

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระยะหลังการรักษาครบ



นางสาวจรรุวรรณ ป้อมกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS OF BREAST CANCER
SURVIVORS IN EXTENDED SURVIVORSHIP

Miss Jaruwun Pomklang



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก
มะเร็งเต้านม ระยะหลังการรักษาครบ

โดย

นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์. ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากรูรณ ป้อมกลาง : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระยะหลังการรักษาครบ. (FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS OF BREAST CANCER SURVIVORS IN EXTENDED SURVIVORSHIP) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต, 117 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับ ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้วเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป จำนวน 259 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83, .85, .88, .83, .85, .91 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดี ($= 80.92$, $SD = 8.31$)

2. รายได้ ($r = .13$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ($r = .80$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = .47$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .54$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .50$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$)

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ($\beta = .67$) การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = .16$) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -.09$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .12$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .09$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477156836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH PROMOTING BEHAVIORS / BREAST CANCER SURVIVORS

JARUWUN POMKLANG: FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS OF BREAST CANCER SURVIVORS IN EXTENDED SURVIVORSHIP. ADVISOR: ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D., 117 pp.

The purposes of this study were to examine health promoting behaviors, its correlations and predictive factors between education level, income, depression, prior related behavior, perceived benefits, perceived self-efficacy, perceived barriers, social support and health promoting behaviors of breast cancer survivors in extended survivorship. A conceptual framework used in this study was the Health Promotion Model (Pender, 2006). The subjects were 259 survivors of breast cancer at 1 month post-treatment and thereafter, undergoing treatment at the Out-Patient Department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital and Lopburi Cancer Center. Questionnaires were used to collect personal data, prior related behavior, perceived benefits, perceived self-efficacy, perceived barriers, social support, depression and health promoting behaviors. The questionnaires were tested for their content validity by a panel of expert. Their Cronbach's alpha coefficients were .83, .85, .88, .83, .85, .91 and .88 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The major findings were as follows:

1) Health promoting behaviors of breast cancer survivors in extended survivorship was at good level (\bar{x} = 80.92, S.D. = 8.31).

2) Income (r = .13), prior related behavior (r = .80), perceived benefits (r = .47), perceived self-efficacy (r = .54) and social support (r = .50) were significantly and positively related to health promoting behaviors of breast cancer survivors (p < .05). Perceived barriers and depression were significantly and negatively related to health promoting behaviors of breast cancer survivors (p < .05).

3) Prior related behavior (β = .67), perceived benefits (β = .16), perceived self-efficacy (β = .12), perceived barriers (β = -.09) and social support (β = .09) were significant predictors of health promoting behaviors of cancer survivors in extended survivorship (p < .05). They explained 75 percent of the variance in health promoting behaviors.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดที่เป็นประโยชน์และมีค่าเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัยตลอดจนช่วย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจผู้วิจัย เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษานี้เป็นพื้นฐานใน การทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรีที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งเต้านมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือและแนะนำและให้กำลังใจ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ให้การ ช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม.....	14
2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	16
3. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม.....	22
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษา ครบ.....	27
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม.....	33
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	58
การอภิปรายผลการวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง.....	75

ภาคผนวก.....	81
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	82
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัย	84
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	88
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม ความเที่ยงของเครื่องมือ.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	117



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนสัดส่วนของกลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่างในปี 2555	40
ตารางที่ 2 แสดงค่าตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	48
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการรักษาที่ได้รับ	52
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำแนกรายด้านและโดยรวม	53
ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนมในระยะหลังการรักษาครบ	54
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ	55
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)	56
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise multiple regression (n=259)	57

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised).....	18
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดของ Pender (2006).....	38



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (National Cancer Institute, 2012) ในประเทศทางอเมริกาและยุโรปพบว่าโรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งที่เกิดในสตรี โดยพบว่าสตรี 229,060 คนจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม 39,920 คน และกว่า 40,000 คนจะเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม (The National Breast Cancer Foundation, 2011) สอดคล้องกับข้อมูลทะเบียนมะเร็งในประเทศไทย พบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งที่เกิดในสตรีและเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคมะเร็งเต้านมปี พ.ศ. 2549-2552 เท่ากับ 34.4, 37.9, 40.62 และ 38.4 ตามลำดับ (ส่วนข้อมูลข่าวสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) โรคมะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 97 (ชมนาด วรณพรศิริ, 2555) ในปัจจุบันมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น มีเทคโนโลยีและเครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่ทันสมัย ทำให้ตรวจพบได้ง่ายขึ้นประกอบกับการรักษาที่ก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ ทำให้มีจำนวนอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น (Demark-Wahnefried, Lee and Jones, 2008; Chalasani, Downey and Stopeck, 2008)

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมโดยเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนตลอดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่โดยสามารถแบ่งระยะการมีชีวิตรอดได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะการวินิจฉัยโรค (acute survivorship) ระยะการรักษาครบ (extended survivorship) และระยะรอดชีวิตอย่างถาวร (permanent survivorship) (Mullan, 1990 cited in A National Action Plan for Cancer Survivorship, 2004) ในระยะการรักษาครบ เป็นระยะที่ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนตามการรักษาแล้ว เป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำอีกและการเกิดโรคเรื้อรัง ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะนี้มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำภายใน 5 ปีภายหลังสิ้นสุดการรักษาสูงถึงร้อยละ 45 (Stokes et al., 2008) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุนมากกว่าคนทั่วไป โดยในคนกลุ่มนี้พบโรคแทรกซ้อนร้อยละ 68.7 (Ogle et al., 2000; Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland and Pito, 2005) จากการกลับเป็นมะเร็งซ้ำและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการตายในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงเป็น 3-5 เท่าของคนปกติ (Chlebowski, Aiello and McTiernan, 2002; Chalasani et al., 2008)

ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเป็นมะเร็งซ้ำและการเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าว และเพื่อผลการรักษา การดำเนินโรคที่ดีขึ้น ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Muraca et al., 2011) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยการมาติดตามการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ ภายหลังการรักษาครบ สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ แสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ การเลิกสูบบุหรี่

หรือการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านกิจกรรมทางกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน จะช่วยกระตุ้นเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานอย่างเต็มที่ มีผลให้ร่างกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสามารถจัดการกับสิ่งแปลกปลอมหรือเซลล์มะเร็ง ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ด้านโภชนาการ โดยเลือกรับประทานอาหารที่มาจากพืช ได้แก่ การรับประทานผัก ผลไม้ วันละ 5 มื้อ และอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์จากพืช เช่น ธัญพืช ข้าว ขนมปัง หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันและเนื้อสัตว์สีแดง มีควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือมีดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5-23.5 kg/m² ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ควรมีการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีกิจกรรมทางสังคม ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ต้องมีการคงไว้ซึ่งความหวังและการได้รับความหมายจากประสบการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งคือมีมุมมองในชีวิตหรือวิถีในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง มีความรัก มีการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต การให้อภัย และด้านการจัดการความเครียด ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะต้องมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม (Jau-Fei, 2004; Bender et al., 2005; Demark-Wahnefried and Jones, 2008; Miller, 2011; Doyly et al., 2012) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ตรงกับแนวคิดของ Pender (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (Frank-Stromborg, 1990; Rabin, 2011; Yi and Kim, 2012) โดยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 38 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 15 (Coups and Ostroff, 2005) ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการออกกำลังกายน้อยกว่าคนปกติ (Courneya and Friedenreich, 2007) ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบที่ขาดการออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำและเพิ่มอัตราการตายถึงร้อยละ 34 (Ibrahim and Al-Homaidh, 2011) ด้านโภชนาการ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม คือรับประทานอาหารที่มีไขมัน เนื้อสัตว์ เนื่องจากเชื่อว่าอาหารไม่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Beagan and Chapman, 2004) และพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนถึงร้อยละ 70 และมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังมากกว่าคนทั่วไป (Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland and Pito, 2005) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย 0.5-2 kg/m² จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะการรักษาครบได้ถึงร้อยละ 40 และหากมีการเพิ่มของดัชนีมวลกายมากกว่า 2 kg/m² จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งซ้ำได้ถึงร้อยละ 53 (Kroenke, et al., 2005) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ทำให้ขาดความมั่นใจ มีผลต่อบทบาทการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ลดการเข้าร่วมงานต่าง ๆ ในสังคม (ชลียา วามะลุนและคณะ, 2553) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการใช้ชีวิตอยู่กับโรคและการดำเนินของโรคในอนาคต (จิตรา ศิวรักษ์ และคณะ, 2555) ด้านการจัดการความเครียด พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดไม่สามารถจัดการ

ความเครียดได้ โดยพบว่ามีความเครียดและความวิตกกังวลถึงร้อยละ 80 และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา มีความเครียดและความวิตกกังวลถึงร้อยละ 73 (Bender et al., 2005) การศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการเกิดมะเร็งซ้ำ พบว่าร้อยละ 28.7 มีการจัดการความเครียดที่ไม่ดี ซึ่งพบว่าความเครียดมีผลทำให้กดภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Palesh et al., 2007) โดยในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบไปแล้ว 1 เดือนเป็นต้นไป เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ลดการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และเพื่อผลการรักษา ทำให้มีการดำเนินโรคที่ดีขึ้น

ทั้งนี้ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลประกอบด้วย พฤติกรรมดั้งเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะภายในของบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด และการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ 6 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสถานะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมเป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) และอิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต

ในการส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ โดยได้ทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและกลุ่มประชากรอื่น ที่ใช้แนวคิดของ Pender (2006)

เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนี้ ปัจจัยลักษณะเฉพาะ และประสบการณ์ของบุคคล ด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Gjerset et al., 2011) ด้านรายได้ พบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Mayer, 2006) ใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา (พินิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, 2552) บางการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มี ความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Yi and Kim, 2012) ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Sellick and Crooks, 1990; Hjerl et al., 2003; Rabin, 2011; Emery et al., 2009; Yi and Kim, 2012) ด้านพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในอดีต พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งเต้านม (Hsu et al., 2011) ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Hsu et al., 2011; Sander et al., 2012) การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เต้านม (Hsu et al., 2011) การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง (หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) และการสนับสนุนทางสังคม มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Yi and Kim, 2012; Emery et al., 2009; Hsu et al., 2011; Sander et al., 2012)

จากที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ประกอบด้วยปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ปัจจัยด้าน ระดับ การศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ปัจจัยด้านการรับรู้และ ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเสี่ยงใน การกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง และการดำเนินโรคที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษา ครบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการ สนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษา ครบ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะ หลังการรักษาครบ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบอยู่ในระดับใด

2. ระดับการศึกษา รายได้ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบหรือไม่ อย่างไร

3. ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (Frank-Stromborg, 1990; Rabin, 2011; Yi and Kim, 2012) การปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสมมีผลต่อการดำเนินของโรคที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง (Palesh et al., 2007; Demark-Wahnefried and Jones, 2008; Christopher et al, 2009; Rabin, 2011) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่นั้น Pender (2006) กล่าวว่าขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยการรับรู้ 6 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยไม่ได้ศึกษาความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ เนื่องจากความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถของตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลมีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและทักษะในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะเป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลบรรลุพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองมาก แสดงว่าบุคคลมีความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมทางบวกมากด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับปัจจัยด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ซึ่งเป็นการคำนึงถึงเงื่อนไขที่มาสนับสนุน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการเงินหรือแรงงาน และการประเมินการตัดสินใจ ซึ่งจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วยด้าน ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้สามารถตัดสินใจและพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ได้ จากการศึกษาของ Patterson et al. (2003), Mayer et al. (2006) และ Rabin (2011) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gjerset et al. (2011) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรม การออกกำลังกายภายหลังการรักษาของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงคาดว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

รายได้ เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ง่ายขึ้นช่วยให้ตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ผู้มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) จากการศึกษาของ พนิดนาฏ ชำนาญเสื่อ (2552) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับ Mayer (2006) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้นจึงคาดว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ำห็นตนเอง มองตนเองว่าไร้คุณค่า เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ (Beck, 1979) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง มีผลทำให้การดำเนินของโรคไม่ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Hjerl et al., 2003) และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Yi and Kim (2012) พบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงคาดว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต เป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดในหนึ่ง พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) มีส่วนช่วยให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดย

อาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 2006) จากการศึกษาของ Hsu et al. 2011 พบว่าพฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายในอดีตเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบได้ ดังนั้นจึงคาดว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินถึงประโยชน์ที่ได้รับโดยคำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Pender, 2006) จากการศึกษาของ Hsu et al. (2011) และ Sander et al. (2012) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จิตรา จันชนะกิจ (2541) ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) และ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ดังนั้นจึงคาดว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคาดการณ์ถึงอุปสรรคจะมีผลโดยตรงที่ขัดขวางไม่ให้เกิดการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งขัดขวางหรือจูงใจให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จากการศึกษาของ Hsu et al. (2011) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงคาดว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) จากการศึกษาของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu et al. (2011) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงคาดว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลได้รับความรู้สึกเป็นเจ้าของได้รับการยอมรับ ความรัก การนับถือจากบุคคล

(Pender, 2006) ตามแนวคิดของ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ช่วยนำพาบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Yi and Kim (2012) พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Emery et al. (2009) Hsu et al. (2011) และ Sander et al. (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการตัดสินใจและความถี่ในออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากเต้านม ดังนั้นจึงคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ และศึกษาปัจจัยทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ การรับรู้อุปสรรค และ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

2. ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและ ภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ที่มีอายุ 18 ปีถึง 59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด และรังสีรักษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2556 ถึง มกราคม 2557

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบตามแผนการรักษาแล้วเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป แต่ไม่เกิน 5 ปี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการประกอบกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยมีพฤติกรรม ที่แสดงถึงการสนใจเอาใจใส่สุขภาพตนเองภายหลังการรักษาครบ โดยการมาติดตามการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ สนใจแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ของมีเมาหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นโทษต่อร่างกาย

2. ด้านกิจกรรมทางกาย หมายถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

3. ด้านโภชนาการ หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์สีแดง และรับประทานธัญพืช อาหารที่มีกากใยสูงทุกมื้อ ควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือมีดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5-23.5 kg/m²

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การกระทำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ในการติดต่อกับบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรสุขภาพ ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือ ลดความตึงเครียด รวมทั้งช่วยแก้ปัญหาในด้านต่างๆ

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการ

รักษาครบ มีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขกับชีวิตในปัจจุบัน มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การให้ความสำคัญกับชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวังและการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

6. ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการเรียนสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ แบ่งเป็น ไม่ได้เรียน ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา ระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

รายได้ หมายถึง การรับรู้ถึงจำนวนตัวเลขที่แสดงถึงรายรับหรือจำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ว่ามีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต หมายถึง การกระทำหรือการประกอบกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ พนิตนาถุ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ที่แสดงถึงการสนใจเอาใจใส่สุขภาพตนเอง การมารับการตรวจสุขภาพ สนใจแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายตนเอง หลีกเลียงสิ่งเสพติด ของมีเมาหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นโทษต่อร่างกาย

2. ด้านกิจกรรมทางกาย หมายถึง วิธีการและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม โดยมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

3. ด้านโภชนาการ หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานธัญพืช อาหารที่มีกากใยสูง

4. ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การกระทำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเกี่ยวกับการติดต่อกับบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรสุขภาพ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือ ลดความตึงเครียด รวมทั้งช่วยแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะก่อนการ

วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขกับชีวิตในปัจจุบัน มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การให้ความสำคัญกับชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวังและการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

6. ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านว่าจะส่งผลให้มีการดำเนินของโรคที่ดีขึ้น ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน และการเกิดมะเร็งซ้ำ ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ตามแนวคิดของ Pender (2006) ให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ของตนเอง โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ตามแนวคิดของ Pender (2006) ผู้วิจัยดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมเหล่านั้นได้เป็นผลสำเร็จ ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้าน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ทางการเงิน และการสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้รับความรัก ความห่วงใย การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้รับคำแนะนำ คำแนะนำ ให้ข้อมูล บอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของทางการเงิน หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

4. การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ รู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิดง่าย รู้สึกเศร้าใจ หดหู่ อ้างว้าง หมัดหวังที่ถ้อยในชีวิต รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ รู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiology Depression Scale: CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ
2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อขยายความรู้ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 - 1.1. ความหมาย
 - 1.2. อุบัติการณ์มะเร็งเต้านม
 - 1.3. การจำแนกระยะการดำเนินโรค
 - 1.4. การรักษา
2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 - 3.1. ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2. ปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 - 3.3. ผลกระทบของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 - 3.4. การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (National Cancer Institute, 2012) ในประเทศทางอเมริกาและยุโรปพบว่าโรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งที่เกิดในสตรี สอดคล้องกับข้อมูลทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยพบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งที่เกิดในสตรีและเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคมะเร็งเต้านมปี พ.ศ. 2549-2552 เท่ากับ 34.4, 37.9, 40.62 และ 38.4 ตามลำดับ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) โรคมะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 97 (ขนาด วรณพรศิริ, 2555) ในปัจจุบันมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น มีเทคโนโลยีและเครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่ทันสมัย ทำให้ตรวจพบได้ง่ายขึ้นประกอบกับการรักษาที่ก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ ทำให้มีจำนวนอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (Demark-Wahnefried, Lee and Jones, 2008; Chalasani, Downey and Stopeck, 2008)

1.1. ความหมายของผู้รอดชีวิต (survivor) และระยะการรอดชีวิต ในปัจจุบันการรอดชีวิตหลังการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะยาว (long-term survival) ได้ถูกกำหนดไว้คือ ระยะการวินิจฉัยครั้งแรกนาน 5 ปี ซึ่งการรอดชีวิตจากมะเร็งได้อาศัยตัวชี้วัดหลายอย่างเช่น ระยะของโรค ผลการตรวจชิ้นเนื้อ ลักษณะเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำหรือการแพร่กระจาย อย่างไรก็ตาม Mullan (1985) เป็นคนแรกที่ทำให้ความหมายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งว่า เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและตลอดระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจะมีลักษณะของผลกระทบต่อผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่แตกต่างกัน โดยใช้คำว่า “ฤดูกาลในการรอดชีวิตจากมะเร็ง” (seasoning in surviving cancer) ในการแบ่งระยะการรอดชีวิต แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Mullan, 1990 cited in A National Action Plan for Cancer Survivorship, 2004)

ระยะที่ 1 ระยะการวินิจฉัยโรค (Acute survivorship) หมายถึง ระยะตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการรักษาจนครบ

ระยะที่ 2 ระยะการรักษาครบ (Extended survivorship) หมายถึง ระยะตั้งแต่ได้รับการรักษาครบและเป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำอีก

ระยะที่ 3 ระยะรอดชีวิตอย่างถาวร (Permanent survivorship) เป็นระยะที่แน่ใจได้ว่าไม่มีการกลับเป็นซ้ำอีก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบ ซึ่งผ่านพ้นระยะการรักษา เป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำอีก

1.2. อุตการณ์มะเร็งเต้านม

จากการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ อุตการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมพบมากในสตรีในช่วงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จะพบการเกิดโรคสูงกว่าในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 30 ปี ประเทศที่มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมสูงที่สุด คือประเทศสวีเดน พบ 129.5 ราย ในผู้หญิง 100,000 คน ส่วนประเทศญี่ปุ่น พบ 37 ราย ในผู้หญิง 100,000 คน (เขาวนุช คงदान, 2550) ในประเทศไทยจากสถิติของสถาบัน

มะเร็งแห่งชาติ (2553) ในผู้หญิง กรุงเทพมหานครพบ 445 ราย เพชรบูรณ์ 34 ราย นครราชสีมา 36 ราย ชุมพร 30 ราย

1.3. การรักษา

การรักษา มะเร็งเต้านม ประกอบไปด้วยการรักษาแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การรักษาหลัก ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ดังนี้ (เยาวนุช คงदान, 2550)

1.3.1 การผ่าตัด (surgery)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออกจากหน้าอกร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบางส่วนเพื่อความีเซลล์มะเร็งอยู่หรือไม่การผ่าตัดหลักๆ มีอยู่ 4 วิธี ได้แก่

1.3.1.1. การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเนื้องอกออก และเนื้อเยื่อรอบ ๆ เนื้องอกออก นอกจากนี้ยังมีการนำเอาต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณใต้รักแร้ออกมาตรวจพร้อมกับการผ่าตัดเต้านมอีกด้วย

1.3.1.2. การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งข้าง เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอกออกทั้งหมดร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เพื่อการตรวจวินิจฉัย

1.3.1.3. การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งข้างแบบปรับปรุง (modified radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอกออกทั้งหมดร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้, ต่อมน้ำเหลืองใต้ผนังหน้าอกและกล้ามเนื้อผนังหน้าอก

1.3.1.4. การผ่าตัดเต้านมแบบกว้าง (radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอก, กล้ามเนื้อใต้หน้าอก และต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดที่รักแร้ออก

1.3.2. การฉายแสงหรือการฉายรังสี (radiation Therapy) เป็นการรักษาแบบเฉพาะที่ (local therapy) เช่นเดียวกับการผ่าตัดโดยใช้รังสีพลังงานสูงเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งหรือป้องกันเซลล์มะเร็งเติบโต โดยเข้าไปทำลายดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวหรือเพิ่มจำนวนต่อไปได้ มักให้หลังจากการผ่าตัดและแผลหายดีแล้ว โดยทั่วไปจะได้รับการฉายแสง 5 วันต่อสัปดาห์ติดต่อกัน 4-5 สัปดาห์ ผลแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสี หากเป็นผลขณะได้รับการรักษา อาจมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน มักเป็นช่วงสัปดาห์แรกหลังได้รับรังสี ส่วนอาการที่เกิดช่วงหลังจากสิ้นสุดการฉายรังสี อาจมีอาการไอ เป็น ๆ หาย ๆ ไม่รุนแรง (พรศรี คิตชอบ, 2547)

1.3.3. การใช้ยาเคมีบำบัด เป็นการใช้ยาเพื่อหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์ โดยการกำจัดหรือขัดขวางการทำงานของเซลล์ โดยจะมีผลเฉพาะกับเซลล์ที่กำลังเพิ่มจำนวน การขัดขวางนี้จะเกิดขึ้นเมื่อเซลล์กำลังแบ่งตัว วิธีการให้ยามีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดหรือฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อ วิธีการให้ยาขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาแบบทั้งระบบ (systematic therapy) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้ว นอกจากนี้ยังเป็นการรักษาร่วม (adjuvant chemotherapy) หลังการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ แต่อาจมีการใช้ยาเคมีก่อนการผ่าตัดเต้านม (neoadjuvant chemotherapy) เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งกรณีที่มีขนาดก้อนมีขนาดใหญ่ ซึ่งจะทำให้การผ่าตัดทำได้ง่ายขึ้น โดยขนาดก้อนจะยุบลง 60-80% (สุรชาติ จักรกรวีศิริสุข, 2552) เป็นการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค การใช้ยาเคมีบำบัดรักษา มะเร็งเต้านมจะใช้ตัวยา รักษา

ร่วมกันหลายชนิด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฆ่าเซลล์มะเร็ง (ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2547) โดยทั่วไประยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัดจะใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน ซึ่งผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจะขึ้นอยู่กับชนิดของยา เช่น ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เกิดแผลที่เย็บช่องปาก (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2547)

1.4. การจำแนกระยะการดำเนินโรค

การแบ่งกลุ่มโรคตามความรุนแรง เพื่อจะบอกระดับความรุนแรงของโรค ช่วยให้สามารถเลือกวิธีการรักษาได้เหมาะสม เพื่อการพยากรณ์โรค และสามารถเปรียบเทียบผลการรักษาแต่ละวิธี แบ่งระยะการเกิดโรคมะเร็งได้ดังต่อไปนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546)

ระยะ 0 : เป็นระยะที่เรียกว่า มะเร็งก่อดำ ยังไม่กินทะลุเยื่อ สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเก็บเต้านมได้ และตามด้วยการฉายแสง โดยไม่ต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองออก หรือบางครั้งก็สามารถเลือกรับประทานฮอร์โมนต้านมะเร็ง

ระยะ 1 : ถือเป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น โดยมีขนาดของก้อนมะเร็งน้อยกว่า 2 เซนติเมตร และไม่มีมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 2 : มีขนาดของก้อนมะเร็งน้อยกว่า 2 เซนติเมตรแต่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนขนาด 2-5 เซนติเมตรที่อาจจะมีเซลล์มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองหรือไม่ก็ได้ และก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร แต่ไม่มีมีการกระจายของเซลล์ไปต่อมน้ำเหลือง

ในระยะที่ 1 และ 2 นี้อาจรักษาโดยการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมแล้วตามด้วยการฉายแสง หรือการตัดเต้านมทั้งขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อน ชนิดของเซลล์มะเร็ง อาจได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังจากการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด ซึ่งการให้ยาเคมีบำบัดทั้งสองแบบมีจุดประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง

ระยะ 3 : เป็นระยะที่มีขนาดของก้อนใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร ร่วมกับมีการกระจายของเซลล์ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เต้านมอาจมีบวม แดง และมีการอักเสบร่วมด้วย ทั้งนี้อาจมีการอุดตันของท่อน้ำเหลืองบริเวณผิวหนังอันเกิดจากเซลล์มะเร็ง ในระยะนี้มักจะได้รับ การรักษาทั้งการรักษาเฉพาะที่ได้แก่การผ่าตัดและการฉายแสง และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ระยะ 4 : เป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นหรือมีการกลับเป็นซ้ำ รักษาแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีความทรมาณจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นน้อยลง มีชีวิตยืนยาวออกไป โดยการรักษาแบบ Systematic therapy ด้วยฮอร์โมนหรือเคมีบำบัด

2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ในปี ค.ศ.1975 Pender ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของ Pender ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา Pender ได้เห็นความจำกัดของโมเดลการป้องกันสุขภาพ คือเป็นโมเดลทางสุขภาพเชิงลบ เพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยง แต่การยกระดับสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นโมเดลเชิงบวก Pender จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 ได้เสนอแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและทฤษฎีคุณค่าแห่งความหวัง ต่อมา ปี ค.ศ.1987 ได้ปรับปรุงรูปแบบการ

ส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาใหม่ โดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ 1. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factor) 2. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive – perceptual factor) 3. ปัจจัยด้านการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Participation in health promoting behaviors) แต่พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีปัจจัยบางอย่างไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาใหม่ในปี ค.ศ.1996 ซึ่งได้กล่าวถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น เรียกว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า เป็นการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านบวกที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้ซึ่งความผาสุก ในปี ค.ศ. 2002 Pender ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีการพัฒนาตามข้อตกลงเบื้องต้นของรูปแบบจำลองในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1. ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

2.1.1. บุคคลแสวงหาภาวะการมีชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน

2.1.2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง

2.1.3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง

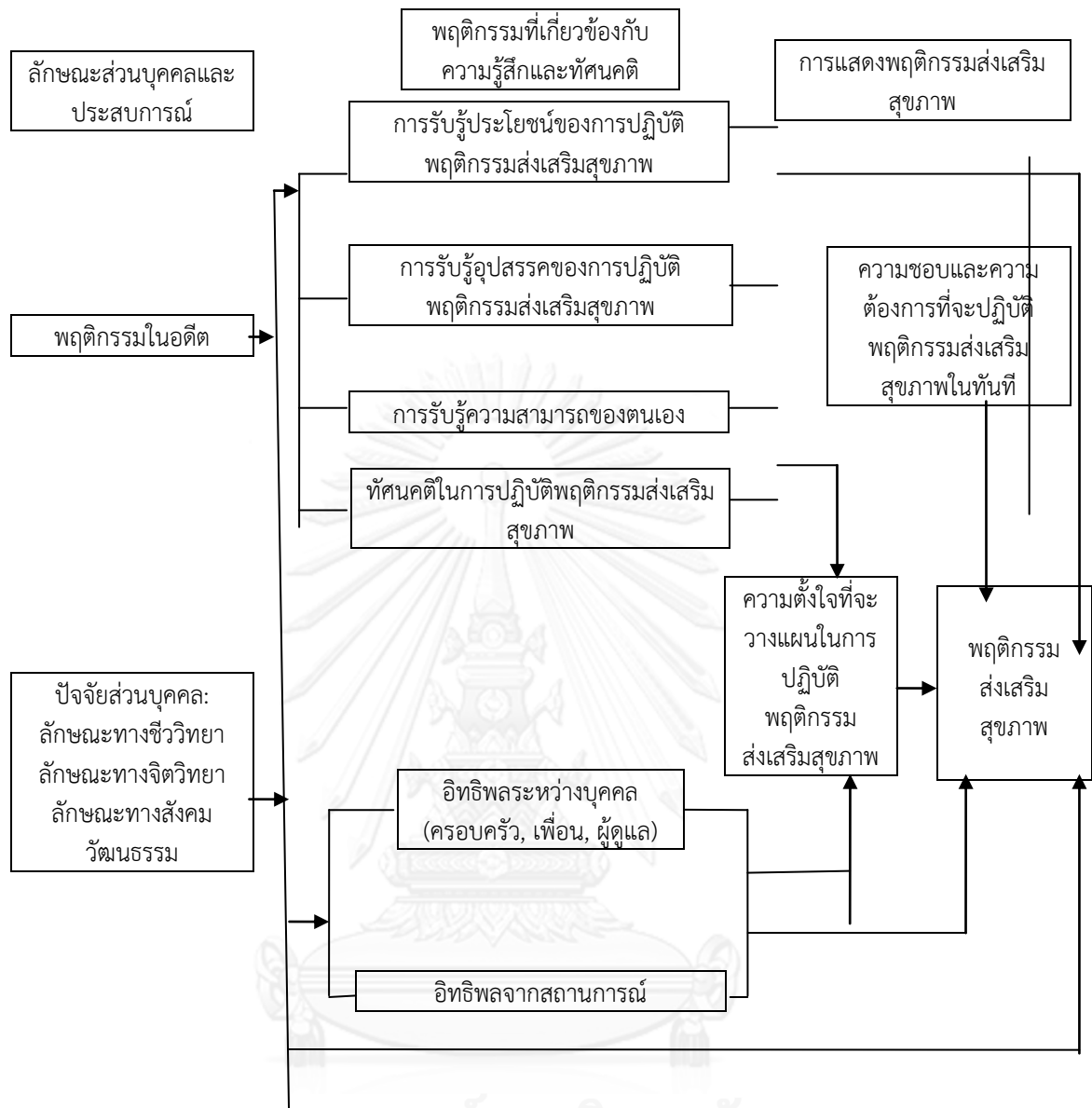
2.1.4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

2.1.5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

2.1.6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

2.1.7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.2. สารของทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (outcome expectancies) จากทฤษฎีคุณค่าแห่งความหวัง (self-efficacy expectancies) และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 นี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนสมมติฐานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ



ภาพที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised) ที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006 : 50)

2.3. มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006: 51 - 57) ดังนี้

2.3.1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในมโนทัศน์หลักนี้ Pender ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

2.3.1.1. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ปัจจัย

ด้านพฤติกรรมในอดีตเป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือน ๆ กันหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

2.3.1.2. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.3.1.2.1. ปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

2.3.1.2.2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

2.3.1.2.3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจโดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้อันเฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ซึ่งมีผลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล ไม่ได้ศึกษาตัวแปรด้านอายุ เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ และอุบัติการณ์และความชุกของมะเร็งเต้านมอยู่ในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน คือช่วงอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป จะพบโรคมามากกว่ากลุ่มอายุอื่น

2.3.2. ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์หรือกิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 6 มโนทัศน์ ดังนี้

2.3.2.1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.3.2.2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers

to action) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3.2.3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้และรับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.3.2.4. ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) หมายถึง

ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.3.2.5. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง

พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.2.6. อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) หมายถึง

การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่ง ที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูด หรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยไม่ได้ศึกษาความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ เนื่องจากความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถของตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลมีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและทักษะในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะเป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลบรรลุพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองมาก แสดงว่าบุคคลมีความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมทางบวกมากด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับปัจจัยด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ซึ่งเป็นการคำนึงถึงเงื่อนไขที่มาสสนับสนุน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ทางการเงินหรือแรงงาน และการประเมินการตัดสินใจ ซึ่งจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

