่งงาน งานบวช หรืองานศพเพียงร้อยละ 41 จากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน (ศิริไท พุกกะศรี, 2546) ดังนั้นสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมควรได้รับการส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งสามารถกระทำได้หลายลักษณะ ได้แก่ การรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแสดงออกซึ่งความรักความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น หรือการใส่ใจซึ่งกันและกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ที่ผ่านมาการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหลายกลุ่มประชากร โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กันเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในครอบครัวขยาย แรงสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; วาสนา ครุฑเมือง, 2547) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง และมีโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะทำให้ไม่อยากพูดคุยกับใคร การพูดคุยเรื่องโรคทำให้รู้สึกเศร้าทำให้เป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

2.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ การพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุดสามารถค้นพบเป้าหมายในชีวิตของตนเอง มีจุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต รวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความปีติสุข ความสงบสุข และความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการทำให้ตนเองและบุคคลอื่นบรรลุเป้าหมาย หรือความปรารถนาในชีวิต (Pender et al., 2006) บุษพา ขอบไช้ (2536) ได้ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3-4 จำนวน 75 คน พบว่า สิ่งที่ทำให้ความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ศาสนา ครอบครัว และหน้าที่การงาน โดยผู้ป่วยมะเร็งมีเป้าหมายในชีวิต คือ ความต้องการหายจากโรค และการมีสุขภาพดีมากที่สุด รองลงมาเป็นการได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การได้มีชีวิตให้ยาวนานที่สุด เพื่อดูความเจริญเติบโตของลูกหลาน และการได้เสียชีวิตอย่างสงบ ส่วนศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ครอบครัว และความสำเร็จในหน้าที่การงานถือเป็นสิ่งที่ให้ความหวัง และกำลังใจสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังมีผลกระทบต่อความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความหวาดหวั่นจากการรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมานและความกลัวจากความเจ็บปวดและความตาย และต้องทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิต

สำหรับโรคมะเร็งเต้านมนั้นถือว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต ย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของสตรีอย่างมาก การเข้าใจถึงพฤติกรรมด้านนี้จะช่วยให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมให้มีความเป็นองค์รวมมากขึ้น ในการศึกษาของศิริไท พุกยะศรี (2546) พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดแบบ mastectomy ร้อยละ 34.5 มองการเจ็บป่วยในทางบวก โดยคิดว่าเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ สตรีอีกร้อยละ 24 มองการเจ็บป่วยในทางลบ โดยคิดว่าปล่อยไปตามบุญตามกรรม ไม่แน่ใจในผลของการรักษา และการศึกษาของ Phisaiphanth (2007) พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรกจำนวน 90 คนมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 44.44 และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.447, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่พบว่า ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง การที่สตรีรับรู้ว่าเป็นโรครุนแรงมากจะทำให้ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.301, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .480, p < .001$) ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมี

บำบัดเสริมมองการเจ็บป่วยในแง่ดี และมีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ที่ผ่านมาการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณในหลายกลุ่มประชากร โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า กลุ่มผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่เปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ฝึกจิตใจให้สงบ เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ และกลุ่มตัวอย่างวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์มีความคิดอย่างมีเหตุผล มองสภาพความเป็นจริงของชีวิต และยอมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตนเองดำรงชีวิตในปัจจุบันได้อย่างมีความสุข ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547) ส่วนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าวัยที่ชราและโรคที่คุกคามอยู่ทำให้ต้องเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ไม่อยากที่จะคิดถึงอนาคต ชีวิตมีแต่จะเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง เกิดความท้อแท้ และไม่กระตือรือร้น เหตุเหล่านี้จึงขัดขวางการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

2.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด การจัดการกับความเครียดเป็นการกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความกดดันและความตึงเครียด และช่วยให้บุคคลแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งเป็นการจัดการที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาสสมดุล และเกิดความผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ (Pender et al., 2006) เพนเดอร์ ได้อธิบายวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ 3 วิธี (Pender et al., 2006) ได้แก่

2.6.1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด มีการบริหารเวลาในการทำงาน การป้องกันอันตรายจากการทำงาน แบ่งงานและมอบหมายงานให้เหมาะสม เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการจัดการกับความเครียด

2.6.2 การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดสามารถกระทำได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายมุ่งเน้นการออกกำลังกาย ส่วนทางด้านจิตใจกระทำโดยการส่งเสริม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของตนเอง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การกำหนดเป้าหมายที่แท้จริง และแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา

2.6.3 การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งตอบสนองทางร่างกายที่เกิดจากความเครียด โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการจินตภาพ ซึ่งการช่วยผ่อนคลายและลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก

การสนับสนุนให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดเป็นสิ่งจำเป็น แต่จากการศึกษาของศิริไท พฤษะศรี (2546) ที่ศึกษาสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดแบบ mastectomy จำนวน 200 คน พบว่ามีสตรีร้อยละ 65 เรียนรู้การปรับตัวต่อความเครียดด้วยตนเอง และสตรีร้อยละ 12 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียดเลย สตรีร้อยละ 63 มีการเผชิญหน้ากับปัญหา โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 ใช้วิธีการปรับความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ในทางบวกซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ คือ เชื่อว่าแพทย์สามารถรักษาให้หายได้ คิดว่าตนเองหายแล้วภายหลังผ่าตัด เปลี่ยนเรื่องคิดจากโรคนี้อำนาจจิตใจให้เข้มแข็งไม่ท้อแท้ และสร้างกำลังใจให้ตนเอง สตรีร้อยละ 14.3 ใช้วิธีการปรับอารมณ์ในทางลบ คือ โทษโชคชะตา และพยายามลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สตรีร้อยละ 25.4 มีการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยใช้วิธีมุ่งเน้นแก้ที่ปัญหา คือ แสวงหาข้อมูลจากแหล่งบุคคลและสถานที่และการทำไปทีละขั้นตอน ส่วนสตรีอีกร้อยละ 1.6 มีการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยผสมผสานระหว่างวิธีการปรับความรู้สึก ความคิด และอารมณ์กับวิธีมุ่งเน้นแก้ที่ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของลูเวอร์ และคณะ (Lauver et al., 2007) ได้แสดงให้เห็นว่าสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งทางนรีเวชส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพดังนี้ คือ การยอมรับปัญหา (acceptance) (93.1%) การปรับความรู้สึกและอารมณ์ (emotional support) (83.7%) การยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง (religion) (81.5%) และการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) (65.1%)

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดแบบ mastectomy ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดหลายวิธี เช่น การพูดคุย ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ท่องเที่ยว ดูแลต้นไม้ นอนพักผ่อน สร้างอารมณ์ขันในครอบครัว ทำงานเย็บปักถักร้อย รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น อ่านหนังสือธรรมะ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิและวิปัสสนา เป็นต้น (ศิริไท พฤษะศรี, 2546)

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่สามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้ดีนั้น จะสามารถดำรงบทบาทของตนเองได้ คงความผาสุกทั้งทางร่างกายและจิตใจ พึงพอใจในชีวิต และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (ปราณี เสนีย์, 2539) ฟิลลิปส์ และคณะ (Phillips et al., 2008) ได้ศึกษาผลของการจัดการความเครียดใน

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะไม่ลุกลามจำนวน 128 คน สุ่มแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดซึ่งประกอบด้วย การทำกลุ่มเพื่อฝึกการผ่อนคลายความเครียด การปรับการรับรู้ และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการทดลอง 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับ cortisol น้อยกว่า และมีการรับรู้ความผ่อนคลายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการสนับสนุนให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในวิธีที่สตรีเหล่านั้นได้เคยปฏิบัติอย่างเหมาะสมแล้ว จะช่วยให้สตรีเกิดความผ่อนคลาย และลดความตึงเครียดได้

อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคและการสนับสนุนทางสังคมอาจมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม จากผลการศึกษาของจาวรรณ กฤตย์ประชา (2538) พบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 72.5 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งทางด้านลบ ซึ่งสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งด้านบวกจะมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อผู้ที่ดีกว่าและยังส่งผลให้เกิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ดีขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งทางด้านบวก คือ การมองว่ามะเร็งเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ ทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความหวัง และผลักดันให้มีปฏิกริยาการตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อผู้มากกว่าสตรีที่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งด้านลบที่คิดว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว ร้ายแรง รักษาไม่หาย โรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับจะทำให้เจ็บปวดทรมาน และนำไปสู่ความตาย นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นสิ่งเกื้อหนุนให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมสามารถปรับตัวด้านจิตสังคมได้ดีขึ้น เกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนสามารถแก้ไข และควบคุมสถานการณ์ได้ (นิตยา คงชุม, 2539)

ที่ผ่านมาการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในหลายกลุ่มประชากร โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น การมองโลกในแง่ดี การยอมรับและปล่อยวาง การหางานอดิเรกทำยามว่าง เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง และกลุ่มตัวอย่างในวัยสูงอายุ มีความคิดพิจารณาเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้ดี ประกอบกับผู้อยู่ใกล้ชิดให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทำให้เป็นการง่ายที่จะพูดคุยระบายความไม่สบายใจให้ฟังจึงสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง (ชลธิชา เรือนคำ,

2547; นภภรณ์ ศรีใจวงศ์, 2546; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุได้ฉายาเรื่องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสภาพของกลุ่มตัวอย่างในขณะนั้นไม่เกิดความเครียดในระดับสูง จึงไม่มีทักษะและวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ในการจัดการความเครียดที่ทำให้มีพฤติกรรมด้านนี้ต่ำ (นันทกา คำแก้ว, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และอิทธิพลจากความแตกต่างของคุณลักษณะของประชากรนั้นๆ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม โรค ความรุนแรงของโรค การรักษาและผลข้างเคียง ทักษะการรับมือโรค การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสำคัญที่จะศึกษาว่าสตรีไทยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมนั้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลจากผลการศึกษาไปเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีไทยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3.1 ความเครียด เพาเวอร์ และดอดด์ (Power & Dodd, 2009) ให้ความหมายของความเครียดอย่างกว้างๆ ว่า คือ ภาวะที่ตึงเครียดของร่างกายและจิตใจจากการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลาย มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) ได้ให้ความหมายของความเครียดและอธิบายอย่างละเอียดว่า เป็นภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ต่อแรงกดดัน แรงกดดันจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในระบบต่างๆ ของร่างกาย แรงกดดันที่เกิดขึ้นนั้นแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ แรงกดดันภายใน และแรงกดดันภายนอก

แรงกดดันภายในนั้นสามารถแบ่งได้อีก 2 ด้าน คือ ด้านความต้องการทางสรีรวิทยา และด้านความต้องการด้านจิตใจ แรงกดดันภายในด้านความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว กระหาย อ่อนล้า เจ็บปวด ความต้องการทางเพศ ความต้องการขับถ่าย และด้านความต้องการด้าน

จิตใจ เช่น มุมมองที่มีต่อตนเองว่าเราเป็นใคร กำลังทำอะไร มีสิทธิพื้นฐานหรือสิทธิพิเศษอย่างไร ความคาดหวังที่มีต่อตนเอง และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ความผิดพลาดในอดีตที่ผ่านมา

ส่วนแรงกดดันภายนอกแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ และด้านจิตสังคม แรงกดดันภายนอกด้านกายภาพ เช่น แรงโน้มถ่วงของโลก มลภาวะทางอากาศ ทางเสียง สภาพอากาศที่แปรปรวน โดยทั่วไปแล้วแรงกดดันทางกายภาพไม่ได้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเสมอไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และผลที่เกิดขึ้น เช่น ฝนตกอาจทำให้เกษตรกรพึงพอใจ แต่อาจทำให้เกิดความเครียดกับผู้ที่ต้องเดินทางในเมือง และแรงกดดันภายนอกด้านจิตสังคมจะเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และปัญหาที่พบในที่ทำงาน หรือ โรงเรียน

ในช่วงเวลาหนึ่ง บุคคลจะเผชิญกับแรงกดดันภายนอกหลายๆ อย่างพร้อมกัน แต่บุคคลรับรู้และจัดการกับแรงกดดันได้ในขอบเขตที่จำกัด จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของแรงกดดันนั้นๆ ถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการได้จะเกิดภาวะตึงเครียดขึ้น การที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นแรงกดดันหรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเดียวกัน แต่บุคคลมีโอกาสด้านความเครียดได้แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยของบุคคล ได้แก่ ภาวะทางกายภาพ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาของบุคคล เช่น การมองโลกในแง่ดี การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้บุคคลมีความไวต่อความเครียด (susceptibility to stress) ไม่เท่ากัน บุคคลสามารถเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดได้โดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Miller et al., 1993)

บุคคลที่มีความต้านทานต่อความเครียดน้อย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นแรงกดดันภายในและนอกที่มีมาก บุคคลจะตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นภาวะตึงเครียด และเมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะตึงเครียดร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างอัตโนมัติ โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว การตอบสนองจะเกิดขึ้นในระบบดังต่อไปนี้ คือ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ระบบลิมบิก (limbic system) เป็นส่วนสมองที่ควบคุมอารมณ์ และระบบนีโอคอร์ติคอล (neocortical system) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมการคิด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (Miller et al., 1993)

พอสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ต่อแรงกดดันทั้งภายในและภายนอกตนเอง ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดอาการในระบบต่างๆ 7 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเทติก อาการเครียดด้านอารมณ์ อาการเครียดด้านความคิด อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ และอาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน

3.1.1 อาการหรือปฏิกิริยาที่ตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด สามารถแบ่งได้ตามระบบ ดังนี้ (Miller et al., 1993)

3.1.1.1 อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ ระบบกล้ามเนื้อเป็นพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้เมื่อเกิดการต่อสู้หรือหนี ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้กล้ามเนื้อต้องมีการปฏิกิริยาที่เร็วก่อนส่วนอื่นๆ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นระบบประสาทซิมพาเทติกจะหลั่งนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) ทำให้ระบบกล้ามเนื้อเกิดการเกร็งตัว ซึ่งเป็นการตอบสนองเมื่อเกิดแรงกดดันทางอารมณ์ หรืออันตราย

3.1.1.2 อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นของร่างกาย ควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบย่อยอาหาร การขับถ่าย และเพศ เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบขับถ่าย และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ อาการที่เกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ จุกเสียด ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น แม้ความเครียดจะหายไปแต่อาการเหล่านี้จะยังอยู่ เมื่อได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอีกครั้ง ก็จะเกิดอาการได้

3.1.1.3 อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานประสานกับระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ในเวลาปกติ จะทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งนอร์อะดรีนาลีนในปริมาณเล็กน้อย เพื่อกระตุ้นให้อวัยวะต่างๆ ทำงานปกติ และรักษาสมดุลของการไหลเวียนโลหิต เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะกระตุ้นให้ต่อมอะดรีนัล (adrenal gland) หลั่งนอร์อะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นในกระแสเลือดพร้อมกับอะดรีนาลีน ทำให้ร่างกายตื่นตัวรับมือกับสถานการณ์ หากเกิดความเครียดระดับสูงบ่อยๆ สารสำคัญตัวนี้จะหัวใจจะทำงานผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียว ซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยไปเลี้ยงสมอง

3.1.1.4 อาการเครียดด้านอารมณ์ เมื่อความเครียดกระตุ้นร่างกายมากจนถึงขีดอันตรายโดยผ่านระบบลิมบิก อารมณ์จะถูกกระตุ้น อารมณ์ของความเครียดเกิดขึ้นมี 3 อาการ คือ โกรธ กังวล หรือเศร้าตามมา ซึ่งมักแยกลำบาก ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลจะรับรู้เพียงว่าไม่สบายใจ

3.1.1.5 อาการเครียดด้านความคิด ความคิดเป็นกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนของสมองหลายส่วนที่ต้องทำงานประสานกัน เมื่อเกิดความเครียดขึ้น จะเกิดการขัดขวางการทำงานของสมอง สารอะดรีนาลีนจากต่อมอะดรีนัลจะกระตุ้นสมองส่วนที่เรียกว่า แอสเซนดิง เรติคิวลา แอกทิเวชัน (Ascending Reticular Activation System [ARAS]) และกระตุ้นสมองทุกส่วนให้ทำงานเร็วเป็นสองเท่าของปกติ สมองจะกระตุ้นส่วนของอารมณ์ด้วย ซึ่งทำให้ความคิดเร็วขึ้น เมื่อรู้สึกกดดันมากขึ้นสมองจะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากเกินไป ภาวะเช่นนี้

ความคิดก็จะเร็วจนเกินไป ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความสามารถในการจดจำ และการตัดสินใจลดลงจะทำอะไรโดยขาดการไตร่ตรอง

3.1.1.6 อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน เป็นระบบที่ถูกกระตุ้นมากในเวลาที่มีความเครียด เพื่อเตรียมที่จะรับมือกับสถานการณ์ สมอส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) หลั่งฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมต่างๆ ในส่วนอื่นของร่างกาย ฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญ คือ ฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotropic hormone [ACTH]) และคอร์ติซอล (cortisol) คอร์ติซอลมีบทบาทสำคัญในเวลาที่ต้องเตรียมพร้อม เช่น กระตุ้นการสร้างน้ำตาลจากตับ และกระตุ้นอินซูลิน (insulin) จากตับอ่อน เพื่อเพิ่มผลกำลังเวลาที่เรากำลังสู้หรือหนี คอร์ติซอลทำให้สมองตื่นตัว เพิ่มภูมิคุ้มกัน และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ในระหว่างนี้จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการบวมและภูมิแพ้ ระหว่างที่ฮอร์โมนตัวอื่นจะทำงานช้าลง เช่น ฮอร์โมนเพศทำให้ความต้องการทางเพศลดลงทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยในเพศหญิงจะทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ

3.1.1.7 อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ฮิวโมรอล (humoral) และเซลล์ลูลาร์ (cellular) ส่วนฮิวโมรอลนั้นอยู่ในของเหลวที่อยู่ในร่างกายทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้ามาในร่างกาย ถ้าระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติจะทำให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่าย เช่น ไข้หวัด เป็นต้น ส่วนเซลล์ลูลาร์นั้นอยู่ในเซลล์ทำหน้าที่ต่อสู้กับไวรัสที่เข้าไปทำอันตรายเซลล์ ถ้าระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติอาจทำให้เกิดเนื้องอกหรือเป็นมะเร็งได้

3.1.2 ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรุนแรงที่บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ได้จากสถานการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคาม แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (สுவันน์ มัทธนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ดังนี้ คือ

3.1.2.1 ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดขนาดเล็กน้อย และหายได้รวดเร็ว เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ไม่คุกคามการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติตามความเคยชิน ใช้พลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

3.1.2.2 ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจากการมีสิ่งคุกคาม หรือเหตุการณ์มากระทบ บุคคลจะตอบสนองออกมาในลักษณะ วิตกกังวล หรือกลัว เป็นระดับความเครียดปกติที่ทำให้บุคคลมีความกระตือรือร้น ความเครียดระดับนี้ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.1.2.3 ความเครียดระดับสูง (high stress) เป็นความเครียดที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถปรับตัวให้ความเครียดลดลงได้ในเวลาอันสั้น เป็นระดับที่อันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ ได้

3.1.2.4 ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว มีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เกิดโรคตามมาได้ง่าย

เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ศึกษาความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะเวลา 1 ปีแรกของการวินิจฉัย จำนวน 70 คน พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ อาการเครียดในระบบซิมพาเทติก อาการเครียดด้านความคิด และอาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับต่ำ และอาการเครียดด้านในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก อาการเครียดด้านอารมณ์ และอาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่ออยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของลูเวอร์ และคณะ (Lauver et al., 2007) ได้ศึกษาผู้รอดชีวิตในกลุ่มมะเร็งของสตรีประกอบด้วยผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 46 คน และผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งทางนรีเวชจำนวน 5 คน พบว่าในช่วงหลังรับการรักษา ผู้รอดชีวิตในกลุ่มมะเร็งของสตรีมีความเครียดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านการรักษา การติดตามผล และอาการที่เกิดขึ้นต่างๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย ไม่มีสมาธิ ทักษะเกี่ยวกับร่างกาย และการต้องเผชิญกับความตาย จากการศึกษาที่ผ่านมาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นไทย ($r = -.187, p < .01$) (Chandanasotthi, 2003) กลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ($r = -.30, p < .05$) (Santacroce & Lee, 2006) กลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ($r = -.218, p < .05$) (Gacad, 2002) และกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ($r = -.32, p < .01$) (Stark & Brinkley, 2007) ซึ่งความเครียดดังกล่าวน่าจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดทำให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณลดลง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหรือการละเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีที่เป็นโรค rheumatoid arthritis พบว่า ระดับทักษะในการเผชิญกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .48, p < .001$) (Kurtz, 1996) กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงก็จะสามารถปรับตัวได้ดีและนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีระดับความเครียดสูงและไม่มีทักษะในการเผชิญปัญหาอาจขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

3.2 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความเชื่อหรือความคิดเห็นของบุคคลนั้นที่คาดว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ โดยไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะทักษะที่มีอยู่เท่านั้น แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลจะใช้ทักษะที่ตนมีอยู่เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างไร (Bandura, 1997) การตัดสินใจความสามารถของตนเองต่างจากการคาดหวังจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการตัดสินใจถึงความสามารถของบุคคลที่จะสามารถทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ ในขณะที่การคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจหรือคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมา เช่น ประโยชน์และค่าใช้จ่าย เป็นต้น จากการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะอย่าง การรับรู้ว่าคุณเองมีทักษะและมีความสามารถจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองมีความถนัด เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีทักษะหรือไม่มีความสามารถ การรับรู้สมรรถนะตนเองจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง การศึกษาที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 86 พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) บุคคลจะสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้จาก 4 แหล่ง คือ

3.2.1 ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากที่สุด ซึ่งการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงก็จะมีโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นๆ ได้สำเร็จมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคก็จะมีพยายามเอาชนะอุปสรรคนั้นให้ได้ บุคคลสามารถพัฒนาให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ โดยการส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้

3.2.2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือการได้เห็นเป็นแบบอย่าง บุคคลอาจไม่เชื่อมั่นในความสามารถที่ตนมีอยู่ แต่เมื่อได้สังเกตเห็นการปฏิบัติของบุคคลอื่นที่สามารถประสบความสำเร็จได้ โดยไม่ยากจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น แต่การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นหรือตัวแบบเพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ บุคคลต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อยู่ก่อนแล้วด้วย