2.3.3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

2.3.3.1. ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3.3.3.2. ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3.3.3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

ในการศึกษาครั้งนี้ในด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในระยะหลังการรักษาครบทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

3. แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

3.1. ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในส่วนของบุคคล ครอบครัว และชุมชน จากเป้าหมายดังกล่าวมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1981) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไว้ว่าเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

Gochman and Davis (1988) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการแสดงที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งพฤติกรรมที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ เช่นภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และการรับรู้

Palank (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำด้วยตนเองและปฏิบัติแตกต่างกันไปตามแต่ละช่วงกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด

Murray and Zentner (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า ถ้าได้ปฏิบัติแล้วตนเองต้องมีสุขภาพดี และได้ลงมือกระทำ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

Pender (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยมีจุดเน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น

แบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ ส่งผลให้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ การที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นประจำและต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำไปสู่ความผาสุกของชีวิตในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายส่วนประกอบของพฤติกรรม รูปแบบที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันคือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) ในการศึกษาครั้งนี้เลือกแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (2006) ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับบุคคลในทุกกลุ่มอายุ

3.2. ปัญหาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ในปัจจุบันมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น มีเทคโนโลยีและเครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่ทันสมัย ทำให้ตรวจพบได้ง่ายขึ้น ประกอบกับการรักษาที่ก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ ด้วยการผ่าตัด การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด เพื่อเพิ่มอัตราการหาย เพิ่มระยะเวลาการปลอดโรค และระยะเวลาของชีวิตอยู่ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2549) จากเทคโนโลยีการรักษาดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Demark-Wahnefried, Lee and Jones, 2008; Chalasani, Downey and Stopeck, 2008)

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำภายใน 5 ปีภายหลังสิ้นสุดการรักษาสูงถึงร้อยละ 45 (Stokes et al., 2008) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน มากกว่าคนทั่วไป โดยในคนกลุ่มนี้พบโรคแทรกซ้อนร้อยละ 68.7 (Ogle et al., 2000; Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland and Pito, 2005) จากการกลับเป็นมะเร็งซ้ำและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการตายในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงเป็น 3-5 เท่าของคนปกติ (Chlebowski, Aiello and McTiernan, 2002; Chalasani et al., 2008)

ดังนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ โรคแทรกซ้อนดังกล่าว และเพื่อผลการรักษา การดำเนินโรคที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาควรปฏิบัติ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของ Pender (2006) ทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การกระทำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการ สนใจเอาใจใส่สุขภาพตนเอง โดยมาติดตามการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพถือว่ามีความสำคัญมาก การสนใจแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ของมีนเมาหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นโทษต่อร่างกาย (Demark-

Wahnefried and Jones, 2008) จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 38 ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 15 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Coups and Ostroff, 2005)

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยมีการออกแรงอย่างสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน (Holmes et al., 2005; Demark-Wahnefried and Jones, 2008) การออกกำลังกายมีผลต่อการส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Fairey et al., 2002; Holmes et al., 2005; Haskell et al., 2007) จากการศึกษา พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการออกกำลังกายน้อยกว่าคนปกติ (Courneya and Friedenreich, 2007) และมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (Gjerset et al., 2011)

3. ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารโดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์สีแดง และรับประทานธัญพืช อาหารที่มีกากใยสูงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โดยรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันและเนื้อสัตว์สีแดง (Jau-Fei, 2004; Bellizzi et al., 2005; Demark-Wahnefried and Jones, 2008; Doyly et al., 2012) อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (พิชราภรณ์ อารีย์ และคณะ, 2550) จากการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนร้อยละ 70 และมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังมากกว่าคนทั่วไป (Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland and Pito, 2005) ไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากเชื่อว่าอาหารไม่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Beagan and Chapman, 2004)

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบ ในการติดต่อกับบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรสุขภาพ ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจหรือด้านการเงิน ทำให้ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ และลดความเครียด นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังสิ้นสุดการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้ขาดความมั่นใจ มีผลต่อบทบาทการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ลดการเข้าร่วมงานต่าง ๆ ในสังคม (ชลียา วามะลุนและคณะ, 2553)

5. ด้านการจัดการความเครียด (stress Management) เป็นวิธีหรือการกระทำกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบ กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจ รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Pender, 2006) การทำจิตใจให้แจ่มใส ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกทางลบ ทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมฟื้นตัวภายหลังการรักษาได้เร็ว จะมีช่วงปราศจากอาการแทรกซ้อนยาวนานขึ้น เนื่องจากความสุขจะเพิ่มการผลิตเอนโดรฟินในสมองซึ่งช่วยกระตุ้นต่อมไทมัสให้สร้างภูมิคุ้มกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jau-Fei, 2004) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดมีความเครียดและความวิตกกังวล ร้อยละ 80 และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลัง

การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา มีความเครียดและความวิตกกังวลร้อยละ 73 (Bender et al., 2005) การศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการเกิดมะเร็งซ้ำ พบว่าร้อยละ 28.7 มีการจัดการความเครียดที่ไม่ดี ซึ่งพบว่าความเครียดมีผลทำให้ทกภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Palesh et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yi et al., 2012 พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานของการพัฒนาความเป็นมนุษย์ที่มีความสำคัญกับสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ซึ่งบุคคลต้องมีอยู่ตลอดเวลาทุกสถานที่ ดังนั้นจิตวิญญาณจึงเป็นมิติหนึ่งของความเป็นองค์รวมของมนุษย์ ต้องมีการคงไว้ซึ่งความหวังและการได้รับความหมายจากประสบการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งคือมีมุมมองในชีวิตหรือวิถีในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง มีความรัก มีการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต การให้อภัย ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การตระหนักและยอมรับในคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (Pender, 2006) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษากรบ ที่มีมุมมองในชีวิตหรือวิถีในการดำเนินชีวิตที่ดี โดยรู้จักและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ ทราบเป้าหมายในชีวิตและความต้องการของตนเอง ยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ภายหลังจากการรับการรักษา จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษากรบ มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย มีผลต่อการคงไว้ซึ่งความหวัง และรบกวนการได้รับความหมายจากประสบการณ์มะเร็ง (ทิพาพร วงศ์หงส์กุลและคณะ, 2546; จิตรา ศิวรักษ์ และคณะ, 2555)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษากรบ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

3.3. ผลกระทบของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษากรบ

3.3.1. หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสมเช่นการรับประทานไขมัน จะเพิ่มอัตราการตายจากโรคมะเร็งและเพิ่มอัตราการเกิดเป็นมะเร็งซ้ำภายใน 5 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังเช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Demark-Wahnefried, Lee and Jones, 2008)

3.3.2. หากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

3.3.3. มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Demark-Wahnefried, Lee and Jones, 2008)

3.3.4. การเกิดเป็นมะเร็งซ้ำทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งในระดับครอบครัว สังคม สถานบริการสุขภาพ และในระดับประเทศ (Stokes et al, 2008)

3.3.5. บทบาทในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไปต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ซึมเศร้าและหมดหวัง หมดแรงจูงใจ

3.4. การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบ เครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่มุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี มีการพัฒนาดังนี้

3.4.1. แบบประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัย (The Lifestyle and Health Habits Assessment: LHHA) โดย Pender ในปี ค.ศ. 1982 (Pender, 1982 cite in Walker, Sechrist and Pender, 1987) เพื่อให้พยาบาลในคลินิกใช้ในการประเมินแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย 10 ด้าน ได้แก่กิจวัตรการดูแลสุขภาพ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โภชนาการ การควบคุมสิ่งแวดล้อม รูปแบบการนอนหลับ การใช้บริการสุขภาพ และการจัดการความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ

3.4.2. แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP) โดย Walker, Sechrist and Pender ในปี ค.ศ. 1987 พบว่าแบบประเมิน LHHA มีความซ้ำซ้อน เนื้อหาขาดความชัดเจน และทดสอบความตรงในเนื้อหารายข้อพบว่าบางข้อมีความตรงในเนื้อหาระดับต่ำ จึงมีการปรับปรุงเครื่องมือ LHHA เป็นเครื่องมือประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (HPLP) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การสนับสนุนระหว่างบุคคล โภชนาการ และการจัดการความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือก 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

3.4.3. แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II: HPLP II) โดย Walker, Sechrist and Pender ในปี ค.ศ. 1995 ได้นำแบบประเมิน HPLP มาปรับปรุงโดยเน้นปัจจัยด้านแรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและปรับให้พฤติกรรมมีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย มีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน โดยเปลี่ยนจากความสำเร็จในชีวิตเป็นการเจริญทางจิตวิญญาณ การออกกำลังกายเปลี่ยนเป็นกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนระหว่างบุคคลเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้มีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการศึกษาวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากครอบคลุมทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ในประเทศไทยมีการนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาใช้อย่างแพร่หลาย สุวคนธ์ กุรัตน (2539) ได้นำแบบประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัย (LHHA) มาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, จิตรา จันชนะกิจ (2541) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามของสุวคนธ์ กุรัตน (2539) ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและด้านลบ จำนวน 40 ข้อ และศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้ใช้แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II: HPLP II) โดยแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบการแปลหาความเชื่อมั่นโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่น .85 และนำไปศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และ ต่อมาได้มีการดัดแปลงแบบสอบถามของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวคิดของ Pender (1987) หลัททัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547)

ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ชลธิชา เรือนคำ (2547) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วาสนา ครุฑเมือง (2547) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ สมหมาย วงษ์กระสัน สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธบาท ซึ่งพินิตนาฏ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) นำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสมหมาย วงษ์กระสัน มาดัดแปลงประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา หาคความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ พินิตนาฏ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบ

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบ

ในการศึกษาคั้งนี้เลือกตัวแปรต้น โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) เป็นกรอบในการศึกษา ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียด

4.1. ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล

4.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ตามแนวคิดของ Pender (2006) กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่

4.1.1.1. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้สามารถตัดสินใจและพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ได้ จากการศึกษาของ Patterson et al. (2003), Mayer et al. (2006) และ Rabin (2011) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำเนื่องจากการแสวงหาความรู้ทางสุขภาพจากเทคโนโลยี สื่อที่ทันสมัยทางอินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับการศึกษาของ Gjerset et al. (2011) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการรักษาของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม แต่จากการศึกษาของพินิตนาฏ ชำนาญเสื่อ (2552) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และเคมีบำบัด และจากการศึกษาของ Yi et al. (2012) พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

4.1.1.2. รายได้ เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เอื้ออำนวยให้ตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ผู้มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) จากการศึกษาของ พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ (2552) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา Mayer (2006) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

4.1.2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต เป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาจนได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) มีส่วนช่วยให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 2006) จากการศึกษาของ Hsu et al. 2011 พบว่าพฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายในอดีตเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบได้ ดังนั้นจึงคาดว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

4.2. ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

4.2.1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินถึงประโยชน์ที่ได้รับโดยคำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Pender, 2006) จากการศึกษาของ Hsu et al. (2011) และ Sander et al. (2012) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แบบวัดการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Exercise Benefit/Barrier Scale: EBBS) ของ Sechrist, Wallker and Pender (1987) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ประกอบด้วย 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ระดับมาตรวัด 4 ระดับ นำไปใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี จำนวน 650 คน ผลการศึกษาพบว่าข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกันจึงตัดออกเหลือข้อคำถาม 29 ข้อ หากความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

ในประเทศไทย ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Pender (1996) ระดับมาตรวัด 3 ระดับ คือไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจและเห็นด้วย มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 หากความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดซ้ำได้เท่ากับ .89 และ ต่อมาได้มีการดัดแปลงมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ชลธิชา เรือนคำ (2547) สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วาสนา ครุฑเมือง (2547) สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ในการประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ ของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) มาดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

4.2.2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงอุปสรรคจะมีผลโดยตรงที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งขัดขวางหรือจูงใจให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ได้แก่ การรับรู้ความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากในการกระทำ (Pender, 2006) หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมาก ก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่หากรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อยจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) จากการศึกษาของ Hsu et al. (2011) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Exercise Benefit/Barrier Scale: EBBS) ของ Sechrist, Wallker and Pender (1987) ได้สร้างเครื่องมือการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Exercise Benefit/Barrier Scale: EBBS) ในด้านการรับรู้อุปสรรคแบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ระดับมาตรวัด 4 ระดับ พบว่ามีข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกันจึงตัดออกเหลือข้อคำถาม 14 ข้อ หากความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ในประเทศไทยมีการใช้แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมของจิตรา จันชนะกิจ (2541) มีข้อคำถามด้านการรับรู้อุปสรรค 8 ข้อ ระดับมาตรวัด 4 ระดับ หากความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ชลธิชา เรือนคำ , 2547) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) โดยใช้กรอบแนวคิดของ (Pender, 1996)

ในการประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ ของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) มาดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

4.2.3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับ

ความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้และรับรู้ว่าจะมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะเป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้ (Pender, 2006) นอกจากนี้ Bandura (1986) (อ้างถึงใน ตรีพร ชุมศรี, 2548) กล่าวว่าความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการ

กระทำกิจกรรม โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (หญทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547; ธรพล เจนวิทยา, 2549)

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Sherer et al. (1982) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยศึกษา 3 ด้าน ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะเริ่มต้นกระทำพฤติกรรม ความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ และการเผชิญอยู่กับความลำบากในการคงอยู่ของพฤติกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ปรับปรุงจนเหลือ 23 ข้อ ระดับมาตรวัด 4 ระดับ พบว่ามีข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกันจึงตัดออกเหลือข้อคำถาม 14 ข้อ

ในประเทศไทย จีร์รัตน์ แหบคงเหล็ก (2543) สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ที่สร้างคิดตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender มีข้อคำถาม 10 ข้อ ระดับมาตรวัด 4 ระดับ นำไปประเมินในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หาคความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 ต่อมาหญทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) สร้างแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ชลธิชา เรือนคำ, 2547) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) โดยดัดแปลงแบบสอบถามของ จีร์รัตน์ แหบคงเหล็ก (2543)

ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ ของหญทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่สร้างตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

4.2.4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้าน อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ทางการเงิน และการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Yi and Kim (2012) พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมสามารถเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับ Emery et al. (2009), Hsu et al. (2011) และ Sander et al. (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการตัดสินใจและความถี่ในการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากเต้านม และการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่ามีผลต่อ Rabin (2011) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในด้านการเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย และการสนับสนุนด้านจิตใจ

ในประเทศไทย ได้มีแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

1. การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้สูงอายุที่กระดุก

สะโพกหักของสิริสุตา ชาวคำเขต (2541) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Blandt and Weinet (1985) แบ่งเป็น 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยได้เท่ากับ .93

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีโรคเบาหวานวัยหมดประจำเดือน ของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ลักษณะของแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ มี 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ด้านการเงินหรือแรงงาน มีมาตรวัด 5 ระดับ หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยได้เท่ากับ .88 และ วนิดา รัตนานนท์ (2545) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 130 ราย หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ตามแนวคิดของ House (1981) มาดัดแปลงให้เป็นบริบทของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

4.3. ภาวะซึมเศร้า

Beck (1979) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ำห็นตนเอง มองตนเองว่าไร้คุณค่า เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สิ้นหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมแยกตัว

Priest (1983) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะจิตใจผิดปกติมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลที่เกิดจากการสูญเสียเช่นสูญเสียบุคคลที่รัก รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ อาจเกิดขึ้นชั่วคราว หรือตลอดไป

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึก เหนื่อยหน่าย หดหู่ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้คุณค่า ไม่อยากมีชีวิตต่อไป และทำร้ายตัวเองในที่สุด

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือการรับรู้ที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ หงุดหงิดง่าย รู้สึกเศร้าใจ หดหู่ อ้างว้าง หมดหวังท้อถอยในชีวิต รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

ภาวะซึมเศร้า พบได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยบางรายนึกถึงความตายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคนรู้จักเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น กลัวการทรมาน กลัวรักษาไม่หาย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งจากตัวโรคมะเร็ง การกลัวการกลับเป็นซ้ำ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; จิตรา ศิวรักษ์ และคณะ, 2555) จากการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังสิ้นสุดการรักษา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 – 30 % (Deshields, et al., 2006) ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง มีผลทำให้การดำเนินของโรคไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Hjerl et al, 2003) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Sellick and Crooks (1999) และ Rabin (2011) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็น

ปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yi and Kim (2012) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการติดตามการออกกำลังกายในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมของ Emery et al. (2009) พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมออกกำลังกายน้อยลง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง และแบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม ในการศึกษาครั้งนี้ขอนำเสนอเฉพาะแบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง เพราะเป็นแบบประเมินที่นิยมในปัจจุบัน ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการด้วยตนเอง ใช้ง่าย สะดวก แบบประเมินที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่มีดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม เป็นแบบวัดที่มีความนิยมในการวินิจฉัยและการตรวจรักษาในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงาน และการทำกิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน มีการแปลผลคะแนนระหว่าง 0 – 9 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 – 15 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 – 19 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 – 29 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 – 63 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .93 ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ ในปี พ.ศ. 2522

2. Center for Epidemiology Depression Scale (CES-D) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะประชากรในชุมชนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมานิยมนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการวัดกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ด้านบวก อาการทางกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .76 ในประเทศไทย วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) มาพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนที่เหมาะสมสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทย มีค่าความเชื่อมั่น .91

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiology Depression Scale (CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนที่เหมาะสมสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทย โดย วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และโรคเรื้อรัง เป็นการวัดกลุ่มอาการ ไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยและมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ (Yi and Kim, 2012) จึงถือว่ามีความเหมาะสมในการนำแบบประเมินนี้มาใช้

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และองค์ความรู้ที่พัฒนาตลอดเวลา รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข เป้าหมายของการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ คือการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่าง ๆ การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นการดูแลสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จึงต้องครอบคลุมสุขภาพในทุกด้าน เป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic approach) นอกจากนี้การดูแลควรรวมถึงการสนับสนุน และส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง อย่างยั่งยืน

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฉายแสง เคมีบำบัด เป็นระยะที่ควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากถึงแม้การรักษาจะสิ้นสุดลงไปแล้ว แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับอาการไม่สบายที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา กังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม พยาบาลจึงควรมีบทบาทสนับสนุนให้กลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (care management) โดยการสร้างทีมและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ สร้างระบบส่งต่อ และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และมีการประสานกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในด้านการมารับการรักษา ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ มีฐานข้อมูลสำหรับติดตามดัชนีชี้วัด ผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วย ทำให้รู้ปัญหาผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care) ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยประสานงานกับทีมสุขภาพให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมด้วยการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ สามารถนำข้อมูลความรู้ทางคลินิกที่มีหลักฐาน (Evidence-based practice) มาเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดทักษะทางคลินิก สร้างเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ การรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ ประยุกต์ความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่น ๆ ในการตรวจประเมินวินิจฉัย และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อน และการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

3. มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration) ประสานความร่วมมือโดยมีการจัดตั้งทีมในการดูแล ประกอบด้วย แพทย์ แพทย์ทางจิตเวช (ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ) พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพ และนักสังคมสงเคราะห์ โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้

ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และต่อเนื่องส่งผลที่ผลลัพธ์การดูแลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4. มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเผชิญปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเศร้าโศก สูญเสีย และความรู้สึกหม่นหมองทางช่วยเหลือ ได้ครอบคลุมทุกวิถีของความเจ็บป่วย และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองโดยใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว

5. ความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย ที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อนโดยประมวลข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่นจัดเป็นหน่วยงานที่เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้รอดชีวิตมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบในด้านการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งซ้ำ การเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลผู้รอดชีวิตมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ อย่างมีคุณภาพ มีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่เกิดความไม่สบายใจเกี่ยวกับสถานะของโรค การปฏิบัติตัว รวมทั้งเรื่องอื่น ๆ

6. ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง วางแผนการให้บริการ พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาล เช่นเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (case management) เพื่อทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย มีการพัฒนาการดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและร่วมกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ สร้างแผนงาน หรือโครงการต่างๆ เพื่อการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีการจัดตั้งชมรมในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ เพื่อให้มีกิจกรรมร่วมกัน ส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มได้มี กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการวางระบบ กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมของโครงการ และพัฒนาแนวปฏิบัติและแผนการดูแล และนำแผนการดูแลไปปฏิบัติและติดตามประเมินผลลัพธ์

7. ความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน โดยการแสวงหาช่องทางแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ให้บริการเฉพาะรายในการดูแลกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการประเมินความเสี่ยง ประโยชน์ของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการ

พยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย โดยรักษาสมดุลระหว่างระบบงบประมาณและเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

8. ความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ติดตาม รวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล ร่วมมือในการทำวิจัยกับทีมสุขภาพรวมทั้งเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัยเผยแพร่ทางวารสารการพยาบาล

9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) โดยการจัดกระทำกับผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ผลลัพธ์คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม นำผลการวิจัยมาวิเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีการจัดวิธีการหรือระบบการดูแลที่ช่วยผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสมและส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งซ้ำลดการเกิดโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะมีอาการโรครุนแรงที่ลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หากพยาบาลปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวที่สนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเกิดซ้ำ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีผลกับการดำเนินชีวิตและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พินิตนาฏ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 300 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด จำนวน 100 คน พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 84.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดุชนิบูล บุตรสีเทา (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 112 คน โดยการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วย 17 คน พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยมาจากความกลัว ความไม่แน่ใจ และความวิตกกังวลจากสภาพของโรคญาติผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนช่วยให้กำลังใจ สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

Yi and Kim (2012) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือการฉายแสง ในประเทศเกาหลี จำนวน

258 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านด้านโภชนาการ อยู่ในระดับสูงที่สุด และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำที่สุด ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal health locus of control: IHLC) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .0001$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .0150$)

Stromborg et al. (1990). ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 385 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พิจารณาตามชนิดของมะเร็งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำที่สุด ($SD = 0.384$)

Demark-Wahnefried et al. (2005) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ด้วยการศึกษาระยะยาวแบบวิเคราะห์ห้ถ้อยแถลง ของงานตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1996 ผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคระยะกึ่งเฉียบพลัน ภาวะอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันลดลง การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จะช่วยลดภาวะเสี่ยงได้ พบว่าผู้รอดชีวิตที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาน้อย จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพน้อย

Emery et al. (2009) ศึกษาโดยการติดตามการออกกำลังกายในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม 5 ปี จำนวน 227 คน พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีกิจกรรมการออกกำลังกายใน 18 เดือนแรก หลังการวินิจฉัย และจะลดการออกกำลังกายใน 42 เดือน พบว่าภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่น้อยลง ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องคือ แรงสนับสนุนของครอบครัว

Sander et al. (2012) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 34 คน พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ($SD = 7.6$) และจะลดการออกกำลังกายในระหว่างการรักษา และจะเพิ่มการออกกำลังกายภายหลังสิ้นสุดการรักษา การรับรู้อุปสรรค การขาดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีผลต่อการออกกำลังกายที่น้อยลง

Atterson et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเสริมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 126 คน มะเร็งต่อมลูกหมาก 114 คน มะเร็งลำไส้ 116 คนพบว่าร้อยละ 20.8 เริ่มมีกิจกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 48 มีการรับประทานอาหารเสริม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลือกรับประทานอาหารเสริมเช่น วิตามินซี อี แคลเซียม ($P < .001$) การเปลี่ยนแปลงรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานผัก ผลไม้ รับประทานเนื้อสัตว์สีแดงน้อยลง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี

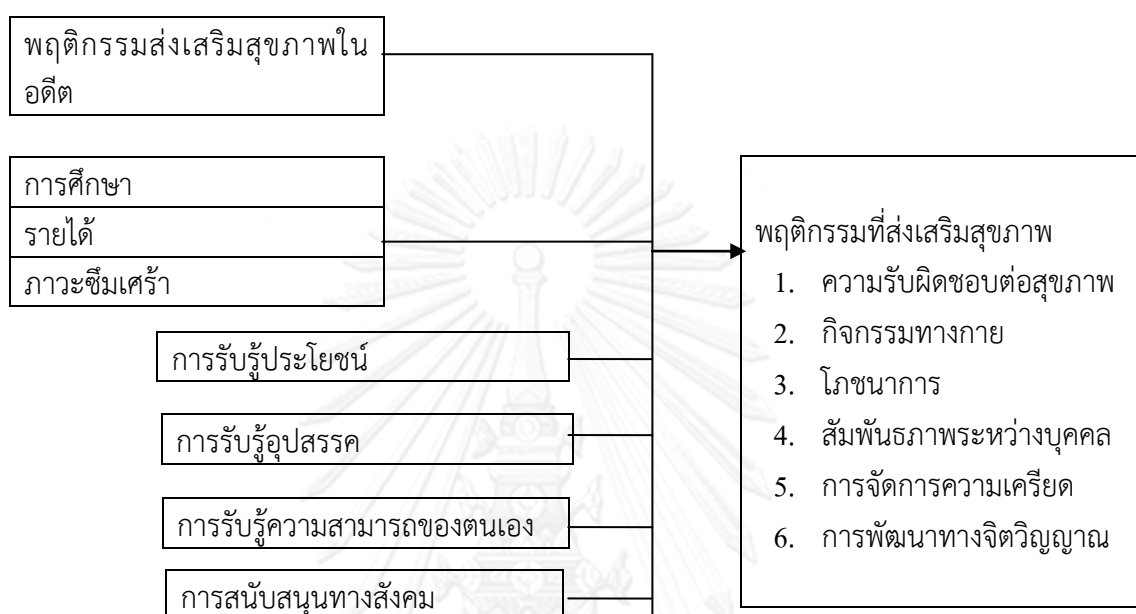
ไขมันสูง ($P < .05$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารเสริม ($P < .05$)

Beasley et al. (2011) ศึกษาปัจจัยด้านการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 4,441 คน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงและไขมันทรานส์ (trans fat) จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับประทานอาหารไขมันไม่อิ่มตัว และไม่รับประทานไขมันทรานส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .01$) การศึกษานี้เสนอแนะว่าหลังการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวที่มีอยู่ในไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ช็อคโกแลต เนื้อมัน และไขมันทรานส์ ในคุกกี้ แครกเกอร์ โดนัท เค้ก เพราะจะทำให้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงโดยรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัวคือ น้ำมันจากพืชถั่วเหลือง ถั่วลิสง ปลา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี (Frank-Stromborg, 1990; Rabin, 2011; Yi and Kim, 2012) โดยด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 38 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 15 มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Coups and Ostroff, 2005) ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการออกกำลังกายน้อยกว่าคนปกติ (Courneya and Friedenreich, 2007) ด้านโภชนาการ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากเชื่อว่าอาหารไม่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Beagan and Chapman, 2004) และพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนร้อยละ 70 และมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังมากกว่าคนทั่วไป (Demark-Wahnefried, Aziz, Rowland and Pito, 2005) ด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน ผู้ร่วมงาน จากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง (ประทุม สร้อยวงศ์ และ ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, 2549) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังสิ้นสุดการรักษาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา กลัวการกลับเป็นซ้ำ (จิตรา ศิวรักษ์ และคณะ, 2555) ด้านการจัดการความเครียด พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดไม่สามารถจัดการความเครียดได้ โดยพบว่ามีอาการเครียดและความวิตกกังวลถึงร้อยละ 80 และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา มีความเครียดและความวิตกกังวลร้อยละ 73 (Bender et al., 2005) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) กล่าวว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมดั้งเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ 6 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ จากแนวคิดดังกล่าว ร่วมกับข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม สรุปเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมดังนี้คือ ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตการรับรู้ประโยชน์ การ

รับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะซึมเศร้า ดังเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดของ Pender (2006)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ที่มีอายุ 18 ปีถึง 59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด และรังสีรักษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบตามแผนการรักษา มีอายุ 18 ปีถึง 59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด รังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี จำนวน 259 คน ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาครบแล้วอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 5 ปี ซึ่งระบุในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย แสดงรายละเอียดของแผนการรักษา
2. การรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยการสอบถามชื่อของผู้ป่วย สถานที่ และเวลา สามารถพูดและสื่อสารอ่านภาษาไทยเข้าใจ
3. อายุ 18-59 ปี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Yi and Kim (2012) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบโดยมีขนาดความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับในระดับต่ำขึ้นไป ($r = .30$) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 259 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและศูนย์มะเร็ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด รังสีรักษา

ของแต่ละโรงพยาบาล และศูนย์มะเร็ง โดยเลือกเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคนหากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากแต่ละสถานที่ตามสัดส่วนของประชากรดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 100 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 100 คน และศูนย์มะเร็งลพบุรีจำนวน 59 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนสัดส่วนของกลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่างในปี 2555

โรงพยาบาล/ศูนย์	จำนวนประชากรต่อปี (N)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	460	100
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	450	100
ศูนย์มะเร็งลพบุรี	300	59

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ วิธีการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพนิตนาฎ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 6 ข้อ กิจกรรมทางกาย 2 ข้อ โภชนาการ 4 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และการจัดการความเครียด 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

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

การแปลผลคะแนนโดยรวม หากมีคะแนนรวมมากแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตมาก พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชูศรีวงศ์รัตน์, 2541)

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
24.0 – 48.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
48.1 - 72.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
72.1 - 96.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 6 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
6.0 – 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
12.1 - 18.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
18.1 - 24.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตรายด้าน ด้านกิจกรรมทางกาย 2 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
2.0 – 4.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
4.1 - 6.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
6.1 - 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตรายด้าน ด้านโภชนาการ 4 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตรายด้าน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตรายด้าน ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตรายด้าน ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

8.1 - 12.0 ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

12.1 - 16.0 ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ พินิตนาฏ ชำนาญเสื่อและคณะ (2552) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ กิจกรรมทางกาย 2 ข้อ โภชนาการ 4 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และการจัดการความเครียด 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

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

การแปลผลคะแนน โดยรวมทั้งฉบับ หากมีคะแนนรวมมากแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541)

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
25.0 - 50.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
50.1 - 75.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
75.1 - 100.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
7.0 - 14.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
14.1 - 21.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
21.1 - 28.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านกิจกรรมทางกาย 2 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย
2.0 - 4.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
4.1 - 6.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
6.1 - 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านโภชนาการ 4 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย

4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี	
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง	
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี	
การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 4		
ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้		
ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย	
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี	
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง	
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี	
การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4		
ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้		
ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย	
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี	
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง	
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี	
การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ		
พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้		
ช่วงคะแนน	การแปลความหมาย	
4.0 – 8.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี	
8.1 - 12.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง	
12.1 - 16.0	ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี	
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัย		
ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของหญิง พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2006) โดยดัดแปลงข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม		
ในระยะหลังการรักษาครบ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ		
ประกอบด้วยข้อความทางบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อความ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และข้อ		
คำถาม ด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อความข้อ 2 ให้คะแนนดังนี้		
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
ไม่เห็นด้วย	2	3
เห็นด้วย	3	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัย		
ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของหญิง พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2006) โดยดัดแปลงข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม		

ในระยะเวลาหลังการรักษากรบ มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ให้คะแนนเท่ากับ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
ไม่เห็นด้วย	2
เห็นด้วย	3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของหลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2006) โดยดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะเวลาหลังการรักษากรบ มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ให้คะแนนเท่ากับ
ไม่มั่นใจเลย	1
มั่นใจเล็กน้อย	2
มั่นใจมาก	3
มั่นใจมากที่สุด	4

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชิ่งวินดา รัตนานนท์ (2545) ตามแนวคิดของ House (1981) โดยดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะเวลาหลังการรักษากรบ ลักษณะของแบบสอบถาม มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ให้คะแนนเท่ากับ
ไม่เป็นจริงเลย	1
เป็นจริงเล็กน้อย	2
เป็นจริงส่วนใหญ่	3
เป็นจริงมากที่สุด	4

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiology Depression Scale: CES-D) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนที่เหมาะสมสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทย โดย วิไล คุปต์นิรัตน์กุล และพนม เกตุมาน (2540) ที่สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 20 ข้อ และแบ่งเป็น 4 ส่วน คืออารมณ์ซึมเศร้า มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 6, 9, 10, 14 อารมณ์ด้านบวก มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 8, 12, 16 อาการทางกาย ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 7, 11 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ข้อ 15, 19 ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 8, 12, 16 และข้อคำถาม ด้านลบ จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20 ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่มีความรู้สึก	3	0
รู้สึกนาน ๆ ครั้ง	2	1
รู้สึกค่อนข้างบ่อย	1	2
รู้สึกบ่อยครั้ง	0	3

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 – 60 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดถ้าน้อยกว่า 19 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่หากมีคะแนนรวมทั้งหมดมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และถ้ามีค่าคะแนนสูงขึ้นแสดงว่ายังมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรฐาน หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 คน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อความ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 8 ส่วน ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

ระดับการแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับคือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุง จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์

จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และ

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .86, .83, 1.00, 1.00, .86, .86 และ .83 ตามลำดับ
ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์จำนวน 5 ข้อ คือ

ข้อ 6 ท่านมารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี แม้เป็น ท่านตรวจสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำทุกปี

ข้อ 8 ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวันที่มีการใช้แรงในระดับเบาถึงปานกลาง เช่น กวาดดูบ้าน ซักผ้า แม้เป็น ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวันที่มีการออกแรง เช่น กวาดดูบ้าน ซักผ้า

ข้อ 10 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู แม้เป็น ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์สีแดง เช่น หมู เนื้อ เครื่องในสัตว์

ข้อ 13 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม แม้เป็น ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับบุคคลในครอบครัวและในสังคม เช่น การไปงานบวช งานสังสรรค์

ข้อ 18 ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ หรือละหมาด แม้เป็น ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือ เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ละหมาด

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน เสนอแนะให้ตัดข้อความข้อ 9 ท่านเลือกการเดินทางขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน หรือเลือกเดินทางขึ้นรถเนื่องจากข้อความไม่ครอบคลุมกับทุกกลุ่มคน และเสนอแนะให้เพิ่มข้อความด้านโภชนาการจำนวน 1 ข้อ คือ ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้งทอด ทอด อาหารหมักดอง เช่น แครกหมู แหนม ไส้กรอก ไก่ทอด ลูกชิ้น ก๋วยเตี๋ยว

2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในบางข้อคล้ายกับแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนเสนอแนะให้เพิ่มข้อความด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ ภายหลังการรักษาท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง ดังนั้นแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจาก 24 ข้อเป็น 25 ข้อ

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์จำนวน 1 ข้อ คือ

ข้อ 4 ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่ฉันเป็นได้ แม้เป็น ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การเกิดโรคมะเร็งซ้ำ โรคเรื้อรังต่าง ๆ

4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์จำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 1 การรับประทานผัก ผลไม้ วันละ 5 มื้อต่อวันเป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน แม้เป็น การรับประทานผัก ผลไม้ ทุกวันเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก

ข้อ 5 เป็นการยุ่งยากในการไปขอรับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล เมื่อฉันมีอาการผิดปกติ เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม ปวดตามกระดูก เหนื่อยง่ายสำหรับฉัน แม้เป็น การไปขอรับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาลเมื่อฉันมีอาการผิดปกติ เป็นเรื่องยุ่งยาก

5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะใน

การปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์จำนวน 1 ข้อ คือ

ข้อ 2 ฉันมั่นใจว่าสามารถเลือกวิธีออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของฉัน แก่เป็น ฉันมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกาย ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นประจำ

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน เสนอแนะให้เพิ่มข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ ฉันมั่นใจว่าสามารถสังเกต และประเมินอาการผิดปกติที่ต้องรีบไปพบแพทย์ เช่น แขนบวม ปวดตามกระดูก เหนื่อยง่าย

ดังนั้นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจาก 7 ข้อ เป็น 8 ข้อ

6. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับ ภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์จำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 4 ฉันได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจขณะเจ็บป่วย แก่เป็น ฉันได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจขณะเจ็บป่วย

ข้อ 5 ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่จาก บุคลากรทางการแพทย์ แก่เป็น ฉันได้รับข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน

ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ตัดข้อคำถามข้อ 6 ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน เนื่องจากข้อคำถามมีความซ้ำซ้อนกับข้อ 5

ดังนั้นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจาก 16 ข้อ เป็น 15 ข้อ

7. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษา และการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์บางข้อ คือ ข้อ 7 ฉันรู้สึกไม่อยากทำสิ่งต่าง ๆ แก่เป็น ฉัน รู้สึกว่าต้องฝืนในการทำทุก ๆ สิ่ง

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วนที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1991) จึงจะถือว่า มีความเที่ยงที่อยู่ในระดับดี แบบสอบถามทุกฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ในเกณฑ์ ระดับดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ความตรงตามเนื้อหา (CVI)	สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
		ทดลองใช้	ใช้จริง
1. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต	.86	.70	.83
2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.83	.88	.85
3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1.00	.84	.88
4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1.00	.81	.83
5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง	.86	.85	.85
6. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	.86	.93	.91
7. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	.83	.85	.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด รังสีรักษา ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในแต่ละวัน โดยเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคนหากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วย

ตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และทำการสัมภาษณ์จำนวน 3 ราย ที่ในผู้ที่สายตาไม่ปกติอ่านหนังสือไม่ชัดเจน

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่เสร็จสมบูรณ์โดยมีกิจกรรมอื่นที่ต้องทำก่อน ก็ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมเสร็จ ซึ่งพบจำนวน 4 ราย ได้รับการเรียกเข้าไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา จึงให้เข้าพบแพทย์ก่อน แล้วจึงขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากการตรวจเสร็จ และจำนวน 1 ราย หลังเข้าพบแพทย์ แจ้งว่าต้องไปทำธุระต่างจังหวัดด่วน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์ จึงทำการเก็บข้อมูลใหม่

7. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

8. ดำเนินการเช่นเดียวกันในข้อ 3 ถึงข้อ 7 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดคือ 259 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนครินทร์ และศูนย์มะเร็งลพบุรี ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โดยการหาค่าค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์

3.1. รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3.2. ระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank order correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ และศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาไปแล้ว 1 เดือนขึ้นไป แต่ไม่เกิน 5 ปี จำนวน 259 คน ผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จากปัจจัยด้าน รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ
 ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส
 ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการรักษาที่ได้รับ

คุณลักษณะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลัง การรักษาครบ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30-39	29	11.20
40-49	70	27
50-59	160	61.80
สถานภาพสมรส		
โสด	62	23.90
คู่	145	56
หม้าย/หย่า	39	15.10
แยกกันอยู่	13	5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	2.70
ประถมศึกษา	101	39
มัธยมศึกษา/ปวช	57	22
อนุปริญญาตรี/ปวส	17	6.60
ปริญญาตรี	64	24.70
สูงกว่าปริญญาตรี	13	5
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	7	2.70
ค้าขาย	53	20.50
รับราชการ	45	17.40
รับจ้าง	56	21.60
พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	28	10.80
อื่นๆ	70	27
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	14	5.40
5,000-10,000	65	25.10
10,001-15,000	54	20.80
15,001-20,000	42	16.20
มากกว่า 20,000	84	32.40
ความเพียงพอของรายได้		

คุณลักษณะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลัง การรักษาครบ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	184	71
ไม่เพียงพอ	75	29
การรักษาที่ได้รับ		
การผ่าตัด	24	9.30
ให้ยาเคมี	15	5.80
ฉายแสง	12	4.60
การผ่าตัดร่วมกับให้ยาเคมี	35	13.50
การผ่าตัดร่วมกับฉายแสง	18	6.90
ให้ยาเคมีร่วมกับฉายแสง	10	3.90
รักษาทั้ง 3 วิธี	145	56

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 259 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 56 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 ส่วนความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 71 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาพร้อมกันทั้ง 3 วิธี คือทั้งการผ่าตัดให้ยาเคมี ฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 56

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำแนกรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
	\bar{X}	มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	23.62	3.08	ระดับดี
ด้านกิจกรรมทางกาย	5.93	1.26	ระดับปานกลาง
ด้านโภชนาการ	10.93	2.47	ระดับปานกลาง
ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	12.54	2.18	ในระดับดี
ด้านการจัดการความเครียด	13.53	2.13	ในระดับดี
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	14.36	1.71	ในระดับดี
โดยรวม	80.92	8.31	ระดับดี

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 80.92$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 23.62, 12.54, 13.53, 14.36) ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 5.93, 10.93)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนมในระยะหลังการรักษาครบ

	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
	ในอดีต		ปัจจุบัน	
	(\bar{X})	(S.D.)	(\bar{X})	(S.D.)
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	17.00	3.85	23.62	3.08
ด้านกิจกรรมทางกาย	5.93	1.26	6.51	1.37
ด้านโภชนาการ	10.93	2.47	12.57	2.40
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	12.54	2.18	13.11	2.32
ด้านการจัดการความเครียด	13.13	2.34	13.53	2.13
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	13.87	1.78	14.36	1.71
โดยรวม	73.41	8.98	80.92	8.31

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต (\bar{X} = 80.92, 73.41) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุดคือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (\bar{X} ปัจจุบัน = 23.62, \bar{X} อดีต = 17)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
รายได้	$r = .13$.04
ระดับการศึกษา	$\rho = -.02$.76
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต	$r = .80$.00
การรับรู้ประโยชน์	$r = .47$.00
การรับรู้อุปสรรค	$r = -.40$.00
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$r = .54$.00
การสนับสนุนทางสังคม	$r = .50$.00
ภาวะซึมเศร้า	$r = -.38$.00

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เรียงลำดับค่าความสัมพันธ์จากสูงไปต่ำดังนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ($r = .80$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .54$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .50$) และการรับรู้ประโยชน์ ($r = .47$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รายได้ ($r = .13$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -.40$ และ $-.38$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จากปัจจัยด้าน รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ลำดับ ขั้น	ตัวแปรทำนาย	R	R ²	R ² change	F	p-value
1	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต	.80	.63	.63	443.96	.00
2	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต และการรับรู้ประโยชน์	.84	.71	.08	68.77	.00
3	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ ความสามารถของตนเอง	.86	.74	.03	25.51	.00
4	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้การรับรู้อุปสรรค	.86	.75	.01	8.05	.01
5	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้การรับรู้อุปสรรคและการ สนับสนุนทางสังคม	.87	.75	.01	5.18	.02

F = 5.175, p < .05

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่า การทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีตัวแปรทำนายที่มีลำดับขั้นการทำนายจากตัวแปรลำดับที่ 1 ถึงตัวแปรลำดับที่ 5 ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ร้อยละ 75

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จากปัจจัยด้าน รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise multiple regression (n=259)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E. _b	β	t	p-value
1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต	.62	.03	.67	19.53	.00
2 การรับรู้ประโยชน์	.34	.08	.16	4.00	.00
3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.26	.10	.12	2.73	.01
4 การรับรู้การรับรู้อุปสรรค	-.21	.09	-.09	-2.38	.02
5 การสนับสนุนทางสังคม	.18	.05	.09	2.28	.02
constant	15.53	4.01		3.88	.00

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุดคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .67 รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .16 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .12 การรับรู้การรับรู้อุปสรรค มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.09 และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .094 ตัวแปรทั้งห้าร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .87 (R= .87) โดยสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ}} = 15.53 + .62_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต}} + .34_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .26_{\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}} - .21_{\text{การรับรู้การรับรู้อุปสรรค}} + .18_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ}} = .67_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต}} + .16_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .12_{\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}} - .09_{\text{การรับรู้การรับรู้อุปสรรค}} + .09_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ
2. การรับรู้อุปสรรค และ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ
3. ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและ ภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบตามแผนการรักษา มีอายุ 18 ปีถึง 59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด รังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี จำนวน 259 คน ที่มีคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาครบแล้วอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 5 ปี ซึ่งระบุในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย แสดงรายละเอียดของแผนการรักษา
 2. การรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยการสอบถามชื่อของผู้ป่วย สถานที่ และเวลา สามารถพูดและสื่อสารอ่านภาษาไทยเข้าใจ
 3. อายุ 18-59 ปี
 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power

Analysis for Sample Size โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Yi and Kim (2012) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบโดยมีขนาดความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับในระดับต่ำขึ้นไป ($r = .30$) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 259 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและศูนย์มะเร็ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และศูนย์มะเร็งลพบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม เคมีบำบัด รังสีรักษา ของแต่ละโรงพยาบาล และศูนย์มะเร็ง โดยเลือกเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคนหากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากแต่ละสถานที่ตามสัดส่วนของประชากรดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 100 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 100 คน และศูนย์มะเร็งลพบุรีจำนวน 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามแล้ว โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับ .83, .85, .88, .83, .85, .91 และ .88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยการหาค่าค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank order correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple

Correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 80.92$, S.D. = 8.31)

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เรียงลำดับค่าความสัมพันธ์จากสูงไปต่ำดังนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ($r = .80$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .54$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .50$) และการรับรู้ประโยชน์ ($r = .47$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านรายได้ ($r = .13$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค ($r = -.40$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.38$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ร้อยละ 75 ($R^2 = .75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต มีความสำคัญอันดับแรกในการทำนาย รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ}} = 15.53 + .62_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต}} + .34_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .26_{\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}} - .21_{\text{การรับรู้การรับรู้อุปสรรค}} + .18_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ}} = .67_{\text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต}} + .16_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .12_{\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}} - .09_{\text{การรับรู้การรับรู้อุปสรรค}} + .09_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 80.92$, S.D. = 8.31) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 23.62, 12.54, 13.53$ และ 14.36 S.D.= 3.08, 2.18, 2.13 และ 1.71) ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.93, 10.93$ S.D.= 1.26, 2.47) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำหรือการประกอบกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้านสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 23.62$, S.D.= 3.08) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ได้ผ่านช่วงระยะการวินิจฉัยโรค การได้รับการรักษาจนครบ ได้รับความรู้ข้อมูลสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างผู้ป่วย การมาพบแพทย์ตามนัดจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ ดังนั้นจึงทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นการกระทำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยการมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการ สนใจเอาใจใส่สุขภาพตนเอง โดยมาติดตามการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ การสนใจแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของมีนเมาหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นโทษต่อร่างกาย (Demark-Wahnefried and Jones, 2008) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.2 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.4 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 49 มีการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมะเร็ง ร้อยละ 37.5 สอบถามการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์ พยาบาล ร้อยละ 39.8 และการมาตรวจตรงตามแพทย์นัด ร้อยละ 93.1 สอดคล้องกับการศึกษาของหลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 100 คน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง สุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 400 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.82$, S.D.= .68)

1.2. ด้านกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.93$, S.D.= 1.26) กิจกรรมทางกายเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในชีวิตประจำวัน โดยมีการออกแรงอย่างสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน มีการทำกิจวัตรประจำวันที่มีการออกแรง (Holmes et al., 2005; Demark-Wahnefried and Jones,

2008) จากผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ จากการพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ที่ปฏิบัติเป็นประจำเพียง ร้อยละ 37.8 มีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวันที่มีการออกแรง เช่น กวาดหญ้า ซักผ้า ร้อยละ 68 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56 ซึ่งมองว่าการทำงานในการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว จึงทำให้ไม่ให้ความใส่ใจในการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ซึ่งการออกแรงในการทำกิจกรรมประจำวันที่มีการออกแรงในการประกอบอาชีพ เป็นเพียงมิติหนึ่งของการออกกำลังกายเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกมิติของการออกกำลังกายตามแนวคิดของ Pender (2006) ซึ่งการออกกำลังกายมีผลต่อการส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งซ้ำในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม (Fairey et al., 2002; Holmes et al., 2005; Haskell et al., 2007) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gjerset et al., 2011 ที่พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การศึกษาของ ปารีชาติ พยัคฆรักษ์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จำนวน 259 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{X} = 17.6$, S.D.= 3.69) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความใส่ใจในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ พินิตนาฏ ชำนาญเสือ และคณะ (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X} = 2.75$, S.D.= .91) และการศึกษาของ หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 100 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X} = 10.53$, S.D.= 3.65)