3.2.3 การได้รับการโน้มน้าวด้วยคำพูด เป็นวิธีที่ง่ายเมื่อบุคคลได้รับการชี้แนะ โน้มน้าว หรือได้การผลักดันจากผู้อื่นว่าตนมีความสามารถ บุคคลอาจตัดสินใจว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ แต่หากได้รับการส่งเสริมให้บุคคลมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยจะส่งเสริมให้มีโอกาสสำเร็จเพิ่มขึ้นด้วย

3.2.4 ปฏิบัติการตอบสนองทางร่างกายหรือการกระตุ้นทางอารมณ์ มีผล

ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นมากบุคคลจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว เครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น มีผลทำให้บุคคลนั้นได้ปฏิบัติพฤติกรรมไม่ดีเท่าที่ควรหรือเกิดความล้มเหลว ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองในหลายกลุ่มประชากรอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = .853$, $p < .001$) (หุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ($r = .226$, $p < .01$) (นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ($r = .442$, $p < .01$) (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = .559$, $p < .05$) (ชลธิชา เรือนคำ, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ($r = .557$, $p < .01$) (นันทกา คำแก้ว, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = .67$, $p < .01$) (วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547) และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = .741$, $p < .01$) (วาสนา คุรุทเมือง, 2547)

ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวได้ดี มีความมั่นใจในการควบคุมอารมณ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองและกิจกรรมต่างๆ เช่น การไปตรวจรักษา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการมีโอกาสพบปะผู้คนทำให้ได้รับข้อมูล และสังเกตการณ์ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลอื่นๆ สิ่งเหล่านี้จึงสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น แต่อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นโรคที่รุนแรง ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลงไป (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา คุรุทเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

จากการศึกษาที่ผ่านแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่แตกต่างกันจะส่งผลถึงระดับความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่

ได้มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การไม่สามารถจัดหาบริการให้ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากและการไม่มีเวลาที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางและมีส่วนกระตุ้นให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความพร้อมในการปฏิบัติน้อยและมีอุปสรรคมาก การปฏิบัติพฤติกรรมจะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการปฏิบัติมากและมีอุปสรรคน้อย โอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมีมากกว่า การศึกษาที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 79 พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายกลุ่มประชากรอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = -.794, p < .001$) (หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ($r = -.169, p < .01$) (นภาพรณ ศรีใจวงศ์, 2546) กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = -.379, p < .05$) (ชลธิชา เรือนคำ, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ($r = -.287, p < .01$) (นันทกา คำแก้ว, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = -.57, p < .01$) (วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล, 2547) และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = -.573, p < .01$) (วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยทำงาน มีภาระที่ต้องรับผิดชอบทั้งหน้าที่การงานและครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลา ู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่มีสถานที่ปฏิบัติ ขาดคนคอยช่วยเหลือ รวมทั้งรู้สึกลัวภาวะสุขภาพเป็นอุปสรรค ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพรณ ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข หรือจากสื่อต่างๆ ทำให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น ทำให้มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยที่มีการตัดสินใจที่ดี สามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

มากที่สุด โดยมองข้ามสิ่งที่จะมาเป็นอุปสรรค จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547)

จากการศึกษาที่ผ่านแสดงให้เห็นว่าการรับรู้อุปสรรคที่แตกต่างกันจะส่งผลถึงระดับความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาว่าการรับรู้อุปสรรคในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่คาดหวังผลดีหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ซึ่งประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นประโยชน์ภายใน หรือภายนอก ประโยชน์ภายใน เช่น เพิ่มความเพลิดเพลินและความกระตือรือร้น ลดความรู้สึกเหนื่อยล้า เป็นต้น ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับคำชมเชย หรือรางวัล เป็นต้น โดยการรับรู้ประโยชน์ภายนอกอาจเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสูง และจากการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 61 พบว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายกลุ่มประชากรอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = .865, p < .001$) (หทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ($r = .152, p < .05$) (นภาพรณ ศรีใจวงศ์, 2546) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ($r = .462, p < .01$) (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = .506, p < .05$) (ชลธิชา เรือนคำ, 2547) กลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ($r = .594, p < .01$) (นันทกา คำแก้ว, 2547) และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = .741, p < .01$) (วาสนา คุรุทเมือง, 2547)

ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงทำให้มีความรู้ในเรื่องของประโยชน์ในการปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการพบปะบุคคลอื่น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ดังนั้นถึงแม้ว่าจะรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น จึงไม่เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น (วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547)

จากการศึกษาที่ผ่านแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ที่แตกต่างกันจะส่งผลถึงระดับความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาว่าการรับรู้ประโยชน์ในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3.5 การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการบริการด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายมิติ (multidimensional structure) จึงมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมายดังนี้ คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ได้รับการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง สจ๊วต (Stewart, 1993) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน คู่สมรส และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อการติดต่อสื่อสารข้อมูลให้เกิดความรู้สึกรับคุณค่า ช่วยเหลือและผูกพันซึ่งกันและกัน ช่วยลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการให้ความช่วยเหลือและการรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผู้กล่าวในหลายความหมาย พอสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการช่วยเหลือ และ

สนับสนุนในด้านต่าง เพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ จากคู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีการสนับสนุนในด้านต่างๆ คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 4 ชนิด (House, 1981) คือ

3.5.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความรัก การเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน

3.5.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง ทางเลือก หรือวิธีปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

3.5.3 การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)

3.5.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ เงิน แรงงาน หรือเวลา

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่ายทางสังคม (social network size) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย (Stewart, 1993) โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส และญาติ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มคนที่ไปโบสถ์หรือวัดด้วยกัน (Lindsey, 1997)

การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของบุคคลในกลุ่มนั้นๆ และส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ในชีวิต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพ โดยเกิดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเจริญเติบโต ซึ่งเป็นการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อัตมโนทัศน์ และภาวะสุขภาพที่ดี ช่วยลดเหตุการณ์คุกคามหรือความตึงเครียดในชีวิต ช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือให้ความมั่นใจในการกระทำตามความคาดหวังของสังคม และเป็นสิ่งกีดขวาง

ผลกระทบทางลบจากเหตุการณ์ดึงดูดเครียดผ่านอิทธิพลของการแปลความหมายจากเหตุการณ์ และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ (Pender et al., 2006)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย, 2536; ธนิญา น้อยเปียง, 2545; นิตยา คงชุม, 2539; พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมาจากสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา สามี บุตรหลาน และญาติ บุคคลเหล่านี้มีความสำคัญต่อสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมอย่างมาก ที่จะคอยเอาใจใส่ ดูแล เห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีการปรับตัวที่ดีในระหว่างที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย, 2536) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ ($r = .30$, $p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด ($r = -.28$, $p < .01$) (นิตยา คงชุม, 2539)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มสตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .722$, $p < .001$) (จิตรัตน์ สารทองแดง, 2551) ในกลุ่มแรงงานไทยก่อนไปทำงานต่างประเทศ ($r = .283$, $p < .01$) (Suwankhong, 2000) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = .781$, $p < .001$) (หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ($r = .34$, $p < .05$) (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุขในด้านต่างๆ ได้แก่ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่า และทรัพยากรในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าตนเองได้ความรัก มีคุณค่า และได้รับการยอมรับและเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาว่าการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้น และในระยะยาว โดยเฉพาะสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงจิตวิญญาณ เพราะโรคมะเร็งเต้านมนั้นเป็นโรคที่คุกคามชีวิต ต้องอาศัยการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย ดังนั้นสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ในบทนี้เนื้อหาประกอบด้วย ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2553 ถึงเดือนสิงหาคม 2553

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สตรีที่อายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี
2. หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบ course อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตรอยด์ เป็นต้น
4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะลุกลามหรือมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วยในวันที่เก็บข้อมูล
5. มีระดับความรู้สีกตัวดี พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) ในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ (power of the test) .80 และ effect size .30 (จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย, 2536; นิตยา คงชุม, 2539) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2008, p. 605) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยจึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 100 คน

สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือคลินิกโรคเด้านมและต่อมไร้ท่อ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเปิดให้บริการวันจันทร์และวันพุธ เวลา 08.00-16.00 น. วันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น. และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. จำนวนสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในแต่ละวันประมาณ 80-120 คน คลินิกโรคเด้านมและต่อมไร้ท่อให้บริการโดยศัลยแพทย์ 5 ท่าน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีการจัดประชุมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมโดยมีอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมเป็นผู้นำกลุ่มโดยจัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง และมีการจัดประชุมวิชาการที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมทุกคนที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับข้อมูล และแผ่นซีดีรอมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับส่วนสูง น้ำหนักก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด น้ำหนักปัจจุบัน ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ เต้านมข้างที่เป็นมะเร็ง ชนิดของการผ่าตัด เต้านมข้างที่ผ่าตัด ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้ครบ และระยะเวลาหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้ครบ course

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งเต้านม แขนข้างที่ถนัด และอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST-20)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST-20) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์และคณะ (Miller et al., 1993) แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ครอบคลุมสาเหตุและอาการของความเครียด ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 6 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่เกิดอาการ ให้	0 คะแนน
ไม่เครียด ให้	1 คะแนน
เครียดเล็กน้อย ให้	2 คะแนน
เครียดปานกลาง ให้	3 คะแนน
เครียดมาก ให้	4 คะแนน
เครียดมากที่สุด ให้	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความเครียด SPST-20 คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนได้เป็น 4 ระดับ คือ ความเครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด ความเครียดระดับปานกลาง ความเครียดระดับสูง และความเครียดระดับรุนแรง โดยการกำหนดระดับคะแนนความเครียด (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์ความเครียดโดยรวม

คะแนนช่วง 0.00 - 24.00 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เครียด

คะแนนช่วง 24.01 - 42.00 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 42.01 - 62.00 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับสูง

คะแนนมากกว่า 62.00 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดรูปแบบชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) แบบวัดความเครียดสวนปรงแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ระดับความไวต่อความเครียด (susceptibility to stress) ที่มาหรือสาเหตุของความเครียด (sources of stress) และอาการของความเครียด (symptom of stress) จำนวน 245 ข้อ แล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงข้อคำถามเหลือ 231 ข้อ แล้วนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลทั่วไป 149 คน นำมาปรับปรุงอีกครั้ง คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 30 เหลือข้อคำถาม 104 ข้อ ต่อจากนั้นนำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับกลุ่มบุคคลทั่วไปจำนวน 523 คน พร้อมกับวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อด้วยเครื่อง EMG biofeedback ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน และหาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแบบสอบถามกับค่าความเครียดของกล้ามเนื้อจากการทดสอบ EMG biofeedback แล้วจึงแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ โดยใช้คะแนนปกติ (normalized T-score) อิงตามเกณฑ์ของค่า EMG biofeedback แล้วจึงทำการปรับเครื่องมือ และหาความตรงตามสภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการของความเครียดกับค่า EMG biofeedback ตั้งแต่ 0.28-0.39 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับให้มีขนาดเล็กลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ ด้วยวิธี factor analysis แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับค่า EMG biofeedback มีค่า $r = .38, p < .001$ แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) เป็นแบบวัดที่เหมาะสมกับงานที่ต้องการผลรวดเร็ว ตอบง่าย และมีความสะดวกในการนำไปใช้ แต่ยังคงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การศึกษาในครั้งนี้ นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้ค่า alpha reliability coefficient = .91 และแบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) เคยถูกใช้วัดความเครียดในหลายงานวิจัยได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .70 - .83 (เกษรศรี อาทิตยา, 2549; เบญจกัณฑ์ เวศม์วิบูลย์, 2549; แมนทรวง วงศ์อภัย, 2551; ยุพดี ศิริวรรณ, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร, 2546)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST-20) ของสุวรรณมัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ (2540) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าเท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องของจิรรัตน์ แหบกงเหล็ก (Habkonglek, 2000) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2 ข้อ กิจกรรมทางร่างกาย 2 ข้อ โภชนาการ 1 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 1 ข้อ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 2 ข้อ และการจัดการความเครียด 1 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 1 คะแนน

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 2 คะแนน

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 3 คะแนน

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 9-36 คะแนน พิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนได้ดังนี้ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการกำหนดระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนช่วง 9.00 - 18.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 18.01 - 27.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 27.01 - 36.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองของจิรรัตน์ แหบกงเหล็ก (Habkonglek, 2000) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) = .96 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของจิรรัตน์ แหบกงเหล็ก (Habkonglek, 2000) ได้ใช้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องจำนวน 90 คน โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .90 และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 200 คน โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .85

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าเท่ากับ .85

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน พิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนได้ดังนี้ คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการกำหนดระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
คะแนนช่วง 7.00 - 14.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 14.01 - 21.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 21.01 - 28.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์
เวชมนัส (2547) ได้สร้างแบบสอบถามนี้มาใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย โดยผ่าน
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .87 ผู้วิจัย
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด
เสริม จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อน
นำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งเต้านม
จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์
เวชมนัส (2547) ได้ใช้ศึกษาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 200 คน โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 15 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .79

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์
เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้าย
กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .74 และเมื่อ
นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าเท่ากับ .82

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์
ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้
ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรค

ตลอดเลื้อยหัวใจติบของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนมาก ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 9 ข้อ และคำถามด้านลบจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วย	1	4
เห็นด้วยน้อย	2	3
เห็นด้วยมาก	3	2
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน พิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พุนลาททวี, 2539) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนได้ดังนี้ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการกำหนดระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คะแนนช่วง 10.00 - 20.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 20.01 - 30.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 30.01 - 40.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของศิริมา
วงศ์แหลมทอง (2542) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ
.90 และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะ
หัวใจวาย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI
เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับสตรีที่เป็นมะเร็ง
เต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และ
ความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า
CVI ได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของศิริมา
วงศ์แหลมทอง (2542) ได้ใช้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง
ที่เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า
Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .89 และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มา
ปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 200 คน โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มี
ลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .85

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์
เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้าย
กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .87 และเมื่อ
นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 100 คนได้ค่าเท่ากับ .90

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ 1 คะแนน

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ให้ 3 คะแนน

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน พิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนได้ ดังนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการกำหนดระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม

คะแนนช่วง 16.00 - 32.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 32.01 - 48.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 48.01 - 64.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .94 และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายและลดข้อคำถามเหลือ 16 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .83 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ได้ใช้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 100 คน โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 20 คน ที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .74 และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 200 คน โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .94

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .88 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าเท่ากับ .89

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLPL II]) ของวอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al. อ้างใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และนำมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ กิจกรรมทางร่างกาย 7 ข้อ โภชนาการ 14 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7 ข้อ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 9 ข้อ และการจัดการความเครียด 8 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่ทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วัน/สัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วัน/สัปดาห์

ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ซึ่งมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 48 ข้อ และคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 18, 22, และ 26 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่ทำเลย	1	4
ทำเป็นบางครั้ง	2	3
ทำบ่อยครั้ง	3	2
ทำเป็นประจำ	4	1

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 47-188 คะแนน พิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนได้ดังนี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการกำหนดระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

คะแนนช่วง 52.00 - 104.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 104.01 - 156.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ

ปานกลาง

คะแนนช่วง 156.01 - 208.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
ระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
คะแนนช่วง 7.00 - 14.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 14.01 - 21.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 21.01 - 28.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง
โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกาย
คะแนนช่วง 7.00 - 14.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 14.01 - 21.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 21.01 - 28.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับสูง
โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน
กิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
คะแนนช่วง 14.00 - 28.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 28.01 - 42.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 42.01 - 56.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

คะแนนช่วง 7.00 - 14.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 14.01 - 21.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 21.01 - 28.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

คะแนนช่วง 9.00 - 18.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 18.01 - 27.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 27.01 - 36.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

คะแนนช่วง 8.00 - 16.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 16.01 - 24.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 24.01 - 32.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง

โดยสรุปผลคะแนน ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLPL II]) ของวอล์คเกอร์ และคณะ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ (Walker et al. อ้างใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ผ่านการแปลและตรวจสอบการแปล (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของการแปลและปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้และลดข้อคำถามลงเหลือ 47 ข้อ เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .84 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาเพื่อนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งจำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ .98

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้ใช้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์จำนวน 200 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เท่ากับ .85 และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้นำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 200 คน โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยวิธี test-retest ห่างกัน 1 สัปดาห์ จากนั้นนำมาหาค่า Pearson's product moment correlation coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ .86 และ

รายด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด เท่ากับ .75, .74, .73, .79, .77 และ .76 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่า .95, .84, .79, .73, .89, .75, และ .91 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .93, .79, .74, .67, .83, .82, และ .84 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความยินยอมการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นในใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเข้าพบหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลศาสตร์ หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม และพยาบาลคลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามารับดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและขอดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างจะคงได้ดำเนินการตรวจรักษาตามเดิม
3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจในที่ที่จัดเตรียมไว้โดยเฉพาะ
4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักที่ได้รับการตรวจสอบเทียบค่าแล้ว
5. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระหว่างช่วงเวลาที่รอฟังผลเลือดและพบแพทย์ หรือรอรับยาโดยใช้เวลาตอบคนละประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง
6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อนั้นอีกครั้ง
7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ให้คะแนนพร้อมลงรหัสข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จำนวนจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย แขนข้างที่ถนัด อาการ

ข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ เต้านมข้างที่เป็นมะเร็ง เต้านมข้างที่ผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ และจำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

2. คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลอายุ ดัชนีมวลกายก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดัชนีมวลกายปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะเวลาหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้ครบ course ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3. ทดสอบการกระจายของปัจจัยความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นดังนี้ (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2540)

$r = .1 - .3$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันน้อย

$r = .4 - .7$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$r = .8 - .9$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันมาก

5. ถ้าปัจจัยใดการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามารัตน์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 100 คน ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดของผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 34 ถึง 60 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.22 ปี (S.D. = 6.39) อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 41 ถึง 60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 89) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 48) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 35) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1,500 บาท และสูงสุด 100,000 บาท คิดเป็นรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 24,660.20 บาทต่อเดือน (S.D. = 19,515.67, Median = 20,500.00, Mode = 10,000.00) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 34) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ (ร้อยละ 43) มีสิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการเบิกได้ (ร้อยละ 59) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสามีเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 47) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 86) รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน/ร้อยละ	Range	Mean	S.D.
อายุ (ปี)		34-60	49.22	6.39
18-40	11			
41-60	89			
สถานภาพสมรส				
โสด	23			
คู่	68			
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	9			
ศาสนา				
พุทธ	94			
คริสต์	1			
อิสลาม	5			
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	22			
มัธยมศึกษา/ปวช.	20			
ปวส./อนุปริญญา	4			
ปริญญาตรี	48			
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	6			
อาชีพ				
แม่บ้าน	28			
ค้าขาย	9			
เกษตรกรรม	2			
รับจ้าง	12			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35			
ธุรกิจส่วนตัว	9			
พนักงานบริษัทเอกชน	5			

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน/ร้อยละ	Range	Mean	S.D.
รายได้ต่อเดือน (บาท)		1,500-	24,660.20	19,515.67
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	34	100,000		
10,001-20,000	16			
20,001-30,000	24			
มากกว่า 30,000	26			
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอเหลือเก็บ	43			
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	37			
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	6			
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	14			
สิทธิการรักษาพยาบาล				
ข้าราชการ	59			
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19			
จ่ายเอง	19			
ประกันสังคม	2			
ประกันชีวิต	1			
บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแล				
สามี	47			
บุตรหลาน	14			
ญาติพี่น้อง	24			
เพื่อนสนิท	1			
ดูแลตนเอง	14			
สัมพันธภาพในครอบครัว				
รักใคร่ช่วยเหลือกันดี	86			
ต่างคนต่างอยู่	3			
ทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง	11			

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 94) ปัจจุบันไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ 6 ถึง 230 เดือน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.97 เดือน (S.D. = 38.42, Median = 28.00) ส่วนใหญ่มีช่วงระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในช่วง 13 ถึง 60 เดือน (ร้อยละ 58) มีระยะเวลาหลังได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ 1 ถึง 209 เดือน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.86 เดือน (S.D. = 37.40, Median = 19.50) ช่วงระยะเวลาหลังได้รับเคมีบำบัดที่พบมากที่สุดคือ 13 ถึง 60 เดือน (ร้อยละ 41) รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน/ ร้อยละ	Range	Mean	S.D.
การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	94			
เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว	6			
ระยะเวลาที่เคยสูบ (เดือน)		12-180	50.00	66.35
ระยะเวลาที่เลิกสูบ (เดือน)		72-240	162.50	69.10
ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย (เดือน)		6-230	40.97	38.42
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12	20			
13-60	58			
มากกว่า 60	22			
ระยะเวลาหลังได้รับเคมีบำบัด (เดือน)		1-209	34.86	37.40
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12	36			
13-60	41			
มากกว่า 60	23			

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ II (ร้อยละ 63) และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัดและฮอร์โมนบำบัด (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา (ร้อยละ 56) ได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างขวาร้อยละ 56 และได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างเดียวกันกับแขนข้างที่ถนัดร้อยละ 66 รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน/ร้อยละ
ระยะของโรค	
I	15
II	63
III	22
การรักษาที่ได้รับ	
ผ่าตัด+เคมีบำบัด	22
ผ่าตัด+รังสีรักษา+เคมีบำบัด	11
ผ่าตัด+เคมีบำบัด+ฮอร์โมนบำบัด	35
ผ่าตัด+รังสีรักษา+เคมีบำบัด+ฮอร์โมนบำบัด	32
เต้านมข้างที่เป็นมะเร็ง	
ขวา	56
ซ้าย	41
ทั้ง 2 ข้าง	3
เต้านมข้างที่ผ่าตัด	
ขวา	56
ซ้าย	41
ทั้ง 2 ข้าง	3
ผ่าตัดเต้านมข้างเดียวกันกับแขนข้างที่ถนัด	66