1.3. ด้านโภชนาการ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.93$, S.D.= 2.47) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารโดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์สีแดง และรับประทานธัญพืช อาหารที่มีกากใยสูงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช (Jau-Fei, 2004; Bellizzi et al., 2005; Demark-Wahnefried and Jones, 2008; Doyly et al., 2012) จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่ถูกต้องเหมาะสม จากการพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยปฏิบัติเป็นประจำ เพียงร้อยละ 32.4 หลีกเลี่ยงอาหารปิ้งย่าง ทอด อาหารหมักดอง โดยปฏิบัติเป็นประจำ เพียงร้อยละ 32.8 รับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง ธัญพืช ร้อยละ 56 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นเรื่องที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตด้านการรับประทานอาหาร พบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยปฏิบัติเป็นประจำ เพียงร้อยละ 15.4 หลีกเลี่ยงอาหารปิ้งย่าง ทอด อาหารหมักดอง โดยปฏิบัติเป็นประจำ เพียงร้อยละ 15.1 และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน จึงทำให้มีความเร่งรีบในการทำงาน จึงไม่สามารถจัดซื้ออาหารที่มีประโยชน์ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับการศึกษาของพนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และคณะ (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = .42) และการศึกษาของ สุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 400 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = .58)

1.4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 12.54$, S.D. = 2.18) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ในการติดต่อกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในระดับดี เนื่องจากในระหว่างการรักษา การได้พบกลุ่มเพื่อนโรคเดียวกัน และในโรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการจัดตั้งชมรมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้ป่วยได้มีการพูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จากการพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับบุคคลในครอบครัวและในสังคม ร้อยละ 40.9 มีการแสดงความรัก ความห่วงใยต่อผู้อื่น ร้อยละ 51.7 เมื่อมีความขัดแย้ง ใช้วิธีพูดคุยประนีประนอม ร้อยละ 44 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 56 มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งช่วยสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสภาพสังคมไทยเป็นสังคมซึ่งดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวที่คอยดูแลกันทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วยที่ต้องรักษายาวนาน ส่งผลให้เกิดความมั่นคงด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของพนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และคณะ (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = .52)

1.5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 14.36$, S.D. = 1.71) จิตวิญญาณจึงเป็นมิติหนึ่งของความเป็นองค์รวมของมนุษย์ ต้องมีการคงไว้ซึ่งความหวังและการได้รับความหมายจากประสบการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งคือมีมุมมองในชีวิตหรือวิถีในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง มีความรัก มีการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต การให้อภัย การตระหนักและยอมรับในคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (Pender, 2006) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่มีมุมมองในชีวิตหรือวิถีในการดำเนินชีวิตที่ดี โดยรู้จักและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ ทราบเป้าหมายในชีวิตและความต้องการของตนเอง ยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ภายหลังจากการรักษา จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีความรัก ความหวัง ความพึงพอใจในชีวิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือ เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ร้อยละ 54.4 มีความพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 77.6 ซึ่งแสดงว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีที่พึ่งทาง

จิตใจ มีการยอมรับกับชีวิตมีการดำเนินชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลिया วามะลุน และคณะ (2553) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตและการจัดการของสตรีไทยอีสานที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 26 คน พบว่าในระยะภายหลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีการปรับวิถีคิด การคิดบวกต่อตนเอง มีการทำใจและยอมรับกับชีวิตในปัจจุบัน

1.6. ด้านการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=13.53$, S.D.= 2.13) การจัดการความเครียด เป็นวิธีหรือการกระทำกิจกรรมที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจ รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Pender, 2006) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ร้อยละ 54.8 มีการจัดการความเครียดด้วยตนเองด้วยวิธีที่เหมาะสม ร้อยละ 58.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผ่านพ้นระยะการรักษาแล้ว ทำให้มีประสบการณ์การปรับตัวหลายประการ เช่น การปรับตัวกับความปวด การปรับตัวกับผลข้างเคียงจากการรักษา ภาวะลักษณะที่เปลี่ยนแปลง มีการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งต้องมีการปรับตัว จึงเกิดการเรียนรู้ในการจัดการกับความเครียดในระดับหนึ่ง จึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ หลุ้ย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 100 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}=22.98$, S.D.= 3.39) และการศึกษาของ สุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 400 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.51$, S.D.=.58)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

2.1. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($\rho= -.02$, $p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้สามารถตัดสินใจและพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ได้ (Pender, 2006) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้ว จึงทำให้ได้รับความรู้ ข้อมูลการรักษา การปฏิบัติที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์และจากผู้ที่ เป็นโรคเดียวกัน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ดังการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 92.3 ได้รับข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคล ใกล้ชิดและจากผู้ที่ เป็นโรคเดียวกัน และในปัจจุบันมีข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มากขึ้น เช่น หนังสือ เอกสารแผ่นพับ ใบปลิว วารสาร ทีวี วิทยุ อินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถหาความรู้ได้ง่ายขึ้น พบว่ากลุ่ม ตัวอย่าง มีการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 78.8 ดังนั้น แม้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 24.7 ก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Mayer (2006) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจำนวน 619 คน พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลส่งเสริม สุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษา ของ Gjeraset et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งภายหลังการรักษาครบจำนวน 975 คน พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายภายหลังการรักษาของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

2.2. ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = .13, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ ที่ 1 ที่ระบุว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อธิบายได้ว่า รายได้เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ การดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (Pender, 2006) ถ้าผู้รอดชีวิต จากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่ง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เอื้ออำนวยให้ตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอเพื่อบำรุง สุขภาพ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มี รายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมี รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 มีความ เพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 71 จึงทำให้มีความสามารถหาปัจจัยที่สามารถตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต้องมี ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติ เช่นการออกกำลังกาย การจัดหาอาหารเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ การเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 300 คน พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สอดคล้องกับ Mayer (2006) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจำนวน 619 คน พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการรายได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ นั่นคือผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบที่มีรายได้มากมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก

2.3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = .80, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Pender (2006) ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตเป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุด พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) มีส่วนช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น และจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 73.41, S.D. = 8.98$) และเมื่อได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้ว ก็ยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 80.92, S.D. = 8.31$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($\bar{X}_{ปัจจุบัน} = 23.62, S.D. = 3.08, \bar{X}_{อดีต} = 17.00, S.D. = 3.85$) โดยในอดีตกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมเพียงร้อยละ 19.3 เมื่อได้รับการรักษาครบกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมจากเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 44 ในอดีตมีการหาข้อมูลความรู้สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 17 เมื่อได้รับการรักษาครบมีการหาข้อมูลความรู้สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 37.5 และจากในอดีตกลุ่มตัวอย่างมีการสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์ พยาบาลร้อยละ 16.6 เมื่อได้รับการรักษาครบกลุ่มตัวอย่างมีการสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์ พยาบาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.1 ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภา อินทร (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำนวน 180 คน พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายในอดีตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 400 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตในระยะหลังการรักษาครบ ในระดับที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

2.4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ($r = .47, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 34.05, S.D. = 3.8$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ การวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินถึงประโยชน์ที่ได้รับโดยคำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Pender, 2006) การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเชื่อและคาดหวังในเรื่องประโยชน์ที่จะได้รับ กล่าวคือ การเชื่อว่าการปฏิบัติจะทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การเกิดโรคมะเร็งซ้ำ ทำให้จิตใจสบาย ลดความเครียดได้ ทำให้รู้จักเพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น การรับรู้ถึงประโยชน์จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ การมาตรวจตามนัด การตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รับประทานผักผลไม้ ธัญพืช การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม การยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับศึกษาของ Hsu et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 196 คน พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ Sander et al. (2012) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 34 คน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์มีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของหุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 84.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = .54, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 24.81, S.D. = 3.82$) สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความ

เชื่อมั่นของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้อุปสรรคในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ในระดับสูงจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีความมั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยมั่นใจมากกว่าร้อยละ 55.2 มั่นใจว่าสามารถสังเกตและประเมินอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ มั่นใจมากกว่าร้อยละ 59.8 มั่นใจว่าสามารถใช้ชีวิตให้มีความสุขแม้มีโรคประจำตัว มั่นใจมากกว่าร้อยละ 47.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 196 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของหุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 100 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 84.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงขึ้นด้วย

2.6. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = .50, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 48.40, S.D. = 7.2$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ House (1981) ว่า การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ได้รับ ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ช่วยทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของดุชฎีบูล บุตรสีเทา (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 112 คน พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งญาติผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนช่วยให้กำลังใจ สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้ ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น การศึกษาของ Yi and Kim (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา จำนวน 258 คน พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ($r^2 = 0.31$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Emery et al. (2009) ที่ศึกษาการติดตามการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ 5 ปี จำนวน 227 คน พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายใน 18 เดือนแรกภายหลังการรักษา และจะลดลงใน 42 เดือนภายหลังการรักษา ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง การศึกษาของ Hsu et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 196 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Sander et al. (2012) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 34 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจากครอบครัว เพื่อน บุคคลรอบข้างสูงจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้นด้วย

2.7. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = -.40, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 14.66, S.D. = 3.71$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Pender (2006) ว่าการคาดการณ์ถึงอุปสรรคจะมีผลโดยตรงที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งขัดขวางหรือจูงใจให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่อง แต่หากมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง คือการรับรู้ว่าการรับประทานผักผลไม้ ธัญพืชทุกวัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมาตรวจติดตามการรักษา เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก การคิดว่าภาวะที่เจ็บป่วยไม่สามารถที่จะพบปะพูดคุยหรือทำงานกับผู้อื่นได้เหมือนปกติ ก็จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ หลุทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด จำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ Hsu et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 196 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Sander et al. (2012) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 34 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคสูง คือการกังวลเรื่องภาพลักษณ์ การไม่มีการสนับสนุนของครอบครัว ไม่มีสถานที่ในการออกกำลังกายมีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายหรือไม่ออกกำลังกาย ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการ

ที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีการรับรู้อุปสรรคต่ำจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

2.8. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = -.38, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.25 (≤ 19) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยแล้วไม่มีภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง มองตนเองว่าไร้คุณค่า เกิดความเบื่อหน่าย ก็จะขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการรักษา ทำให้การดำเนินของโรคไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Hjerl et al., 2003) แต่หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมองว่าตัวเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม มีความคิดด้านบวกในการดำเนินชีวิต ก็จะมีผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yi and Kim (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา จำนวน 258 คน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .015$) การศึกษาของ Emery et al. (2009) ที่ศึกษาติดตามการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ 5 ปี จำนวน 227 คน พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีกิจกรรมการออกกำลังกายใน 18 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย และจะลดการออกกำลังกายใน 42 เดือน และปัจจัยของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่น้อยลง ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ($\beta = .67, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = .16, p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .12, p < .05$) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -.09, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .09, p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ร้อยละ 75 ($R^2 = .75$) โดยตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ร้อยละ 63.3 ($R^2 = .63$) ส่วนตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยรองลงมาตามลำดับ จึงกล่าวได้ว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตในระดับที่

เหมาะสม มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงและมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตในระดับที่ดี จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง เนื่องจากเมื่อผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเคยมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังที่ Pender (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต เป็นตัวทำนายการกระทำพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือน ๆ กันหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังข้อมูลในตารางที่ 5 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 73.41$, $S.D. = 8.98$) และเมื่อได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้ว ก็ยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 80.92$, $S.D. = 8.31$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($\bar{X}_{ปัจจุบัน} = 23.62$, $S.D. = 3.08$, $\bar{X}_{อดีต} = 17.00$, $S.D. = 3.85$) โดยในอดีตกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมเพียงร้อยละ 19.3 เมื่อได้รับการรักษาครบกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมจากเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 44 ในอดีตมีการหาข้อมูลความรู้สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 17 เมื่อได้รับการรักษาครบมีการหาข้อมูลความรู้สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 37.5 และจากในอดีตกลุ่มตัวอย่างมีการสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์ พยาบาลร้อยละ 16.6 เมื่อได้รับการรักษาครบกลุ่มตัวอย่างมีการสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์ พยาบาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.1 การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในระดับสูง โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ในด้านบวก คือการเชื่อว่าการปฏิบัติจะทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้จิตใจสบายลดความเครียดได้ ทำให้รู้จักเพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นจะเป็นแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง นอกจากนี้ การที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบเกี่ยวกับความสามารถในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้อุปสรรคในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ในระดับสูงจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ร่วมกับการที่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ มองว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยาก จะมีผลให้มีปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง แต่หากมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง รับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปได้ยาก และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะการรักษาครบเป็นช่วงที่เฝ้าระวังว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำอีก หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมใน

ระยะหลังการรักษาครบได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การตอบสนองด้านอารมณ์ จะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu et al. 2011 ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 196 คน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ การมีพฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายในอดีต การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบได้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การศึกษาของ Sander et al. (2012) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 34 คน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการตัดสินใจออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของทฤษฎี พุทธิเสาวภาคย์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 100 คน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 84.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 การศึกษาของ Yi and Kim (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา จำนวน 258 คน พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ($r^2 = 0.31$)

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ คือ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ตัวแปรระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($\rho = -.02, p > .05$) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวแปรระดับการศึกษาจึงไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ทำให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่งมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน โดยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 39 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้ว จึงทำให้ได้รับความรู้ ข้อมูลการรักษา การปฏิบัติที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์และจากผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ตัวแปรรายได้และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ ($r = .13, r = -.38$ ตามลำดับ) แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยดังกล่าวไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่อาจมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรทำนายอื่น ซึ่งตัวแปรรายได้เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ถ้าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ใช้อำนาจให้ตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอเพื่อบำรุงสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม และตัวแปรภาวะซึมเศร้า

หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง มองตนเองว่าไร้คุณค่า เกิดความเบื่อหน่าย ก็จะทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการรักษา ทำให้การดำเนินของโรคมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Hjerl et al., 2003) แต่หากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมองว่าตัวเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม มีความคิดด้านบวกในการดำเนินชีวิต ก็จะมีผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบได้ถึงร้อยละ 75 ซึ่งสนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ (Pender, 2006) มีเพียงบางส่วนที่เหลือร้อยละ 25 อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นซึ่งควรที่จะศึกษาต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต ใช้การนึกย้อนกลับไปช่วงก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยย้อนหลังตั้งแต่ 1 เดือนถึง 5 ปี จึงอาจมีข้อจำกัดว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนอาจหลงลืม และระลึกได้ไม่ตรงกับความเป็นจริงของพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบอยู่ในระดับดี โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่เน้นและให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบต่อไป

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ควรมีการคำนึงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นควรส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้ความสามารถของตนเอง ลดการรับรู้อุปสรรค และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลอง โดยมีการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และลดการรับรู้อุปสรรคเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยจำเป็นต้องมีการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตก่อนการส่งเสริมพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

2. ควรมีการศึกษาติดตามกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำมาจัดกระทำเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อน การเกิดโรคมะเร็งซ้ำได้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา ศิวรักษ์, คณินิจ พงศ์ถาวรภมม, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ เสาวลักษณ์ ตันติเจริญสิน. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป. *วารสารโรคมะเร็ง* 32(1), 1-14.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. พิษณุโลก: ดาวเงินการพิมพ์.
- ชลธิชา เรือนคำ. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชลธิชา วามะลุน, นงค์นุช จิตภิรมย์ศักดิ์, สุรีย์ ธรรมมิกบวร, สมปอง พะมูลิลา, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, & เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์. (2553). *ประสบการณ์ชีวิตและการจัดการของสตรีไทยอีสานที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. อุบลราชธานี: อุบลกิจออฟเซ็ทการพิมพ์.
- ชุมศรี., ตรีพร. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดุ๊กภูบล บุตรสีเทา. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, นิตยา เดชะพรหม, ลดาวัลย์ ภูมิวิษณุเวช และ สมภาพ ภูมิวิษณุเวช. (2546). *ความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนิต วัชรพุกก์. (2546). *เต้านม*. ใน ชาญวิทย์ ตันตีพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประทุม สร้อยวงศ์, & ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์. (2549). *อาการทุกข์ทรมาน ความทุกข์ทรมาน ทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. *พยาบาลสาร*, 33, 143-157.
- ปาริชาติ พยัคฆรักษ์. (2553). *ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2547). *มะเร็งเต้านม*. เชียงใหม่: ธนุขพริ้นติ้ง.

- พินิตนาฏ ขำนาญเสื่อ และ ทศนีย์ เกริกกุลธร. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลเสาให้ จังหวัดสระบุรี*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- พินิตนาฏ ขำนาญเสื่อ, วิภาศิริ นราพงษ์ และ พชฌิยา เชียงตา. (2552). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- พรศรี คิดชอบ. (2547). รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วัฒนศิริ และ จรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- พรศรี คิดชอบ. (2547). รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม. In สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วัฒนศิริ & จรัสพงษ์ เกษมมงคล (Eds.), *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- พัชรภรณ์ อารีย์ , ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ขวัญพนมพร ธรรมไทย และ มาลัย มุตตารักษ์ณ์. (2550). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางโภชนาการต่อภาวะโภชนาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. *พยาบาลสาร*, 34(3), 124-133.
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพมหานคร.
- เยาวนุช คงदान. (2550). Breast cancer. ใน สิทธิโรจน์กาญจนปัญญาผล, จักรพันธ์ เอี่ยมนรเศรษฐ์ และ จุมพล วิชาศรีศรี (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- รชาติ จักรภักดิ์ศิริสุข. (2552). Neoadjuvant treatment in locally advanced breast cancer. In ปริมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ, สืบวงศ์ จุฑาภิสสิทธ์ และ อุดลย์ รัตนวิจิตาศิลป์ (บรรณาธิการ), *Head Neck and Breast Surgery*. นนทบุรี: พี. ซี. ดีไซน์.
- วนิดา รัตนานนท์. (2553). *ความความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิตร. (2552). Targeted Therapy for Breast cancer. In ปริมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ, สืบวงศ์ จุฑาภิสสิทธ์ และ อุดลย์ รัตนวิจิตาศิลป์ (บรรณาธิการ), *Head Neck and Breast Surgery*. นนทบุรี: พี. ซี. ดีไซน์.
- วิลด์ คูปต์นิรัตย์กุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช* 49(5), 442-448.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สดใส ศรีสะอาด. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Hospital-Based (ออนไลน์). 2011. แหล่งที่มา:
www.nci.go.th/.../Nci%20Cancer%20Registry. (2555, กรกฎาคม 24)
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2546). *คู่มือมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาวิตรี เมาฬิกุลไพโรจน์. (2547). การใช้เคมีบำบัด. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ และ จรัสพงษ์ เกษมมงคล 2555, กรกฎาคม 24, *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข* (ออนไลน์). 2553. แหล่งที่มา:
<http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html>. (2555, กรกฎาคม 24)
- สุธิดา พุฒทอง. (2551). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภา อินทร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน ในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวคนธ์ ฤทธิ์รัตน์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- Beasley et al. (2011). Post-diagnosis dietary factor and survival after invasive breast cancer. *PMC*, 128(1), 229-236.
- Beagan, B.L. , & Chapman. (2004). Eating after breast cancer: influences on women's Actions. *J Nutr Educ Behav*, 36(1), 181-188.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bellizzi, K.M., Rowland, J.h., Jeffery, D.D., & McNeel, T. (2005). Health behaviors of cancer survivors: examining opportunities for cancer control intervention. *Journal of Clinical Oncology* 23(1), 8884-8893.
- Bender, C.M. et al. (2005). Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. *Cancer Nurse*, 28(1), 219-225.
- Brennan, E.B., & Houssami, N. ((2011). Overview of long term care of breast cancer survivors. *Maturitas*, 69(1), 106-112. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.03.010
- Carlos. (2004). *Cancer survivors. A national action plan for cancer survivorship*.

- Chalasan, P., Downey, L., & Stopeck, A.T. (2008). Caring for the breast cancer survivor: A Guide for primary care physicians. *The American Journal of Medicine*, 123(6), 489-495. doi: 10/1016/j.amjmed.2009.09.042
- Chlebowski, R.T., Aiello, E., & McTiernan, A. (2002). Weight loss in breast cancer patient management. *Journal of Clinical Oncology*, 20(4), 1128-1143.
- Christopher, I.L., Daling, J.R., Porter, P.L., Tang, M.C., & Malone, K.E. (2009). Relationship between potentially modifiable lifestyle factors and risk of second primary contralateral breast cancer among women diagnosed with estrogen receptor-positive invasive breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 27(32), 5312-5318.
- Coups, E.J., & Ostroff, J.S. (2005). A population-based estimate of the prevalence of behavioral risk factors among adult cancer survivors and noncancer controls. *Preventive Medicine*, 40(6), 702-711.
- Courneya, K.S., & Friedenreich, C.M. (2007). Physical activity and cancer control. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(4), 242-252.
- Demark-Wahnefried, W., Aziz, N.M., Rowland, J.H., & Pinto, B.M. (2005). Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(1), 5814-5830.
- Demark-Wahnefried, W., & Jones, L.W. (2008). Promoting a healthy lifestyle among cancer survivors. *Hematol Oncol Clin North Am*, 22(2), 319-342.
- Doyly, et al. (2012). Nutrition and Physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer Nurse*, 62(1), 242-274.
- Edge SB, et al. (2010). *The American Joint Committee on Cancer (AJCC) Cancer Staging Manual, 7th*. New York: Springer.
- Emery, C. F., Yang, H. C., Frierson, G. M., Peterson, L. J., & Suh, S. (2009). Determinants of physical activity among women treated for breast cancer in a 5-year longitudinal follow-up investigation. *Psychooncology*, 18(4), 377-386. doi: 10.1002/pon.1519
- Fairey, A.S., et al. (2002). Physical exercise and immune system function in cancer survivors: A comprehensive review and future direction. *Cancer Nurse*, 94(1), 539-551.
- The National Breast Cancer Foundation. (2011). Breast Cancer. from [Http://www.nationalbreastcancer.org/About-Breast-Cancer](http://www.nationalbreastcancer.org/About-Breast-Cancer). (2555, กรกฎาคม 27)
- Frank-Stromborg, M., Pender, N.J., Wakker, S.N., & Sechrist, K.R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Soc. Sci. Med* 31(10), 1159-1168.
- Gjerset, G. M., Fossa, S. D., Courneya, K. S., Skovlund, E., & Thorsen, L. (2011). Exercise behavior in cancer survivors and associated factors. *J Cancer Surviv*, 5(1), 35-43. doi: 10.1007/s11764-010-0148-4

- Gochman., & Davis, S. (1988). *Health Behaviors: Emerging Reserach Perpective*. Newyork: Pleuume Press.
- Holmes, M.D., Chen, W.Y., Feskanich, D., Kroenke, C.H., & Colditz, G.A. (2005). Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *JAMA*, 239((20), 2479-2486.
- Hsu, T.H., Dodd, M.J., Guo, S.E. , Lee, K.A., Hwang, S.L., & Lai, Y.H. (2011). Predictors of exercise frequency in breast cancer survivors in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1), 1923-1935. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03690.x
- Ibrahim, E.M., & Al-Homaidh, A. (2011). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Med Oncol* 28(3), 753-765.
- National Cancer Institute. (2012). NCI Dictionary of Cancer Term: Survivorship. from <http://www.cancer.gov/dictionary?cdrid=445089>. (2555, กรกฎาคม 24)
- Jau-Fei, C. (2004). *Cancer & Nutritional Immunity*. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ด ยูนิเคชั่น.
- Jones, R.D. (2001). Depression and anxiety in oncology. *The oncologist' perspective, J Clin Phychiatry*(52), 55.
- Kroenke, C.H., Fung, T.T., Hu, F.B., & Holmes, M.D. (2005). Dietary Patterns and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Clinical Oncology* 23(36), 9295-9303.
- Mayer, D. K., Terrin, N. C., Kreps, G. L., Menon, U., McCance, K., Parsons, S. K., & Mooney, K. H. (2007). Cancer survivors information seeking behaviors: a comparison of survivors who do and do not seek information about cancer. *Patient Educ Couns*, 65(3), 342-350. doi: 10.1016/j.pec.2006.08.015
- Miller, R. (2011). Cancer Survivorship. *American Society of Clinical Oncology (ASCO)*, 1-28
- Muraca, L., Leung, D., Clark, A., Beduz, M. A., & Goodwin, P. (2011). Breast cancer survivors: taking charge of lifestyle choices after treatment. *Eur J Oncol Nurs*, 15(3), 250-253. doi: 10.1016/j.ejon.2009.12.001
- Murray, R.B., & Zentner, J.P (1993). *Nursing assessment and health promotion atrategies through the life span*: Stamford.
- Ogle, K.S., Swanson, G.M., Wood, N., & Azzouz, F (2000). Cancer and comorbidity: redefining chronic disease. *Cancer Nurse*, 88(1), 653-663.
- Palank, C.P. (1991). Determinants of Health-Promotive Behavior. *Nursing Clinic of North America* 26(1), 815-832.
- Palesh, O., Butler, L.D., Koopman, C., Davis, J.G., Carlson, R., & Spiegel, D. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research* 63(1), 233-239. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.012
- Patterson, R. E., Neuhouser, M. L., Hedderson, M. M., Schwartz, S. M., Standish, L. J., & Bowen, D. J. (2003). Changes in diet, physical activity, and supplement use among

- adults diagnosed with cancer. *J Am Diet Assoc*, 103(3), 323-328. doi: 10.1053/jada.2003.50045
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2006). *Health Promotion In Nursing Practice*. United States of America: Pearson Education.
- National Action Plan. (2004). Cancer Survivorship: Advancing Public Health Strategies. from <http://www.cdc.gov/cancer/survivorship/pdf/plan.pdf>. (2555 กรกฎาคม 22)
- Priest, R. (1983). *Anxiety and Depression: A Practice guide to recovery*: Publishing Pte.
- Rabin, C. (2011). Review of health behaviors and their correlates among young adult cancer survivors. *J Behav Med*, 34(1), 41-52. doi: 10.1007/s10865-010-9285-5
- Sander, A.P., Wilson, J., Lzzo, N., Mountford, S.A., & Hayes, K.W. (2012). Factors That Affect Decisions About Physical Activity and Exercise in Survivors of Breast Cancer:A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 92, 92(Physical Therapy), 525-536.
- Sellick, S.M., & Crooks, D.L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological intervention. *Psychooncology* 8(4), 315-333.
- Stokes, M.E., Thompson, D., Montoya, E.L., Weinstein, M.C., & Winer, E.P. (2008). Ten-Year survival and cost following breast cancer recurrence: estimates from SEER-Medicare data. *ISPOR*, 11(2), 213-220.
- Stokes, M.E., Thompson, D., Montoya, E.L., Weinstein, M.C., Winer, E.P., & Earle, C.C. (2008). Ten-Year survival and cost following breast cancer recurrence: estimates from SEER-Medicare data. *ISPOR*, 11(2), 213-220. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00226x
- Walter, L. C., Lewis, C. L., & Barton, M. B. (2005). Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. *Am J Med*, 118(10), 1078-1086. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.01.063
- Yi, M., & Kim, J. (2013). Factors influencing health-promoting behaviors in Korean breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*, 17(2), 138-145. doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.001



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. นางสาวเบญจรัตน์ ชีวพูนผล พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
2. นางสาวนิตา รัตนานนท์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
3. ผศ. ภัสกร ขำวิชา อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาอายุรศาสตร์-
ศัลยศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. อ. วัลยา ตูถาณิช อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชา
การพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์
เขตเมือง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
5. น.ต.หญิง ฐานิต ขอดทอง หัวหน้าพยาบาลประจำห้องให้คำปรึกษา
Oncology โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1144



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบตามแผนการรักษาไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 120 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง โทร. 083-242-8036

ที่ ศธ 0512.11/1144

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

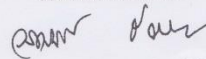
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบตามแผนการรักษาไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1153

ส.ล.อ.

นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง โทร. 083-242-8036

ที่ ศธ 0512.11/1144

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒/ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิติค้ำเนิน
การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

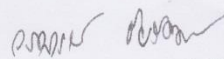
เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งลพบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 1 ชุด
 2. โครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมประวัติและความรู้ 1 ชุด
 3. เครื่องมือการวิจัย 1 ชุด
 4. แผ่นบรรจุข้อมูลโครงการวิจัย (CD) 1 ชุด
 5. แบบฟอร์มการขอส่งค่าธรรมเนียมการยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวจากรุวรรณ ป้อมกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณา โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติค้ำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ช่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบตามแผนการรักษาไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้นิติค้ำจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจากรุวรรณ ป้อมกลาง เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

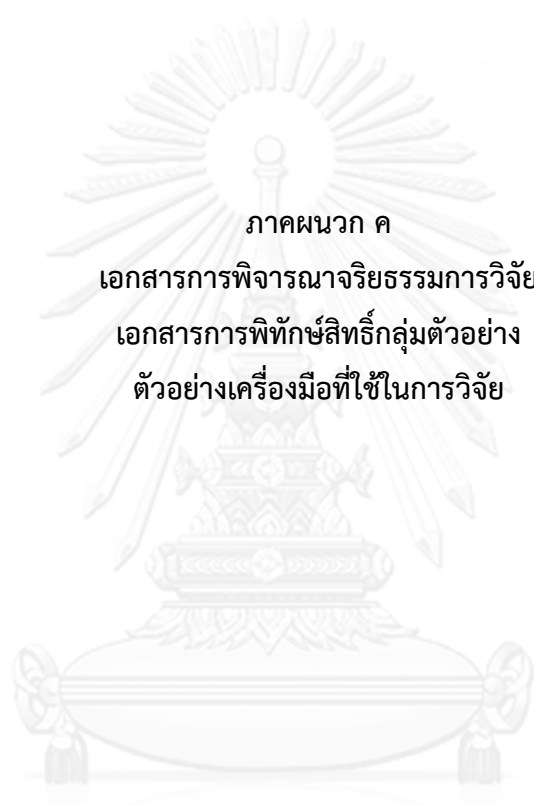
ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิติค้ำ

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
นางสาวจากรุวรรณ ป้อมกลาง โทร. 083-242-8036



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 671/2013

IRB No. 405/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาครบ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจรรุวรรณ ป้อมกลาง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 1.0 Dated 19 AUGUST 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 16 OCTOBER 2013
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 16 OCTOBER 2013
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 16 OCTOBER 2013
5. แบบสอบถาม Version 1.0 Dated 16 AUGUST 2013
6. Curriculum Vitae Version 1.0 Date 16 AUGUST 2013
7. งบประมาณ Version 1 Date 19 AUGUST 2013

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณพ ใจสำราญ)

รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 31 ตุลาคม 2556

วันหมดอายุ : 30 ตุลาคม 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๕๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๕๕๓



COA 58/2556

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Factors Predicting Health Promoting Behaviors of Breast Cancer Survivors in Extended Survivorship

เลขที่โครงการ : ๐๕๑/๕๖

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจรรยาพรณ์ ป้อมกลาง

สังกัดหน่วยงาน : สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๕ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๗ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ส่วนที่ ๘ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Version 2 ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖
- ประวัติ : นางสาวจรรยาพรณ์ ป้อมกลาง

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(นางสาวบุษบา สุกวัฒน์ธนบดี)
กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๓/๐๙/๒๕๕๖

วันหมดอายุ : ๒๒/๐๙/๒๕๕๗

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๕)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐,
โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔-๓๕๕๒ โทรสาร: ๐-๒๒๖๘-๗๐๘๔



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทร. 7523

ที่ สธ 0312.2 (ร.3) /157

วันที่ 27 สิงหาคม 2556

เรื่อง ผลการพิจารณาเรื่องขอเข้ามวิจัยรวมไขว้กรณีวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี

ความที่นางสาวจางวรุณม ปิ่นกลาง นิสิตพลศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อยังโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา (FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS OF BREAST CANCER SURVIVORS IN EXTENDED SURVIVORS IP)" เป็นการวิจัยพหุสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการลด งดสูบบุหรี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ผู้ประเมินเรื่องเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษาพร้อมเคมีบำบัด ที่มีอายุ 18 ปีถึง 59 ปี ที่มีรับการรักษาที่ศูนย์ผู้ป่วยนอก ชั้นคลินิกศัลยกรรม เต้านมผ่าตัด รังสีรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 100 คน

บัดนี้คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้กำหนดขอบเขตส่งให้ผู้ประจำโครงการวิจัยที่ชื่อ REC 5611 และพิจารณาเห็นชอบด้วยจริยธรรมถึงความเหมาะสมในโครงการวิจัยแล้วเห็นควรให้นำไปดำเนินการวิจัยได้ ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณ

(นางสนภาพ เมฆทิพย์วิบูลย์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ลงมติ ไม่ลงมติ

(นางสาว สนภาพ เมฆทิพย์วิบูลย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

๒๖ ส.ค. ๒๕๕๖

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษากรอบ

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัย จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวจรรุวรรณ ป้อมกลาง ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 681 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กรุงเทพฯ 10300 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ถ้าข้าพเจ้ามีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง หรือโทรศัพท์ที่ 083-2428036 ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุข้างต้น จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัย

.....