ชนิดของการผ่าตัดเต้านมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ การผ่าตัดเต้านมแบบ Simple Mastectomy (ร้อยละ 15) และอันดับที่ 3 คือ การผ่าตัดเต้านมแบบ Mastectomy with TRAM flap (ร้อยละ 14) รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน/ร้อยละ
ชนิดการผ่าตัดเต้านม	
Simple Mastectomy	15
Mastectomy with TRAM flap	14
Mastectomy with LD flap	9
Mastectomy with TRAM flap ทั้ง 2 ข้าง	1
Mastectomy ทั้ง 2 ข้าง	1
MRM	40
MRM with TRAM flap	7
MRM and Mastectomy with TRAM flap	1
BCT	11
BCT with LD flap	1

TRAM flap = Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap

LD flap = Latissimus Dorsi flap

MRM = Modified Radical Mastectomy

BCT = Breast Conserving Therapy

สูตรยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สูตร FAC (ร้อยละ 26) สูตร FEC (ร้อยละ 20) และ สูตร CMF (ร้อยละ 15) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครบที่จำนวน 6 ชุด (ร้อยละ 65) รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน/ร้อยละ
สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ	
Doxorubicin + Cyclophosphamide	13
Doxorubicin + Cyclophosphamide followed by Docetaxel	4
Doxorubicin + Cyclophosphamide followed by Paclitaxel	4
Cyclophosphamide + Methotrexate + Fluorouracil	15
Docetaxel	1
Epirubicin + Docetaxel	1
Fluorouracil + Doxorubicin + Cyclophosphamide	26
Fluorouracil + Doxorubicin + Cyclophosphamide followed by Docetaxel	2
Fluorouracil + Doxorubicin + Cyclophosphamide followed by Paclitaxel	1
Fluorouracil + Epirubicin + Cyclophosphamide	20
Fluorouracil + Epirubicin + Cyclophosphamide followed by Docetaxel	4
Methotrexate + Doxorubicin + Cyclophosphamide	1
Methotrexate + Fluorouracil	1
Docetaxel + Doxorubicin + Cyclophosphamide	2
Docetaxel + Cyclophosphamide	4
Docetaxel + Epirubicin + Cyclophosphamide	1
เคมีบำบัดที่ได้รับครบ (ชุด)	
4	27
6	65
8	4
9	1
12	2
16	1

กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษาร้อยละ 59 โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การหมดประจำเดือนก่อนวัย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และแขนบวมและ/หรือปวด รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา		
ไม่มี	41	41.00
มี	59	59.00
อาการข้างเคียง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คลื่นไส้/อาเจียน	2	3.39
อ่อนเพลีย	14	23.73
ผมร่วง	4	6.78
เบื่ออาหาร	3	5.08
น้ำหนักลด	4	6.78
น้ำหนักเพิ่ม	20	33.90
นอนไม่หลับ	11	18.64
แขนบวม/ปวด	18	30.51
ปากคอแห้ง/เยื่อช่องปากอักเสบ	5	8.47
หมดประจำเดือนก่อนวัย	36	61.02
ใจสั่น	1	1.69
ปวดกระดูก	1	1.69
ดึงบริเวณกล้ามเนื้อที่ดึงไปผ่าตัดเสริมหน้าอก	2	3.39
ไล่เลื่อนกระบังลม	1	1.69
กล้ามเนื้อบริเวณเต้านมและรักแร้ตึงรั้ง	1	1.69
มีพังผืดบริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้อง	1	1.69
คันห้วนม	1	1.69
หลังลืมน่าย	1	1.69

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่ในช่วง 17.77-34.67 กิโลกรัม/เมตร² คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.28 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 3.49) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดปกติ คืออยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 46) และกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายปัจจุบันอยู่ในช่วง 16.02-32.89 กิโลกรัม/เมตร² คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.62 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 3.47) ช่วงดัชนีมวลกายปัจจุบันที่พบมากที่สุดคือ 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 40) แต่เมื่อพิจารณาช่วงดัชนีมวลกายปัจจุบันที่เท่ากับหรือมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร²ขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานร้อยละ 56 รายละเอียดตามตารางที่ 4.2 เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดกับน้ำหนักปัจจุบันเป็นรายบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีน้ำหนักตัวลดลง โดยน้ำหนักตัวลดลง 0.20 – 14.30 กิโลกรัม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 มีน้ำหนักตัวเท่าเดิม และร้อยละ 60 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.10 – 15.70 กิโลกรัม รายละเอียดตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกายก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และดัชนีมวลกายปัจจุบัน (n = 100)

ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	ก่อนได้รับยา (จำนวน/ร้อยละ)	ปัจจุบัน (จำนวน/ร้อยละ)
ต่ำกว่ามาตรฐาน (น้อยกว่า 18.50)	6	4
ปกติ (18.50-22.99)	46	40
มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (23.00-24.99)	18	25
โรคอ้วนระดับ I (25.00-29.99)	25	26
โรคอ้วนระดับ II (เท่ากับหรือมากกว่า 30.00)	5	5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษา

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 164.40 คะแนน (S.D. = 20.85) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง รายละเอียดตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ คะแนน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	52-208	117-205	164.40	20.85	สูง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	7-28	12-28	20.99	4.10	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางร่างกาย	7-28	11-28	18.58	4.37	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	14-56	33-55	44.90	5.38	สูง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	7-28	14-28	22.81	3.79	สูง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	9-36	18-36	29.45	4.45	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	8-32	14-32	27.67	3.96	สูง

2.2 ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เครียด มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 22.88 คะแนน (S.D. = 14.47) การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเท่ากับ 28.02 คะแนน (S.D. = 4.25) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 10.75 คะแนน (S.D. = 3.92) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 34.30 คะแนน (S.D. = 4.90) และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 51.52 คะแนน (S.D. = 7.96) รายละเอียดตามตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม (n = 100)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ คะแนน
ความเครียด	0-100	2-89	22.88	14.47	ต่ำ
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	9-36	17-36	28.02	4.25	สูง
การรับรู้อุปสรรค	7-28	7-25	10.75	3.92	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์	10-40	10-40	34.30	4.90	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	16-64	33-64	51.52	7.96	สูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

3.1 การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของปัจจัยที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov $Z = .923$; $p = .362$, $.946$; $p = .332$, 1.048 ; $p = .222$, 1.823 ; $p = .003$, 1.225 ; $p = .100$, และ $.638$; $p = .810$ ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 4.5) จึงสรุปว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ตารางที่ 4.5 การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov Z	p
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.923	.362
ความเครียด	.946	.332
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	1.048	.222
การรับรู้อุปสรรค	1.823	.003
การรับรู้ประโยชน์	1.225	.100
การสนับสนุนทางสังคม	.638	.810

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.186, p < .05$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ($r = .521, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ($r = .283, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .678, p < .01$) รายละเอียดตามตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ($n = 100$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความเครียด	1				
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	-.265**	1			
3. การรับรู้ประโยชน์	-.032	.344**	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.270**	.441**	.252**	1	
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.186*	.521**	.283**	.678**	1

** $p < .01$, * $p < .05$

3.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -.164, p = .052$)

โดยสรุป ผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมมี ($r = .521, .283, .678, p < .01$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเครียด ($r = -.186, p < .05$) สำหรับการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -.164, p > .05$)

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

บทนี้เป็นการนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีลำดับการอภิปรายดังนี้ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา รายละเอียดของการอภิปรายผลการวิจัย มีดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.22 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ย 47.30-49.65 ปี (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550; ศิริไท พุกกะศรี, 2546; Safae, Moghimi-Dehkordi, Zeighami, Tabatabaee, & Pourhoseingholi, 2008; Sangkaew, 2006; Suwisith, 2007) ร้อยละ 89 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้สตรีมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2543) จึงสามารถพบผู้ป่วยในช่วงวัยนี้มากกว่าช่วงวัยอื่น

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 48%) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ามารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนก short stay โรงพยาบาลรามธิบดีที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33%) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 35) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 24,600.20 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่อยู่ในระดับสูง และใกล้เคียงกับการศึกษาของนางลัดดา สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ที่ศึกษาสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 1 แห่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 21,127.05 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ การประเมินความเพียงพอของรายได้ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างยังเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้มีรายได้เพียงพอ

โดยส่วนใหญ่รายงานว่ามิรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 43) รองลงมา คือ มิรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 37)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง มีเพียงร้อยละ 19 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งรายงานว่าสามเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลขณะเจ็บป่วย (ร้อยละ 47) รองลงมา คือ ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 24) มีเพียงร้อยละ 14 ที่รายงานว่าต้องดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 86) จากข้อมูลรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลขณะเจ็บป่วย และสัมพันธภาพในครอบครัวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งประโยชน์และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวถือเป็นกลุ่มสนับสนุนอันดับแรกให้กับกลุ่มตัวอย่าง และยังเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้การสนับสนุนที่ยาวนานกว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ (Pender et al., 2006)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 ไม่เคยสูบบุหรี่ อีกร้อยละ 6 เคยสูบบุหรี่มาก่อนแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ระยะเวลาเฉลี่ยหลังได้รับการวินิจฉัย 40.97 เดือน และระยะเวลาเฉลี่ยหลังได้รับเคมีบำบัด 34.86 เดือน ดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเท่ากับ 23.28 กิโลกรัม/เมตร² และดัชนีมวลกายเฉลี่ยในปัจจุบันเท่ากับ 23.62 กิโลกรัม/เมตร² โดยดัชนีมวลกายปกติอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² ดังนั้นดัชนีมวลกายปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (23-24.9 กิโลกรัม/เมตร²) (World Health Organization Western Pacific Region, 2000) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 มีดัชนีมวลกายในปัจจุบันเกินมาตรฐาน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการลดลงของระดับ serum sex-hormone-binding globulin (SHGB) และ thyroid hormone (Kumar et al., 2004) และปริมาณการใช้พลังงานพื้นฐานขณะพักลดลง (Resting Energy Expenditure [REE]) (DeRío et al., 2002) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของร่างกาย โดยมวลกล้ามเนื้อจะลดลง และมีการสะสมของไขมันเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะที่บริเวณท้องและสะโพก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเพิ่มมากขึ้น (Linton, 2007; Plahuta & Hamrick-King, 2006)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะที่สอง (ร้อยละ 63) เนื่องจากเป็นระยะที่มีอาการแสดงชัดเจนทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจพบความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองและมารับการรักษาในระยะนี้เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริไท พุกกะศรี (2546) นุชกรแสงแก้ว (Sangkaew, 2006) และนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่สองเช่นกัน นอกจากนี้ ระยะที่สองยังเป็นระยะที่มะเร็งยังไม่ลุกลาม มี

โอกาสรักษาหายถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังมากในเรื่องการหายจากโรคมะเร็งเต้านม และส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับปานกลางถึงต่ำ (ธนินุญน้อยเปียง, 2545)

การรักษาส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการให้ฮอร์โมนบำบัด (ร้อยละ 35) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งที่เต้านมข้างขวา และได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างขวา (ร้อยละ 56) กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy มากที่สุด (ร้อยละ 40) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดพร้อมกับเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ระดับที่ I และ II ออกด้วย โดยยังเหลือกล้ามเนื้อ pectoralis major ไว้ ทำให้เต้านมไม่เสียรูปมาก และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แขนบวม ข้อไหล่ติด เป็นต้น ในปัจจุบันถือว่าเป็นวิธีที่นิยม (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2543) สูตรยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ สูตร fluorouracil, doxorubicin และ cyclophosphamide (FAC) (ร้อยละ 26) โดย fluorouracil เป็นยาในกลุ่ม antimetabolite ออกฤทธิ์ขัดขวางการสังเคราะห์ DNA และ RNA ในเซลล์ ส่วน doxorubicin เป็นยาในกลุ่ม antitumor ออกฤทธิ์ป้องกันการสร้าง polynucleotide ซึ่งมีผลยับยั้งการลอกแบบของ DNA และ RNA และ cyclophosphamide เป็นยาในกลุ่ม alkylating agent ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของ DNA จะส่งผลต่อเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว อาการข้างเคียงของยาสูตร FAC ที่พบได้ เช่น ผื่นแดง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เยื่อช่องปากอักเสบ ผิวหนังไวต่อแสง กดไขกระดูก กล้ามเนื้อและเอ็นข้ออักเสบ หายใจอักเสบ หอบ ประจำเดือน เป็นต้น (ปราณี ทัพไพเราะ, 2551; Polovich, Whitford, & Olsen, 2009) ซึ่งการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับสอดคล้องกับระยะของโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่จำเป็นต้องใช้การรักษาร่วมกันระหว่างการรักษาเฉพาะที่ได้แก่ การผ่าตัด และ/หรือการฉายรังสี กับการรักษาทั้งระบบ ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือการให้ฮอร์โมนบำบัด (เกษฎา มณีขจร, 2551)

กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษาร้อยละ 59 โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การหมดประจำเดือนก่อนวัย (ร้อยละ 36) ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่ม alkylating agent เช่น cyclophosphamide ที่มีพิษต่อรังไข่สูงมากทำให้สูญเสียการทำงานของรังไข่ก่อนวัย อาการนี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราว หรืออาจเกิดขึ้นถาวรได้ ถ้ารังไข่ถูกทำลายมาก (ธีระพร วุฒวนิช, 2548) รองลงมา คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 20) ซึ่งจากข้อมูลดัชนีมวลกายก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48 มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน และจากข้อมูลดัชนีมวลกายในปัจจุบันพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่ำนี้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.79 กิโลกรัมเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวก่อนรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์ (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่ม

น้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 78.18 หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 6 ชุด และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และอาการข้างเคียงอันดับที่ 3 คือ อาการแขนบวมและ/หรือปวด (ร้อยละ 18) ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดหรือฉายรังสี อาการนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นทุกข์ วิตกกังวล และอาย อีกทั้งยังเป็นอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวันอีกด้วย (Harmer, 2009)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และจากการพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 164.40, S.D. = 20.85) (ตารางที่ 4.3) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี โดยปฏิบัติกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และละเว้นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บั่นทอนสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเชื่อว่าสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคมะเร็ง ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ (Jones & Demark-Wahnefried, 2006) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) นภาพรณี ศรีใจวงศ์ (2546) และนันทกา คำแก้ว (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า และผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงหรือเหมาะสมมากเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงอาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางด้านอาชีพ ด้านครอบครัว และชีวิตทั่วไป มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ทำให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และมี

ความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งมีส่วนในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอูมากร ใจยังยืน (Jaiyungyuen, 2008) และศิริพร จันทรไพศรี (Janpaisri, 2005) ที่พบว่าระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัดผ่านสื่อซีดีรอมจากผู้ป่วยปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงทางด้านโรคมะเร็งเต้านม ร่วมกับการมีกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมซึ่งมีอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมเป็นผู้นำกลุ่มที่จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง และมีการจัดประชุมวิชาการที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมปีละ 1 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี

การอภิปรายผลการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมในแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 20.99$, $\text{S.D.} = 4.10$) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล สนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ชักถามและปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพยังไม่สม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเป็นประจำเพียงร้อยละ 21 และมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 33 ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยกลางคน เป็นช่วงวัยที่ต้องรับผิดชอบหน้าที่การงานในระดับสูงขึ้นและมีภาระในการดูแลครอบครัวร่วมด้วย ประกอบกับเป็นวัยที่มีความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวแคบลง โดยเฉพาะในเพศหญิงจะมุ่งความสนใจในการทำกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น (อรพิน แสงสว่าง, 2539) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่สม่ำเสมอ แต่กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองโดยการไปรับการตรวจตามนัดเป็นประจำถึงร้อยละ 94 กลุ่มตัวอย่างสังเกตและรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบเป็นประจำร้อยละ 51 (ภาคผนวก จ) และในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล (2547) วาสนา ครุฑเมือง (2547) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) และหทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และแตกต่างจากการศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำ และรับรู้ว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงถึงชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างกลัวและพยายามเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากโรคที่เฉียบพลันทันที กลุ่มตัวอย่างจึงอาจตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพเรื่องอื่นๆ ไม่สม่ำเสมอ ยกเว้นเรื่องการตรวจตามนัดที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติประจำ การมาตรวจตามนัดทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำและความรู้ในการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ จากพยาบาลและแพทย์ จึงอาจรู้สึกว่าได้ข้อมูลเพียงพอแล้ว (จิตรารัตน์ สารทองแดง, 2551) และเมื่อมาตรวจตามนัดแล้วไม่พบว่ามีปัญหาสุขภาพอื่นๆ จึงอาจละเลยความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ไป

ด้านกิจกรรมทางร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 18.58, S.D. = 4.37) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันหรือการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี และเยิน โลค (Lee & Yuen Loke, 2005) ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยเพศชายออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่านักศึกษามหาวิทยาลัยเพศหญิง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อยู่ในวัยกลางคนมีภาระและความรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) อาจทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (ร้อยละ 57) อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายลดลงได้ เพราะจากการศึกษาของฮอง และคณะ (Hong et al., 2007) พบว่า ดัชนีมวลกายของสตรีมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .001$) การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการผ่าตัดเต้านมอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มหรือลดการมีกิจกรรมทางร่างกายได้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจะได้รับการสอนการออกกำลังกายแขนขาที่ผ่าตัด เพื่อลดการเกิดข้อไหล่ติดจากพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพยายามมีกิจกรรมทางร่างกายเพิ่ม

มากขึ้น แต่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดด้านข้างเดียวกันกับแขนข้างถนัดถึงร้อยละ 66 และได้รับคำแนะนำในการระมัดระวังการใช้งานแขนข้างที่ผ่าตัด เช่น ไม่ให้ยกของหนัก เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางร่างกายลดลง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดจากการรักษา เช่น แขนบวม/ปวด (ร้อยละ 18) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 14) และคลื่นไส้/อาเจียน (ร้อยละ 2) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งพบว่า กลุ่มอาการเหล่านี้อาจขัดขวางต่อการทำกิจกรรมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม (ศิริทิพา พุกกะศิริ, 2546; Suwisith, 2007) เมื่อพิจารณาจากการตอบแบบสอบถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างจับชีพจรขณะออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 9 และกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมยืดเหยียดเป็นประจำเพียงร้อยละ 20 (ภาคผนวก จ) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับของการจับชีพจรขณะออกกำลังกายและกิจกรรมยืดเหยียด จึงทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวไปไม่สม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายในระดับเบาถึงปานกลาง เช่น การทำงานบ้าน การปลูกหรือรดน้ำต้นไม้เป็นประจำถึงร้อยละ 78 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจเข้าใจว่าการทำงานบ้าน หรือการทำกิจวัตรประจำวันถือเป็นการออกกำลังกาย และเพียงพอสำหรับกิจกรรมทางกายในแต่ละวัน (วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล, 2547) จึงละเลยการออกกำลังกายที่มีแบบแผนอื่นไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของชลธิชา เรือนคำ (2547) นภาพร ศรีใจวงศ์ (2546) นันทกานันท์ คำแก้ว (2547) วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล (2547) วาสนา ครุฑเมือง (2547) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) และหฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และผู้สูงอายุมะเร็งปอดพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง (Mean = 44.90, S.D. = 5.38) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอ จากการตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นประจำในเรื่องการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และไม่รับประทานอาหารที่ผสมดินประสิวร้อยละ 88, 80, และ 63 ตามลำดับ (ภาคผนวก จ) ทำให้คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงมีความรู้ในการเลือก

รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีศักยภาพในการแสวงหาความรู้ทางด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ภารณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์, 2548) และอาจมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารบางอย่าง เช่น เนื้อสัตว์ปิ้งหรือย่างอาจมีสารก่อให้ก่อมะเร็ง จึงให้ความสนใจและระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหารประเภทนี้เป็นพิเศษ (ศิริไท พฤกษ์ศรี, 2546) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอในการจับจ่ายซื้ออาหารที่มีประโยชน์และปลอดภัย (นภกรณ์ ศรีใจวงศ์, 2546) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังได้รับการดูแลและการสนับสนุนด้านการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากบุคคลใกล้ชิดด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาในกลุ่มอาการของระบบย่อยและทางเดินอาหารน้อย เช่น ปากคอกแห้ง/เจ็บช่องปากอักเสบร้อยละ 5 เบื่ออาหารร้อยละ 3 และคลื่นไส้/อาเจียนเพียงร้อยละ 2 (ตารางที่ 4.1) จึงไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านของชลธิชา เรือนคำ (2547) จูฑารัตน์ สารทองแดง (2551) นภกรณ์ ศรีใจวงศ์ (2546) นันทกาคำแก้ว (2547) ภารณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์ (2548) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) และหฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ผู้สูงอายุไต้หวันวัยเรื้อรัง ครูสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และผู้สูงอายุมะเร็งปอดพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูงหรือเหมาะสมมากเช่นกัน

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง (Mean = 22.81, S.D. = 3.79) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใกล้ชิดและรักษาสัมพันธภาพนั้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยบรรเทาความตึงเครียด ช่วยแก้ปัญหา และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (Pender et al., 2006) เมื่อพิจารณาจากการตอบแบบสอบถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำในหัวข้อการรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การแสดงความห่วงใย ความรัก และความอบอุ่นต่อผู้อื่น และการใช้การวิธีการประนีประนอมเมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่นถึงร้อยละ 63, 60, และ 55 ตามลำดับ (ภาคผนวก จ) นอกจากนี้ ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทักทายกันอย่างสนิทสนม และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการรักษาและการเจ็บป่วยขณะรอตรวจ การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคคลอื่นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หรือข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริไท พฤกษ์ศรี (2546) ที่

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการพูดคุย ซักถาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการรักษา กับกลุ่มเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกันระหว่างรอตรวจ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกัน และเมื่อมาพบกันที่โรงพยาบาลจึงมีการทักทายกันพูดคุยกันจนสนิทสนมกัน และเหมือนได้มาพบเพื่อน การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยกลางคนซึ่งมีความพร้อมทั้งเรื่องการทำงาน และครอบครัว มีการแบ่งปัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิดและบุคคลอื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูล ส่วนบุคคลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 86) มีผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย (ร้อยละ 86) และมีเพียงร้อยละ 14 ที่ต้องดูแลตนเอง (ตารางที่ 4.1) ซึ่งการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีความผูกพันใกล้ชิด ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล (ชลธิชา เรือนคำ, 2547) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มมากขึ้น (นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; วาสนา ครุฑเมือง, 2547) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง จึงไม่ใช่อุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แตกต่างจากการศึกษาของนนทกา คำแก้ว (2547) วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล (2547) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) และ หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุไฉววัยเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้สุขภาพของตนเองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวหลายโรค มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทำให้ไม่อยากพูดคุยกับใคร การพูดคุยเรื่องโรคทำให้รู้สึกเศร้าทำให้เป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (Mean = 29.45, S.D. = 4.45) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง ฟังพองใจกับชีวิต สามารถค้นพบเป้าหมายในชีวิต และตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาหลากหลาย มีความคิดอย่างมีเหตุผล มองสภาพความเป็นจริงของชีวิต ช่วยให้เกิดการยอมรับ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ง่ายขึ้น (อรพิน แสงสว่าง, 2539) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังการวินิจฉัย 13-60 เดือนถึงร้อยละ 58 และระยะเวลาหลังการวินิจฉัยมากกว่า 60 เดือน ร้อยละ 22 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดการยอมรับโรคที่เป็น (นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547) และสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น เป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงปัจจุบัน (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2538) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนา โดยนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 94) ซึ่งศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ และเป็นสิ่งที่ให้ความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64) (ภาคผนวก จ) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ มองการเจ็บป่วยในด้านบวก (ธนิญา น้อยเปียง, 2545) มีความหวังและกำลังใจในการใช้ชีวิต (บุบผา ขอบไข่, 2536) ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเป็นประจำมากที่สุดในเรื่องการมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปถึงร้อยละ 77 และมีความพึงพอใจในชีวิตและรู้สึกสงบสุขร้อยละ 74 ซึ่งกำลังใจของกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับจากครอบครัว เพื่อน พยาบาล หรือแพทย์ เป็นต้น เหตุผลเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) นภาพร ศรีใจวงศ์ (2546) นันทกา คำแก้ว (2547) และวราพร คุ่มอรุณรัตนกุล (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรัง และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ด้านการจัดการกับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง (Mean = 27.67, S.D. = 3.96) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดของตนเอง และมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์เป็นประจำสม่ำเสมอ โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเป็นประจำมากที่สุดในเรื่องการใช้วิธีการจัดการความเครียดของตนเอง เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับบุคคลอื่นร้อยละ 75 และการยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาของลูเวอร์ และคณะ (Lauver et al., 2007) ที่พบว่าสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งทางนรีเวชส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การยอมรับปัญหา การปรับความรู้สึก และอารมณ์ การยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง และการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งการเผชิญปัญหาจะช่วยให้

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2538) การที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคลายเครียดโดยการปฏิบัติธรรม เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ทำให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ไม่คิดฟุ้งซ่าน สามารถปล่อยวางความคิดทั้งในอดีตและอนาคตได้ และกลับมาอยู่กับปัจจุบัน ที่สำคัญจะทำให้เกิดสติอยู่ตลอดเวลา (มิตชูโอะ คเวสโก, 2553) ส่วนการระบายความไม่สบายใจให้บุคคลอื่นฟัง หรือรับรู้ช่วยบรรเทาความเครียดลงได้ เพราะการมีคนรับฟังและให้คำปรึกษาจะทำให้กลุ่มตัวอย่าง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้แบกรับปัญหาอยู่คนเดียวในโลก การปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64) (ภาคผนวก จ) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดีภายใต้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2538) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากสามี การมีสัมพันธภาพที่ดีในคู่สมรสช่วยส่งเสริมให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระหว่างการเจ็บป่วย (ปัทมา คุปต์จิต, 2533) ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสามีเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแล ขณะเจ็บป่วย (ร้อยละ 47) และมีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 86) (ตารางที่ 4.1) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) นภาพรณี ศรีใจวงศ์ (2546) วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล (2547) วาสนา ครุฑเมือง (2547) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) และ หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย และ ผู้สูงอายุมะเร็งปอดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ส่วนความเครียด และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม การอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความเครียดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับต่ำ (Mean = 22.88, S.D. = 14.47) (ตารางที่ 4.4) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดปริมาณเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน แม้กระนั้น ร่างกายก็เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดนั้น ซึ่งแสดงออกผ่านด้านอารมณ์ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบย่อยอาหารและขับถ่าย ระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นต้น แต่เมื่อความเครียดระดับนี้เกิดขึ้นแล้วร่างกายสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติ และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ (Miller et al., 1993) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างกังวลเกี่ยวกับเรื่องสารพิษในอาหาร หรือมลพิษในอากาศ น้ำ เสียง และดินมากที่สุด รองลงมา คือ มีอาการปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ ส่วนความเครียดในเรื่องความรู้สึกต้องแข่งขันหรือถูกเปรียบเทียบกับผู้อื่นพบน้อยที่สุด (ภาคผนวก จ) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านช่วงระยะเวลาหลังได้รับเคมีบำบัดมานาน (Mean = 34.86, S.D. = 37.40) ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการรักษาและอาการข้างเคียงทุเลาลงแล้ว และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล และเป็นสิ่งช่วยกันและลดสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดลงได้ (Pender et al., 2006) ซึ่งแสดงให้เห็นจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4.3) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ที่พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะเวลา 1 ปีแรกของการวินิจฉัยมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเครียดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.186, p < .05$) (ตารางที่ 4.6) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่า ความเครียดในระดับต่ำอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ตามทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender et al., 2006) ความเครียดถูกคัดเลือกเป็นปัจจัยส่วนบุคคลในมโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งความเครียดมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และได้รับยาเคมีบำบัดเสริม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของจันทนะ โสคติ (Chandanasotthi, 2003) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ($r = -.187, p < .01$) การศึกษาของเกเคด (Gacad, 2002) พบว่า ความถี่และความรุนแรงของความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลาย

($r = .195, p < .01$; $r = -.218, p < .01$ ตามลำดับ) และการศึกษาของซานตาโครซ์และลี (Santacrose & Lee, 2006) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนทำให้เกิดความเครียด และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ($r = -.30, p < .05$) นอกจากนี้การศึกษาของสตาร์คและบริงเคย์ (Stark & Brinkley, 2007) พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความเครียดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.32, p < .01$) ประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค และความกลัวการลุกลามของโรคกระตุ้นให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และความเครียดทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้ โดยเป็นผลกระทบโดยตรงจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อมีความเครียด และผ่านผลกระทบโดยอ้อมจากการมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Wenzel, Glanz, & Ierman, 2002) โดยความเครียดในระดับสูงทำให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณลดลง (Miller et al., 1993) ซึ่งส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ หรือการละเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ จึงขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่เมื่อความเครียดอยู่ในระดับต่ำกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น (Wenzel et al., 2002) จึงพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมดังกล่าว

การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean = 28.02, S.D. = 4.25) (ตารางที่ 4.4) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในตนเองในระดับสูงว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถรับการรักษอย่างต่อเนื่องมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถพบปะ พูดคุย หรือสังสรรค์ร่วมงานกับบุคคลอื่น (ภาคผนวก จ) เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของวราพร คุ่มอรุณรัตนกุล (2547) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีวุฒิ ได้ผ่านการเรียนรู้และมีประสบการณ์ ได้เห็นความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น ทำให้มีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมได้เช่นเดียวกับผู้อื่น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ตารางที่ 4.1) และทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ ซึ่งการศึกษาช่วยพัฒนาความรู้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูง ส่วนการศึกษาของนันทกา คำแก้ว (2547) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตวาย

เรื้อรังได้รับการศึกษาน้อย ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าสถานะด้านร่างกายและอารมณ์จะเป็นปัจจัยที่มีผลการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยอาจทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง (Bandura, 1997) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านช่วงเวลาของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเฉลี่ย 34.86 เดือน (ตารางที่ 4.1) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จึงไม่มีผลกระทบกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .521, p < .01$) (ตารางที่ 4.6) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์ที่มีผลต่อตนเอง โดยมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ (Bandura, 1997) และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามความเชื่อมั่นนั้นอย่างต่อเนื่อง โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาของโรเจอร์ส และคณะ (Rogers et al., 2005) ที่พบว่า ความมั่นใจในความสามารถที่จะทำภารกิจให้สำเร็จ (task self-efficacy) และความมั่นใจในความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (barrier self-efficacy) ในระดับสูงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของหลุทซ์ พุทธิเสาวภาคย์ (2547) นภาพรณ์ ศรีใจวงศ์ (2546) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ชลธิชา เรือนคำ (2547) นันทกา คำแก้ว (2547) วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล (2547) และวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = .853, p < .001$) สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ($r = .226, p < .01$) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ($r = .442, p < .01$) ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = .559, p < .05$) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ($r = .557, p < .01$) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = .67, p < .01$) และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = .741, p < .01$) เช่นกัน

การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 10.75, S.D. = 3.92) (ตารางที่ 4.4) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ยุ่งยากมากที่สุด รองลงมา คือ ไม่เห็นด้วยว่าการไม่มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก การเจ็บป่วย และการขาดผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ภาคผนวก จ) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 89) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความคิดและการตัดสินใจที่ดี (อรพิน แสงสว่าง, 2539) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 54) (ตารางที่ 4.1) โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงนั้นสามารถแสวงหาเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพได้ดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 80) (ตารางที่ 4.1) ทำให้มีประสบการณ์การเจ็บป่วย และมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่งผลให้มองข้ามอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คล้ายคลึงกับการศึกษาของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่ยังมีการตัดสินใจที่ดีอยู่ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-5 ปี กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง โดยมองข้ามสิ่งที่เป็นอุปสรรคไป ทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 80) และมีคนดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย (ร้อยละ 86) (ตารางที่ 4.1) ทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องความสิ้นเปลือง และการขาดผู้ดูแลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษากครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -.164, p > .05$) ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผลการศึกษาที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลในการคำนึงถึงสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพียงจินตนาการ หรือความจริงก็ได้ (Pender et al., 2006) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามความรู้สึกของตนเอง โดยมีความคิดเห็นว่ายอุปสรรคในการกระทำกิจกรรมนั้นมีน้อย แต่ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้น อุปสรรคอาจมีอยู่มากและอาจขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006, p. 53) กล่าวว่า “เมื่อมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงและมีอุปสรรคต่ำก็มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง” ถึงแม้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ แต่อาจมีความพร้อมในการปฏิบัติต่ำเช่นกัน ดังนั้น จึงพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งอาจเป็นไปได้ว่า มีปัจจัยด้านความจำเป็นอย่างอื่นหรือทางเลือกอื่นเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (immediate competing demands and preferences) และเข้ามาก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ และอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ได้ (Pender et al., 2006) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($r = -.086, p > .05$) และแตกต่างจากการศึกษาของหฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) นภาพรณ ศรีใจวงศ์ (2546) ชลธิชา เรือนคำ (2547) นันทกา คำแก้ว (2547) วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล (2547) และวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = -.794, p < .001$) สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ($r = -.169, p < .01$) ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = -.379, p < .05$) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ($r = -.287, p < .01$) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = -.57, p < .01$) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = -.573, p < .01$)

การรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean = 34.30, S.D. = 4.90) (ตารางที่ 4.4) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับการกระทำกิจกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น ซีดีรอมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมี

บำบัดจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง โทรทัศน์ วิทยุ นิทรรศการความรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) วาสนา ครุฑเมือง (2547) และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง หรือผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ร่วมกับรัฐบาลมีโครงการรณรงค์และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพอนามัยบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 48) และทั้งหมดสามารถอ่านออกเขียนได้ (ตารางที่ 4.1) ระดับการศึกษาสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองและเข้าใจถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพรณ ศรีใจวงศ์, 2546) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพกับบุคคลอื่นๆ และได้รับข้อมูลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นเหตุผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง (นภาพรณ ศรีใจวงศ์, 2546; วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .283, p < .01$) (ตารางที่ 4.6) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยอมทุ่มเททรัพยากรและเวลาในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุกิจกรรมเป้าหมายที่วางไว้ โดยการรับรู้ประโยชน์มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง (Pender et al., 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) นภาพรณ ศรีใจวงศ์ (2546) หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ชลธิชา เรือนคำ (2547) นันทกา คำแก้ว (2547) และวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = .865, p < .001$) สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ($r = .152, p < .05$) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ($r = .462, p < .01$) ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($r = .506, p < .05$) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ($r = .594, p < .01$) และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = .741, p < .01$)

การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 51.52, S.D. = 7.96) (ตารางที่ 4.4) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร เพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า สามีเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลขณะเจ็บป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 47) รองลงมา คือ ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 24) และบุตรหลาน (ร้อยละ 14) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 86) (ตารางที่ 4.1) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก และการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกสบายใจขณะเจ็บป่วย และได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุคคลใกล้ชิด (ภาคผนวก จ) สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ที่พบว่า ผู้ที่ดูแลสตรีมะเร็งเต้านมขณะเจ็บป่วย คือ บิดา มารดา สามี บุตรหลาน และญาติ บุคคลเหล่านี้มีความสำคัญต่อสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมอย่างมาก เป็นผู้คอยเอาใจใส่ช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 4.1) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ และมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เดือดร้อนในด้านทรัพยากร ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .678, p < .01$) (ตารางที่ 4.6) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมสูงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสื่อมของสุขภาพ ผ่านการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการกระทำกิจกรรมนั้นๆ รวมไปถึงการให้ความไว้วางใจ การยอมรับการส่งเสริม และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมอีกด้วย (Pender et al., 2006) ดังนั้น ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีโอกาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาที่ผ่านมาสันนิษฐานความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม

และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้ การศึกษาของโรเจอร์ส และคณะ (Rogers et al., 2005) พบว่า การมีผู้ร่วมออกกำลังกายและการมีบุคคลต้นแบบในการออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการใช้พลังงานในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของศิริไท พุกกะศรี (2546) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแหล่งช่วยเหลือคำรักษาพยาบาล และมีเงินออมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี การศึกษาของพรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65, p < .05$) และการศึกษาของอุมกร ใจยังยืน (Jaiyungyuen, 2008) จิตารัตน์ สารทองแดง (2551) คุณณีย์ สุวรรณคง (Suwanhong, 2000) หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) และยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ (2551) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .381, p < .001$) สตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .722, p < .001$) กลุ่มแรงงานไทยก่อนไปทำงานต่างประเทศ ($r = .283, p < .01$) กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ($r = .781, p < .001$) และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ($r = .34, p < .05$)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

บทสรุปผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการนำเสนอสรุปผลการวิจัย และส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอข้อจำกัด การนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender et al., 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่อายุตั้งแต่ 18-60 ปี หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบ course อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป จำนวน 100 คน ซึ่งมารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามธิบดี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2553 ถึงเดือนสิงหาคม 2553 โดยใช้แบบบันทึกและแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST-20) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ซึ่งสรุปผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.22 ปี ร้อยละ 94 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 48 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 24,660.20 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43 มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 59 มีสิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการเบิกได้ ร้อยละ 47 สามิเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86 สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี ร้อยละ 94 ไม่เคยสูบบุหรี่ มีระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเฉลี่ยเท่ากับ 40.97 เดือน มีระยะเวลาหลังได้รับเคมีบำบัดเฉลี่ยเท่ากับ 34.86 เดือน ก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.28 กิโลกรัม/เมตร² มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยในปัจจุบันเท่ากับ 23.62 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 63 เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่สอง ร้อยละ 35 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัดและฮอร์โมนบำบัด ร้อยละ 56 เป็นมะเร็งเต้านมด้านขวา ร้อยละ 56 ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้านขวา ร้อยละ 66 ได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างเดียวกันกับแขนข้างที่ถนัด ร้อยละ 40 ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy ร้อยละ 26 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FAC ร้อยละ 59 มีอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา และมีอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 36 มีอาการหมดประจำเดือนก่อนวัย ร้อยละ 20 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และร้อยละ 18 แขนบวมและ/หรือปวด

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เครียด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.186, p < .05$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ($r = .521, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ($r = .283, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .678, p < .01$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมอย่างไม่
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -.164, p > .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเด้านมและ
ต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามธิบดี ดังนั้นอาจทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงกลุ่มประชากรสตรีที่เป็น
มะเร็งเด้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมทั้งหมดได้
2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดความเครียด ได้แก่ แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20)
เป็นฉบับย่อที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้สะดวก และใช้เวลาไม่นาน จึงสามารถประเมินได้เพียง
ความเครียดทั่วๆ ไปที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ถ้าผู้ที่สนใจจะวัดความเครียดที่มีผลต่อการเกิดอาการ
ต่างๆ ของระบบในร่างกายควรใช้แบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 104 ข้อ หรือ 60 ข้อแทนได้

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการ
พยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล และการบริหารการพยาบาล รวมถึงข้อเสนอแนะในการ
ศึกษาวิจัยครั้งต่อไป รายละเอียดดังต่อไปนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเด้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
พยาบาลควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดย

1. จัดกิจกรรมให้สตรีที่เป็นมะเร็งเด้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผู้ดูแล และ/หรือ
ครอบครัวได้มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเล็งเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจะมี
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การรักษาและการเจ็บป่วยซึ่งกันและกัน ดังนั้น พยาบาลควรจัด
ให้สตรีที่เป็นมะเร็งเด้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ
บุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลลัพธ์ที่ดี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกต
พฤติกรรมของผู้อื่น และเป็นแบบอย่างกับสตรีที่เป็นมะเร็งเด้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

3. จัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมและครอบครัว รวมถึงการหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

4. ประเมินความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม และคัดกรองผู้ที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรง เพื่อให้การช่วยเหลือหรือจัดหาแหล่งประโยชน์ในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดให้มีการติดตามผลเป็นระยะๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการศึกษา คือ อาจารย์พยาบาลควรจัดให้มีการเรียนการสอนกับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการประเมินปัจจัยดังกล่าว และวิธีการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

การนำผลการวิจัยไปใช้ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนพยาบาลปฏิบัติการให้มีการจัดโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม และสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติการได้มีโอกาสศึกษาอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเฉพาะเจาะจงในแต่ละด้านของพฤติกรรม เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางร่างกาย ด้านโภชนาการ เป็นต้น และศึกษาวิธีที่จะสามารถคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีนั้นต่อไป

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเน้นการศึกษาในแต่ละช่วงของการรักษา แต่ละระยะของโรค หรือแต่ละวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อที่จะส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN WOMEN WITH BREAST CANCER UNDERGONE ADJUVANT CHEMOTHERAPY

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ 5136668 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณี อาภานันท์กุล, Ph.D. (NURSING),
ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบว่าเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มสตรี ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (American Cancer Society, 2007-2009) ส่วนในประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มสตรี ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนค่อนข้างคงที่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548-2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า สตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวนมากมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น แต่การมีชีวิตอยู่ที่ยาวนานขึ้นอาจไม่ใช่สิ่งสำคัญเพียงอย่างเดียวสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีน่าจะเป็นสิ่งที่สำคัญกว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในช่วงระยะแรกของการเจ็บป่วย สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีระดับคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี แต่คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มลดลง เมื่อระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น (Loerzel, McNees, Powel, Su, & Meneses, 2008) เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่สตรีได้รับทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ (Kaelin & Coltrera, 2005)

แต่อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นสามารถบรรเทาได้โดยการปรับวิถีชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมให้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงชีวิตหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ในระยะที่ยาวนานกว่าช่วงของการรักษา ซึ่งการปรับวิถีชีวิตจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การเกิดโรคร่วม และอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Hsieh et al., 2008; Kirshbaum, 2005; Kirshbaum, 2006; McNeely et al., 2006; Phillips et al., 2008; Rock & Demark-Wahnefried, 2002; Rock, 2002; Rock, 2003; Schwartz, 2000) อีกทั้งยังคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Mosher et al., 2009) รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติภายใต้การเป็นโรคมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม 200 คน พบว่า ร้อยละ 30.5 ไม่มีพฤติกรรมออกกำลังกายใดๆ เลย ร้อยละ 24 มองการเจ็บป่วยในแง่ลบ ร้อยละ 59 มีพฤติกรรมการทำงานสังคมลดลง และร้อยละ 14.3 ใช้วิธีการปรับความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ในทางลบ (ศิริไท พุกกะศรี, 2546) ซึ่งมีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 15-18.5 เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยมีกิจกรรมทางร่างกายเป็นประจำ รับประทานอาหารสุขภาพ และไม่สูบบุหรี่ (Alfano et al., 2009; Pierce et al., 2007b) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม เพื่อสนับสนุนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้เลือกศึกษาความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตวิทยา เนื่องจากผู้รอดชีวิตในกลุ่มมะเร็งของสตรีมีความเครียดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านการรักษา การติดตามผล และอาการที่เกิดขึ้นต่างๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย ไม่มีสมาธิ ทักษะคิดเกี่ยวกับร่างกาย และการต้องเผชิญกับความตาย (Lauver, Connolly-Nelson, & Vang, 2007) ซึ่งความเครียดดังกล่าวน่าจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Chandanasotthi, 2003; Gacad, 2002; Santacroce & Lee, 2006; Stark & Brinkley, 2007)

ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้เลือกศึกษาปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม เพราะจากการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) และปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มสตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า กลุ่มครูสตรีวัยทอง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด กลุ่มแรงงานไทยก่อนเดินทางไปต่างประเทศ เป็นต้น (จิตราตัน สารทองแดง, 2551; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; ภาณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์, 2548; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547; Suwankhong, 2000)

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาอยู่น้อย และมีข้อจำกัดจากการศึกษาในกลุ่มประชากรต่างๆ กันที่มีคุณลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพียงบางด้าน ไม่ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษาที่ผ่านมาอ้างอิงถึงกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

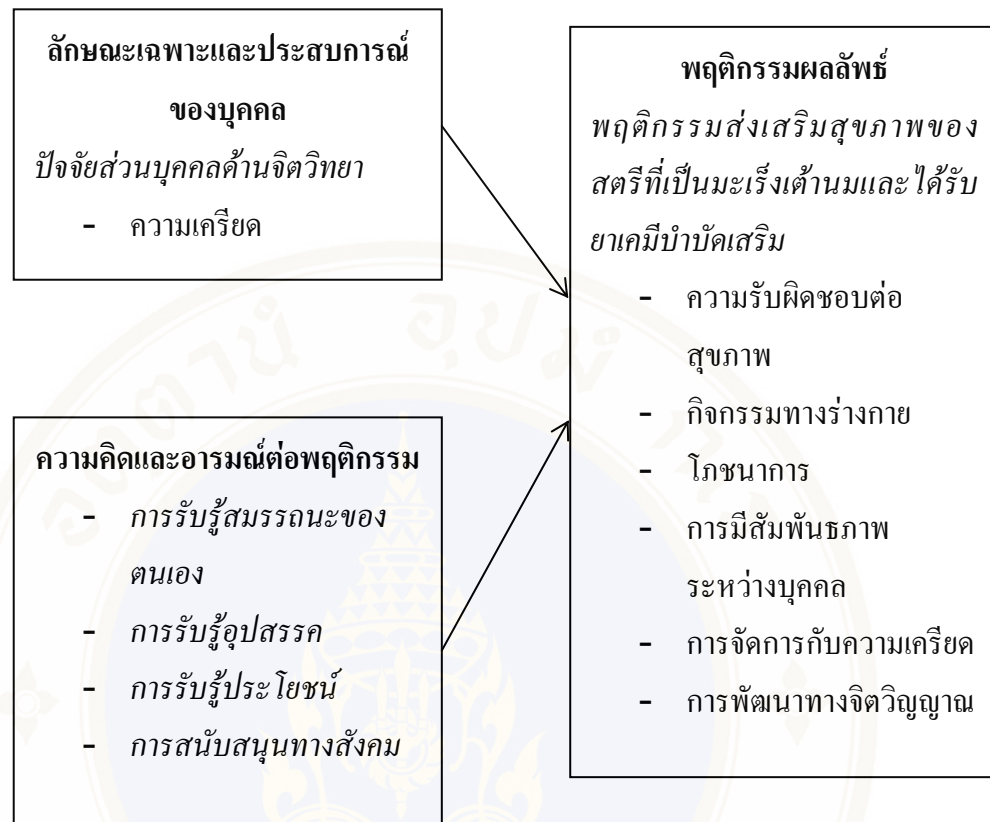
สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
2. ความเครียด และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender et al., 2006) เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎี โดยคัดสรรปัจจัยที่สำคัญและอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลในด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตใจได้เลือกความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความเครียดสามารถขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Chandanasotthi, 2003; Gacad, 2002; Santacroe & Lee, 2006; Stark & Brinkley, 2007) ถ้าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะลดลง

ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) การที่บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทนา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) การที่บุคคลรับรู้อุปสรรคจะทำให้ไม่ต้องการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทนา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) และถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทนา คำแก้ว, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) สำหรับบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น (จิตรัตน์ สารทองแดง, 2551; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพรมหน้, 2551; หุทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547, Suwankhong, 2000) กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational research) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ คลินิกโรคเต้านมและต่อมไทรอยด์ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม แผนกภาควิชา ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สตรีที่อายุตั้งแต่ 18 – 60 ปี หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบ course อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ เป็นต้น ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะลุกลามหรือมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ และมีระดับความรู้สีก้าวดี พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) ในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ .80 และ effect size .30 (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; นิตยา

กงชุม, 2539) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2008, p. 605) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยจึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับส่วนสูง น้ำหนักก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด น้ำหนักปัจจุบัน ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ เต้านมข้างที่เป็นมะเร็ง ชนิดของการผ่าตัด เต้านมข้างที่ผ่าตัด ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้ครบ และระยะเวลาหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้ครบ course

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งเต้านม แขนข้างที่ถนัด และอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST-20)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST-20) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์และคณะ (Miller et al., 1993) แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 6 ระดับ การศึกษาในครั้งนี้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าเท่ากับ .89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องของจิรรัตน์ แหบคงเหล็ก (2543) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ การศึกษาในครั้งนี้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าเท่ากับ .82

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ การศึกษาในครั้งนี้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าเท่ากับ .74

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ การศึกษาในครั้งนี้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าเท่ากับ .87

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ การศึกษาในครั้งนี้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าเท่ากับ .88

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLPL II]) ของวอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al. อ้างใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และนำมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 52 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ การศึกษาในครั้งนี้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ .98 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่า .95, .84, .79, .73, .89, .75, และ .91 สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านการสอบจากคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเข้าพบหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์ หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม และพยาบาลคลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและขอดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มารับการรับการตรวจรักษาทุกราย แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่เกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสุ่มแบบมีระบบ ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 10 คน จนครบตามจำนวน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจในที่ที่จัดเตรียมไว้โดยเฉพาะ
4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักที่ได้รับการตรวจสอบเทียบค่าแล้ว จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในระหว่างช่วงเวลาที่รอฟังผลเลือดและพบแพทย์ หรือรอรับยาโดยใช้เวลาตอบคนละประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง
5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ให้คะแนนพร้อมลงรหัสข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. คำนวณจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล และคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม
2. ทดสอบการกระจายของตัวแปรความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test
3. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. ถ้าตัวแปรใดการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ทำการหาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 34 ถึง 60 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.22 ปี (S.D. = 6.39) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 48) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 35) มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1,500 บาท และสูงสุด 100,000 บาท (ค่าฐานนิยมของรายได้ เท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ (ร้อยละ 43) มีสิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการเบิกได้ (ร้อยละ 59) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสามีเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 47) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 86)

ปัจจุบัน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ 6 ถึง 230 เดือน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.97 เดือน (S.D. = 38.42) มีระยะเวลาหลังได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ 1 ถึง 209 เดือน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.86 เดือน (S.D. = 37.40) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่ในช่วง 17.77-34.67 กิโลกรัม/เมตร² คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.28 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 3.49) และกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายปัจจุบันอยู่ในช่วง 16.02-32.89 กิโลกรัม/เมตร² คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.62 กิโลกรัม/เมตร²

(S.D. = 3.47) แต่เมื่อพิจารณาช่วงดัชนีมวลกายปัจจุบันที่เท่ากับหรือมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร²ขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานร้อยละ 56

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ II (ร้อยละ 63) และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัดและฮอร์โมนบำบัด (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา (ร้อยละ 56) ได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างขวาร้อยละ 56 และได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างเดียวกันกับแขนข้างที่ถนัดร้อยละ 66 ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy มากที่สุด (ร้อยละ 40) สูตรยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ สูตร Fluorouracil, Doxorubicin, และ Cyclophosphamide (FAC) (ร้อยละ 26) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครบที่จำนวน 6 ชุด (ร้อยละ 65) มีอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษาร้อยละ 59 โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การหมดประจำเดือนก่อนวัย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และแขนบวมและ/หรือปวด

ผลการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง รายละเอียดตามตารางที่ 4.3

2. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.186, p < .05$) รายละเอียดตามตารางที่ 4.6

3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .521, p < .01; r = .283, p < .01; r = .678, p < .01$ ตามลำดับ) รายละเอียดตามตารางที่ 4.6

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -.164, p > .05$)

ตารางที่ 4.3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ คะแนน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	52-208	117-205	164.40	20.85	สูง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	7-28	12-28	20.99	4.10	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางร่างกาย	7-28	11-28	18.58	4.37	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	14-56	33-55	44.90	5.38	สูง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	7-28	14-28	22.81	3.79	สูง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	9-36	18-36	29.45	4.45	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	8-32	14-32	27.67	3.96	สูง

ตารางที่ 4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม (n = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความเครียด	1				
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	-.265**	1			
3. การรับรู้ประโยชน์	-.032	.344**	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.270**	.441**	.252**	1	
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.186*	.521**	.283**	.678**	1

**p < .01, *p < .05

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 164.40, S.D. = 20.85) (ตารางที่ 4.3) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี โดยปฏิบัติกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และละเว้น

การปฏิบัติในกิจกรรมที่บันทึกตอนสุขภาพ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) นภาพร ศรีใจวงศ์ (2546) และนันทกา คำแก้ว (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า และผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงหรือเหมาะสมมากเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงอาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางด้านอาชีพ ด้านครอบครัว และชีวิตทั่วไป มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ทำให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับสูง และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายซึ่งมีส่วนในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมากร ใจยังยืน (Jaibungyuen, 2008) และศิริพร จันทร์ไพศรี (Janpaisri, 2005) ที่พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัดจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทางด้านโรคมะเร็งเต้านม ร่วมกับการมีกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง และมีการจัดประชุมวิชาการที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมปีละ 1 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นไปได้อย่างสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ความเครียดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.186, p < .05$) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่า ความเครียดในระดับต่ำอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ตามทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ความเครียดถูกคัดเลือกเป็นปัจจัยส่วนบุคคลในมโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งความเครียดมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยความเครียดทำให้กระบวนการคิดและ

การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณลดลง (Miller et al., 1993) ซึ่งส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ หรือการละเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เมื่อความเครียดอยู่ในระดับต่ำกลุ่มตัวอย่างจึงมีสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของจันทนะโสทธิ (Chandanasotthi, 2003) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ($r = -.187, p < .01$) และการศึกษาของสตาร์คและบริงเคย์ (Stark & Brinkley, 2007) พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความเครียดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.32, p < .01$)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .521, p < .01$) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์ที่มีผลต่อตนเอง โดยมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ (Bandura, 1997) และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามความเชื่อมั่นนั้นอย่างต่อเนื่อง โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาของโรเจอร์สและคณะ (Rogers et al., 2005) ที่พบว่า ความมั่นใจในความสามารถที่จะทำภารกิจให้สำเร็จ (task self-efficacy) และความมั่นใจในความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (barrier self-efficacy) ในระดับสูงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของการรับรู้อุปสรรคไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษานี้ พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = -.164, p > .05$) ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษาที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความรู้สึก หรือ

ความคิดเห็นของบุคคลในการคำนึงถึงสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพียงจินตนาการ หรือความจริงก็ได้ (Pender et al., 2006) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจประเมินถึงสิ่งที่ขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามความรู้สึกของตนเอง โดยมีความคิดเห็นว่าอุปสรรคในการกระทำกิจกรรมนั้นมีน้อย แต่ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้น อุปสรรคอาจมีอยู่มากและอาจขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006, p. 53) กล่าวว่า “เมื่อมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงและมีอุปสรรคต่ำก็มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง” ถึงแม้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ แต่อาจมีความพร้อมในการปฏิบัติต่ำเช่นกัน ดังนั้น จึงพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งอาจเป็นไปได้ว่า มีปัจจัยด้านความจำเป็นอย่างอื่นหรือทางเลือกอื่นเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (immediate competing demands and preferences) และเข้ามาก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ และอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ได้ (Pender et al., 2006) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายเช่นกัน ($r = -.086, p > .05$) และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .283, p < .01$) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และขอมุมมองทรัพยากรและเวลาในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุกิจกรรมเป้าหมายที่วางไว้ โดยการรับรู้ประโยชน์มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง (Pender et al., 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นภาพร ศรีใจวงศ์, 2546; นันทกา คำแก้ว, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .678, p < .01$) (ตารางที่ 4.6) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมสูงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสื่อมของสุขภาพ ผ่านการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการกระทำกิจกรรมนั้นๆ รวมไปถึงการให้ความไว้วางใจ การยอมรับ การส่งเสริม และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมอีกด้วย (Pender et al., 2006) ดังนั้น ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีโอกาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาที่ผ่านมาสันนิษฐานความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้ การศึกษาของโรเจอร์ส และคณะ (Rogers et al., 2005) พบว่า การมีผู้ร่วมออกกำลังกายและการมีบุคคลต้นแบบในการออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการใช้พลังงานในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของศิริไท พุกกะศรี (2546) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแหล่งช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาล และมีเงินออมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี การศึกษาของพรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($r = .65, p < .05$) และการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน (จิตรารัตน์ สารทองแดง, 2551; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551; หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547; Jaiyungyuen, 2008; Suwankhong, 2000)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตด้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามาริบัติ ดังนั้นอาจทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงกลุ่มประชากรสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมทั้งหมดได้

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรจัดกิจกรรมให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ผู้ดูแล และ/หรือครอบครัวได้มีความรู้ และเล็งเห็นถึงประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2 จัดให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลลัพธ์ที่ดี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น และเป็นแบบอย่างกับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

1.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและครอบครัว รวมถึงการหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

1.4 ประเมินความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และคัดกรองผู้ที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรง เพื่อให้การช่วยเหลือ รวมถึงการจัดให้มีการติดตามผลเป็นระยะๆ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

อาจารย์พยาบาลควรจัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของปัจจัย ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการประเมินปัจจัยดังกล่าว และวิธีการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

3. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติการได้มีโอกาสศึกษาอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเฉพาะเจาะจงในแต่ละด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาวิธีที่จะสามารถคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีนั้นต่อไป

4.2 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเน้นการศึกษาในแต่ละช่วงของการรักษา แต่ละระยะของโรค หรือแต่ละวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อที่จะส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์



SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN
WOMEN WITH BREAST CANCER UNDERGONE ADJUVANT CHEMOTHERAPY

PONGSIT PONGPRADIT 5136668 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: MANEE ARPANANTIKUL, Ph.D. (NURSING),
YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N.

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the study

Breast cancer is an important public health problem in the world. Out of all cancers breast cancer ranks first in incidence among women. The number of newly diagnosed cases of breast cancer increases every year, but the survival rates also increase as well (American Cancer Society, 2007-2009). In Thailand, breast cancer is also the most frequently found type of cancer in women, accounting for 40% of all cancer cases (National Cancer Institute, B.E. 2551). The prevalence rate has tended to increase but the mortality rate has been somewhat static for each year (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, B.E. 2548-2550). Thus, it can be seen that more women with breast cancer have more chances of survival. However, prolonging life is not the only important thing in these patients' life, but living with good quality of life may be more important. A previous study conducted with women with breast cancer has demonstrated that overall quality of life within early duration of the illness is at a good level, it tends to decline overtime (Loerzel, McNees, Powel, Su, & Meneses, 2008). This may be due to the side effects of cancer and its treatment the women have to suffer (Kaelin & Coltrera, 2005).

However, undesirable side effects of cancer and its treatment can be relieved by lifestyle modification of women with breast cancer, especially after

undergoing chemotherapy. The effects women with breast cancer have to suffer after undergoing chemotherapy may last longer than the effects they have to endure during the treatment periods. Lifestyle modification can lead women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy to have health promoting behaviors (HPBs) which can decrease complications, relapses, co-morbidities, and mortality of them (Demark-Wahnefried & Jones, 2008; Hsieh et al., 2008; Kirshbaum, 2005; Kirshbaum, 2006; McNeely et al., 2006; Phillips et al., 2008; Rock & Demark-Wahnefried, 2002; Rock, 2002; Rock, 2003; Schwartz, 2000). It also enables women with breast cancer to maintain health status and good quality of life (Mosher et al., 2009), including living a normal life despite having breast cancer.

According to a review of literature, it has been found that out of 200 women with breast cancer in one study, 30.5% did not have any exercise behavior, 24% had negative views of their illness, 59% decreased participation in social activities, and 14.3% used negative adjustment of feelings, thoughts, and emotions (Siritai Preuksasri, B.E. 2546). Only 15-18.5% of women with breast cancer made positive changes in diet and exercise behaviors and quit smoking after breast cancer diagnosis (Alfano et al., 2009; Pierce et al., 2007b). The findings of these studies have demonstrated that most of the women with breast cancer ignore health promoting behaviors. As a result, it is important to understand the factors related to health promoting behaviors in women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy in order to plan nursing interventions to enhance their performance of health promoting behaviors.

According to Pender's health promotion model (2006), the performance of health promoting behaviors depends on influencing factors consisting of three major components: individual characteristics and experiences; behavior-specific cognitions and affect; and behavioral outcome (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006).

For the first component of individual characteristics and experiences of health promotion model, stress is selected as a psychological personal factor. Women with breast cancer who survive from their illness experience stress in many ways. They feel uncertainty in treatments, follow-ups, and their symptoms that may happen into their life, including anxiety about their body, difficulty concentrating, loss of self-image, and facing with death (Lauver, Connolly-Nelson, & Vang, 2007). Stress

may affect to health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy. Many studies have found that stress is negatively related to HPBs (Chandanasotthi, 2003; Gacad, 2002; Santacroe & Lee, 2006; Stark & Brinkley, 2007).

In behavior-specific cognitions and affect of health promoting behaviors, factors that are selected consist of self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support. From reviewing of the studies using the health-promoting model, it is found that most studies supported the importance of self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support as determinants that influence to health promoting behaviors (Pender et al., 2006: 51-55). The earlier studies also have reported that self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, social support are related to health promoting behaviors in many groups of population such as women who work at the mall (Napaporn Srijaiwong, B.E. 2546), women with diabetes mellitus type II (Thitarat Sankongdang, B.E. 2551), the elderly with lung cancer (Haruthai Puttisaowwapak, B.E. 2547), Thai laborers before going to work abroad (Suwankhong, 2000), menopausal teachers (Paranee Thepsongsang & Varanee Sumlit, B.E. 2548), and pregnant women with anemia (Yukolthorn Jamlit & Kanokporn Oumpram, B.E. 2551).

According to the literature review, it points out that individuals can engage in their health promoting behaviors depending on some factors which enhance individuals to have health promoting behaviors continuously. Those factors include personal factors such as stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support. However, there were a few previous studies that explored factors related to health promoting behaviors in women with breast cancer undergone adjuvant chemotherapy. The limitations of the previous studies were that they investigated only on the specific population group that had different characteristics and the previous studies looked for only one or some definite health promoting behaviors. They did not cover all health promoting behaviors mentioned in the Pender's health promotion model, consisting of health responsibility, physical activity, nutrition, interpersonal relations, spiritual growth, and stress management (Pender et al., 2006). The results of those earlier studies could not refer

to women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy. Therefore, the researcher was interested in conducting a study to explore the relationship between stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support and health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy. It was anticipated that the findings of this study would be useful for nurses to develop quality nursing interventions to promote health behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy.

Purposes of the study

1. To study health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy
2. To determine the relationship between stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support and health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy

Hypothesis

1. Perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support are positively related to health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy.
2. Stress and perceived barriers to action are negatively related to health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy.

Conceptual framework

The revised health promotion model proposed by Pender (1996) was adopted as the conceptual framework that was used to guide this study. This model consists of three major components: individual characteristics and experiences; behavior-specific cognitions and affect; and behavioral outcome (Pender et al., 2006).

The significant factors in this study which were assumed to influence to health promoting behaviors were selected from the three components in health promotion model. As regards the individual characteristics and experiences, stress was selected from the category of personal factor as stress is a psychological factor and is directly related to health promoting behaviors. It impedes practice of health promoting behaviors (Chandanasothi, 2003; Gacad, 2002; Santacroe & Lee, 2006; Stark & Brinkley, 2007). According to such an assumption, women with breast cancer undergone adjuvant chemotherapy who experience a high level of stress are less likely to engage in health promoting behaviors.

With regard to the behavior-specific cognitions and affect, the selection of perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support as the determinants of health promoting behavior was supported by 57-86% of reviewed studies conducted based on the health promotion model (Pender et al., 2006: 51-55). Perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support reinforce performance of health promoting behaviors, while perceived barriers to action impede performance of health promoting behaviors (Pender et al., 2006). As mentioned above, women with breast cancer undergone adjuvant chemotherapy who have a high level of perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support tend to engage in more health promoting behaviors than those who have a low level of perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support. In contrast, women with breast cancer undergone adjuvant chemotherapy have a low level of perceived barriers to action tend to more engage in health promoting behaviors than the ones who have high perceived barriers to action.

The health promoting behavior factor was selected as the health behavioral indicators of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy from the behavioral outcome component. Health promoting behaviors could be divided into six categories: health responsibility; physical activity; nutrition; interpersonal relations; spiritual growth; and stress management. The conceptual framework of the study is illustrated in Figure 1.1.

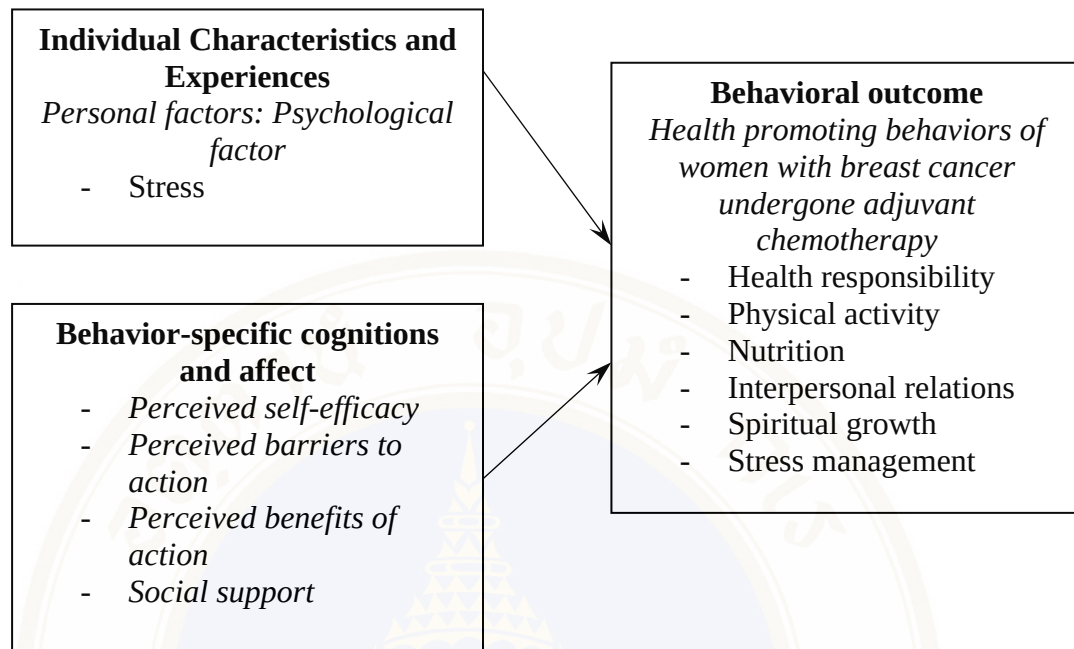


Figure 1.1 The conceptual framework of the study

Research Methods

This correlational research aimed at studying the relationship between stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support and health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy at the Outpatient Breast and Endocrine Clinic of Ramathibodi Hospital, Bangkok. Purposive sampling was used to select the study sample with the inclusion criteria as follows: They were between 18 and 60 years old; had completed adjuvant chemotherapy for breast cancer for at least one month; had not medical complications or other chronic diseases such as hypertension, diabetes, heart disease, thyroid disease; had not metastasis or other cancers; well understood and could communicate in Thai; and were willing to participate in the study.

Sample size

In this study, the power analysis was applied to calculate the sample size. By using the level of statistical significance of $p = .05$, the power of the test = .80, and the effect size = .30 (Jularak Kaweevivitchai, B.E. 2536; Nittaya Kongchum, B.E. 2539), the estimated sample size was 88 cases (Polit & Beck, 2008, p. 605). However, ten percent of the total number of sample of this study was needed as over-estimation to prevent the loss of subjects due to incomplete questionnaires, the additional number of sample was equal to nine cases. Therefore, the sample size of this study was 97 cases. The researcher adjusted the number of subjects to 100 cases for the sake of convenience.

Research instruments

Research instruments used to collect data consisted of eight parts as follows:

Part 1: Illness History and Treatment Profile Form. It was developed by the researcher and was used to gather data regarding illness history and treatment profile of each subject. This form was composed of 11 items: height; weight before adjuvant chemotherapy treatment; weight at present; stage of cancer; type of treatment; breast cancer side; type of surgical operation; breast side of surgical operation; chemotherapy formula; number of completed chemotherapy course; and duration after completion of adjuvant chemotherapy treatment.

Part 2: Demographic Data Questionnaire. It was developed by the researcher. The questionnaire contained 14 items which included age, marital status, religion, educational level, occupation, income, sufficiency of income, method of medical payment, family relationship, smoking status, primary caregiver, duration of breast cancer, side of dexterous hand, and side effects of treatments.

Part 3: Suan Prung Stress Test-20 (SPST-20). This instrument was developed by Suwat Mahatnirunkul and colleagues (B.E. 2540) based on the biobehavioral model of stress of Miller and colleagues (1993) and were modified by the researcher. It consisted of 20 items which covered sources and symptoms of

stress. All of the items on this questionnaire were scored by using a six-point Likert scale. The questionnaire was evaluated for content validity by a panel of three experts. The content validity index (CVI) was equal to 1.00. The questionnaire was tried out with 20 women with breast cancer who had similar characteristics as the subjects. It was then tested for reliability by using Cronbach's alpha coefficient which was equal to .89.

Part 4: Perceived Self-Efficacy in Performing Health Promoting Behaviors Questionnaire. The questionnaire was developed by Jirarat Habkonglek (B.E. 2543) based on Bandura's (1997) theory originally to assess patients with chronic renal failure who underwent continuous abdominal peritoneal dialysis, and then it was modified by Hathairat Wetmanut (B.E. 2547) to assess elderly patients with heart failure. In this study, the researcher modified the questionnaire of Hathairat Wetmanut to ensure appropriateness for use with women with breast cancer. The questionnaire consisted of nine items which covered six dimensions of health promoting behaviors. All of the items on this questionnaire were scored by using a four-point Likert scale. The CVI was 1.00. It was tested for reliability by using the Cronbach's alpha coefficient which was equal to .82.

Part 5: Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors Performance Questionnaire. It was developed by Hathairat Wetmanut (B.E. 2547) based on Pender's (1996) health promotion model originally to assess elderly patients with heart failure. The researcher modified this questionnaire for suitability to use with women with breast cancer. It consisted of seven items, all of which were scored by using a six-point Likert scale. The CVI was 1.00, and Cronbach's alpha coefficient which was .74.

Part 6: Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors Performance Questionnaire. It was developed by Sirima Wonglamthong (B.E. 2547) based on Pender's (1996) health promotion model to assess elderly patients with coronary heart disease. After that, this questionnaire was modified by Hathairat Wetmanut (B.E. 2547) to assess elderly patients with heart failure. In this study, the researcher modified the questionnaire of Hathairat Wetmanut to ensure suitability for use with women with breast cancer. The questionnaire consisted of nine positive items and one

negative item (item number 2). All of the items on this questionnaire were scored by using a four-point Likert scale. The CVI was 1.00, and Cronbach's alpha coefficient was .87.

Part 7: Social Support Questionnaire. It was developed by Numphet Lohtrakul (B.E. 2543) based on House's (1981) social support theory to assess elderly patients with coronary heart disease before it was modified by Hathairat Wetmanut (B.E. 2547) to assess elderly patients with heart failure. In this study, the researcher modified the questionnaire of Hathairat Wetmanut to ensure suitability for use with women with breast cancer. There were 16 items in the questionnaire, all of which were scored by using a four-point Likert scale. The CVI was 1.00, and Cronbach's alpha coefficient was .88.

Part 8: Health Promoting Behaviors Questionnaire. The original version of this questionnaire was Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLPL II) of Walker, Sechrist, and Pender (as cited in SirimaWonglamthong, B.E. 2542). It was translated into Thai by Sirima Wonglamthong (B.E. 2542) to assess elderly patients in Nakhonsawan province. Then, it was modified by Hathairat Wetmanut (B.E. 2547) to assess elderly patients with heart failure. In this study, the researcher modified the questionnaire of Wetmanut to ensure suitability for use with women with breast cancer. The questionnaire contained 52 items: 48 positive items and four negative items (item numbers 15, 18, 22, and 26). All items of this questionnaire were scored by using a four-point Likert scale. The CVI was equal to .98. The reliability of the overall health promoting behaviors, health responsibility, physical activity, nutrition, interpersonal relations, spiritual growth, and stress management were .95, .84, .79, .73, .89, .75, and .91, respectively.

Data collection

The data collection in this study was performed by the researcher. After receiving permission from the Ethics Clearance Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi

Hospital, Mahidol University, the following procedures were carried out to collect the data:

1. The researcher approached the Administrators of the hospital, Director of Nursing Department, nurse coordinator of Surgical Nursing Service Division, and head nurse of the Surgery Outpatient Clinic at Ramathibodi Hospital to ask for their permission and facilitation in collecting data by submitting official documents from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

2. The researcher recruited all women with breast cancer who met the inclusion criteria from an appointment list at the Outpatient Breast and Endocrine Clinic of Ramathibodi Hospital and then all subjects were randomly selected until reaching the number of subject that was set up. The researcher established a relationship with the would-be subjects by introducing himself and giving verbal explanations to the identified subjects to obtain their consent of participation, including explanation of the purposes of the study, assurance of confidentiality, anonymity, and freedom of withdrawal from the study at any time.

3. After the subjects agreed to participate in this study and signed the informed consent form, the researcher explained the questionnaires to the subjects and made sure that the subjects understood all parts of the questionnaire.

4. The researcher collected data regarding illness history and treatment from the subjects' medical records. The subjects' body weight and height were measured with a calibrated apparatus. It took the subjects approximately 45 minutes to one hour to complete all parts of the questionnaires.

5. After the subjects finished filling out the questionnaires, the researcher collected them and checked for completeness of all questionnaires and then data analysis was done.

Data analysis

The data collected with the use of questionnaires were coded and analyzed by using a statistical package program. Statistical analytic methods used in this research study were as follows:

1. Frequency and percentage were used to describe quantitative data including data regarding demographic characteristics of the subjects, illness history

and treatment data of the subjects, stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, social support, and health promoting behaviors.

2. The Kolmogorov-Smirnov test was employed for the normal distribution test of stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, social support, and health promoting behaviors.

3. The Pearson's product moment correlation coefficient was used to identify the relationship between stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support and health promoting behaviors.

4. If any variables did not have a normal distribution, the correlation between two variables was calculated by using Spearman rank correlation.

Results

The subjects ranged in age between 34 and 60 years, with the mean age of 49.22 years (S.D. = 6.39). A little more than two-thirds of the subjects, or 68%, were married, and almost all of them, or 94%, were Buddhists. In terms of education, almost half of the subjects, or 48%, graduated with a Bachelor's degree, and approximately one-third of the subjects, or 35%, were government officials or public enterprise employees. The lowest income was 1,500 baht per month, and the highest income was 100,000 baht per month (the mode value of income equals to 10,000 baht per month). Nearly half of the subjects, or 43%, had sufficient income with savings. In addition, more than half, or 59%, had the rights to government officials' rights to medical reimbursement, 47% had their husband as the primary caregiver, and 86% had a good family relationship.

At present, none of the subjects smoked cigarettes. The duration after diagnosis of breast cancer ranged from six to 230 months, with the mean duration of 40.97 months (S.D. = 38.42). The duration after undergoing adjuvant chemotherapy ranged from one to 209 months, with the mean of 34.86 months (S.D. = 37.40). Furthermore, the body mass indexes before undergoing adjuvant chemotherapy ranged from 17.77 to 34.67 kilograms/meter², the mean body mass index of 23.28 kilograms/meter² (S.D. = 3.49). The current body mass indexes of the subjects were from 16.02 to 32.89 kilograms/meter² (S.D. = 3.47). However, when considering the

current body mass index that was equal to or higher than 23 kilograms/meter², it was found that 56% of the subjects had body mass index that surpassed the standard.

As regards breast cancer, 63% of the subjects had stage II of breast cancer, and 35% had been treated with a surgery together with chemotherapy and hormone therapy. A little more than half, or 56%, had cancer on the right breast, and 56% received a surgery on the right breast. Moreover, two-thirds of the subjects, or 66%, received a surgery on the same side of their dominant hand, and the largest group of the subjects, or 40%, underwent modified radical mastectomy. In addition, approximately one quarter, or 26%, received the chemotherapy formula mixing Fluorouracil, Doxorubicin, and Cyclophosphamide, and about two-thirds, or 65%, received six doses of chemotherapy. More than half of the subjects, or 59%, suffered from the medication side effects of the treatment. The three most frequently found side effects were pre-menopause, increase in body weight, and swelling and/or pain in the arm.

The findings on selected factors related to health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone chemotherapy are as follows:

1. The subjects had overall health promoting behaviors at a high level. When considering each aspect, it was found that health promoting behaviors in the health responsibility aspect and physical activity aspect were at a moderate level, while those in the nutrition aspect, interpersonal relationship aspect, spiritual development aspect, and stress management aspect were at a high level, as depicted in Table 4.3.

2. Stress was negatively related to health promoting behaviors with statistical significance ($r = -.186$, $p < .05$), as illustrated in Table 4.6.

3. Perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support were positively related to health promoting behaviors with statistical significance ($r = .521$, $p < .01$; $r = .238$, $p < .01$; and $r = .678$, $p < .01$, respectively), as illustrated in Table 4.6.

4. Perceived barriers to action was related to health promoting behaviors with no statistical significance ($\rho = -.164$, $p > .05$)

Table 4.3 Range, mean, standard deviation, and level of mean of health promoting behavior scores of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy as classified by overall and subscale (n = 100)

Health promoting behavior	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	Level of mean
Overall	52-208	117-205	164.40	20.85	High
Health responsibility	7-28	12-28	20.99	4.10	Moderate
Physical activity	7-28	11-28	18.58	4.37	Moderate
Nutrition	14-56	33-55	44.90	5.38	High
Interpersonal relations	7-28	14-28	22.81	3.79	High
Spiritual growth	9-36	18-36	29.45	4.45	High
Stress management	8-32	14-32	27.67	3.96	High

Table 4.6 Pearson's product moment correlation coefficient between stress, perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support and health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy (n = 100).

Variables	1	2	3	4	5
1. Stress	1				
2. Perceived self-efficacy	-.265**	1			
3. Perceived benefits of action	-.032	.344**	1		
4. Social support	-.270**	.441**	.252**	1	
5. Health promoting behavior	-.186*	.521**	.283**	.678**	1

**p < .01, *p < .05

Discussions

Research Objective 1: To study health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone chemotherapy

According to the study findings, the mean score of overall health promoting behaviors of the subjects was at a high level (Mean = 164.40; S.D. = 20.85) (Table 4.3). This meant that the subjects had a lifestyle that promoted good health. In

other words, the subjects carried out activities that benefited their health and avoided activities that adversely affected their health. Such findings were consistent with the findings of Chonticha Ruankham (B.E. 2547), Napaporn Srijaiwong (B.E. 2546), and Nanthaka Khamkaew (B.E. 2547) who found that diabetic elderly patients, women working at a department store, and elderly persons with chronic renal failure had overall health promoting behaviors at a very high or appropriate level. The findings of the present study could be explained that the subjects who had overall health promoting behaviors at a high level were those who were in their middle age. According to Somphob Ruangtrakul (B.E. 2545), individuals in their middle age are those who have stability in their career, family life, and general life and they have responsibility for self and society. As a result, they are ready to practice health promoting behaviors. In addition, the largest group of the subjects graduated with a Bachelor's degree, so they had knowledge, understanding, and ability to effectively search for information related to health promoting behaviors. Besides this, the subjects had a high level of monthly income and their income was sufficient for their spending, so they did not have obstacles in practicing health promoting behaviors. Likewise, Umakorn Jaiyungyuen (B.E. 2551) and Siriporn Janpraisri (B.E. 2548) have reported that educational background and income are positively related to health promoting behaviors. Furthermore, the subjects of the present study received knowledge on self-care before, during, and after undergoing chemotherapy from advanced nurse practitioners specializing in breast cancer care. Also, there was a self-help group for women with breast cancer which was organized once a month, and there was an annual meeting to disseminate knowledge about breast cancer and self-care of women with breast cancer. Consequently, the subjects were more likely to carry out health promoting behaviors.

Research Objective 2: To determine the relationship between stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, and social support and health promoting behaviors of women with breast cancer who had undergone chemotherapy

The study findings revealed that there was statistically significant negative relationship between stress and health promoting behaviors ($r = -.186, p < .05$). In

other words, the relationship between these two factors was at a low level. This meant that a low level of stress may have caused the study subjects to have a high level of health promoting behaviors. According to the theory of health promoting behaviors of Pender et al. (2006), stress was regarded as an individual factor in the concept of specific characteristics and experiences of individuals. In general, stress has a direct effect on health promoting behaviors and an indirect effect on health promoting behaviors through the cognition and emotion. The findings of this study supported the hypothesis. This can be explained that stress affects the critical thinking and decision-making process (Miller et al., 1993). It has an effect on choice of practice and avoidance of practice of certain behaviors. Thus, when stress is at a low level, individuals are better able to carry out health promoting behaviors. The findings of this study yielded support to the findings of Chandanasotthi (2003) that there is a negative relationship with health promoting behaviors of Thai adolescents ($r = -.187$, $p < .01$) and of Stark and Brinkley (2007) that women with high risk pregnancy have stress caused by complications and stress is negatively related to health promoting behaviors ($r = -.32$, $p < .01$).

Moreover, perceived self-efficacy was found to be positively associated with health promoting behaviors with statistical significance ($r = .521$, $p < .01$). The relationship between the two variables was at a moderate level. The findings were consistent with the conceptual framework and supported the research hypothesis. The result showed that a high level of perceived efficacy made the subjects have good health promoting behaviors. One plausible explanation is that perceived self-efficacy is an important link between knowledge and individuals' behavioral adaptation to control a situation that affects them. Perceived self-efficacy has an influence on individuals' choices of practices or activities (Bandura, 1997). It is also a motivation that enables individuals to continuously manifest certain behaviors based on their confidence. A high level of perceived self-efficacy means a decrease in perceived barriers to actions of health promoting behaviors and an increase in individuals' more readiness to carry out health promoting behaviors (Pender et al., 2006). The findings of this study were consistent with the findings of Rogers et al. (2005) who found that a high level of task self-efficacy and barrier self-efficacy increased energy exertion daily activities of patients with breast cancer. Similarly, a number of previous studies have

reported a statistically significant positive relationship between perceived self-efficacy and health promoting behaviors (Cholthicha Ruenkam, B.E. 2547; Haruthai Puttisoawwapak, B.E. 2547; Hathairat Wetmanut, B.E. 2547; Nanthaka Khamkaew, B.E. 2547; Napaporn Srijaiwong, B.E. 2546; Waraporn Koomarunrattanakul, B.E. 2547; Wasana Krutmuang, B.E. 2547).

An analysis of normal distribution of perceived barriers to action found that there was no normal distribution, which was not in congruence with the initial agreement of Pearson's product moment correlation. Therefore, the relationship between these two factors was determined using Spearman's rank correlation. The findings indicated that perceived barriers to action were not statistically significantly related to health promoting behaviors ($\rho = -.164$, $p > .05$). Thus, the study findings were not consistent with the conceptual framework and did not support the research hypothesis. One plausible explanation is that perceived barriers to action are feelings or opinions of individuals when considering what obstructs their health promoting behaviors, which can be imaginary or factual (Pender et al., 2006). The subjects in this study may have assessed the obstacles in their health promoting behaviors based on their own feelings. They may have assumed that there were not many obstacles in their health promoting behaviors when in fact there were many obstacles that hindered them from continuously carrying out health promoting behaviors. Furthermore, Pender et al. (2006, p. 53) point out that "when there is a high level of readiness to practice and a low level of obstacles, there is a high likelihood for practice." Even though the subjects had a low level of barriers to action of health promoting behaviors, they may also have had a low level of readiness for practice. As a result, it was found that there was no relationship between barriers to action and health promoting behaviors. It is also possible that there were other immediate competing demands and preferences that took place before the subjects had a chance to carry out health promoting behaviors as planned, and they may have prevented the subjects from carrying out health promoting behaviors as planned (Pender et al., 2006). Consequently, there was no relationship between barriers to action and health promoting behaviors. The findings of this study were similar to the findings of Hathairat Wetmanut (B.E. 2547) that perceived barriers to action were not related to health promoting behaviors in elderly patients with heart attack with statistical

significance ($r = -.086$, $p > .05$). However, the findings were inconsistent with the findings of a number of previous studies that perceived barriers to action were negatively related to health promoting behaviors with statistical significance (Chonticha Ruankham, B.E. 2547; Napaporn Srijaiwong, B.E. 2546; Nanthaka Khamkaew, B.E. 2547; Waraporn Koomarunrattanakul, B.E. 2547; Wasana Krutmuang, B.E. 2547; Haruthai Puttisoawwapak, B.E. 2547).

The findings showed that perceived benefits of action were positively related to health promoting behaviors with statistical significance ($r = .283$, $p < .01$). The relationship between these two factors was at a low level. The study findings were consistent with the conceptual framework and yielded support to the research hypothesis. According to the findings, a high level of perceived benefits of action may have made the subjects develop good health promoting behaviors. It could be explained that perceived benefits of action is a motivation that makes individuals try to carry out health promoting behaviors and also makes them willing to devote resources and times for practices to achieve the goal. Perceived benefits of action have direct effects on health promoting behaviors and indirect effects on determination to carry out health promoting behaviors. Therefore, individuals with a high level of perceived benefits of action are more likely to have more health promoting behaviors (Pender et al., 2006). The findings of this study were congruent with the findings of previous studies that there is a positive relationship between perceived benefits of action and health promoting behaviors with statistical significance (Chonticha Ruankham, B.E. 2547; Napaporn Srijaiwong, B.E. 2546; Nanthaka Khamkaew, B.E. 2547; Waraporn Koomarunrattanakul, B.E. 2547; Wasana Krutmuang, B.E. 2547; Hathairat Wetmanut, B.E. 2547; Haruthai Puttisoawwapak, B.E. 2547).

The findings of the study showed that social support was positively related to health promoting behaviors with statistical significance ($r = .678$, $p < .01$) (Table 4.6). Both factors were related at a moderate level. The findings of the study were consistent with the conceptual framework of the study and yielded support to the hypothesis. It could be seen that a high level of social support enabled the subjects to have good health promoting behaviors. In general, social support is a factor which has an influence on individuals' health. Social support enables individuals to choose to practice good behaviors and avoid behaviors that lead to deterioration in health

through approval or disapproval of such behaviors. Social support also involves trust, acceptance, promotion, and participation in various activities, and support from family, friends, and close persons enables individuals to change bad behaviors. Moreover, social support enables individuals to sustain activities (Pender et al., 2006). Therefore, those who have a high level of social support are more likely to continuously carry out health promoting behaviors. A number of previous studies have shed light on the relationship between social support and health promoting behaviors. For example, Rogers and colleagues (2005) found that having somebody to exercise with and having a role model in exercise enabled breast cancer patients to exert more energy in their daily life. In another study, Siritai Preuksasri (B.E. 2546) reported that breast cancer patients who had sources of support with medical expenses and had savings had more overall health promoting behaviors than those who did not have such support. Also, Pornprom Rujipairoj (B.E. 2550) found that social support was positively related to mental self-care behaviors of breast cancer patients with statistical significance ($r = .65, p < .05$). There are other studies which also confirm that there is a statistically significantly positive relationship between social support and health promoting behaviors (Haruthai Puttisoawwapak, B.E. 2547; Jaiyungyuen, 2008; Thitarat Sankongdang, B.E. 2551; Yukolthorn Jamlit & Kanokporn Oumpram, B.E. 2551).

Limitations of the Study

The present study was conducted with women with breast cancer who sought medical treatment of adjuvant chemotherapy at the breast and endocrine clinic, Ramathibodi Hospital. Thus, the findings of this study may not be generalized to all groups of women with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy in the population.

Implications and Recommendations

1. For nursing practices

1.1 Nurses should organize activities for women with breast cancer as well as their caregivers and/or family members to increase their knowledge and raise their awareness of the significance of health promoting behaviors.

1.2 A session should be organized to give women with breast cancer an opportunity to exchange their experiences and ideas with patients who have good health promoting behaviors with good outcomes to enable them to learn from observation of others' behaviors who are role models.

1.3 Activities should be organized to promote participation in care and family relationship between women with breast cancer and their families. Also, necessary resources should be provided to ensure their health promoting behaviors.

1.4 Stress of women with breast cancer should be assessed and those who have a high or severe level of stress should be screened to provide assistance with periodic follow-ups.

2. For nursing education

Nursing instructors should organize learning and teaching about health promoting behaviors of women with breast cancer with an emphasis on the significance of various factors including stress, perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support, as well as how to assess those factors and how to encourage health promoting behaviors of women with breast cancer.

3. For nursing administration

Nursing administrators should support nurses to arrange the health promoting behaviors program for women with breast cancer with taking factors influencing health promoting behaviors into consideration. Also, nurse practitioners should be provided with opportunity to further their studies or undergo training on care of women with breast cancer.

4. For nursing research

4.1 Research should be conducted to investigate other factors related to health promoting behaviors of women with breast cancer specifically in each aspect of health promoting behaviors and measures the methods used to maintain good health promoting behaviors.

4.2 Health promoting behaviors of women with breast cancer should be explored with an emphasis on health promoting behaviors during each phase of the treatment, during each stage of the disease, or with each method of treatment to more appropriately help them develop and maintain health promoting behaviors suitable for each situation.

รายการอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมล ไชยสิทธิ์, จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิคุณ, ชีราภรณ์ จันทร์ดา, นริทร์ วรวิทย์, ปณมาพร สุกปลั่ง, ประมุข พรหมรัตน์พงศ์ และคณะ. (2552). *โภชนบำบัดมะเร็ง: Diet therapy for cancer*. สมุทรปราการ: Nextstep Design.
- เกษรศรี อาทิตยา. (2549). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเครียดของประชาชนอายุ 15-59 ปี อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ปี 2549*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม.
- กานดา พูนลาภทวี. (2539). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.
- จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2538). *ปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจษฎา มณีขจร. (2551). *การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะต้น: Adjuvant breast cancer therapy*. ใน *สูงชัย อังธารักษ์, กำธร ลีลามะลิ, และยุพิน ไทยพิสุทธิกุล (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์: Current concepts and update treatment (2) (pp. 323-348)*. กรุงเทพฯ: ซีดีพีร็นท์.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข: Public health behavioral science*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิดา ปโชติการ, ศัลยา กองสมบูรณ์เวช, และอภิสิทธิ์ นัทรทนันทน์. (2550). *อาหาร & สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เสริมมิตร.

- ชลธิชา เรือนคำ. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวนพิศ นรเชษานนท์. (2547). *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุดิพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์. (2540). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวกับการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรารัตน์ สารทองแดง. (2551). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีระพร วุฒยนิช. (บรรณาธิการ). (2548). *เอนโดไครน์รีเวช (Gynecologic endocrinology)*. เชียงใหม่: วิทอินดิไซน์.
- นภาพรณ ศรีใจวงศ์. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา คงชุม. (2539). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรเทิง เกิดปรำงค์. (2541). *การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย: Physical Fitness Activities*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

- บุบผา ขอบใจ. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2544). *ความเข้มแข็งของตน และความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจกัณฑ์ เวศม์วิบูลย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของข้าราชการ กองบังคับการ กรมอู่
ทหารเรือ*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัย
การบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2538). *แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทุไฟเราะ. (2551). *คู่มือยา*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- ปราณี เสนีย์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนื่อยตนเองพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมา คุปตจิต. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับการเผชิญภาวะเครียด
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทาง
สังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาณี เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้
ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสตรีวัยทอง*. ตรัง:
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง.
- มิทซูโอะ คเวสโก. (2553). *ชั่วโมงแห่งความคิด (ธรรมบรรยายเล่มที่ 18)*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- แมนทรวง วงศ์อภัย. (2551). *ภาวะสุขภาพจากการทำงานของทันตแพทย์ภาครัฐ จังหวัดเชียงใหม่*.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไมตรี สุทธจิตต์, เฉลียว ปิยะชน, กัลยา กิจบุษชู, สุนาญ เตชะงาม, ชนิตา ปโชติการ, โอภาส ภูษิตะ
และคณะ. (2551). *อาหารเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าต่างประเทศ.

- โมหเม็ค กิจการ และรอบ สติน. (2547). *มะเร็งเต้านม*. เชียงใหม่: ธนุชนพินิต.
- ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกกรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์*. เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า.
- ยุพดี ศิริวรรณ, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ยุวดี ภาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลหาะจินดา, วิไล ลิสุวรรณ, พรณวดี พุฒวัฒนะ, และ รุจิเรศ ชาญรักษ์. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- วรพร กุ่มอรุณรัตน์กุล. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริไท พุกกะศรี. (2546). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). สถิติโรคมะเร็ง. สืบค้นข้อมูลวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2552 จาก http://www.nci.go.th/cancer_record/cancer_rec1.html
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรพงษ์ สุภากรณ์, สรรชัย กาญจนลาก, และสมิต วงศ์เกียรติจร. (บรรณาธิการ). (2543). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุดสวาท เลหาะวินิจ. (2551). โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย: Metastatic breast cancer. ใน *สูงชัย อังธารารักษ์, กำธร ลีลามะลิ, และยุพิน ไทยพิสุทธิกุล (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์: Current concepts and update treatment (2) (pp. 297-322)*. กรุงเทพฯ: ซีดีพรีนซ์.

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิกา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548: *Public health statistic 2005*. นนทบุรี: สำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2549). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549: *Public health statistic 2006*. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550: *Public health statistic 2007*. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- หน่วยบริการข้อมูล. (2551). สถิติโรค. กรุงเทพฯ: งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพิน แสงสว่าง. (2539). จิตวิทยา. นครสวรรค์: สยามศิลป์.
- อัสนี วันชัย. (2539). ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในสตรีหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Alfano, C. M., Day, J. M., Katz, M. L., Herndon, J. E., Bittoni, M. A., Oliven, J. M., et al. (2009). Exercise and dietary change after diagnosis and cancer related symptoms in long-term survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 128-139.
- American Cancer Society. (2007). *Cancer facts & figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer society.
- American Cancer Society. (2008). *Cancer facts & figures 2008*. Atlanta, GA: American Cancer society.
- American Cancer Society. (2009). *Cancer facts & figures 2009*. Atlanta, GA: American Cancer society.

- Anderson, K. O., Getto, C. J., Mendoza, T. R., Palmer, S. N., Wang, X. S., Reyes-Gibby, C. C., et al., (2003). Fatigue and sleep disturbances in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, 307–318.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3322–3330.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Worth Publishers.
- Basen-Engquist, K., Hughes, D., Perkins, H., Shinn, E., & Taylor, C. C. (2008). Dimensions of physical activity and their relationship to physical and emotional symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 253–261.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23, 103–113.
- Bender, C. M., Ergyn, F. S., Rosenzweig, M. Q., Cohen, S. M., & Sereika, S. M. (2005). Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. *Cancer Nursing*, 28, 219–225.
- Bicego, D., Brown, K., Ruddick, M., Storey, D., Wong, C. & Harris, S. R. (2009). Effect of exercise on quality of life in women living with breast cancer: A systematic review. *Breast Journal*, 15(1), 45–51.
- Bombardieri, E., Bonadonna, G., & Gianni, L. (Eds.). (2008). *Breast cancer: Nuclear medicine in diagnosis and therapeutic options*. Berlin, Germany: Springer.
- Brown, J. K., Byers, T., Doyle, C., Courneya, K. S., Demark-Wahnefried, W., Kushi, L. H., et al. (2003). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: An American cancer society guide for informed choices. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 53, 268–291.
- Buranaruangrote, S. (2006). *Experience and self management for fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Caan, B. J., Emond, J. A., Natarajan, L., Castillo, A., Gunderson, E. P., Habel, L., et al. (2006). Post-diagnosis weight gain and breast cancer recurrence in women with early stage breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 99(1), 47–57.

- Chandanasotthi, P. (2003). *The relationship of stress, self-esteem, and coping style to health promotion behaviors of adolescents in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, D.C.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of the stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- DelRio, G., Zironi, S., Valeriani, L., Menozzi, R., Bondi, M., Bertolini, M., et al. (2002). Weight gain in women with breast cancer treated with adjuvant cyclophosphamide, methotrexate and 5-fluorouracil: Analysis of resting energy expenditure and body composition. *Breast Cancer Research and Treatment*, 73, 267–273.
- Demark-Wahnefried, W., & Jones, L. W. (2008). Promoting a health lifestyle among cancer survivors. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 22, 319-3432.
- Dirksen, S. R., & Epstein, D. R. (2008). Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 664-675.
- Gacad, L. B. H. (2002). *The relationship of powerlessness, stress, social support and selected demographic variables to health-promoting behaviors in late adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, D.C.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Garcia, M., Jemal, A., Ward, E. M., Center, M. M., Hao, Y., Siegel, R. L., et al. (2007). *Global Cancer Facts & Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Grevelman, E. G., & Breed, W. P. M. (2005). Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. *Annals of Oncology*, 16, 352–358.
- Habkonglek, J. (2000). *A study of perceived self-efficacy and health promoting behavior of chronic renal failure patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Harmer, V. (2009). Breast cancer-related lymphoedema: Risk factors and treatment. *British Journal of Nursing*, 18(3), 166-172.

- Hinrichs, C. S., Watroba, N. L., Rezaishiraz, H., Giese, W., Hurd, T., Fassl, K. A., et al. (2004). Lymphedema secondary to postmastectomy radiation: Incidence and risk factors. *Annals of Surgical Oncology*, 11(6), 573-580.
- Hebert, J. R., Hurley, T. G., & Ma, Y. (1998). The effect of dietary exposures on recurrence and mortality in early stage breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, 51, 17-28.
- Hsieh, C.C., Sprod, L. K., Hydock, D. S., Carter, S. D., Hayward, R., & Schneider, C. M. (2008). Effects of a supervised exercise intervention on recovery from treatment regimens in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 909-915.
- Hojris, I., Andersen, J., Overgaard, M., & Overgaard, J. (2000). Late treatment-related morbidity in breast cancer patients randomized to postmastectomy radiotherapy and systemic treatment versus systemic treatment alone. *Acta Oncologica*, 39(3), 355-372.
- Hong, S., Bardwell, W. A., Natarajan, L., Flatt, S. W., Rock, C. L., Newman, V. A., et al. (2007). Correlates of physical activity level in breast cancer survivors participating in the women's healthy eating and living (WHEL) study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 101, 225-232.
- House, J. W. (1981). *Work stress and social support*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Ivens, D., Hoe, A. L., Podd, T. J., Hamilton, C. R., Taylor, I., & Royle, G. T. (1992). Assessment of morbidity from complete axillary dissection. *British Journal of Cancer*, 66(1), 136-138.
- Jaiyungyuen, U. (2008). *Factors influencing health-promoting behaviors of elderly people with hypertension*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Janpaisri, S. (2005). *Factors related to health promoting behaviors among Thai middle-aged men in Pathumthani province*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Janz, N. K., Mujahid, M., Chung, L. K., Lantz, P. M., Hawley, S. T., Morrow, M., et al. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women's Health*, 16(9), 1348-1361.
- Jonas, S., & Phillips, E. M. (2009). *ACSM's exercise is medicine: A clinician's guide to exercise prescription*. PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Jones, L. W., & Demark-Wahnefried, W. (2006). Diet, exercise, and complementary therapies after primary treatment for cancer. *Lancet Oncology*, 7, 1017-1026.
- Kaelin, C. M., & Coltrera, F. (2005). *Living through breast cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Kirshbaum, M. (2005). Promoting physical exercise in breast cancer care. *Nursing Standard*, 19(41), 41-48.
- Kirshbaum, M. (2006). A review of the benefits of whole body exercise during and after treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 104-121.
- Kroenke, C. H., Chen, W. Y., Rosner, B., & Holmes, M. D. (2005). Weight, weight gain, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23(7), 1370-1378.
- Kumar, N., Allen, K. A., Riccardi, D., Bercu, B. B., Cantor, A., Minton, S., et al. (2004). Fatigue, weight gain, lethargy and amenorrhea in breast cancer patients on chemotherapy: Is subclinical hypothyroidism the culprit?. *Breast Cancer Research and Treatment*, 83, 149-159.
- Kurtz, A. C. (1996). *Correlates of health-promoting lifestyles among women with rheumatoid arthritis*. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University, New York.
- Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressor and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer*, 30(2), 101-111.
- Lee, J., Dibble, S. L., Pickett, M., & Luce, J. (2005). Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 28(4), 249-255.
- Lee, R. L. T., & Yuen Loke, A. J. T. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Honk Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220.
- Lemieux, J., Maunsell E., & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317-328.
- Lindsey, A. M. (1997). Social support: Conceptualization and measurement instrument. In M. Frank-Stromborg, & S. L. Olsen (Eds.), *Instruments for clinical nursing research* (2nd ed., pp. 149-169). CA: Appleton & Lange.

- Linton, A. D. (2007). Musculoskeletal system. In A. D. Linton, & H. W. Lach (Eds.), *Gerontological nursing: Concepts and practice* (3rd ed., pp. 259-312). MO: Saunders Elsevier.
- Loerzel, V. W., McNeese, P., Powel, L. L., Su, X., & Meneses, K. (2008). Quality of life in older women with breast cancer in the first year of survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 924-932.
- McInnes, J. A., & Knobf, M. T. (2001). Weight gain and quality of life in women treated with adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(4), 675-684.
- McNeely, M. L., Campbell, K. L., Rowe, B. H., Klassen, T. P., Mackey, J. R., & Courneya, K. S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 175(1), 34-41.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. New York: Pocket Books.
- Milne, H. M., Gordon, S., Guilfoyle, A., Wallman, K. E., & Courneya, K. S. (2008). Association between physical activity and quality of life among Western Australian breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 1059-1068.
- Milne, H. M., Wallman, K. E., Gordon, S., & Courneya, K. S. (2008). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment Journal*. 108, 279-288.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients : A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27(32), 1-31.
- Mosher, C. E., Sloane, R., Morey, M. C., Snyder, D. C., Cohen, H. J. Miller, P. E., et al. (2009). Associations between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer*, 1, 1-9.
- Pender, N. J., (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.

- Pendergrass, K. B. (1998). Options in the treatment of chemotherapy-induced emesis. *Cancer Practice*, 6, 276-281.
- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., et al. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increase relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 70, 1044-1049.
- Phisaiphanth, S. (2007). *The relationship of internal coping resource and mental health problems in early breast cancer patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Pierce, J. P., Natarajan, L., Caan, B. J., Parker, B. A., Greenberg, E. R., Flatt, S. W., et al. (2007a). Influence of a diet very high in vegetables, fruit, and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer: The women's healthy eating and living (WHEL) randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 298, 289-298.
- Pierce, J. P., Stefanick, M. L., Flatt, S. W., Natarajan, L., Sternfeld, B., Madlensky, L., et al. (2007b). Greater survival after breast cancer in physically active women with high vegetable-fruit intake regardless of obesity. *Journal of Clinical Oncology*, 25(17), 2345-2351.
- Plahuta, J. M., & Hamrick-King, J. (2006). Review of the aging of physiological systems. In K. L. Mauk, (Ed.), *Gerontological nursing: Competencies for care* (pp. 143-264). MA: Jones & Bartlett.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polovich, M., Whitford, J. M., & Olsen, M. (Eds.). (2009). *Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice* (3rd ed.). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- Power, S., & Condon, C. (2008). Chemotherapy-induced alopecia: A phenomenological study. *Cancer Nursing Practice*, 4(4), 44-47.
- Powers, S. K., & Dodd, S. L. (2009). *Total fitness & wellness* (3rd ed.). San Francisco, CA: Pearson Benjamin Cummings.

- Prentice, R. L., Caan, B., Chlebowski, R. T., Patterson, R., Kuller, L. H., Ockene, J. K., et al. (2006). Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: The women's health initiative randomized controlled dietary modification trial. *Journal of American Medical Association*, 295, 629-642.
- Protiere, C., Evans, K., Camerlo, J., d'Ingrado, M., Macquart-Moulin, G., Viens, P., et al. (2002). Efficacy and tolerance of a scalp-cooling system for prevention of hair loss and the experience of breast cancer patients treated by adjuvant chemotherapy. *Support Care Cancer*, 10, 529-537.
- Pruzinsky, T. (2004). Enhancing quality of life in medical populations: A vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image*, 1, 71-81.
- Rhodes, V. A., & McDaniel, R. W. (2001). Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in palliative care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 51, 232-248.
- Rock, C. L., & Demark-Wahnefried, W. (2002). Can lifestyle modification increase survival in women diagnosis with breast cancer?. *Journal of Nutrition*, 132, 3504s-3509s.
- Rock, C. L., Thomson, C., Caan, B. J., Flatt, S. W., Ritenbaugh, C., et al. (2001). Reduction in fat intake is not associated with weight loss in most women after breast cancer diagnosis. *Cancer*, 91, 25-34.
- Rock, C. L. (2002). Nutrition and survival after the diagnosis of breast cancer: A review of the evidence. *Journal of Clinical Oncology*, 20(15), 3302-3316.
- Rock, C. L. (2003). Diet and breast cancer: Can dietary factors influence survival?. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 8(1), 119-132.
- Rogers, L. Q., Shah, P., Dunnington, G., Greive, A., Shanmugham, A., Dawson, B., et al. (2005). Social cognitive theory and physical activity during breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 807-815.
- Rooney, M., & Wald, A. (2007). Interventions for the management of weight and body composition changes in women with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 41-52.
- Roses, D. F. (Ed.). (2005). *Breast cancer* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.

- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, H. R., & Pourhoseingholi, M.A. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107-111.
- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, H. R., & Pourhoseingholi, M.A. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal Cancer*, 45, 107-111.
- Sangkaew, B. (2006). *A survey of symptom experience, symptom management, and symptom outcomes in persons living with breast cancer in the central part of Thailand*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Santacroce, S. J., & Lee, Y. (2006). Uncertainty, posttraumatic stress, and health behaviors in young adult childhood cancer survivors. *Nursing Research*, 55(4), 259-266.
- Schwartz, A. L. (2000). Exercise and weight gain in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Cancer Practice*, 8(5), 231-237.
- Stark, M. A., & Brinkley, R. L. (2007). The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 21(4), 307-314.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating social support in nursing*. CA: Sage.
- Suwankhong, D. (2000). *Factors related to health-promoting behaviors among Thai laborers before going to working abroad*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Suwisith, N. (2007). *Symptom clusters and their influences on the functional status of women with breast cancer*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Thomas-MacLean, R., Hack, T., Kwan, W., Towers, A., Miedema, B., & Tilley, A. (2008). Arm morbidity and disability after breast cancer: New directions for care. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 65-71.
- Wenzel, L., Glanz, K., & Lerman, C. (2002). Stress, coping, and health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 210-239). CA: Jossey-Bass.

Winters-Stone, K. M., Bennett, J. A., Nail, L., & Schwartz, A. (2008). Strength, physical activity, and age predict fatigue in older breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 815-821.

World Health Organization Western Pacific Region. (2000). *The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment*. Retrieved Apr 30, 2009 from http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0A35417BB1D545A69FF2_F7D86608A4DE/0/Redefiningobesity.pdf.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณฑา ลิ้มทองกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมทรง จุไรทัศน์ย์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง แบบวัดนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 8 ส่วน ในส่วนที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ส่วนที่ 2-8 เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบ ซึ่งแบบวัดทั้งหมดประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดสวนปรง SPST-20

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย

1. ส่วนสูง.....ซ.ม.

2. น้ำหนักก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.....ก.ก.

3. น้ำหนักปัจจุบัน.....ก.ก. (ชั่งน้ำหนักในวันที่ตอบแบบสอบถาม)

4. ระยะของโรค

☐ ☐ 1.Stage I

☐ ☐ 2.Stage II

☐ ☐ 3.Stage III

5. การรักษาที่เคยได้รับจนถึงปัจจุบัน

☐ ☐ 1.เคมีบำบัดอย่างเดียว

☐ ☐ 2.ผ่าตัด + เคมีบำบัด

☐ ☐ 3.รังสีรักษา + เคมีบำบัด

☐ ☐ 4.เคมีบำบัด + ฮอรัโมน

☐ ☐ 5.ผ่าตัด + รังสีรักษา + เคมีบำบัด

☐ ☐ 6.ผ่าตัด + เคมีบำบัด + ฮอรัโมน

☐ ☐ 7.รังสีรักษา + เคมีบำบัด + ฮอรัโมน

☐ ☐ 8.ผ่าตัด + รังสีรักษา + เคมีบำบัด + ฮอรัโมน

6. เป็นมะเร็งเต้านมข้าง

☐ ☐ 1.ขวา ☐ ☐ 2.ซ้าย ☐ ☐ 3.ทั้ง 2 ข้าง

7. ผ่าตัดเต้านมข้าง

☐ ☐ 1.ขวา ☐ ☐ 2.ซ้าย ☐ ☐ 3.ทั้ง 2 ข้าง

8. ชนิดของการผ่าตัด

☐ ☐ 1.simple mastectomy ☐ ☐ 2.MRM
☐ ☐ 3.breast conserving therapy ☐ ☐ 4.mastectomy with TRAM flap
☐ ☐ 5.MRM with LD flap ☐ ☐ 6.อื่นๆ ระบุ.....

9. สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ.....

10. จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ.....course

11. ระยะเวลาหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ course.....เดือน.....วัน

แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ให้ตรงตามความเป็นจริง
ที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี.....เดือน

2. สถานภาพสมรส

☐ ☐ 1. โสด

☐ ☐ 2. คู่

☐ ☐ 3. ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

3. ศาสนา

☐ ☐ 1. ไม่นับถือ

☐ ☐ 2. พุทธ

☐ ☐ 3. คริสต์

☐ ☐ 4. อิสลาม

☐ ☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ☐ 2. ประถมศึกษา

☐ ☐ 3. มัธยมศึกษา/ปวช.

☐ ☐ 4. ปวส./อนุปริญญา

☐ ☐ 5. ปริญญาตรี

☐ ☐ 6. ปริญญาโท หรือสูงกว่า

5. อาชีพ

☐ ☐ 1. แม่บ้าน

☐ ☐ 2. ค้าขาย

☐ ☐ 3. เกษตรกรรม

☐ ☐ 4. รับจ้าง

☐ ☐ 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ☐ 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้.....บาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้

☐ ☐ 1. เพียงพอเหลือเก็บ

☐ ☐ 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

☐ ☐ 3. ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน

☐ ☐ 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

8. สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ ☐ 1. สิทธิข้าราชการเบิกได้

☐ ☐ 2. สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ ☐ 3. จ่ายเอง

☐ ☐ 4. ประกันสังคม ☐

☐ ☐ 5. ประกันชีวิต

☐ ☐ 6. อื่นๆ ระบุ.....

9. สัมพันธภาพในครอบครัว

☐ ☐ 1. รักใคร่ช่วยเหลือกันดี

☐ ☐ 2. ต่างคนต่างอยู่

☐ ☐ 3. ทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง

☐ ☐ 4. ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ

10. การสูบบุหรี่

- ☐ ☐ 1. ไม่เคยสูบ
- ☐ ☐ 2. สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) สูบเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
- ☐ ☐ 3. สูบบุหรี่บ่อยครั้ง (3-6 วัน/สัปดาห์) สูบเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
- ☐ ☐ 4. สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน สูบเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
- ☐ ☐ 5. เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว สูบเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
ระยะเวลาเลิกสูบนาน.....ปี.....เดือน
- ☐ ☐ 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....

11. บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลท่าน

- ☐ ☐ 1.สามี ☐ ☐ 2.บุตรหลาน ☐ ☐ 3.ญาติพี่น้อง
- ☐ ☐ 4.เพื่อนสนิท ☐ ☐ 5.ดูแลตนเอง ☐ ☐ 6.อื่นๆ ระบุ.....

12. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

13. แขนข้างที่ถนัด

- ☐ ☐ 1.ขวา ☐ ☐ 2.ซ้าย

14. อาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา

- ☐ ☐ 1. ไม่มี
- ☐ ☐ 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ ☐ 1. คลื่นไส้/อาเจียน ☐ ☐ 2. อ่อนเพลีย ☐ ☐ 3. ผอมร่าง
- ☐ ☐ 4. เบื่ออาหาร ☐ ☐ 5. น้ำหนักลด ☐ ☐ 6. น้ำหนักเพิ่ม
- ☐ ☐ 7. นอนไม่หลับ ☐ ☐ 8. แขนบวม/ปวด
- ☐ ☐ 9. ปากคอแห้ง/เยื่อช่องปากอักเสบ
- ☐ ☐ 10. หมดประจำเดือนก่อนวัย
- ☐ ☐ 11. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง SPST-20

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้จะวัดความเครียดของท่าน เมื่อท่านอ่านคำถามแล้ว ตำรวจว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ถ้าข้อใดไม่ได้เกิดขึ้นให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่เกิดขึ้น” แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านให้ประเมินว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องตามความรู้สึกของท่าน

ข้อคำถาม	ความรู้สึกของท่าน					
	ไม่ เกิดขึ้น	ไม่เครียด	เครียด เล็กน้อย	เครียด ปานกลาง	เครียด มาก	เครียด มากที่สุด
1. ท่านกลัวทำงานผิดพลาด						
2. ท่านไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						
3. ครอบครัวของท่านมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
15. ท่านรู้สึกเศร้า						
16. ความจำของท่านไม่ดี						
17. ท่านรู้สึกสับสน						
18. ท่านตั้งสมาธิลำบาก						
19. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่าย						
20. ท่านเป็นหวัดบ่อย						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ โดยเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

ข้อความ	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคของท่าน				
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับการรักษาย่างต่อเนื่อง				
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมและจัดสรรเวลาในการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน				
.				
.				
.				
.				
8. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตได้ด้วยตนเอง				
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถปรับตัวให้มีความสุขได้แม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นกาประเมินเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ โดยเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** เป็นการเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง **กิจกรรมทางร่างกาย** เป็นการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดประโยชน์ **โภชนาการ** เป็นการเลือกรับประทานอาหารที่ประโยชน์และเหมาะสมกับโรค **การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล** เป็นการแสดงออกถึงความผูกพันหรือสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ดี **การพัฒนาทางจิตวิญญาณ** เป็นการพัฒนาจิตของตนเองโดยดำเนินชีวิตไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และแสวงหาสิ่งใหม่ๆ ในชีวิต **การจัดการกับความเครียด** เป็นการใช้วิธีที่ช่วยในการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
ท่านคิดว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของท่านคืออะไร				
1. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก				
2. ไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
.				
.				
.				
6. ไม่มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
7. ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ โดยเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนมาก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
ท่านคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อท่านดังต่อไปนี้				
1. ทำให้มีชีวิตรื่นยาว				
2. ทำให้ร่างกายเสื่อมลงเร็วกว่าปกติ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
10. ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่นๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ยามที่ท่านเจ็บป่วย เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ โดยเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย

เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

หมายเหตุ บุคคลใกล้ชิด หมายถึง คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พ่อ แม่ พี่ น้อง บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ และพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ

ข้อความ	ไม่ เป็นจริง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง ส่วนใหญ่	เป็น จริง มากที่สุด
ด้านอารมณ์				
1. ท่านได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามเจ็บป่วย				
.				
.				
4. ท่านได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติของท่าน				
ด้านข้อมูลข่าวสาร				
5. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือผู้ที่เป็นโรคเช่นเดียวกัน				
.				
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลตามนัด หรือในกรณีฉุกเฉินจากบุคลากรทางการแพทย์				

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด
8. ท่านได้รับคำแนะนำและคำเตือนจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่าน...				
ด้านการประเมินค่า				
9. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่				
.				
.				
ด้านทรัพยากร				
12. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลใกล้ชิด				
.				
.				
.				
16. ท่านได้รับความสะดวกจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล				

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิตของท่านในปัจจุบันที่กระทำจนเป็นนิสัยประจำตัว หรือกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วัน/สัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วัน/สัปดาห์

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมที่ถามนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นประจำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 1. สังเกตและรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ เช่น คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้สูง อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย เป็นต้น				
.				
.				
.				
.				
.				
7. เข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง				
ด้านกิจกรรมทางร่างกาย 8. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน วิ่งจ็อกกิ้ง เดินขึ้นบันได หรือเล่นแอโรบิก เป็นต้น				

ข้อความ	ไม่เคย ทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อย ครั้ง	ทำเป็น ประจำ
.				
10. เริ่มออกกำลังกายเบาๆซ้ำๆก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น และ เมื่อจะสิ้นสุดการออกกำลังกายจึงค่อยๆลดการออกกำลังกายลงโดยไม่หยุดทันที				
.				
.				
.				
14. ขณะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายสังเกตความ ผิดปกติ เช่น อาการเซ มึนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เจ็บแน่น หน้าอก หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดการออกกำลังกาย				
ด้านโภชนาการ 15. รับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันจากสัตว์ กะทิ เนย อาหารทอด หรือขนมเค้ก เป็นต้น				
16. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 ขวดลิตร				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				

ข้อความ	ไม่เคย ทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อย ครั้ง	ทำเป็น ประจำ
27. อ่านฉลากข้างหีบห่อบรรจุอาหารสำเร็จรูปที่แสดงข้อมูลโภชนาการ เช่น สารอาหาร ไขมัน โซเดียม				
28. รับประทานอาหารตรงเวลา				
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
29. ปรึกษาปัญหาข้อขัดข้องใจกับบุคคลใกล้ชิด				
.				
.				
.				
.				
.				
35. หาวิธีการที่จะทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง				
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
36. พยายามทำให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
44. ให้โอกาสกับตนเองได้ทำในสิ่งที่ท้าทายและไม่เคยได้ทำ				
ด้านการจัดการกับความเครียด				
45. นอนหลับอย่างเพียงพอ				

ข้อความ	ไม่เคย ทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อย ครั้ง	ทำเป็น ประจำ
.				
.				
48. นึกถึงแต่สิ่งที่ดีๆ ก่อนนอน				
49. ใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับบุคคลอื่น				
.				
.				
52. ดำเนินชีวิตอย่างไม่เร่งรีบเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด				

ภาคผนวก ค

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

1. แบบสอบถามความเครียด จำนวน 20 ข้อ

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} = 20/20 = 1.00$$

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวน 9 ข้อ

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} = 9/9 = 1.00$$

3. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} = 7/7 = 1.00$$

4. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} = 10/10 = 1.00$$

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} = 16/16 = 1.00$$

6. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 52 ข้อ

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} = 51/52 = 0.98$$

ภาคผนวก ง
คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย



(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ชื่อผู้วิจัย นายพงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถานที่วิจัย คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม แผนกภาควิชา ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นายพงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี หมายเลขโทรศัพท์ 08 3960 4445

รศ.ดร. มณี อภานันทิกุล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หมายเลขโทรศัพท์ 02-201-2342

รศ.ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี หมายเลขโทรศัพท์ 08 2224 3470

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ

ในปัจจุบัน มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพบว่ามีสตรีป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคนี้อัตราที่สูงทั้งจากสถิติทั่วโลก และในประเทศไทย ผลจากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่สตรีได้รับมีผลกระทบกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถบรรเทาได้ด้วยการปรับวิถีชีวิตของสตรีเองที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อมา แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมมีน้อยและจำกัด มีการวิจัยที่ศึกษาเฉพาะพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพที่แยกส่วนกัน และส่วนใหญ่ถูกศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างกันในบริบทต่างๆ เช่น ลักษณะของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี วิถีชีวิต เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่คัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม เพื่อใช้ผลการวิจัยที่ได้นำไปวางแผนในการช่วยเหลือสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ท่านจะได้รับคำอธิบายรายละเอียดข้อมูลของโครงการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับท่านเพื่อขอการยินยอมเป็นผู้ยินยอมตนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ หรือซักถามข้อมูลเพิ่มเติมได้เมื่อต้องการภายหลังเข้าร่วมโครงการ
2. ท่านจะได้รับการชี้แจงว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ หรือไม่เข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลต่อแผนการรักษาหรือการให้บริการ และการตัดสินใจเป็นไปโดยอิสระและหากตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการตามต้องการโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลและไม่ต้องรอให้สิ้นสุดโครงการ
3. ภายหลังจากที่ท่านยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจากเวชระเบียนผู้ป่วย ท่านจะได้รับการชั่งน้ำหนัก และส่วนสูง และได้รับแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 127 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยคาดว่าท่านจะใช้เวลาประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง การตอบแบบสอบถามจะดำเนินการในสถานที่เป็นส่วนตัว ในกรณีที่ท่านไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ท่านฟังทีละข้อ และให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถาม ท่านอาจจะเลือกไม่ตอบคำถามใด ก็ได้ในทุกข้อคำถามของแบบสอบถาม

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาล ถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน การเข้าร่วมโครงการนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยเรื่องนี้แต่มีส่วนร่วมในงานวิชาการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ต่อส่วนรวม และท่านจะได้มีโอกาสให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินหรือช่วยเหลือประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของท่าน การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงอาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สะดวกและไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะดูแลอำนวยความสะดวกสบาย และดูแลให้เกิดความปลอดภัย ด้วยการตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูงให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีความปลอดภัย และระมัดระวังดูแลท่านขณะชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โครงการนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม ไม่มีการปฏิบัติใดๆ ต่อตัวของท่าน แต่ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม คำถามบางคำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ลำบากใจ หรือเสียเวลา ซึ่งท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หรืออาจไม่ตอบข้อใดก็ได้ และเพื่อลดความรู้สึกดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามให้ท่านมีความสะดวกต่อการอ่านและตอบแบบสอบถามมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้เป็นความลับในที่ที่ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของแบบสอบถาม ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน ผู้วิจัย ทีมผู้วิจัย และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลถึงตัวบุคคล และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยสรุปในภาพรวมเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการเท่านั้น

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ หรือมีปัญหาข้อสงสัย หรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 02-201-1541 ในเวลาราชการ

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ



(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

ชื่อผู้วิจัย นายพงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจนไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของโครงการวิจัยรวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก จ

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเครียดรายข้อ (N= 100)

ข้อคำถาม	ความรู้สึกของท่าน					
	ไม่ เกิดขึ้น (%)	ไม่ เครียด (%)	เครียด เล็กน้อย (%)	เครียด ปาน กลาง (%)	เครียด มาก (%)	เครียด มากที่สุด (%)
1. ท่านกลัวทำงาน...	49	21	22	9	-	2
2. ท่านไปไม่ถึง...	29	21	34	11	5	-
3. ครอบครัวของท่านมีความขัดแย้งกัน...	52	20	19	7	1	1
4. ท่านเป็นกังวลเกี่ยวกับเรื่องสารพิษ...	12	24	28	22	8	6
5. ท่านรู้สึกต้องแข่งขัน...	60	21	13	5	1	-
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	45	21	25	4	4	1
7. ท่านมีอาการปวด...	19	18	39	15	6	3
8. ท่านปวดหัวจาก...	41	13	36	7	1	2
9. ท่านปวดหลัง	45	16	21	11	5	2
10. ความอยากอาหารของท่าน...	49	33	12	4	2	-
11. ท่านปวดศีรษะ...	60	14	21	4	1	-
12. ท่านรู้สึกวิตก...	35	17	28	15	3	2
13. ท่าน...คับข้องใจ	48	14	25	8	3	2
14. ท่านรู้สึกโกรธ...	25	13	44	12	3	3
15. ท่าน...เศร้า	52	14	25	5	2	2
16. ความจำของท่าน...	36	27	25	5	5	2
17. ท่าน...สับสน	52	18	21	6	1	2
18. ท่านตั้งสมาธิ...	52	22	18	5	1	2
19. ท่านรู้สึกเหนื่อย...	38	19	30	6	4	3
20. ท่านเป็นหวัด...	64	17	11	5	1	2

2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองรายข้อ (N= 100)

ข้อความ	ไม่ มั่นใจ เลย (%)	มั่นใจ น้อย (%)	มั่นใจ มาก (%)	มั่นใจ มากที่สุด (%)
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถเลือกรับประทาน...	8	38	40	14
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับการรักษอย่างต่อเนื่อง	-	1	32	62
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุม...การปฏิบัติกิจกรรม...	4	25	48	23
4. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถ... ให้เหมาะสมกับสภาพ...	4	18	55	23
5. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับผิดชอบในการดูแล...	2	14	57	27
6. ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถพบปะ...กับบุคคลอื่น	1	4	38	57
7. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถจัดการกับอารมณ์...ได้	2	22	54	22
8. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประสบ...ชีวิตได้ด้วยตนเอง	2	17	52	29
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถปรับตัว...เจ็บป่วย	-	6	58	36

3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ (N= 100)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (%)	เห็นด้วยน้อย (%)	เห็นด้วยมาก (%)	เห็นด้วยมากที่สุด (%)
1. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่...	61	23	12	4
2. ไม่มี...ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	58	28	12	2
3. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้...	73	21	3	3
4. ไม่มีความรู้หรือ...ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	57	23	18	2
5. การเจ็บป่วย...ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม...	65	20	11	4
6. ไม่มีสถานที่...ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	68	18	11	3
7. ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม...	65	19	13	3

4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ (N= 100)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (%)	เห็นด้วยน้อย (%)	เห็นด้วยมาก (%)	เห็นด้วยมากที่สุด (%)
1. ทำให้มีชีวิต...	3	4	48	45
2. ทำให้ร่างกาย...กว่าปกติ*	91	3	3	3
3. ทำให้ร่างกาย...สามารถทำงานต่างๆ ได้ดีขึ้น	2	3	3	54
4. ช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกัน...	2	5	49	44
5. ทำให้จิตใจสบาย ปลอดโปร่ง สามารถควบคุม...	1	5	42	52
6. ทำให้ดำรงชีวิตอย่าง...	2	4	43	51
7. ทำให้สุขภาพจิตดีและสด...	3	1	39	57
8. ทำให้ได้รู้จักเพื่อนใหม่ๆ...	2	6	53	39
9. ทำให้มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น...	3	4	57	36
10. ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและมีประโยชน์...	4	3	44	49

* หมายถึง ข้อความด้านลบ

5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ (N= 100)

ข้อความ	ไม่เป็น จริง (%)	เป็น จริง น้อย (%)	เป็น จริง ส่วนใหญ่ (%)	เป็น จริง มากที่สุด (%)
ด้านอารมณ์				
1. ท่านได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคล...	-	1	36	63
2. ท่านได้รับการสัมผัส เช่น การบีบมือเบาๆ จากบุคคล...	10	6	44	40
3. ท่านได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึก...	-	5	33	62
4. ท่านได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อน เพื่อน...	1	6	35	58
ด้านข้อมูลข่าวสาร				
5. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากร...	1	5	50	44
6. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง...	-	6	48	46
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมารับบริการที่...	1	6	48	45
8. ท่านได้รับคำแนะนำและคำเตือนจากบุคคลใกล้ชิดหรือ...	7	13	44	36
ด้านการประเมินค่า				
9. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิด...	6	17	47	30
10. ความคิดเห็นและความสามารถของท่านเป็นที่ยอมรับ...	3	17	53	27
11. ท่านได้รับความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิด	-	6	47	47
ด้านทรัพยากร				
12. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคล...	14	15	24	47
13. ท่านได้รับการช่วยเหลือในด้านเสื้อผ้า สิ่งของ...	30	22	15	33
14. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการจัดหา...	11	17	34	38
15. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการพาไป...	9	11	36	44
16. ท่านได้รับความสะดวกจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อ...	2	7	49	42

6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ (N= 100)

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (%)	ทำเป็น บางครั้ง (%)	ทำ บ่อย ครั้ง (%)	ทำเป็น ประจำ (%)
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. สังเกตและรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม...	8	11	30	51
2. อ่านหนังสือหรือดูรายการทีวีที่เกี่ยวกับการดูแล...	3	26	37	34
3. ซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ	2	29	32	37
4. ปรึกษากับบุคคลอื่น เมื่อมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	4	46	19	31
5. ขอคำแนะนำและคำปรึกษาปัญหาสุขภาพและวิธีการ...	5	37	28	30
6. ไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด	1	-	5	94
7. เข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล...	33	38	8	21
ด้านกิจกรรมทางร่างกาย				
8. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที เช่น การเดินเร็ว ...	12	34	17	37
9. ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายในระดับเบาถึงปานกลาง เช่น การเดิน...	1	7	14	78
10. เริ่มออกกำลังกายเบาๆ ซ้ำๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น และเมื่อจะสิ้นสุดการออกกำลังกายจึงค่อยๆ ลด...	18	25	29	28
11. จับชีพจรขณะออกกำลังกาย	65	19	7	9
12. ลดการใช้เครื่องทุ่นแรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินหลังรับประทานอาหาร...	5	39	24	32
13. มีกิจกรรมยืดเหยียดหรือเกร็งกล้ามเนื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น การยกของหนัก...	25	35	20	20

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (%)	ทำเป็น บางครั้ง (%)	ทำ บ่อย ครั้ง (%)	ทำเป็น ประจำ (%)
14. ขณะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายสังเกตความผิดปกติ เช่น อาการเซ...	20	30	15	35
ด้านโภชนาการ				
15. รับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันจากสัตว์...	22	65	8	5
16. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 ขวดลิตร	5	20	22	23
17. เพิ่มความระมัดระวังในการรับประทานน้ำตาล หรือ ...	6	26	25	25
18. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม...	9	13	45	33
19. รับประทานอาหารจำพวกแป้ง ถั่วเขียว ข้าว...	9	37	29	25
20. รับประทานอาหารผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด เช่น ชมพู...	2	18	29	51
21. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่นำมาปิ้งย่าง...	6	22	20	52
22. ไม่รับประทานนม โยเกิร์ต หรือปลาตัวเล็ก	40	41	13	6
23. รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ปลา ไข่ หรือถั่วเมล็ดแห้ง...	2	29	28	41
24. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ผสมดินประสิว เช่น แหนม...	7	14	16	63
25. ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาร้า แหนม ...	9	4	7	80
26. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า...	88	8	1	3
27. อ่านฉลากข้างหีบห่อบรรจุอาหารสำเร็จรูปที่แสดงข้อมูลโภชนาการ เช่น สารอาหาร...	3	17	22	58

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (%)	ทำเป็น บางครั้ง (%)	ทำ บ่อย ครั้ง (%)	ทำเป็น ประจำ (%)
28. รับประทานอาหารตรงเวลา	3	25	34	38
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
29. ปรึกษาปัญหาข้อขัดข้องใจกับบุคคลใกล้ชิด	9	30	23	38
30. ขกยอมหมเซยในความสำเรจของผู้อื่นได้โดย...	-	10	43	47
31. แบ่งเวลาอยู่กับครอบครัวหรือเพื่อน	-	14	36	50
32. แสดงความห่วงใย ความรัก และความอบอุ่นต่อ...	-	7	33	60
33. รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล...	-	2	35	63
34. ใช้วิธีการประนีประนอมเมื่อมีความขัดแย้งกับ...	2	11	32	55
35. หาวิธีการที่จะทำให้ได้รับการตอบสนองความ...	11	38	27	24
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
36. พยายามทำให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทาง...	-	14	28	58
37. เชื่อว่าคนเราต้องมีจุดมุ่งหมายของ...	-	11	31	58
38. มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่...	-	2	21	77
39. มีความพอใจในชีวิตและรู้สึก...	-	5	21	74
40. ทำงานตามเป้าหมายที่วางไว้	2	11	35	52
41. มองหาสิ่งที่น่าสนใจและท้าทายในแต่ละวัน	12	32	35	21
42. ค้นหาสิ่งสำคัญที่มีความหมาย...	5	24	40	31
43. ทราบว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญในชีวิต	2	9	35	54
44. ให้โอกาสกับตนเองได้ทำในสิ่งที่ท้าทายและ...	12	35	24	29

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (%)	ทำเป็น บางครั้ง (%)	ทำ บ่อย ครั้ง (%)	ทำเป็น ประจำ (%)
ด้านการจัดการกับความเครียด				
45. นอนหลับอย่างเพียงพอ	1	12	31	56
46. จัดสรรเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ...	1	12	36	51
47. นึกถึงแต่สิ่งที่ดีๆ ก่อนนอน	1	6	26	67
48. ใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง...	1	6	18	75
49. แบ่งเวลาในการทำงานกับการพักผ่อนให้เหมาะสม	2	13	35	50
50. ปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด หรือการทำสมาธิ...	3	25	22	50
51. ดำเนินชีวิตอย่างไม่เร่งรีบเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด	1	9	31	59

ภาคผนวก จ



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๔๒

ชื่อโครงการ

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม
และได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๑-๕๓-๔๒ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นายพงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์

ที่ทำงาน

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๒๑ มกราคม ๒๕๕๓



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2010/

Title of Project	Selected Factors Related to Health Promoting Behaviors in Women with Breast Cancer Undergone Adjuvant Chemotherapy
Protocol Number	ID 01-53-42
Principal Investigator	Mr. Pongsit Pongpradit, M.D.
Official Address	Sub Intensive Care Unit Sawanpracharak Hospital

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

Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

.....
Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

January 21, 2010

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นายพงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์

วัน เดือน ปีเกิด

30 พฤศจิกายน 2523

สถานที่เกิด

จังหวัดนครสวรรค์ ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2540-2544

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

(เกียรตินิยม อันดับ 2)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551-2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลผู้ใหญ่)

ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้

ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคม

ศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

8/660 ม. 2 ต. นครสวรรค์ออก อ. เมือง

จ. นครสวรรค์ 60000

โทรศัพท์ 083-960-4445

E-mail : pongsit@msn.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 43 ถ. อรรถกวี

ต. ปากน้ำโพ อ. เมือง จ.นครสวรรค์ 60000

โทรศัพท์ 056-219-888 ต่อ 1411