สถานที่/วันที่ พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 ระยะหลังการรักษาครบ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจารุวรรณ ป้อมกลาง

สถานที่ติดต่อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เลขที่ 681 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
 มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ.10300

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2443311-2

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-2428036

E-mail: fernkung@live.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ

3. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกเก็บข้อมูลแบบคนวันคน และเรียกผู้เข้าร่วมวิจัยว่าผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยผู้ทำการวิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้ให้ข้อมูลจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4. กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและมีความเข้าใจอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน

5. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ไม่ความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในการตอบแบบสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ- นามสกุลในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอน โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น

7. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเก็บเป็นความลับ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ลงใน () เติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อเท็จจริงของท่าน

1. อายุปี
2. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย/หย่า แยกกันอยู่
3. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา / ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพปัจจุบัน
 เกษตรกรรม ค้าขาย รับราชการ รับจ้าง
 พนักงานเอกชน/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
7. การศึกษาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต

คำชี้แจง

แบบสอบถามต่อไปนี้เป็น การสอบถามถึงการปฏิบัติตัวของท่านในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ในระยะก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เคยทำ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนี้เลย
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นประจำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านสูบบุหรี่				
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์				
3. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง				
4.				
5.				
6.				
ด้านกิจกรรมทางกาย				
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 30 นาที เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การเต้นแอโรบิก โยคะ ว่ายน้ำ พลาจวอย น้ำ				
8.				
ด้านโภชนาการ				
9.				
10.				
11.				
12. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง ธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ถั่วต่างๆ งาดำ ลูกเดือย				

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อยครั้ง	ทำเป็น ประจำ
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
13. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับบุคคล ในครอบครัวและในสังคม เช่น การไปงานบวช งานสังสรรค์				
14.				
15.				
16.				
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
17.				
18. ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่นับ ถือ เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ละหมาด				
19.				
20.				
ด้านการจัดการกับความเครียด				
21. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอ				
22.				
23.				
24.				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามต่อไปนี้เป็น การสอบถามถึงการปฏิบัติตัวของท่านในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เคยทำ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนี้เลย
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
 ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
 ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อยครั้ง	ทำเป็น ประจำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านสูบบุหรี่				
2.				
3.				
4. ภายหลังจากการรักษาท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง				
5.				
6.				
7. ท่านมารับการตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด				
ด้านกิจกรรมทางกาย				
8.				
9.				
ด้านโภชนาการ				
10.				
11.				
12.				
13. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง ธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ถั่วต่างๆ งาดำ ลูกเดือย ทุกมื้อ				
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
14.				

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อยครั้ง	ทำเป็น ประจำ
15. ท่านยกย่องชมเชย ยินดีในความสำเร็จ ของผู้อื่นได้โดยง่าย				
16.				
17.				
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
18. ท่านพยายามพัฒนาตนเองไปในทางที่ ดีขึ้น				
19.				
20.				
21.				
ด้านการจัดการกับความเครียด				
22. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอ				
23.				
24.				
25.				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
คำชี้แจง

แบบสอบถามต่อไปนี้เป็น การสอบถามถึงความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเพียงใด โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ท่านคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีผลต่อท่านในประเด็น ดังต่อไปนี้				
1. ทำให้ฉันมีชีวิตยืนยาว				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. ทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ เป็นการสอบถามถึงความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ท่านคิดว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของท่านคืออะไร				
1. การรับประทานผัก ผลไม้ ทุกวันเป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8. ฉันขาดผู้ดูแลช่วยเหลือในการพามาตรวจตามนัด				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ เป็นการสอบถามถึงความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าจะสามารถกระทำได้เป็นผลสำเร็จ โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจเป็นอย่างมากจะสามารถกระทำได้

ข้อความ	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจเล็กน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น รับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง ธัญพืช เนื้อปลา				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8. ฉันมั่นใจว่าสามารถใช้ชีวิตให้มีความสุขได้แม้มีโรคประจำตัว				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ เป็นการสอบถามถึงความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณเองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ครอบคลุมด้าน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงิน และการสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
เป็นจริงส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1. ฉันได้รับความรักความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ในยามที่เจ็บป่วย				
2.				
3.				
4.				
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
5. ฉันได้รับข้อมูลการรักษา เกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน				
6.				
7.				
สนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงิน				
8. ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลใกล้ชิด				

ข้อความ	ไม่เป็นจริง เลย	เป็นจริง เล็กน้อย	เป็นจริง ส่วนใหญ่	เป็นจริง มากที่สุด
9.				
10.				
11.				
12.				
การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ 13. ฉันได้รับคำยกย่องชมเชย จาก บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่				
14.				
15.				

หมายเหตุ บุคคลใกล้ชิด หมายถึง คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พ่อแม่ พี่ น้อง บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ และพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น

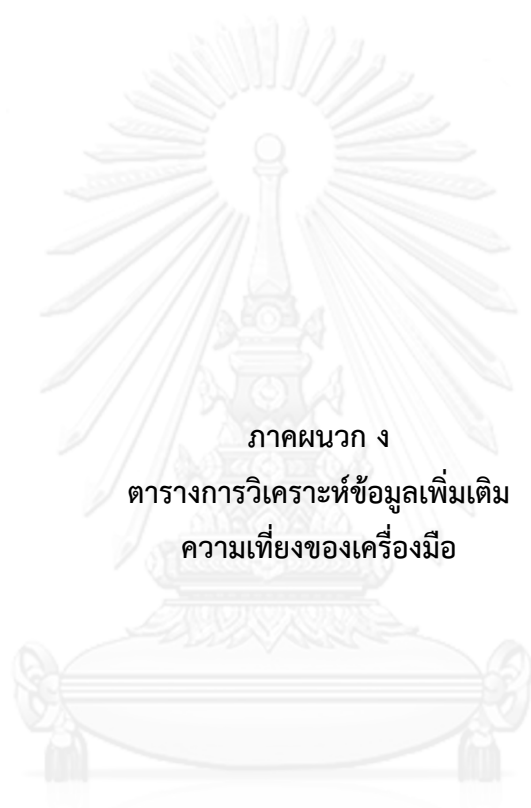
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ เป็นการสอบถามถึงการรับรู้ที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาโปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย < 1 วันต่อสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 - 2 วันต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 - 4 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 - 7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11.				
12. ฉันมีความสุข				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				



ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
ความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จำแนกเป็นรายข้อ (n= 259)

ข้อความ	อดีต		ปัจจุบัน	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.84	.59	3.58	1.01
1. ท่านสูบบุหรี่				
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์	3.64	.66	3.48	.10
3. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง	2.22	1.06	3.09	.94
4. ท่านบอกอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ			3.29	.81
5. ท่านหาข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพ จากการอ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ เอกสารแผ่นพับ ใบปลิว วารสาร/ดูทีวี/วิทยุ/internet	2.38	.98	3.15	.84
6. ท่านสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์หรือพยาบาล	2.31	.99	3.12	.81
7. ท่านตรวจสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำทุกปี	2.61	1.28		
8. ท่านมารับการตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด			3.92	.31
ด้านกิจกรรมทางกาย				
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 30 นาที เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การเดินแอโรบิค โยคะ ว่ายน้ำ ฟล่อง วายน้ำ	2.42	.93	2.95	.94
10. ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวันที่มีการออกแรง เช่น กวาดดูบ้าน ซักผ้า	3.51	.72	3.56	.72
ด้านโภชนาการ				
11. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์สีแดง เช่น หมู เนื้อ เครื่องในสัตว์	2.33	.94	2.96	.88
12. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้งขัดขาว อาหารหมักดอง เช่น แครกเกอร์ แหนม ไส้กรอก ไข่ทอด ลูกชิ้น ก๋วยเตี๋ยว	2.36	.92	2.96	.88
13. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา	3.12	.87	3.38	.78

ข้อความ	อดีต		ปัจจุบัน	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
14. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง ธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ถั่วต่างๆ งาดำ ลูกเดือย	3.13	.87	3.27	.79
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
15. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับบุคคลในครอบครัวและในสังคม เช่น การไปงานบวช งานสังสรรค์	2.93	.86	3.07	.88
16. ท่านยกย่องชมเชย ยินดีในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย	3.14	.77	3.35	.70
17. ท่านแสดงความห่วงใย ความรัก ความเอาใจใส่ต่อผู้อื่น	3.37	.63	3.44	.64
18. เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่น ท่านใช้วิธีพูดคุยและประนีประนอม	3.10	.78	3.27	.74
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
19. ท่านพยายามพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้น	3.42	.61	3.48	.61
20. ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือ เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ละหมาด	3.19	.85	3.39	.75
21. ท่านมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่	3.64	.57	3.74	.52
22. ท่านพยายามทำใจให้พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.61	.58	3.75	.49
ด้านการจัดการกับความเครียด				
23. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอ	3.22	.84	3.35	.78
24. ท่านจัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ	3.16	.74	3.22	.75
25. ท่านยอมรับสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	3.35	.72	3.49	.61
26. ท่านมีวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเองด้วยวิธีที่เหมาะสม เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ นวดผ่อนคลาย ออกกำลังกาย หรือ พูดระบายกับบุคคลอื่น	3.39	.73	3.47	.69

ค่าความเที่ยงของโดยรวมของแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตได้
ได้ค่า Cronbach's Alpha =.830

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.830	.834	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Respon1	69.56	78.976	.129	.470	.831
Respon2	69.76	77.638	.216	.475	.829
Respon3	71.19	71.317	.457	.437	.820
Respon4	71.02	71.775	.480	.468	.819
Respon5	71.10	71.905	.463	.496	.820
Respon6	70.80	68.993	.471	.506	.820
Act1	70.98	73.980	.361	.248	.824
Act2	69.90	77.396	.216	.190	.829
Nutri1	71.07	73.983	.359	.519	.825
Nutri2	71.05	75.040	.299	.513	.827
Nutri3	70.29	73.020	.461	.427	.820
Nutri4	70.27	73.541	.426	.394	.822
Rela1	70.47	75.181	.318	.337	.826
Rela2	70.26	75.776	.322	.433	.826
Rela3	70.04	75.487	.437	.516	.822
Rela4	70.31	76.011	.299	.348	.827
Spi1	69.98	75.655	.439	.365	.822
Spi2	70.21	74.416	.379	.357	.824
Spi3	69.76	75.785	.459	.468	.822
Spi4	69.79	75.336	.500	.550	.821
Stre1	70.18	74.886	.350	.429	.825
Stre2	70.25	74.884	.406	.465	.823
Stre3	70.05	74.881	.424	.413	.822
Stre4	70.01	75.182	.394	.404	.823

ค่าความเที่ยงของโดยรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ได้ค่า Cronbach's Alpha =.847

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.847	.860	25

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Respo1	80.13	78.029	.009	.803	.860
Respo2	80.23	76.969	.071	.799	.857
Respo3	80.42	72.695	.425	.295	.841
Respo4	80.62	70.484	.496	.409	.838
Respo5	80.56	71.208	.559	.474	.836
Respo6	80.59	73.150	.393	.358	.842
Respo7	79.79	78.445	.121	.053	.848
Acti1	80.76	71.890	.402	.374	.842
Acti2	80.15	75.154	.283	.224	.845
Nutrio1	80.75	72.848	.375	.506	.843
Nutrio2	80.75	73.414	.334	.497	.844
Nutrio3	80.33	72.268	.478	.409	.839
Nutrio4	80.44	72.139	.484	.386	.839
Relat1	80.64	71.509	.468	.409	.839
Relat2	80.36	73.077	.476	.602	.839
Relat3	80.27	73.835	.452	.609	.840
Relat4	80.44	72.589	.479	.464	.839
ritual1	80.23	73.084	.550	.451	.838
ritua2	80.32	72.127	.512	.528	.838
ritua3	79.97	74.864	.452	.461	.841
ritua4	79.96	74.630	.512	.546	.840
Stress1	80.36	73.085	.411	.431	.841
Stress2	80.49	72.375	.492	.529	.838
Stress3	80.22	74.289	.436	.435	.841
Stress4	80.24	72.555	.527	.545	.838

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์
ได้ค่า Cronbach's Alpha =.878

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.878	.893	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Beni1	30.58	12.174	.587	.397	.868
Beni2	30.80	12.954	.182	.096	.910
Beni3	30.60	11.605	.706	.570	.859
Beni4	30.65	11.632	.628	.465	.865
Beni5	30.57	11.549	.743	.617	.856
Beni6	30.58	11.625	.745	.642	.857
Beni7	30.57	11.564	.726	.619	.857
Beni8	30.72	11.994	.690	.649	.861
Beni9	30.66	12.077	.624	.679	.865
Beni10	30.69	11.941	.667	.676	.862

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค
ได้ค่า Cronbach's Alpha =.834

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.834	.835	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Barri1	13.02	10.713	.575	.373	.813
Barri2	12.78	10.513	.577	.386	.813
Barri3	12.69	11.067	.521	.605	.820
Barri4	12.75	10.925	.596	.640	.811
Barri5	12.99	10.446	.638	.463	.805
Barri6	12.69	10.563	.629	.443	.806
Barri7	12.85	10.953	.496	.309	.824
Barri8	12.88	11.137	.470	.238	.827

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ได้ค่า Cronbach's Alpha =.854

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.854	.857	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ability1	21.69	11.627	.535	.337	.843
Ability2	21.98	10.875	.557	.342	.844
Ability3	21.81	11.415	.656	.458	.829
Ability4	21.62	11.656	.610	.425	.835
Ability5	21.48	11.421	.598	.435	.836
Ability6	21.85	11.415	.569	.347	.839
Ability7	21.77	11.525	.641	.484	.831
Ability8	21.45	11.349	.629	.495	.832

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมได้

ได้ค่า Cronbach's Alpha =.913

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.913	.917	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Somood1	44.97	46.100	.628	.640	.907
Somood2	45.07	45.507	.673	.659	.905
Somood3	44.91	46.198	.641	.688	.907
Somood4	45.01	46.446	.629	.531	.907
message1	45.06	46.298	.602	.559	.908
message2	44.98	46.488	.603	.590	.908
message3	45.12	46.501	.545	.496	.909
money1	45.48	42.351	.652	.720	.907
money2	45.48	42.731	.699	.732	.904
money3	45.47	42.746	.713	.662	.904
money4	45.27	43.680	.630	.543	.907
money5	44.98	46.701	.543	.381	.909
Estimate1	45.32	46.188	.611	.581	.907
Estimate2	45.33	46.578	.604	.591	.908
Estimate3	45.16	47.160	.511	.418	.910

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ได้ค่า Cronbach's Alpha =.878

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.878	.884	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Depress1	10.26	56.207	.304	.216	.878
Depress2	10.50	54.540	.431	.352	.874
Depress3	10.71	52.582	.666	.550	.866
Depress4	10.48	56.813	.200	.242	.883
Depress5	10.60	53.624	.499	.384	.871
Depress6	10.72	51.860	.721	.684	.863
Depress7	10.87	54.428	.590	.427	.869
Depress8	10.37	56.874	.183	.267	.884
Depress9	11.03	54.624	.576	.475	.870
Depress10	10.88	53.854	.573	.459	.869
Depress11	10.48	53.782	.443	.351	.874
Depress12	10.70	54.406	.487	.462	.872
Depress13	10.70	54.533	.427	.284	.874
Depress14	10.95	54.231	.566	.490	.869
Depress15	11.00	55.391	.480	.353	.872
Depress16	10.91	55.258	.480	.451	.872
Depress17	10.75	53.440	.565	.478	.869
Depress18	10.86	53.431	.628	.630	.867
Depress19	11.04	56.592	.384	.362	.875
Depress20	10.90	53.076	.652	.556	.866

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจรรุวรรณ ป้อมกลาง เกิดวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปีการศึกษา 2551 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY