

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดเต้านมไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 200 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในและหน่วยรังสี ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา โดยนำผลข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยในรูปของตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดซึ่งประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ การดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และการป้องกัน ลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน

หมวดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจ

หมวดที่ 3 พฤติกรรมการดูแลด้านสังคม

หมวดที่ 4 พฤติกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี อายุเฉลี่ย 48.96 ปี โดยพบว่ามีอายุต่ำสุดคือ 30 ปี และอายุสูงสุด คือ 77 ปี ส่วนใหญ่เป็นสตรีวัยกลางคนตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 46 - 60 ปี รองลงมาเป็นสตรีวัยกลางคนตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 30 - 45 ปี โดย ร้อยละ 90 เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา อาชีพหรือรายได้หลัก ที่พบส่วนใหญ่ คือ แม่บ้านหรือมีรายได้จากบุตร ร้อยละ 29 สำหรับแหล่งช่วยเหลือ

ค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 31 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่พอออม (ร้อยละ 63) เนื่องจากมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ในปัจจุบัน การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ผู้ป่วยได้รับ มีหลายลักษณะร่วมกัน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ได้รับการสนับสนุนด้วยวิธีการให้กำลังใจ คำแนะนำและการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ รองลงมาด้วยวิธีให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ และช่วยเหลือด้านการเงิน

ร้อยละ 50.5 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน คือ ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน – 1 ปี การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระยะของโรคที่เป็นในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นโรคในระยะใด (ร้อยละ 45) รองลงมาทราบว่า เป็นโรคระยะที่ 2 (ร้อยละ 31.5) และระยะที่ 1 (ร้อยละ 16.5) ส่วนระยะของโรคที่เป็นตามการวินิจฉัยพบร้อยละ 52 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะที่ 2 รองลงมาระยะที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันตาม การประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงปานกลาง (ร้อยละ 45.5) รองลงมารับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงมาก (ร้อยละ 34) และร้อยละ 20.5 รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่แข็งแรง สำหรับยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ คือ ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ กลุ่มยาฮอร์โมน ทาม็อกซิเฟน วิธีการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 53.5 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการ รักษาด้วยวิธีผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดหรือร่วมกับได้รับยาฮอร์โมน รองลงมาได้รับด้วยวิธีการรักษา แบบผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษาดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย
(N = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X} = 48.96, S.D. = 10.07$)		
30 – 45 ปี	82	41.0
46 – 60 ปี	85	42.5
> 60-77	33	16.5
ศาสนา		
พุทธ	180	90.0
อิสลาม	19	9.5
คริสต์	1	0.5

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย
(N = 200) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	25	12.5
คู่	159	79.5
หม้ายและหย่าร้าง	16	8.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	8.5
ประถมศึกษา	122	61.0
มัธยมศึกษา	15	7.5
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	18	9.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	26	13.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.0
อาชีพ/รายได้หลัก		
แม่บ้าน/รายได้จากบุตร	56	28.0
เกษตรกร	42	21.0
รับจ้าง/ลูกจ้าง	38	19.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	33	16.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	29	14.5
แม่ชี	2	1.0
แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล		
บัตรสังคมสงเคราะห์/บัตรทอง/บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา		
บัตรของสมเด็จพระบรมราชินีนาถ/บัตรประกันสุขภาพ	107	53.5
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	62	31.0
จ่ายค่ารักษาเอง	31	15.5
สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่พอออม เนื่องจากมีรายได้และรายจ่ายปัจจุบันพอ ๆ กัน	126	63.0
สามารถเก็บออมได้	74	37.0

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย
(N = 200) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการสนับสนุนที่ได้รับ จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ		
ให้กำลังใจ + คำแนะนำ + การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ	115	57.5
ให้กำลังใจ + การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ + คำแนะนำ + การเงิน	85	42.5
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคนี้นจนถึงปัจจุบัน ($\bar{X} = 20.86$)		
3 เดือน - 1 ปี	101	50.5
1 ปี ขึ้นไป ถึง 10 ปี	98	45.5
ระยะของโรคที่เป็นในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ป่วย		
ระยะที่ 1	33	16.5
ระยะที่ 2	63	31.5
ระยะที่ 3 - 4	14	7.0
ไม่ทราบ	90	45.0
ระยะของโรคที่เป็นตามที่แพทย์วินิจฉัย		
ระยะที่ 0 - 1	37	18.5
ระยะที่ 2	104	52.0
ระยะที่ 3	31	15.5
ระยะที่ 4	28	14.0
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันตามการประเมินของท่าน		
แข็งแรงมาก	68	34.0
แข็งแรงปานกลาง	91	45.5
ไม่แข็งแรง	41	20.5

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย
(N = 200) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาและยาที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)		
กลุ่มยาเคมีบำบัด สูตร CMF, CAF, Milan	75	37.5
กลุ่มยาฮอร์โมน เช่น ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen)	39	19.5
ไม่ได้รับยา	23	11.5
กลุ่มยาสมุนไพร เช่น หญ้าหนวดแมว/เห็ดหลินจือ/ชาเจสัน	19	9.5
กลุ่มยาวิตามิน เช่น ยาบำรุงให้เจริญเติบโต, วิตามินซี	13	6.5
รังสีรักษา	12	6.0
ฟีมาเร็ก (Femarax)	7	3.5
กลุ่มยาแก้ปวด เช่น Paracet /ASA/Morphine/Tramol	6	3.0
กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น Voltaren/Mydocalm	4	2.0
แคลเซียมคาร์บอเนต (CaCO ₂)	2	1.0
วิธีการรักษาที่เคยได้รับ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน (ไม่รวมแสวงหาเอง)		
ผ่าตัด + วิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งเพียง 1 วิธี	107	53.5
ผ่าตัด + วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธีขึ้นไป	93	46.5

สำหรับการได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในแต่ละเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความมากน้อยแตกต่างกันไปตามลักษณะข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ดังนี้ เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้รับจากแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 88 และรองลงมา คือ โรคและการดูแลสุขภาพภายหลังผ่าตัด ในเรื่องอื่น ๆ เช่น การลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง การรับประทานอาหารที่เฉพาะ การปรับตัวต่อความเครียด และการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วม นอกเหนือจากในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้จากการค้นคว้าศึกษาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามเรื่องการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลมากที่สุด ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งข้อมูลและประเภทข้อมูลหรือ
คำแนะนำที่ได้รับ

ประเภทข้อมูลหรือ คำแนะนำที่ได้รับ	แพทย์		พยาบาล		บุคคลอื่น		ตนเอง		ไม่เคยได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคและการดูแล สุขภาพภายหลัง ผ่าตัด	157	<u>78.5</u>	147	73.5	40	20.0	124	62.0	5	2.5
2. การรับประทาน อาหารที่เฉพาะ	128	64.0	136	68.0	136	68.0	147	<u>73.5</u>	9	4.5
3. การตรวจเต้านม ด้วยตนเอง	176	<u>88.0</u>	132	66.0	26	13.0	89	44.5	3	1.5
4. การลดหรือหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยง ต่อการเป็นมะเร็ง	139	69.5	158	<u>79.0</u>	65	32.5	160	<u>80.0</u>	7	3.5
5. การปรับตัวต่อ ความเครียด	96	48.0	123	61.5	52	26.0	130	<u>65.0</u>	24	12.0
6. การรักษาด้วยวิธี อื่นร่วมนอกเหนือ จากในโรงพยาบาล	6	3.0	8	4.0	63	31.5	114	<u>57.0</u>	59	29.5

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างกลับจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดอาการอ่อนเพลีย ผม่วรง และรับประทานอาหารไม่ได้ ร้อยละ 88.5, 85.5 และ 81 ตามลำดับ แต่อาการที่ปรากฏยังคงมีอยู่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ผม่วรง รับประทานอาหารไม่ได้ นอกจากนี้อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า อาการรุนแรงส่วนใหญ่ ภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 22.5 รองลงมา ไม่มีอาการ ผม่วรง รับประทานอาหารไม่ได้ ร้อยละ 19, 13.8 และ 11.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุถึง มีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน
 ภายหลังจากกลับบ้านจากโรงพยาบาล อาการที่ปรากฏและมีอยู่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน และอาการ
 ที่ประเมินว่ามีความรุนแรงที่พบภายหลังจากการรักษา

อาการที่ปรากฏ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ระบุว่ามีอาการที่ก่อให้เกิด ความทุกข์ทรมานภายหลังจากที่ กลับบ้านจากโรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ระบุว่าอาการดังกล่าวมี อยู่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ระบุว่าอาการ ดังกล่าวรุนแรง
1. อ่อนเพลีย	177 (88.5)	90 (45.0)	45(22.5)
2. ผม่วาง	171 (85.5)	47 (23.5)	29(13.8)
3. รับประทานอาหารไม่ได้	162 (81.0)	39 (19.5)	24 (11.5)
4. คลื่นไส้ อาเจียน	149 (74.5)	20 (10.0)	23 (11.5)
5. สีผิว เล็บคล้ำดำ	112 (56.0)	23 (11.5)	1 (0.5)
6. ปวดแผลหรือปวดเต้านม	77 (38.0)	21 (10.5)	2 (0.1)
7. นอนไม่หลับ	69 (34.5)	18 (9.0)	1 (0.5)
8. เยื่อช่องปากอักเสบ	50 (25.0)	12 (6.0)	11 (5.5)
9.ความต้านทานโรคต่ำ (ภูมิแพ้)	28 (14.0)	5 (2.5)	-
10. ต่อม้ำเหลืองโต	17 (8.5)	17 (8.5)	4 (2.0)
11. ชาที่มือ	15 (7.5)	15 (7.5)	3 (1.5)
12. จิตใจ	13 (6.5)	13 (6.5)	8 (4.0)
13. ปวดกระดูก	13 (6.5)	13 (6.5)	10 (5.0)
14. ปวดเมื่อย	10 (5.0)	10 (5.0)	3 (1.5)
15. เดินไม่สะดวก	4 (2.0)	4 (2.0)	2(1.0)
16. แขนบวม	5 (2.5)	5 (2.5)	4 (2.0)
17. เหนื่อยหอบ	5 (2.5)	5 (2.5)	1 (0.5)
18. มีก้อนที่ท้อง	1 (0.5)	1(0.5)	1 (0.5)
19. มีอาการคัน	1 (0.5)	1 (0.5)	-

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทุกด้านของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน นำเสนอในลักษณะของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน หลังจากนั้นนำเสนอในรายชื่อของพฤติกรรมการดูแลแต่ละด้าน โดยอาศัยเกณฑ์การวิเคราะห์ค่าคะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมจากจำนวน 42 กิจกรรม คือ $\bar{X} \pm S.D.$ ดังตาราง 4

ตาราง 4 เกณฑ์การแปลความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	พิสัย คะแนนของ กลุ่มตัวอย่าง	ระดับของพฤติกรรม		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
โดยรวม	0-84	37-59.57	59.58-75.93	75.94-84.00
รายด้าน				
1. ด้านกาย	0-36	15.00 - 23.91	23.92 - 32.42	32.43 - 36.00
2. ด้านจิตใจ	0-16	6.00 - 10.39	10.40 - 15.06	15.07 - 16.00
3. ด้านสังคม	0-16	5.00 - 9.41	9.42 - 14.08	14.09 - 16.00
4. ด้านจิตวิญญาณ	0-16	5.00 - 12.08	12.09 - 15.91	15.92 - 16.00

จากผลการศึกษา ดังแสดงในตาราง 4 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมจากจำนวน 42 กิจกรรม มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ 37 คะแนน สูงสุดคือ 79 หรือพิจารณาตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคือ 64.20 (S.D. = 8.04) เมื่อจำแนกพฤติกรรมแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และแต่ละด้านมีการกระจายของคะแนนแตกต่างกัน มีความเบ้ = -.576, -.451, -.370, -.272 ตามลำดับ หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ที่หลากหลาย ยกเว้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ด้านจิตวิญญาณ มีค่าคะแนนกระจาย ค่อนข้างน้อย โดยมีความเบ้ = -1.172 ตามลำดับ หมายถึงถึงกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ใกล้เคียงกันหรือคล้ายกันดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	พิสัยของคะแนน		ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เกิดขึ้นจริง				
โดยรวม	0-84	37-79	64.20	8.04	-.576	ปานกลาง
ด้านกาย	0-36	15-36	28.17	4.25	-.451	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	0-16	6-16	12.73	2.33	-.370	ปานกลาง
ด้านสังคม	0-16	5-16	11.75	2.33	-.272	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	0-16	5-16	14.00	1.91	-1.172	ปานกลาง

2.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านกาย

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านกาย 2 หมวด ซึ่งประกอบด้วย หมวด 1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง (ข้อ 1 ถึงข้อ 10) เมื่อจำแนกตามรายข้อพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอกับความต้องการและไม่ยกของหนักโดยมีการปฏิบัติที่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.74 (S.D. = .45) และ 1.62 (S.D. = .55) ตามลำดับ หมวดที่ 2 พฤติกรรมการป้องกัน เพื่อลดภาวะเสี่ยงหรือการเกิดโรคแทรกซ้อน (ข้อ 11 ถึงข้อ 18) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเชื้อราและหลีกเลี่ยงการแกะเกา หรือวางสิ่งแปลกปลอมลงบนเต้านมโดยมีการปฏิบัติในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.99 (S.D.=.54) และ 1.98 (S.D. =.14) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ด้านกาย จำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
		มาตรฐาน	ค่าความเบ้
รายข้อ			
1. เมื่อออกนอกบ้านท่านดูแลเด้านมข้างที่ผ่าตัดให้เหมือนเดิม โดยการเสริมแต่ง	.59	.88	.904
2. เมื่อออกนอกบ้าน ท่านมีการปรับเปลี่ยนการแต่งกายของ เสื้อชั้นใน ต่างจากเดิมที่เคยสวมใส่	1.54	.81	-1.273
3. เมื่อออกนอกบ้าน ท่านมีการปรับเปลี่ยนการแต่งกายเสื้อผ้า ผิดจากเดิมที่เคยสวมใส่	1.17	.95	-.347
4. ท่านไม่ยกขาของหนัก	<u>1.62</u>	.55	-.929
5. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ลดลงจากเดิม	1.48	.67	-1.139
6. ท่านรับประทานผักเพิ่มขึ้น	1.55	.60	-.972
7. ท่านรับประทานอาหารพวกผลไม้เพิ่มขึ้นจากเดิม	1.54	.59	-.870
8. ท่านรับประทานเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น เช่น น้ำมะพร้าว น้ำหวาน น้ำอ้อย น้ำตาลสด น้ำเต้าหู้	1.50	.61	-.806
9. ท่านได้พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอกับความต้องการ	<u>1.74</u>	.45	-.297
10. ท่านได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่เคยออกกำลังกายหรือ ออกกำลังกายตามปกติ	1.32	.61	-1.301
11. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหมักดอง	1.67	.52	-1.225
12. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม	1.67	.49	-.982
13. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเชื้อรา	<u>1.99</u>	.54	10.566
14. ท่านหลีกเลี่ยงการแกะ เกา หรือวางสิ่งแปลกปลอมลงบนเต้านม	<u>1.98</u>	.14	-6.909
15. ท่านบริหารแขนข้างที่ทำการผ่าตัด	1.48	.54	-.308
16. ท่านลดการใช้แขนข้างที่ทำการผ่าตัด	1.68	.52	-1.313
17. ท่านตรวจเต้านมข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดด้วยตนเองเดือน ละครั้ง	1.70	.56	-1.684
18. ท่านมาพบแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ปวดแผล แผลบวม ชาแขน	<u>1.96</u>	.20	-4.730

จากการซักถามและวิเคราะห์ข้อมูลในรายช้อกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย พบข้อมูลสำคัญ ดังนี้

2.1.1 ดูแลสุขภาพการแต่งกายเมื่อออกนอกบ้าน

การปรับเปลี่ยนหรือเสริมแต่งการแต่งกาย เมื่อออกนอกบ้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการเสริมแต่งด้านมุ้งที่ผ้าตัด การปรับเปลี่ยนการแต่งกายของเสื้อชั้นในและเสื้อผ้าปรับเปลี่ยนรูปแบบของการแต่งผม เช่น การเสริมแต่งด้านมุ้งที่ผ้าตัด ส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 รายใน 200 ราย มีพฤติกรรมการเสริมแต่งด้านมุ้งที่ผ้าตัดให้เหมือนเดิม ร้อยละ 26.5 โดยกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเสริมแต่งด้านมุ้งด้วยวัสดุต่าง ๆ ไว้ในเสื้อชั้นในแทนด้านมุ้งที่ได้รับการผ้าตัด ได้แก่ 1) ใช้ฟองน้ำเสริมลักษณะของฟองน้ำที่ใช้เป็นฟองน้ำสำเร็จรูปเทียม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างซื้อมาใช้มีราคาประมาณคู่ละ 150 บาท เย็บฟองน้ำหุ้มด้วยผ้า แล้วเย็บติดกับเสื้อชั้นใน หรือใช้ฟองน้ำธรรมชาติ นิ่ม ๆ เล็ก ๆ ใส่ไว้หรือใส่ฟองน้ำไว้ในถุงผ้าติดกระดุมแป๊กแล้วสอดถุงผ้าซีก 2) ใช้ผ้าเสริม โดยใช้ผ้าขนหนูนิ่ม ๆ เล็ก ๆ ใส่ไว้ ผ้าเช็ดหน้าหรือผ้าไหมพับใส่ไว้ เย็บผ้าใส่ถุงอัดในเสื้อชั้นใน 3) ซื้อมาใส่ 4) ใช้สำลี โดยซื้อสำลีเป็นม้วนมาจากร้านแล้วตัดพับเป็นก้อนอัดไว้ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ใช้วัสดุ 2 อย่างสลับกัน โดยใช้ฟองน้ำสลับกับผ้าเช็ดหน้าหรือใช้ฟองน้ำสลับกับผ้าขนหนู

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนการแต่งกายของเสื้อชั้นในดังนี้ ร้อยละ 67.5 (135 ใน 200 ราย) ไม่มีการปรับเปลี่ยนเฉพาะเสื้อชั้นใน ในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผล ส่วนใหญ่คือ ชอบปล่อยตามธรรมชาติและมีเพียง 2 รายที่เป็นผู้ที่ได้รับการตัดด้านมุ้งไปแล้วทั้ง 2 ข้าง จึงไม่มีการเสริมแต่งด้านมุ้ง นอกจากนี้ 1 ราย เท่านั้นที่ไม่มีการเสริมแต่งด้านมุ้งเนื่องจากผ้าตัดด้านมุ้งไม่หมดมีลักษณะโครงสร้างของด้านมุ้งเดิมจึงไม่ต้องเสริมแต่ง ร้อยละ 33.5 (65 รายใน 200 ราย) มีการปรับเปลี่ยนเสื้อชั้นในหลายรูปแบบ เช่น แบบที่ 1 สวมใส่เสื้อชั้นในที่ไม่มีโครงเหล็กไม่ดันทรง และไม่มีฟองน้ำ เพราะจะรู้สึกปวดถ้ามีโครงเหล็ก บางคนจะเอาผ้าเช็ดหน้ารองไว้ที่ขอบล่างของเสื้อชั้นใน เพื่อป้องกันการกดลงบนแผลผ้าตัดหรือสวมใส่เสื้อชั้นใน ที่ไม่มีโครงเหล็กไม่ดันทรงแต่มีฟองน้ำ เพื่อป้องกันการปวดแผลผ้าตัด และช่วยทำให้ดูมีด้านมุ้งเหมือนปกติ หรือสั่งตัดเสื้อชั้นใน บางคนสั่งตัดเสื้อชั้นในยี่ห้อวาโก้ ตัวละ 1,200 บาท จำนวน 3 ตัว เพื่อให้ด้านมุ้งดูสวยงามเหมือนปกติ และพิถีพิถันการซื้อเสื้อชั้นใน ที่ไม่มีโครงเหล็กแต่มีฟองน้ำ หรือมีทั้งโครงเหล็กและฟองน้ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลการพิถีพิถันของการเลือกเสื้อชั้นในบางยี่ห้อเพราะว่าจะได้เสื้อชั้นในที่มีทรงดี ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้น แบบที่ 3 สวมเสื้อชั้นในแทนเสื้อชั้นในเพื่อให้ร่างกายรู้สึกสบาย แบบที่ 4 สวมเสื้อกล้ามบาง ๆ เพื่อให้ร่างกายรู้สึกสบาย หากสวมเสื้อชั้นในจะรู้สึกคัน แบบที่ 5 สวมเสื้อคอกระเช้าเพื่อให้ร่างกายรู้สึกสบาย

การปรับเปลี่ยนการแต่งกายของเสื้อผ้า พบว่า จำนวน 109 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 54.5 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อออกนอกบ้านโดยการปรับเปลี่ยนการแต่งกายของเสื้อผ้า ส่วนใหญ่เป็นแบบไม่รัดรูปหรือรูปทรงหลวม มีกลุ่มตัวอย่างน้อยรายที่สวมเสื้อฝากลาง หรือสวมชุดแขนคลุมด้วยเสื้อสูท และปรับเปลี่ยนรูปแบบการแต่งผมที่ร่วงให้มีสภาพเหมือนเดิมพบว่า ร้อยละ 23.5 ของกลุ่มตัวอย่าง (45 ราย ใน 200 ราย) มีการปรับเปลี่ยนการแต่งผมที่ร่วงให้มีสภาพเหมือนเดิม โดยส่วนใหญ่ซื้อวิกมาสวมใส่ ซึ่งวิกมีราคาอันละประมาณ 4,000 – 5,000 บาท รองลงมาซื้อผ้าคลุมผมสวมใส่ วิกมีกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามจะใช้ผ้าคลุมผมยาว ๆ ตามประเพณีของศาสนา แต่กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธจะใช้ผ้าคลุมผมแบบสั้นซึ่งมีลวดลายสวยงามมาปกปิดผมที่ร่วง โดยผูกมัดผ้าไว้ที่ท้ายทอย บางรายซื้อหมวกที่มีปีกบังหน้าสวมวิกสลับกับสวมหมวกหรือผ้าโพกศีรษะ

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมไม่ยกของหนักและพักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ กับความต้องการ จำนวน 174 ราย และ 182 รายใน 200 ราย ตามลำดับ เพราะกลัว อาการอักเสบที่บริเวณแผลผ่าตัด จึงไม่ยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม ภายหลังจากผ่าตัดหรือสาเหตุจากได้รับวิธีการรักษาอื่นร่วมด้วย ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียจึงต้องการพักผ่อนนอนหลับมากขึ้น ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับเปลี่ยนหรือเสริมแต่งการแต่งกาย เมื่อออกนอกบ้าน

การปรับเปลี่ยนหรือเสริมแต่งการแต่งกาย เมื่อออกนอกบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
1. การเสริมแต่งเต้านม (N = 53)		
- ฟองน้ำเสริม	29	54.7
- ผ้าเสริม	11	20.7
- ซิลิโคน	7	13.2
- สำลีเสริม	3	5.7
- ฟองน้ำสลับกับผ้าเช็ดหน้า/ฟองน้ำสลับกับผ้าขนหนู	3	5.7
2. การไม่เสริมแต่งเต้านม (N = 135)		
- ชอบปล่อยตามธรรมชาติ	132	97.8
- ตัดเต้านมไปแล้ว 2 ช้าง	2	1.5
- ผ่าตัดไม่หมดยังมีโครงสร้างลักษณะของเต้านม	1	0.7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับเปลี่ยนหรือเสริมแต่งการแต่งกาย
เมื่อออกนอกบ้าน (ต่อ)

การปรับเปลี่ยนหรือเสริมแต่งการแต่งกาย เมื่อออกนอกบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
3. รูปแบบเสื้อชั้นในที่สวมใส่ (N = 65)		
- ไม่มีโครงเหล็ก + ไม่ตันทรง + ไม่มีพองน้ำ/มีพองน้ำ	35	54.4
- เสื้อซับใน	19	29.2
- เสื้อกั๊กบาง ๆ	6	9.2
- เสื้อคอกระเช้า	5	7.2
4. รูปแบบเสื้อผ้ายาวที่สวมใส่ (N = 109)		
- สวมเสื้อผ้ายาวแบบไม่รัดรูปหรือเสื้อผ้ายาวทรงปล่อย	103	94.5
- สวมเสื้อผ้ายาวกลาง	4	3.7
- สวมชุดแซกคลุมเสื้อสูท	2	1.8
5. รูปแบบการแต่งผม (N = 45)		
- สวมวิก	20	44.5
- สวมผ้าคลุมผมสวย	13	28.9
- สวมหมวก	10	22.2
- สวมหมวกสลับกับผ้าคลุมผม	1	2.2
- สวมวิกสลับกับหมวกหรือผ้าโพกศีรษะ	1	2.2

2.1.2 การดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

การดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และการบริโภคเครื่องดื่ม เช่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 39.5 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งไม่เคยออกกำลังกายหรือออกกำลังกายตามปกติ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยใช้ประเภทการเดินเพื่อสุขภาพเป็นหลัก หรือเดินสลับกับวิธีอื่น เช่น เดินสลับกับวิ่ง เดินสลับกับปั่นจักรยาน และเดินสลับกับเล่นแบดมินตัน เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทรองลงมาของกลุ่มตัวอย่างคือการวิ่ง หรือวิ่งสลับกับวิธีอื่น เช่น วิ่งสลับกับยกดัมเบล บางกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิค หรือแอโรบิคสลับกับวิธีอื่น เช่น แอโรบิคสลับกับปั่นจักรยาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายมีการออกกำลังกายอย่างหลากหลาย เช่น แกว่งมือ ปั่นจักรยาน ปั่นจักรยานสลับกับเล่นแบดมินตัน และกระโดดเชือก ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในแต่ละประเภท

ประเภทของการออกกำลังกาย	N=79	ร้อยละ
1. การเดิน เวลาที่ใช้ 20 - 30 นาที(N = 49)		
- เดิน	35	44.3
- เดิน + วิ่ง	7	8.9
- เดิน + ปั่นจักรยาน	6	7.6
- เดิน + เล่นแบดมินตัน	1	1.3
2. การวิ่ง เวลาที่ใช้ 30 - 45 นาที(N = 13)		
- วิ่ง	12	15.2
- วิ่ง + ยกดัมเบล	1	1.3
3. การแอโรบิค เวลาที่ใช้ 30 - 45 นาที(N = 7)		
- แอโรบิค	6	7.6
- แอโรบิค + ปั่นจักรยาน	1	1.3
4. อื่น ๆ เช่น แกว่งมือ ปั่นจักรยาน ปั่นจักรยานสลับกับ เล่นแบดมินตันและกระโดดเชือก เวลาที่ใช้ 30 - 45 นาที(N = 10)	10	12.5

อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายใด ๆ เลยร้อยละ 30.5 เนื่องจากร่างกายไม่แข็งแรง เช่น อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยแขน ปวดกระดูกกลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยลดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ หรือเครื่องดื่ม เพื่อดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการให้ร่างกายแข็งแรง ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง 132 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 66.0 มีพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ส่วนใหญ่ลดรับประทานเนื้อหมู เนื้อไก่ แต่รับประทานเนื้อปลาเพิ่มขึ้น รองลงมารับประทานเฉพาะเนื้อปลา รับประทานเนื้อทุกชนิดหรือรับประทานเนื้อทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว จำนวน 121 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 60.5 มีพฤติกรรมการรับประทานผักเพิ่มขึ้นจากเดิม ส่วนใหญ่รับประทานผักพื้นบ้านหรือผักปลูกเองเพื่อป้องกันสารเคมีที่มีอยู่ในผัก รองลงมารับประทานผักทุกชนิดเพิ่มขึ้น โดยบางกลุ่มตัวอย่างเน้นการล้างผักให้สะอาดมากขึ้นโดยการแช่น้ำไว้นาน ๆ หรือล้างด้วยด่างทับทิม และ 117 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 58.5 มีพฤติกรรมการรับประทานผลไม้เพิ่มขึ้น จากเดิมส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ปริมาณเพิ่มขึ้น รองลงมารับประทานผลไม้ตามฤดูกาล

ทุกชนิดปริมาณเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 ราย ใน 200 ราย (ร้อยละ 56) มีพฤติกรรมการบริโภค เครื่องดื่มเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยพบว่ามีการเพิ่ม เครื่องดื่มเป็นประเภทน้ำผลไม้สดเป็นหลัก ซึ่งเป็นผลไม้ตามฤดูกาลที่กลุ่มตัวอย่างนำมาปั่นเองหรือซื้อรับประทานมากขึ้น รองลงมาคือน้ำเต้าหู้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มมากกว่า 1 ชนิดสลับกัน เช่น น้ำผลไม้สลับกับนม น้ำผลไม้สลับกับน้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้สลับกับน้ำเต้าหู้และนม บางกลุ่มตัวอย่างเพิ่มการดื่มเครื่องดื่มเป็นประเภทนม โดยดื่มนมสดหรือนมกล่อง ดื่มนมสลับกับน้ำเต้าหู้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่หาซื้อผลไม้ไม่สะดวกได้เพิ่มการดื่มน้ำเปล่าแทน ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หรือเครื่องดื่ม

อาหารประเภทเนื้อสัตว์	จำนวน	ร้อยละ
1. ลดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ (N = 132)		
- ลดรับประทานเนื้อหมู เนื้อไก่ แต่รับประทานเนื้อปลาเพิ่มขึ้น	80	60.6
- รับประทานเฉพาะเนื้อปลา	30	22.7
- รับประทานเนื้อทุกชนิด	15	11.4
- รับประทานเนื้อทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว	7	5.3
2. เพิ่มการรับประทานผัก (N = 121)		
- รับประทานผักพื้นบ้าน/ผักปลูกเองเพิ่มขึ้น	82	67.8
- รับประทานผักทุกชนิดเพิ่มขึ้น	39	32.2
3. เพิ่มการรับประทานผลไม้ (N = 117)		
- รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวปริมาณเพิ่มขึ้น	70	59.8
- รับประทานผลไม้ตามฤดูกาลปริมาณเพิ่มขึ้น	47	40.2
4. บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น (N = 112)		
4.1 ประเภทน้ำผลไม้สด		
- น้ำผลไม้สด	35	31.9
- น้ำผลไม้ + นม	15	13.4
- น้ำผลไม้ + น้ำเต้าหู้	12	10.7
- น้ำผลไม้ + น้ำเต้าหู้ + นม	7	6.4
4.2 ประเภทน้ำเต้าหู้	23	20.5
4.3 ประเภทนม/ นมสลับกับน้ำเต้าหู้	10	9.1

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ จำแนกตามรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจโดยการยอมรับการสูญเสียเด็ตามเพื่อพิชิตมะเร็งไปโดยไม่กังวลใจ และ รู้สึกมีขวัญและกำลังใจในชีวิต โดยมีการปฏิบัติในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.87 (S.D. = .37) และ 1.77 (S.D. = .42) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้
รายชื่อ			
1. ท่านเผชิญหน้ากับปัญหา ไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย	1.62	.50	-.645
2. ท่านพยายามมองการเจ็บป่วยในแง่ดีว่าสามารถจัดการได้	1.52	.52	-.527
3. ท่านสามารถคลายและควบคุมการวิตกกังวลได้	1.49	.50	.040
4. ท่านยอมรับการสูญเสียเด็ตามเพื่อพิชิตมะเร็งไปโดยไม่กังวลใจ	<u>1.87</u>	.37	-2.820
5. ท่านรู้สึกมีขวัญและกำลังใจในชีวิต	<u>1.77</u>	.42	-1.327
6. ท่านปฏิบัติกิจกรรมแต่ละวันอย่างมีสติ	1.75	.45	-1.335
7. ท่านพยายามปรับอารมณ์ตนเองให้ดีขึ้น	1.32	.64	-.389
8. ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้รู้สึกเครียด	1.33	.66	-.476

จากการซักถามและวิเคราะห์ข้อมูลในรายชื่อ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ดังนี้

2.2.1 วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ใน 200 ราย (ร้อยละ 63) มีการเผชิญหน้ากับปัญหา ไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการปรับความรู้สึก ความคิดและปรับอารมณ์ในทางบวกซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ พบว่าใช้ 6 วิธีการ คือ 1) คิดเชื่อการรักษาของแพทย์ว่าช่วยให้หายได้ 2) คิดว่าหายแล้วภายหลังผ่าตัด 3) เปลี่ยนเรื่องคิดจากโรคนี้ 4) คิดว่าไม่หายก็สู้แค่ตาย 5) ทำจิตใจให้เข้มแข็งไม่ท้อแท้ 6) สร้างกำลังใจให้ตัวเอง แต่บางกลุ่มตัวอย่างที่ปรับความรู้สึก ความคิดและปรับอารมณ์ในทางลบซึ่งเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 14.3) คือ โทษโชคชะตาและพยายามลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่สำหรับ

กลุ่มตัวอย่างที่เผชิญหน้ากับปัญหาโดยใช้วิธีมุ่งเน้นแก้ที่ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าใช้ 2 วิธีการ คือ 1) แสวงหาแหล่งข้อมูลจากแหล่งบุคคลและสถานที่ 2) ทำไปที่ละชั้นตอน 3) นอกจากนี้บางกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการผสมผสานปรับความรู้สึกความคิดและอารมณ์ร่วมกับมุ่งแก้ที่ปัญหา โดยวิธีการสร้างกำลังใจให้ตัวเองและแสวงหาข้อมูลจากแหล่งบุคคลและสถานที่ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญหน้ากับปัญหาในแต่ละวิธี

วิธีการเผชิญปัญหา	N=126	ร้อยละ
1. การปรับความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ (N = 92)		
- คิดเชื่อการรักษาของแพทย์ว่าช่วยให้หายได้	23	18.2
- คิดว่าหายแล้วภายหลังผ่าตัด	21	16.7
- โทษโชคชะตา	16	12.7
- เปลี่ยนเรื่องคิดจากโรคนี้	12	9.5
- คิดว่าไม่หายก็สู้แค่ตาย	8	6.3
- ทำจิตใจให้เข้มแข็งไม่ท้อแท้	6	4.8
- สร้างกำลังใจให้ตัวเอง	4	3.2
- พยายามลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	2	1.6
2. การมุ่งแก้ที่ปัญหา (N = 32)		
- แสวงหาแหล่งข้อมูลจากแหล่งบุคคลและสถานที่	18	14.3
- ทำไปที่ละชั้นตอน	14	11.1
3. การผสมผสานปรับความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ ร่วมกับมุ่งแก้ที่ปัญหา (N = 2)		
- สร้างกำลังใจให้ตัวเอง + แสวงหาข้อมูลจาก แหล่งบุคคลและสถานที่	2	1.6

2.2.2 การมองการเจ็บป่วยในแง่ดีว่าสามารถจัดการได้ ร้อยละ 58.5 ของกลุ่มตัวอย่าง (117 รายใน 200 ราย) มองการเจ็บป่วยในแง่ดีว่าสามารถจัดการได้ คิดในทางบวก โดยยอมรับการรักษาทางการแพทย์หรือได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เชื่อว่าหายได้บ้าง คิดมองโลกในแง่ดี รวมทั้งคิดว่าถึงรักษาไม่หายแต่รักษาไปเพื่อยืดเวลาให้อยู่ได้นาน ๆ คิดว่าอายุมากแล้ว

ตัดเต้านมก็ข้างก็ได้ บางรายคิดไม่แน่ใจว่ารักษาหายหรือไม่ เพราะเคยเห็นคนอื่นเป็นขึ้นใหม่ บางรายคิดปล่อยตามบุญตามกรรม ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มองการเจ็บป่วยในแง่ดีจำแนกตามวิธีการมองการเจ็บป่วย

วิธีการมองการเจ็บป่วย	N=117	ร้อยละ
1. คิดในแง่ดี (N = 71)		
- ยอมรับการรักษาทางการแพทย์ หรือได้รับการปรึกษากับแพทย์เชื่อว่าหายได้	47	42.6
- มองโลกในแง่ดี	10	8.5
- คิดว่าไม่หาย รักษาไปอย่างนั้น ยืดเวลาเพื่อให้อยู่ได้นาน ๆ	10	8.5
- คิดว่าอายุมากแล้วตัดเต้านมก็ข้างก็ได้	2	1.1
2. คิดในแง่ลบ (N = 48)		
- ไม่แน่ใจว่ารักษาหายไหม	38	30.8
- ปล่อยตามบุญตามกรรม	10	8.5

2.2.3 การมีขวัญและกำลังใจในชีวิต มี 93 รายใน 200 ราย ร้อยละ 46.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีขวัญและกำลังใจในชีวิต โดยการคิดพิจารณาผู้ที่มีทุกข์เวทนากว่า ยินดีกับความทุกข์ที่มีอยู่หรือการใช้คำสอนทางศาสนา เช่น การปล่อยวาง การแผ่เมตตา การนั่งวิปัสสนา ดังตาราง 13

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีขวัญและกำลังใจในชีวิต

ประเภทของขวัญและกำลังใจในชีวิต	N=93	ร้อยละ
1. พิจารณาผู้ทุกข์เวทนากว่า	39	42.0
2. ยินดีกับความทุกข์ที่มีอยู่	31	33.3
3. การใช้คำสอนทางศาสนา	23	24.7

2.2.4 การปรับอารมณ์ตนเองให้ดีขึ้น จำนวน 82 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 41 ของกลุ่มตัวอย่างที่พยายามปรับอารมณ์ตนเองให้ดีขึ้น โดยการทำกิจกรรมผสมผสานร่วมกัน ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการพูดคุยเป็นหลักร่วมกับดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ท่องเที่ยว ดูแลต้นไม้ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมทางด้านศาสนา เช่น อ่านหนังสือธรรมะและ

ไหว้พระ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง สวดมนต์ไหว้พระร่วมกับฟังรายการจากวิทยุ พุดคุย บางกลุ่มตัวอย่างทำ กิจกรรมอื่น ๆ เช่น นอนพักผ่อน อาบน้ำ ดูโทรทัศน์ แยกตัวเองอยู่เงียบ หรือสร้างอารมณ์ขันในครอบครัว ทำงานเย็บปักถักร้อย เลี้ยงหลาน รวมทั้งหายใจสั้น – ยาว และก้าวเดินสั้น – ยาว ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสมณะสี ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ปรับอารมณ์ให้ดีขึ้นในแต่ละวิธี

วิธีปรับอารมณ์	N=82	ร้อยละ
1. การพุดคุยเป็นหลักร่วมกับวิธีอื่น (N = 52)		
1.1 ดูโทรทัศน์/ ฟังเพลง/ ท่องเที่ยว/ ดูแลต้นไม้	49	59.7
1.2 สร้างอารมณ์ขันในครอบครัว	3	3.7
2. ด้านศาสนาเป็นหลักร่วมกับวิธีอื่น (N = 19)		
2.1 อ่านหนังสือธรรมะและไหว้พระ + ดูโทรทัศน์ + ฟังเพลง	10	12.2
2.2 สวดมนต์ไหว้พระ + ฟังรายการจากวิทยุ + พุดคุย	8	9.8
2.3 หายใจสั้น – ยาว และก้าวเดินสั้น – ยาว	1	1.2
3. วิธีการอื่นร่วมกัน (N = 12)		
3.1 นอนพักผ่อน + อาบน้ำ + ดูโทรทัศน์	7	8.5
3.2 แยกตัวเองอยู่เงียบ + นอนหลับ/ทำงานเย็บปักถักร้อย/เลี้ยงหลาน	5	6.1

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม จำแนกตามรายชื่อ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้ โดยมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.87 (S.D. = .35) และ 1.73 (S.D. = .46) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
ด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าความเบ้
รายชื่อ			
1. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	1.87	.35	-2.645
2. ท่านพบปะกับเพื่อนร่วมงานเช่นเดิม ท่านมีความใกล้ชิดและเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ตามปกติ	1.50	.58	-.658
3. ท่านเข้าร่วมงานในสังคมตามปกติ	1.67	.62	-1.728
4. ท่านพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับ โรคนี้	1.21	.76	-.362
5. ท่านสามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ตามปกติ	1.12	.43	.660
7. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม	1.18	.83	-.348
8. ท่านและครอบครัวสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้	1.46	.55	-.323
	1.73	.46	-1.203

จากการซักถามและวิเคราะห์ข้อมูลในรายชื่อกลุ่มตัวอย่างอธิบายเพิ่มเติมถึง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม พบข้อมูลสำคัญดังนี้

2.3.1 การเข้าร่วมงานในสังคมตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 41 ของ
กลุ่มตัวอย่าง (82 ใน 200 ราย) มีพฤติกรรมเข้าร่วมงานในสังคมตามปกติซึ่งเป็นงานเลี้ยงสังสรรค์
เช่น งานแต่งงาน งานตามประเพณี เช่น งานบวช งานศพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมงาน
สังสรรค์และร่วมงานประเพณี แต่งดไปงานศพ รองลงมากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานสังสรรค์และ
ร่วมงานประเพณีทุกอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไปร่วมงานศพ มีการปฏิบัติตัวดังนี้ บางคนติดเข็ม
กัลดเหน็บหรือใส่ไมยราบไว้ในเสื้อผ้าหรือกระเป๋าถือ เพราะเชื่อว่าไมยราบมีความแหลม ช่วย
ปกป้องผีไม่ให้มากินเนื้อมะเร็งได้ หรือบางคนก็ไม่ติดเข็มกัลดหรือเหน็บไมยราบ

2.3.2 การทำงานในอาชีพเดิมได้ตามปกติมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ใน 200
ราย ร้อยละ 45 สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
การทำงานอาชีพเดิมได้ ต้องปรับเปลี่ยนงานให้ลดน้อยลง หรือเบาลง โดยลดปริมาณงานลง รอง
ลงมาทำงานอาชีพเดิมได้แต่ต้องลางานบ่อยขึ้นเพื่อรักษาตัวหรือพักผ่อน ส่วนน้อยที่สามารถทำงาน

ได้ตามปกติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องปรับเปลี่ยนงานใหม่โดยไม่สามารถทำงานเดิมได้ 54 ใน 200 ราย ร้อยละ 27 ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในอาชีพเดิมได้แต่ละลักษณะของการทำงาน

ลักษณะของการทำงานในอาชีพเดิม	N=90	ร้อยละ
ปรับเปลี่ยนงานให้ลดน้อยลงหรือเบาลง	56	62.3
ลางานบ่่อยขึ้น	22	24.4
ทำงานได้ตามปกติ	12	13.3

2.3.3 การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.5) สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างบางรายจ่ายค่ารักษาสำหรับการแสวงหายาสมุนไพร เช่น เห็ดหลินจือ ประมาณ 2,000–3,000 บาท ต่อเดือน อาหารเสริม เช่น วิตามินซีแบบซอง และโปรตีน 2,000 บาทต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ เพราะเนื่องจากมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และในโรงพยาบาลใช้สิทธิบัตร หรือจ่ายเงินเอง แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น เพื่อประกอบการดูแลสุขภาพนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งส่วนนี้เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เช่น 1). จ่ายค่าตรวจสุขภาพร่างกายในระยษณ์ัดติดตามผล เป็นเงิน 2,400 บาท 2). จ่ายเงินค่ารังสีรักษา เดือนละ 7,000–10,000 บาท ซึ่งต้องกู้เงินสำรองจ่ายไว้ 2 เดือน เพื่อใช้จ่ายก่อนที่จะเบิกกลับคืนจากหน่วยงานต้นสังกัด 3). จ่ายค่ายาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น เข็มละ 10,000 บาท 4). จ่ายเงินสำหรับซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ เช่น เห็ดหลินจือ และชาเจสัน ประมาณ 10,000 บาท ต่อเดือน ซื้อสมุนไพรจีน 7,000–8,000 บาท ต่อเดือน ซื้ออาหารประเภทข้าวกล้อง ผลไม้ ผัก 2,000 – 3,000 บาท ต่อเดือน 5). จ่ายเงินสำหรับค่าโทรศัพท์ เพื่อพูดคุยกับเพื่อน ๆ แล้วสบายใจขึ้น ประมาณ 3,000 บาท ต่อเดือน 6). ต้องหารายได้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากใช้บัตรของพระบรมราชชนนี 7). ต้องขายที่นา สวนยาง กู้เงินจากธนาคารมาใช้ในการรักษาตัว หรือต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ในกรณีที่จ่ายเงินเองหรือเป็นค่าอาหารระหว่างเดินทางมารักษาตัว 8). จ่ายค่าอาพาทเมนต์ 4,000–5,000 บาทต่อเดือน ขณะมารับการรักษาด้วยรังสีอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาประมาณ 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่ไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้ มีเพียง 1 ราย ทำให้ต้องหยุดรักษาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วกลับมารักษาใหม่

ทำให้อาการของโรคกำเริบเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัญหาจากผู้ป่วยและครอบครัวประสบปัญหา ดังนี้ 1) ไม่สามารถรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษา 2) ไม่ยอมรับการรักษาต่อเพราะทราบว่าโรคดำเนินไปมากแล้ว จึงคิดว่ารักษาไม่หายและ 3) ต้องการเก็บเงินไว้ให้ลูก ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 ประเภทของความรับผิดชอบและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายและค่าเดินทางในการรักษาได้

ค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษา	N=200	ร้อยละ
รับผิดชอบได้ทั้งหมด	147	73.5
รับผิดชอบได้บางส่วน	52	26.0
ไม่สามารถรับผิดชอบได้	1	0.5

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณจำแนกตามรายชื่อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมโดยมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง ค่าเฉลี่ย 1.87 (S.D. = .35) รองลงมาคือให้อภัยแก่คนอื่น เมื่อทำไม่ถูกใจท่าน ค่าเฉลี่ย 1.73 (S.D. = .46) โดยมีการปฏิบัติในระดับสูง ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้าน จิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า ความเบ้
รายชื่อ			
1. ท่านมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง	1.87	.35	-2.356
2. ท่านมีพลังจิตในตัวเองหวังว่าจะหายจากโรค	1.50	.58	-1.355
3. ท่านเพิ่มพลังจิตโดยตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพร จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1.67	.62	-1.068
4. ท่านได้รับความรักห่วงใยเอื้ออาทรจากคนใกล้ชิดเป็น พลังจิตในการดูแลสุขภาพของท่าน	1.21	.76	-2.829
5. ท่านมีความหวังในการมีชีวิตอยู่เพื่ออนาคต	1.12	.43	-3.854
6. ท่านมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่	1.78	.83	-2.423

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้
7. ท่านทำพิธีกรรมทางศาสนาหรือฟังปาสังยัตเหนียวทางศาสนา เช่น สวดมนต์ อ่านหนังสือทางศาสนา ฟังธรรมะ ปลงอนิจจังฝึกจิตใจให้สงบทำสมาธิ ไปวัด ไปมัสนัด ไปโบสถ์	1.46	.55	-.924
8. ท่านให้อภัยแก่คนอื่นเมื่อทำไม่ถูกต้อง	1.73	.46	-1.401

จากการซักถามและวิเคราะห์ข้อมูลในรายชื่อกลุ่มตัวอย่างอธิบายเพิ่มเติมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ พบข้อมูลสำคัญดังนี้

2.4.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่าง 176 รายใน 200 ราย ร้อยละ 88 ส่วนใหญ่ปฏิบัติโดยมาตรวจตามนัดเสมอ รองลงมาสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่หรือหากมีความผิดปกติมาก่อนนัด ปรับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย และครอบครัวช่วยดูแลเพื่อให้หายเร็วขึ้นตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง

ความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพ	N=176	ร้อยละ
มาตรวจตามนัดเสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำ	63	35.8
สอบถามข้อมูลหรือหากมีความผิดปกติก็มาก่อนนัด	60	34.1
ปรับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย	30	17.0
ครอบครัวช่วยดูแลเพื่อให้หายเร็วขึ้น	23	13.1

2.4.2 การเพิ่มพลังจิตให้ตัวเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเพิ่มพลังจิตให้ตัวเองหวังว่าจะหายจากโรค (151 ราย ใน 200 ราย) ร้อยละ 75.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติโดยการปรับความคิด คิดถึงเป้าหมายที่ต้องทำ เช่น ครอบครัว คนที่รัก เพื่อให้เกิดความหวังให้หายจากโรค รองลงมาคิดว่าชีวิตต้องสู้ อย่าอ่อนแอต้องเข้มแข็ง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดในการเพิ่มพลังจิตใจจากตัวเองหลากหลายวิธีการ เช่น คิดว่าแล้วแต่พระเจ้าอะไรจะเกิดก็เกิดอะไร

จะเป็นก็เป็นไป คิดว่าต้องการให้หายมั่นใจในการรักษา คิดในสิ่งที่ดีหรือคิดทำในสิ่งที่สบาย คิดทำไปทีละขั้นโดยทำสิ่งที่ง่าย ๆ ก่อน แล้วจึงทำในสิ่งที่ยาก ยอมรับสภาพการเป็นโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างน้อยรายที่คิดแบบผสมผสาน เช่น คิดว่าชีวิตต้องต่อสู้ร่วมกับคิดถึงคนที่รักเราและเราารัก รวมทั้งคิดถึงเป้าหมายของชีวิต ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเพิ่มพลังจิตในตัวเองในแต่ละลักษณะ

การเพิ่มพลังจิตในตัวเองโดยหวังว่าจะหายจากโรคโดย	N=151	ร้อยละ
1. การปรับความคิดและจิตใจ (N = 77)		
- คิดว่าชีวิตต้องสู้/ใจต้องสู้/คิดต่อสู้ อย่างอ่อนแอต้องเข้มแข็ง	45	29.8
- คิดว่าแล้วแต่พระเจ้า อะไรจะเกิดก็เกิด อะไรจะเป็นไปก็เป็นไป	10	6.6
- คิดว่าต้องการให้หาย มั่นใจในการรักษา	10	6.6
- คิดในสิ่งที่ดี ๆ /คิดทำในสิ่งที่สบาย	6	4.0
- คิดทำไปทีละขั้น คิดทำในสิ่งที่ย่าง ๆ ก่อนแล้วจึงทำในสิ่งยาก	3	2.0
- ยอมรับสภาพการเป็นโรค	3	2.0
2. การคิดถึงเป้าหมาย (N = 71)		
- คิดถึงเป้าหมายที่ต้องทำเพื่อสามี ลูกและครอบครัว	71	47.0
3. การผสมผสานการคิดถึงเป้าหมายบุคคลกับการปรับความคิดและจิตใจ (N = 3)		
- คิดว่าชีวิตต้องต่อสู้ + คิดถึงคนที่รัก เรา+ คิดถึงคนที่เรารัก + คิดถึงเป้าหมาย	3	2.0

2.4.3 การเพิ่มพลังจิตโดยหวังพึ่งพาสีศักดิ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มพลังจิตจากสิ่งภายนอกตนเอง โดยหวังพึ่งพาสีศักดิ์สิทธิ์ 124 รายใน 200 ราย (ร้อยละ 62) โดยกลุ่มตัวอย่างใช้การตั้งจิตอธิษฐานภาวนา ขอพรจากสีศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือให้ปกป้องคุ้มครอง เป็นวิธีการเพิ่มพลังจิตที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 75.8) รองลงมาตั้งจิตอธิษฐานขอพรจากพระคุณบิดามารดาที่ล่วงลับไปแล้วให้ปกป้องคุ้มครอง (ร้อยละ 24.2)

2.4.4 การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่เพื่ออนาคต จำนวน 184 ราย ใน 200 ราย ร้อยละ 92 ส่วนใหญ่ มีความหวังอยู่เพื่อบุตรเพราะบุตรยังเล็กรอให้บุตรโต ต้องการอยู่เป็นที่ปรึกษาให้บุตร รอให้บุตรแต่งงานมีครอบครัว รองลงมามีความหวังอยู่เพื่อตัวเอง เพื่อพ่อแม่ พี่น้องและหลานตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ในอนาคต
แต่ละลักษณะ

การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่เพื่ออนาคตของ	N=184	ร้อยละ
- บุตร	152	82.6
- ตัวเอง	18	9.8
- พ่อแม่ พี่ น้อง และหลาน	14	7.6

2.4.5 การมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 85.5 ของกลุ่มตัวอย่าง 171 ราย ใน 200 ราย ส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่เพื่อดูแลครอบครัว คือ สามีและบุตร ลูกหลาน ญาติพี่น้อง รองลงมาดูแลครอบครัวหรือญาติพี่น้องร่วมกับหน้าที่การงาน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีเป้าหมายเพื่อดูแลตัวเอง ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีเป้าหมายในการมีชีวิตแต่ละลักษณะ

การมีเป้าหมายในการมีชีวิตเพื่อดูแล	N=171	ร้อยละ
1. ครอบครัว (N = 159)		
- สามีและบุตร	137	80.1
- ลูกหลาน/ ญาติพี่น้อง	22	12.9
2. ครอบครัวร่วมกับหน้าที่การงาน (N = 8)		
- สามี บุตรและหน้าที่การงาน	4	2.3
- ญาติพี่น้องและหน้าที่การงาน/ พ่อแม่ + สามี + บุตร + หน้าที่การงาน	4	2.4
3. ตนเอง (N = 4)	4	2.3

2.4.5 การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อพึ่งพาสัจยัตถ์เหนี่ยวทางศาสนา ร้อยละ 59 (118 ราย ใน 200 ราย) ของกลุ่มตัวอย่างประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือพึ่งพาสัจยัตถ์เหนี่ยวทางศาสนา โดยปฏิบัติด้วยตนเอง คือ สวดมนต์ หรืออ่านหนังสือธรรมะ ตักบาตร ทุกวันหรือทุกวันพระ ละหมาด ฝึกจิตใจให้สงบ แต่บางส่วนของกลุ่มตัวอย่างไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในสถานที่ของทางศาสนา คือ ไปฟังธรรมะในวัด ดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ในอนาคต
แต่ละลักษณะ

การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่เพื่ออนาคตของ	N=184	ร้อยละ
- บุตร	152	82.6
- ตัวเอง	18	9.8
- พ่อแม่ พี่ น้อง และหลาน	14	7.6

2.4.5 การมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 85.5 ของกลุ่มตัวอย่าง 171 ราย ใน 200 ราย ส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่เพื่อดูแลครอบครัว คือ สามีและบุตร ลูกหลาน ญาติพี่น้อง รองลงมาดูแลครอบครัวหรือญาติพี่น้องร่วมกับหน้าที่การงาน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีเป้าหมายเพื่อดูแลตัวเอง ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีเป้าหมายในการมีชีวิตแต่ละลักษณะ

การมีเป้าหมายในการมีชีวิตเพื่อดูแล	N=171	ร้อยละ
1. ครอบครัว (N = 159)		
- สามีและบุตร	137	80.1
- ลูกหลาน/ ญาติพี่น้อง	22	12.9
2. ครอบครัวร่วมกับหน้าที่การงาน (N = 8)		
- สามี บุตรและหน้าที่การงาน	4	2.3
- ญาติพี่น้องและหน้าที่การงาน/ พ่อแม่ + สามี + บุตร + หน้าที่การงาน	4	2.4
3. ตนเอง (N = 4)	4	2.3

2.4.5 การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อพึ่งพาสัจจะยึดเหนี่ยวทางศาสนา ร้อยละ 59 (118 ราย ใน 200 ราย) ของกลุ่มตัวอย่างประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือพึ่งพาสัจจะยึดเหนี่ยวทางศาสนา โดยปฏิบัติด้วยตนเอง คือ สวดมนต์ หรืออ่านหนังสือธรรมะ ตักบาตร ทุกวันหรือทุกวันพระ ละหมาด ฝึกจิตใจให้สงบ แต่บางส่วนของกลุ่มตัวอย่างไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในสถานที่ของทางศาสนา คือ ไปฟังธรรมะในวัด ดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการทำพิธีกรรมทางศาสนาแต่ละลักษณะ

การทำพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อพึ่งพาสังยึดเหนี่ยวทางศาสนา	N=118	ร้อยละ
1. ปฏิบัติด้วยตนเอง/ ภายในบ้าน		
- สวดมนต์ หรืออ่านหนังสือธรรมะ	91	45.5
- ตักบาตรทุกวันหรือทุกวันพระ	20	17.0
- ละหมาด	19	16.1
- สวดมนต์ + ตักบาตรทุกวัน	10	8.5
- ฝึกจิตใจสงบโดยทำสมาธิ	4	3.4
2. ปฏิบัติในสถานที่ของทางศาสนาโดยการฟังธรรมในวัด	8	6.8

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้สถิติไคสแควร์ศึกษาที่ละตัวแปรหากพบว่ามีความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรใดอย่างมีนัยสำคัญจะแสดงความสัมพันธ์ในแต่ละด้านด้วย ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลและครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาการข้างเคียงที่รุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม แสดงดังต่อไปนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรี พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมด้านกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมด้านกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมสูงหรือต่ำขึ้นกับระดับการศึกษาเป็นสำคัญ ดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและ
แต่ละด้าน (N = 200)

ระดับการศึกษา	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ				χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
โดยรวม					.000*
< มัธยมศึกษา	21(15.1)	105(75.5)	13(9.4)	139(100)	(P=15.467) ^a
≥ มัธยมศึกษาขึ้นไป	5(8.2)	37(60.7)	19(31.1)	61(100)	
ด้านกาย					.000*
< มัธยมศึกษา	28(20.1)	99(71.2)	12(8.6)	139(100)	(P=22.293) ^a
≥ มัธยมศึกษาขึ้นไป	3(4.9)	38(62.3)	20(32.8)	61(100)	
ด้านจิตใจ					.001*
< มัธยมศึกษา	31(22.3)	98(70.5)	10(7.2)	139(100)	(P=13.146) ^a
≥ มัธยมศึกษาขึ้นไป	7(11.5)	39(63.9)	15(24.6)	61(100)	
ด้านสังคม					.001*
< มัธยมศึกษา	31(22.3)	98(70.5)	10(7.2)	139(100)	(P=.355) ^a
≥ มัธยมศึกษาขึ้นไป	7(11.5)	39(63.9)	15(24.6)	61(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.642
< มัธยมศึกษา	22(15.8)	76(54.7)	41(29.5)	139(100)	(P=885) ^a
≥ มัธยมศึกษาขึ้นไป	13(21.3)	31(50.8)	17(27.9)	61(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2)$$

3.2 สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ สูงหรือต่ำมีความสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวเป็นสำคัญดังแสดงในตาราง 25

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

ระดับการศึกษา	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม					.000*
< มัธยมศึกษา	21(15.1)	105(75.5)	13(9.4)	139(100)	(P=15.467) ^a
≥มัธยมศึกษาขึ้นไป	5(8.2)	37(60.7)	19(31.1)	61(100)	
ด้านกาย					.000*
<มัธยมศึกษา	28(20.1)	99(71.2)	12(8.6)	139(100)	(P=22.293) ^a
≥มัธยมศึกษาขึ้นไป	3(4.9)	38(62.3)	20(32.8)	61(100)	
ด้านจิตใจ					.001*
<มัธยมศึกษา	31(22.3)	98(70.5)	10(7.2)	139(100)	(P=13.146) ^a
≥มัธยมศึกษาขึ้นไป	7(11.5)	39(63.9)	15(24.6)	61(100)	
ด้านสังคม					.001*
<มัธยมศึกษา	31(22.3)	98(70.5)	10(7.2)	139(100)	(P=.355) ^a
≥มัธยมศึกษาขึ้นไป	7(11.5)	39(63.9)	15(24.6)	61(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.642
<มัธยมศึกษา	22(15.8)	76(54.7)	41(29.5)	139(100)	(P=885) ^a
≥มัธยมศึกษาขึ้นไป	13(21.3)	31(50.8)	17(27.9)	61(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2)$$

3.2 สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ สูงหรือต่ำมีความสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวเป็นสำคัญดังแสดงในตาราง 25

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
โดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

สภาพเศรษฐกิจ ในครอบครัว	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม					.000* (P=20.901) ^a
- ไม่พอดอม/มีหนี้สิน	24(19.0)	91(72.2)	11(8.7)	126(100)	
- พอดอม	2(2.7)	51(68.9)	21(28.4)	74(100)	
ด้านกาย					.000* (P=16.664) ^a
- ไม่พอดอม/มีหนี้สิน	27(21.4)	87(69.0)	12(9.5)	126(100)	
- พอดอม	4(5.4)	50(67.6)	20(27.0)	74(100)	
ด้านจิตใจ					.107 (P=4.469) ^a
- ไม่พอดอม/มีหนี้สิน	24(19.0)	86(68.3)	16(12.7)	126(100)	
- พอดอม	12(16.2)	44(59.5)	18(24.3)	74(100)	
ด้านสังคม					.003* (P=11.979) ^a
- ไม่พอดอม/มีหนี้สิน	30(23.8)	87(69.0)	9(7.1)	126(100)	
- พอดอม	8(10.8)	50(67.6)	16(21.6)	74(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.004* (P=10.996) ^a
- ไม่พอดอม/มีหนี้สิน	30(23.8)	66(52.4)	30(23.8)	126(100)	
- พอดอม	5(6.8)	41(55.4)	28(37.8)	74(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2)$$

3.3 แหล่งสนับสนุนของสังคมและครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 3.3.1) แหล่งช่วยเหลือ
ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ กลุ่มที่ 2 จ่าย
ค่ารักษาเอง กลุ่มที่ 3 บัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เช่น บัตรสังคมสงเคราะห์/บัตรทอง/บัตรสวัสดิการ
ประชาชนด้านการรักษา/บัตรของสมเด็จพระบรมราชินีนาถ/บัตรประกันสังคม 3.3.2) ลักษณะ
การสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ ซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1
ช่วยเหลือทุกอย่างรวมทั้งด้านการเงิน กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือทุกอย่างยกเว้นด้านการเงิน ซึ่งผลการ
ศึกษาพบว่า

3.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่า แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคมสูงหรือต่ำขึ้นกับแหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลเป็น สำคัญ ดังแสดงในตาราง 26

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

แหล่งช่วยเหลือค่ารักษา พยาบาล	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ				χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
โดยรวม					.001* (P=19.344) ^a
- เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	5(8.1)	38(61.3)	19(30.6)	62(100)	
- จ่ายค่ารักษาเอง	3(9.7)	25(80.6)	3(9.7)	31(100)	
- บัตรสวัสดิการค่ารักษา พยาบาล	10(16.8)	76(71.0)	13(12.1)	107(100)	
ด้านกาย					.030* (P=10.675) ^a
- เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	6(6.7)	39(62.9)	17(27.4)	62(100)	
- จ่ายค่ารักษาเอง	4(12.9)	24(77.4)	3(9.7)	31(100)	
- บัตรสวัสดิการค่ารักษา พยาบาล	21(19.6)	74(69.2)	12(11.2)	107(100)	

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
โดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200) (ต่อ)

แหล่งช่วยเหลือค่ารักษา พยาบาล	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านจิตใจ					.464
- เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	8(12.9)	40(64.5)	14(22.6)	62(100)	(P=3.593) ^a
- จ่ายค่ารักษาเอง	5(16.1)	22(71.0)	4(12.9)	31(100)	
- บัตรสวัสดิการค่ารักษา พยาบาล	23(21.5)	68(63.6)	16(15.0)	107(100)	
ด้านสังคม					.111*
- เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	8(12.9)	41(66.1)	13(21.0)	62(100)	(P=7.514) ^a
- จ่ายค่ารักษาเอง	8(25.8)	21(67.7)	2(6.5)	31(100)	
- บัตรสวัสดิการค่ารักษา พยาบาล	22(20.6)	75(70.1)	10(9.3)	107(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.464
- เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	10(16.1)	29(46.8)	23(37.1)	62(100)	(P=3.593) ^a
- จ่ายค่ารักษาเอง	6(19.4)	19(61.3)	6(19.4)	31(100)	
- บัตรสวัสดิการค่ารักษา พยาบาล	19(17.8)	59(55.1)	29(27.1)	107(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.49, df = 4)$$

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่า ลักษณะการสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ดังแสดงในตาราง 27

ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ
กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

ลักษณะการได้รับการ สนับสนุนจากสมาชิกใน ครอบครัวหรือญาติ	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม				χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
โดยรวม					.189
- ช่วยเหลือทุกด้านรวม	11(12.9)	65(76.5)	9(10.6)	85(100)	(P=3.329) ^a
การเงิน	15(13.0)	77(67.0)	23(20.0)	115(100)	
- ช่วยเหลือทุกด้านยกเว้น การเงิน					
ด้านกาย					.681
- ช่วยเหลือทุกด้านรวม	15(17.6)	58(68.2)	12(14.1)	85(100)	(P=.769) ^a
การเงิน	16(13.9)	79(68.7)	20(17.4)	115(100)	
- ช่วยเหลือทุกด้านยกเว้น การเงิน					
ด้านจิตใจ					.974
- ช่วยเหลือทุกด้านรวม	15(17.6)	56(65.9)	14(16.5)	85(100)	(P=.052) ^a
การเงิน	21(18.3)	74(64.3)	20(17.4)	115(100)	
- ช่วยเหลือทุกด้านยกเว้น การเงิน					
ด้านสังคม					.001*
- ช่วยเหลือทุกด้านรวม	24(28.2)	57(67.1)	4(4.7)	85(100)	(P=13.865) ^a
การเงิน	14(12.2)	80(69.6)	21(18.3)	115(100)	
- ช่วยเหลือทุกด้านยกเว้น การเงิน					
ด้านจิตวิญญาณ					.361
- ช่วยเหลือทุกด้านรวม	18(21.2)	41(48.2)	26(30.6)	85(100)	(P=2.036) ^a
การเงิน	17(14.8)	66(57.4)	32(27.8)	115(100)	
- ช่วยเหลือทุกด้านยกเว้น การเงิน					

P < .05 ($\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2$)

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านจิตใจและด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านกาย ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านจิตใจ และด้านสังคมสูงหรือต่ำขึ้นกับการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสำคัญ ดังแสดงในตาราง 28

ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม					.001*
แข็งแรงมาก	4(6.0)	44(65.7)	19(28.4)	67(100)	(P=13.850) ^a
แข็งแรงปานกลาง/ไม่แข็งแรง	22(16.5)	98(73.7)	13(9.8)	133(100)	
ด้านกาย					.161
แข็งแรงมาก	6(9.0)	48(71.6)	13(19.4)	67(100)	(P=3.659) ^a
แข็งแรงปานกลาง/ไม่แข็งแรง	25(18.8)	89(66.9)	19(14.3)	133(100)	
ด้านจิตใจ					.011*
แข็งแรงมาก	7(10.4)	42(62.7)	18(26.9)	67(100)	(P=9.044) ^a
แข็งแรงปานกลาง/ไม่แข็งแรง	29(21.8)	88(66.2)	16(12.0)	133(100)	
ด้านสังคม					.010*
แข็งแรงมาก	5(7.5)	51(76.1)	11(16.4)	67(100)	(P=9.150) ^a
แข็งแรงปานกลาง/ไม่แข็งแรง	33(24.8)	86(64.7)	14(10.5)	133(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.068
แข็งแรงมาก	6(9.0)	38(56.7)	23(34.3)	67(100)	(P=5.385) ^a
แข็งแรงปานกลาง/ไม่แข็งแรง	29(21.8)	69(51.9)	35(26.3)	133(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2)$$

3.5 อาการข้างเคียงที่รุนแรง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1) อาการในระบบทางเดินอาหาร เช่นอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อบุช่องปากอักเสบ 2) อาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น ผอมร่วง สีผิวเลืบคล้ำดำ ปวดแผลหรือปวดเต้านม นอนไม่หลับ ความต้านทานโรคต่ำ ต่อม้ำเหลืองโต ชาที่มือ ปวดกระดูก ปวดเมื่อย เป็นต้น 3) ไม่มีอาการข้างเคียงใด ๆ ซึ่งผลการศึกษพบว่า

ความสัมพันธ์อาการข้างเคียงที่รุนแรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่าอาการข้างเคียงที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมด้านจิตวิญญาณสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับอาการข้างเคียงที่รุนแรง ดังแสดงในตาราง 29

ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงที่รุนแรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และแต่ละด้าน (N = 200)

อาการข้างเคียงที่รุนแรง	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม					.038*
1. อาการในระบบทางเดินอาหาร	9(8.7)	81(78.6)	13(12.6)	103(100)	(P=10.173) ^a
2. อาการอื่น ๆ	13(22.0)	33(55.9)	13(22.0)	59(100)	
3. ไม่มีอาการ	4(10.5)	28(73.7)	6(15.8)	38(100)	
ด้านกาย					.467
1. อาการในระบบทางเดินอาหาร	14(13.6)	75(72.8)	14(13.6)	103(100)	(P=3.569) ^a
2. อาการอื่น ๆ	11(18.6)	35(59.3)	13(22.0)	59(100)	
3. ไม่มีอาการ	6(15.8)	27(71.1)	5(13.2)	38(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2)$$

ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงที่รุนแรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และแต่ละด้าน (N = 200) (ต่อ)

อาการข้างเคียงที่รุนแรง	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ				χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
ด้านจิตใจ					.307
					(P=4.809) ^a
1. อาการในระบบทางเดิน อาหาร	18(17.5)	75(72.8)	14(13.6)	103(100)	
2. อาการอื่น ๆ	14(23.7)	35(59.3)	13(22.0)	59(100)	
3. ไม่มีอาการ	4(10.5)	27(71.1)	5(13.2)	38(100)	
ด้านสังคม					.187
					(P=6.168) ^a
1. อาการในระบบทางเดิน อาหาร	22(21.4)	69(67.0)	12(11.7)	103(100)	
2. อาการอื่น ๆ	14(23.7)	37(62.7)	8(13.6)	59(100)	
3. ไม่มีอาการ	2(5.3)	31(81.6)	5(13.2)	38(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.024*
					(P=11.204) ^a
1. อาการในระบบทางเดิน อาหาร	11(10.7)	57(55.3)	35(34.0)	103(100)	
2. อาการอื่น ๆ	18(30.5)	29(49.2)	12(28.9)	59(100)	
3. ไม่มีอาการ	6(15.8)	21(55.3)	11(28.9)	38(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 5.49, df = 4)$$

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาของโรคที่เป็นในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ป่วย วิธีการรักษาที่เคยได้รับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านดังแสดงรายละเอียดในตามตาราง

ตาราง 30 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน

(N = 200)

อายุ	ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม				χ^2
	ต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
โดยรวม					.797
-30 – 45 ปี	11(42.3)	11(42.3)	4(15.4)	26(100)	(P=1.665) ^a
-46 – 59 ปี	56(39.4)	60(42.3)	26(18.3)	142(100)	
-60 ปี ขึ้นไป	15(46.9)	14(43.8)	3(9.4)	32(100)	
ด้านกาย					.436
-30 – 45 ปี	11(35.5)	15(48.4)	5(16.1)	31(100)	(P=3.786) ^a
-46 – 59 ปี	55(40.1)	56(40.9)	26(19.0)	137(100)	
-60 ปี ขึ้นไป	15(46.9)	14(43.8)	2(6.3)	32(100)	
ด้านจิตใจ					.345
-30 – 45 ปี	18(50.0)	11(30.6)	7(19.4)	31(100)	(P=4.480) ^a
-46 - 59 ปี	51(39.2)	56(43.1)	23(17.7)	137(100)	
-60 ปี ขึ้นไป	13(38.2)	14(43.8)	2(6.3)	32(100)	
ด้านสังคม					.434
-30 – 45 ปี	19(50.0)	11(28.9)	8(21.1)	38(100)	(P=3.801) ^a
-46 - 59 ปี	53(38.7)	62(45.3)	22(16.1)	137(100)	
-60 ปี ขึ้นไป	10(40.0)	12(48.0)	3(12.0)	25(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.234
-30 – 45 ปี	16(51.4)	12(34.3)	5(14.3)	35(100)	(P=5.565) ^a
-46 – 59 ปี	42(39.3)	51(47.7)	14(13.1)	107(100)	
-60 ปี ขึ้นไป	22(37.9)	22(37.9)	14(24.1)	58(100)	

$$P < .05 (\chi^2_{.05} = 9.49, df = 4)$$

ตาราง 31 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและ
แต่ละด้าน (N = 200)

สถานภาพสมรส	ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม					.680
-โสด/หม้าย/หย่าร้าง	7(17.1)	28(68.3)	6(14.6)	41(100)	(P=.772) ^a
-คู่	19(11.9)	114(71.7)	26(16.4)	159(100)	
ด้านกาย					.918
-โสด/หม้าย/หย่าร้าง	7(17.1)	27(65.9)	7(17.1)	41(100)	(P=.172) ^a
-คู่	24(15.1)	110(69.2)	25(15.7)	159(100)	
ด้านจิตใจ					.886
-โสด/หม้าย/หย่าร้าง	8(19.5)	27(65.9)	6(14.6)	41(100)	(P=.241) ^a
-คู่	28(17.6)	103(64.8)	28(17.6)	159(100)	
ด้านสังคม					.837
-โสด/หม้าย/หย่าร้าง	8 (19.5)	29 (70.7)	4 (9.8)	41(100)	(P=.355) ^a
-คู่	30 (18.9)	108 (67.9)	21 (13.2)	159(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.670
-โสด/หม้าย/หย่าร้าง	9(22.0)	20(48.8)	12(29.3)	41(100)	(P=.800) ^a
-คู่	26(16.4)	87(54.7)	46(28.9)	159(100)	

P < .05 ($\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2$)

ตาราง 32 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษามาจนถึงปัจจุบันกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (N=200)

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการ รักษามาจนถึงปัจจุบัน	ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ				χ^2
	ต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
โดยรวม					.866
6 เดือน - 1 ปี	14(13.9)	70(69.3)	17(16.8)	101(100)	(P=20.901) ^a
> 1 ปี ขึ้นไป	12(12.1)	72(72.7)	15(15.2)	99(100)	
ด้านกาย					.077
6 เดือน - 1 ปี	14(13.9)	65(64.4)	22(21.8)	101(100)	(P=5.128) ^a
> 1 ปี ขึ้นไป	17(17.2)	72(72.7)	10(10.1)	99(100)	
ด้านจิตใจ					.107
6 เดือน - 1 ปี	20(19.8)	59(58.4)	22(21.8)	101(100)	(P=4.474) ^a
> 1 ปี ขึ้นไป	16(16.2)	71(71.7)	12(12.1)	99(100)	
ด้านสังคม					.775
6 เดือน - 1 ปี	20(19.8)	70(69.3)	11(10.9)	101(100)	(P=.511) ^a
> 1 ปี ขึ้นไป	18(18.2)	67(67.7)	14(14.1)	99(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.326
6 เดือน - 1 ปี	17(16.8)	59(58.4)	25(24.8)	101(100)	(P=2.243) ^a
> 1 ปี ขึ้นไป	18(18.2)	48(48.5)	33(33.3)	99(100)	

P < .05 ($\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2$)

ตาราง 33 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

ระยะของโรค	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม			รวม	χ^2
	ต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม					.084
-ระยะที่ ≤ 2	9(9.5)	64(67.4)	22(23.2)	95(100)	(P=8.216) ^a
-ระยะที่ 3-4	17(16.3)	78(74.0)	10(9.6)	105(100)	
ด้านกาย					.084
-ระยะที่ ≤ 2	10(10.5)	62(65.3)	23(24.2)	95(100)	(P=11.216) ^a
-ระยะที่ 3-4	21(20.2)	75(71.2)	9(8.7)	105(100)	
ด้านจิตใจ					.177
-ระยะที่ ≤ 2	14(14.7)	62(65.3)	19(20.0)	95(100)	(P=6.308) ^a
-ระยะที่ 3-4	22(20.2)	68(65.4)	15(14.4)	105(100)	
ด้านสังคม					.013*
-ระยะที่ ≤ 2	15(15.8)	60(63.2)	20(21.1)	95(100)	(P=12.703) ^a
-ระยะที่ 3-4	23(22.1)	77(73.1)	5(4.8)	105(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.379
-ระยะที่ ≤ 2	14(14.7)	57(60.0)	24(25.3)	95(100)	(P=4.203) ^a
-ระยะที่ 3-4	21(20.2)	50(47.1)	34(32.7)	105(100)	

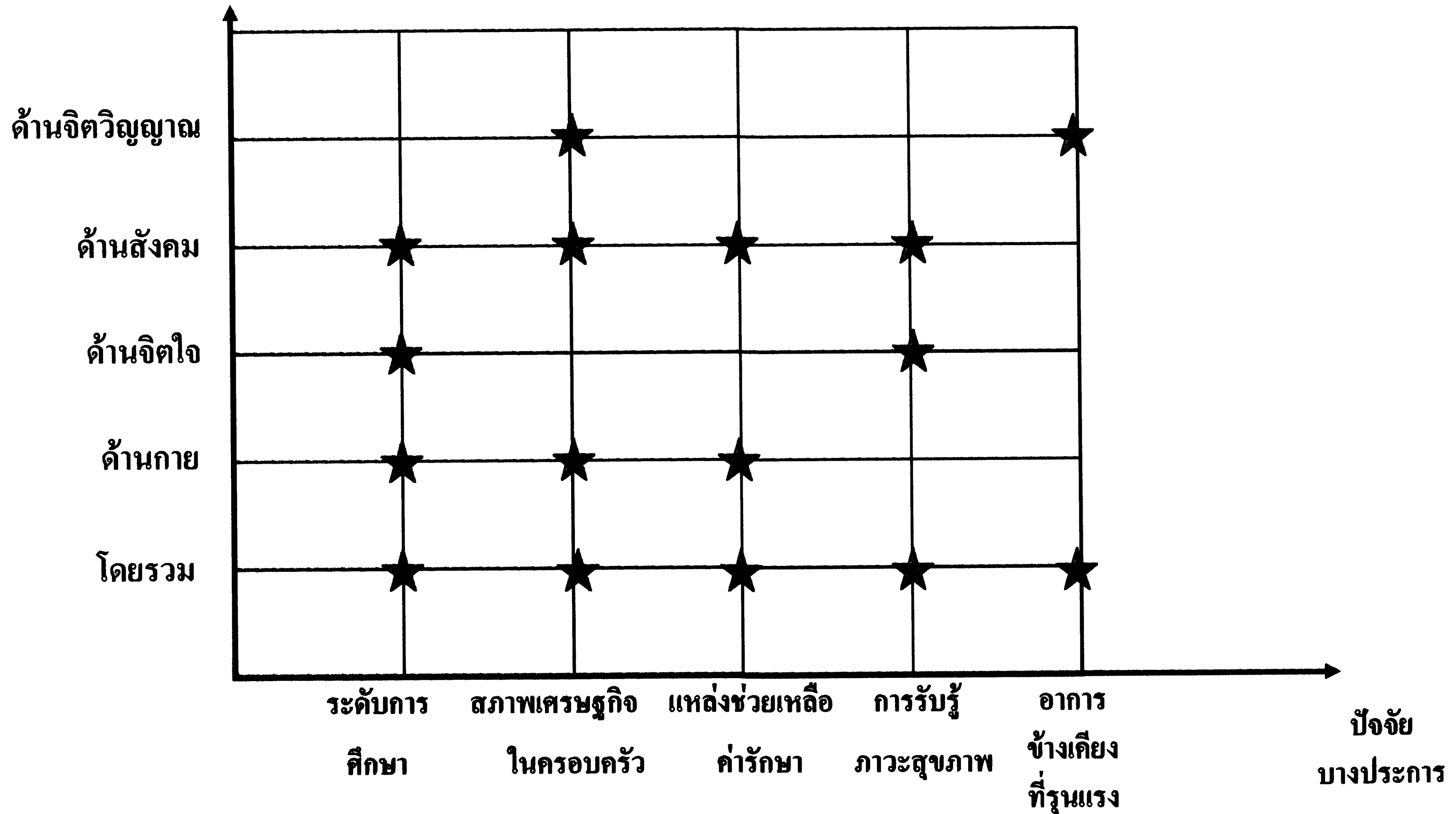
P < .05 ($\chi^2_{.05} = 5.49, df = 4$)

ตาราง 34 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาที่เคยได้รับตั้งแต่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน (N = 200)

วิธีการรักษาที่เคยได้รับ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม				χ^2
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	รวม	
โดยรวม					.633
- ผ่าตัด + วิธีการรักษาวิธีการหนึ่ง	19(14.6)	90(69.2)	21(16.2)	130(100)	(P=.915) ^a
- ผ่าตัด + วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี	7(10.0)	52(74.3)	11(15.7)	70(100)	
ด้านกาย					.612
- ผ่าตัด + วิธีการรักษาวิธีการหนึ่ง	22(16.9)	86(66.2)	22(16.9)	130(100)	(P=.982) ^a
- ผ่าตัด + วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี	9(12.9)	51(72.9)	10(14.3)	70(100)	
ด้านจิตใจ					.442
- ผ่าตัด + วิธีการรักษาวิธีการหนึ่ง	25(19.2)	86(66.2)	19(14.6)	130(100)	(P=1.631) ^a
- ผ่าตัด + วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี	11(15.7)	44(62.9)	15(21.4)	70(100)	
ด้านสังคม					.337
- ผ่าตัด + วิธีการรักษาวิธีการหนึ่ง	22(16.9)	89(68.5)	19(14.6)	130(100)	(P=2.173) ^a
- ผ่าตัด + วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี	16(22.9)	48(68.6)	6(8.6)	70(100)	
ด้านจิตวิญญาณ					.527
- ผ่าตัด + วิธีการรักษาวิธีการหนึ่ง	25(19.2)	66(50.8)	39(30.0)	130(100)	(P=1.282) ^a
- ผ่าตัด + วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี	10(14.3)	41(58.6)	19(27.1)	70(100)	

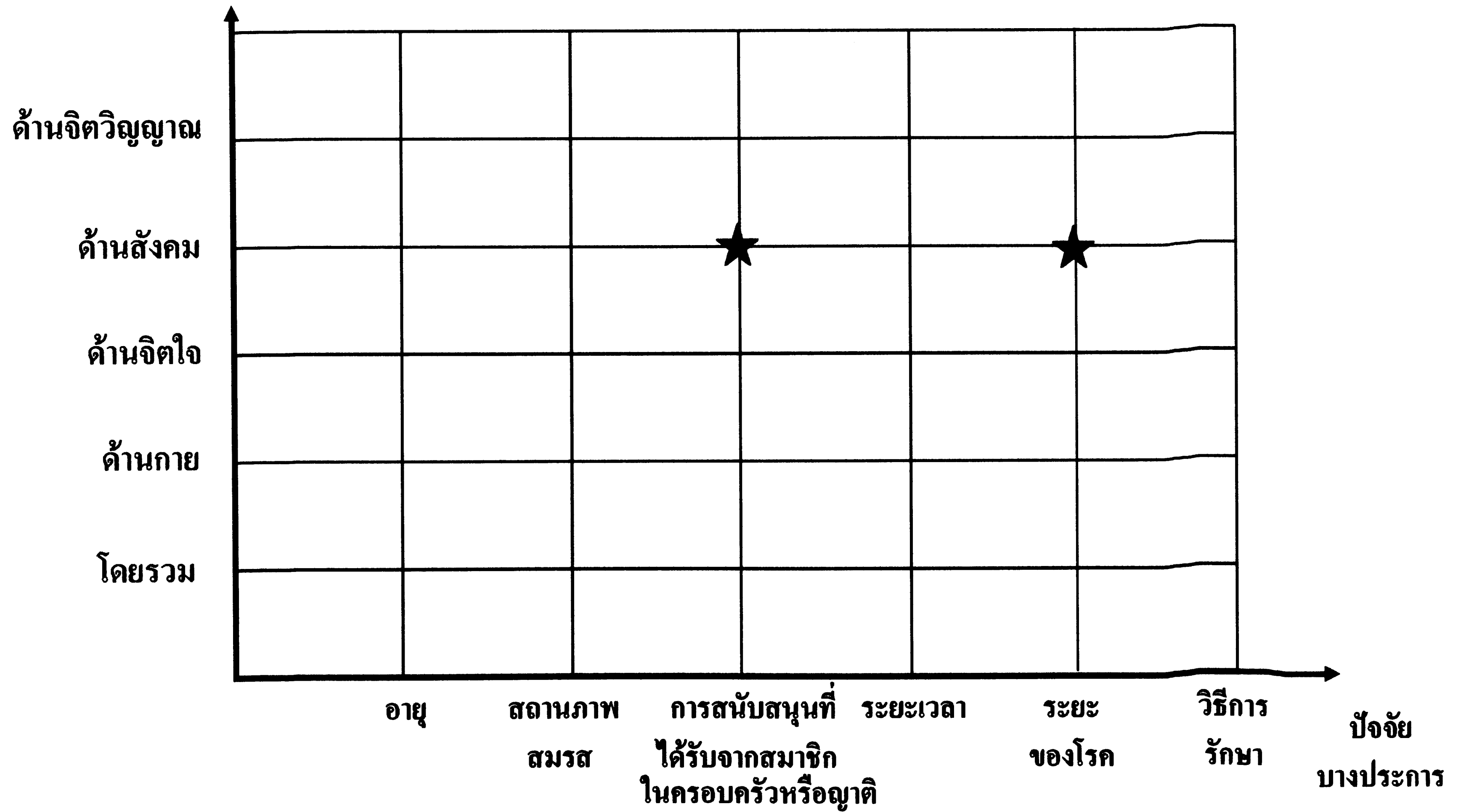
P < .05 ($\chi^2_{.05} = 5.99, df = 2$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ



ภาพประกอบที่ 3 กราฟแสดงปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ



ภาพประกอบที่ 4 กราฟแสดงปัจจัยบางประการที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้จะอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ 1) ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะเจ็บป่วย การรักษาและยาที่ได้รับในปัจจุบัน วิธีการรักษาที่เคยได้รับ แหล่งข้อมูลและประเภทข้อมูลหรือคำแนะนำที่ได้รับ อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานภายหลังจากกลับบ้าน โรงพยาบาล อาการที่มีอยู่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน และอาการที่รุนแรงที่สุด 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังจากผ่าตัดโดยรวมและในแต่ละด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมได้แก่ การดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 – 60 ปี อายุเฉลี่ย 48.96 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคนโดยทั่วไปเมื่ออายุมากขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น เพราะวัยนี้ซึ่งเรียกว่าวัยทองมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศของสตรีในวัยหมดประจำเดือน สตรีที่หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี (อดิศักดิ์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของประทุม (2538) ซึ่งศึกษาในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ประทุม, 2538; อัศนี, 2539) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 61 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ประทุม, 2538; จารุวรรณ 2538; อัศนี, 2539) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำมีโอกาสนในการแสวงหาความรู้ด้วยเอกสารได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง ซึ่งทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือได้รับรายได้จากบุตรในจำนวนนี้เป็นแม่ชี 2 ราย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งศึกษาในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม (ประทุม, 2538; จารุวรรณ 2538; อัศนี, 2539)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63 มีสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวในระยะ 12 เดือน ที่ผ่านมาไม่พอเก็บออม ได้แก่ กลุ่มแม่อาชีพแม่บ้าน รายได้จากบุตร แม่ชี เกษตรกร รับจ้างหรือลูกจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในคลินิกบำบัดแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี และหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงและพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนิเวศน์ เชียงใหม่ พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมมีรายได้

พอใช้ ไม่พอเก็บออม (ประทุม, 2538; ทัศนีย์, 2539) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือทุกอย่างจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติยกเว้นด้านการเงินร้อยละ 57.5 แสดงให้เห็นว่า ในครอบครัวได้มีการดูแลกันด้านสุขภาพกำลังใจและคำแนะนำซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้ช่วยเหลือเรื่องการเงินซึ่งสืบเนื่องมาจากแต่ละครอบครัวในสภาพปัจจุบันมีสถานภาพเศรษฐกิจ พอใช้ จ่ายไม่พอเก็บออม แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการทั้งใน โรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีสถานภาพการเงินพอใช้จ่ายไม่พอออม แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของ สิทธิบัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 53.5 ของกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิบัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามนโยบายของรัฐบาลที่ส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิประโยชน์ในการประกันสุขภาพช่วยลดภาระเรื่องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของคนอื่นที่ผ่านมา พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมใช้สิทธิบัตรเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ประทุม, 2538; จารุวรรณ 2538 ; ทัศนีย์, 2539)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบอกการวินิจฉัยโรคการบอกความจริงโดยตรงอย่างเปิดเผยจากแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากโรคและทางเลือกการรักษาทำให้เกิดความหวังมากขึ้น ส่งเสริมพฤติกรรมด้านจิตใจให้เผชิญปัญหาได้ดีและการปรับตัวด้านจิตสังคมได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา เช่น การศึกษาเรื่องรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องการในการบอกการวินิจฉัย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 32 คน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ป่วยทุกคนได้รับการบอกการวินิจฉัยจากแพทย์ (Peteet. *et.al.*, 1991) หรือร้อยละ 92.9 ได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจากแพทย์(ภักศุภพิชญ์, อรสาและรัตนา, 2535) และจุฬารวรรณ (2544) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนต้องการทราบผลการตรวจวินิจฉัยเช่นเดียวกับที่เซลและคณะ (Sell, 1993) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 50 ราย ถึงความต้องการในการรับทราบการวินิจฉัย พบว่า ร้อยละ 92 ต้องการ ทราบผลการวินิจฉัยตามความเป็นจริง เมื่อแพทย์เป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพราะแพทย์เป็นผู้รู้ดี จึงควรมีหน้าที่บอกความจริง เนื่องจากผู้ป่วยมีความศรัทธาในตัวแพทย์ว่าเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญช่วยให้เกิดความหวังร้อยละ 62 บอกว่ารู้สึกอุ่นใจหลังจากได้พูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ต้องการมีความเป็น ส่วนตัวขณะที่ได้รับการบอก และต้องการให้

มีญาติใกล้ชิดอยู่ด้วยเพราะผู้ป่วยอาจจะไม่มีสมาธิ ในการฟังคำอธิบายที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ญาติจะได้ช่วยรับฟัง ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติซักถาม และได้รับข้อมูลเพียงพอจะเป็น จุดเริ่มต้นที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่ดี (จารุวรรณ, 2538) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วย ทราบระยะของโรคว่าที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือปฏิเสธการรักษาเพียงเพื่อต้องการ ให้อยู่กับโรคอย่างสงบ และอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต (Peteet. *et al.* , 1991) และสามารถวางแผน ในการดำเนินชีวิตของครอบครัว

อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงระยะของโรคที่เป็นในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 31.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 เพราะ ระยะที่ 2 มีอาการแสดงชัดเจนทำให้กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์แล้วจึงได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นโรคอยู่ในระยะที่ 2 และมีโอกาสรักษาได้ แพทย์จึงบอกระยะของโรคแก่ผู้ป่วย ซึ่งตรงกับการวินิจฉัยของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 ร้อยละ 52 ซึ่ง สอดคล้องกับสถิติของหน่วยมะเร็งของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่าโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่พบอยู่ในระยะที่ 2 (ประทุม, 2538; ทัศนีย์, 2539 ; ทะเบียมน มะเร็งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2540 ; 2541; 2542; 2543) ทำให้ได้รับวิธีการรักษา ด้วยวิธีผ่าตัดร่วมกับวิธีการรักษา 1 วิธีใดวิธีหนึ่งร้อยละ 53.5 รองลงมาได้รับวิธีการรักษา แบบผ่าตัดร่วมวิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี ซึ่งเป็นวิธีการรักษาของโรค ในระยะที่ 2 เมื่อ พบก้อนเนื้อที่มีผลค่าฮอร์โมนเป็นผลลบ (estrogen receptor-negative) และฮอร์โมนเป็น ผลบวก (estrogen receptor-positive) สอดคล้องกับการรักษามะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 (วรชัย, 2538) ดังนั้นร้อยละ 37.5 จึงได้รับยากกลุ่มยาเคมีบำบัดตามสูตร (CMF, CAF, Milan) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่า ร้อยละ 45.5 รับรู้ภาวะสุขภาพ แข็งแรงปานกลางอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงปานกลาง เพราะอยู่อุ้งระหว่างการรักษาโรค และมีอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินการรับรู้ของโรคว่า แข็งแรงมาก เนื่องจากสิ้นสุดจากวิธีการรักษาและอยู่ระหว่างการนัดติดตามผลการรักษา ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินการรับรู้ที่ไม่แข็งแรงเนื่องจากได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น ปวดตามกระดูกข้อ

การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในแต่ละเรื่องจากแพทย์หรือ พยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองโดยการค้นหาข้อมูลด้วยตนเองเกี่ยวกับเรื่อง

ต่อไปนี้ได้แก่การลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง การรับประทานอาหารที่เฉพาะ การปรับตัวต่อความเครียด และการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมนอกเหนือจากในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลได้ด้วยตนเองจากแหล่งบุคคล เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนซึ่งเป็นโรคเดียวกัน และผู้ที่รู้จักมาก่อน หรือแสวงหาข้อมูลจากแหล่งสถานที่ เช่น จากร้านหนังสือโรงพยาบาล วัด เช่น มูลนิธิหรือสำนักสงฆ์ โดยแสวงหาข้อมูลหลายเรื่อง เช่น การลดหรือ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการ รับประทานอาหารที่เฉพาะ เพื่อดูแลสุขภาพบรรเทาอาการให้ร่างกายแข็งแรงและลดภาวะเสี่ยง การเกิดโรคแทรกซ้อน การปรับตัวต่อความเครียด เพื่อดูแลสุขภาพด้านจิตใจให้ทุกข์ทรมาน ลดน้อยลงจากการเป็นโรค และการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมนอกเหนือจากในโรงพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพ บรรเทาอาการให้ร่างกายแข็งแรง รวมทั้งป้องกันและลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน ทั้งนี้วิธีการดังกล่าวเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองทำให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ ให้ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรท, ดอน และ ครูท (Gray, Doan & Chruch, 1991) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ร้อยละ 98 ของผู้ป่วยมะเร็งต้องการความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนของโรค การดูแล ตนเองจากผลข้างเคียงของยา การเป็นกลับซ้ำของโรคหรือผลกระทบด้านสังคม อาชีพ การงาน และการเงิน เพราะต้องเผชิญปัญหากับความไม่แน่นอนกับการดำเนินของโรค ดังนั้น ผู้ป่วยจึง เสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง โดยการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ที่มีลักษณะ ดังนี้ 1) ข้อมูลที่ได้รับ ควรเป็นเรื่องปัจจุบัน ที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยสนใจการ ผสมผสานข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์กับความมีคุณค่าและเป้าหมายชีวิตของตนเองโดยอาศัย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ช่วยประสานพลังอำนาจของผู้ป่วยและพิจารณาส่งเสริม พลังอำนาจโดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของการตัดสินใจ 3) การเสริมสร้าง พลังอำนาจโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษามีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพของตนเองและการรักษาหลังจากที่ได้รับข้อมูลไปแล้วรวมทั้งมีส่วนร่วมกับการตัดสินใจ เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วย

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างควรได้รับคำแนะนำเรื่องการตรวจเต้านมจากพยาบาลด้วย โดยทั่วไปหลังแพทย์ตรวจแล้วพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการตรวจเต้านมข้างที่เหลือด้วย ตนเองแก่ผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ได้รับข้อมูลที่สำคัญและมีความจำเป็นลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค มะเร็งกลับซ้ำ เมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนอย่างถูกต้องตามหลักวิธีการตรวจเต้านมแล้วต้องมี

การประเมินผลการปฏิบัติว่าสามารถตรวจเต้านมได้ด้วยตนเองอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งติดตามผลว่า
ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด โดยส่งเสริมบทบาทพยาบาลให้มีส่วนร่วมเมื่อมาตรวจ
ตามนัด

กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำการตรวจเต้านมข้างที่เหลือด้วยตนเองที่บ้านจากแพทย์
ร้อยละ 88 เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดมีโอกาสพบและได้รับคำแนะนำจากแพทย์ซึ่งมี
ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับการลดหรือ
หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื่องลดการรับประทานอาหารไขมันสูง พบว่าร้อยละ 80 ของ
กลุ่ม ตัวอย่างแสวงหาความรู้ด้วยตนเองส่วนใหญ่ ด้วยวิธีการอ่านจากหนังสือ และวารสารตาม
ร้านหนังสือ จากสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับวิทยุ โทรทัศน์ การจัดนิทรรศการในแต่ละสถานที่ รองลงมา
ได้รับจากพยาบาล ร้อยละ 79 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลดังกล่าวจากการแสวงหาด้วยตนเอง
มากพอกับข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อพฤติกรรม การดูแล
สุขภาพ ดังเช่น กลุ่มตัวอย่างแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เฉพาะ
ร้อยละ 73.5 โดยลดการบริโภคอาหารโปรตีนในปริมาณมากเพิ่มรับประทานผักและผลไม้เป็น
ประจำช่วยให้กากเส้นใยในอาหาร เพิ่มอาหารกลุ่มวิตามินและเกลือแร่ และสารเบตาแคโรทีน
สามารถป้องกันหรือระงับไม่ให้เกิดภาวะผิดปกติของเซลล์ และดักจับอนุมูลอิสระทำหน้าที่เหมือน
แอนตี-ออกซิเดนท์ (antioxidant) วิตามินซีสามารถป้องกันไม่ให้เกิดสารเกิดก่อมะเร็งกลุ่มไนโตรซามีน
และการขาดวิตามินอี เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากโดยเฉพาะเมื่อได้รับกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง
สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ (2540) เกี่ยวกับเรื่องอาหารต้านมะเร็งว่าให้ลดอาหารโปรตีน
ไขมันสูง เพิ่มอาหารพวกผัก ผลไม้ และวิตามิน เช่น วิตามินเอจะยับยั้งระยะแรกของขั้นตอน
การกระตุ้นการเกิดเซลล์มะเร็ง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทาน
อาหารที่เฉพาะเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเป็น
กลับซ้ำของโรคจากสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าการแสวงหาด้วยตนเอง เพราะจะได้รับข้อมูล
ที่ถูกต้องมากกว่า

กลุ่มตัวอย่างแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียดมากขึ้น
ด้วยตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น พุดคุยเพื่อระบายออกกับบุคคลในครอบครัว พุดคุยกับเพื่อนใน
กลุ่มโรคเดียวกันเมื่อมาพบกันในโรงพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง แสวงหาการรักษาด้วยวิธี
อื่นร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันโดยแสวงหาด้วยตนเอง และได้รับจากบุคคลอื่นมากกว่าได้รับ
จากเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เช่น ใช้วิธีการรับประทานยาต่างๆ เช่น

ยาต้ม ยาแผนโบราณ ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาต้านมะเร็ง อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ อาหารชีวจิต ทางไสยศาสตร์ เช่นพหุมอดู หมอพระ ทางด้านพระด้วยการสร้างเสริมบุญกุศล หรือวิธีนวดพลังจักรวาลเพราะว่าวิธีการดังกล่าวเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นใกล้ตัวและแสวงหาได้ง่าย การแสวงหาวิธีการรักษาอื่นร่วมเพื่อต้องการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น โดยมีความหวังที่จะให้สุขภาพได้รับการส่งเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง และมีชีวิตที่ยาวนานมากยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากที่กลับจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นอาการทุกข์ทรมานเนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คืออาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและอาการด้านจิตใจ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบ ความเครียด ความกลัวหรือวิตกกังวลแต่อาการเหล่านี้ลดน้อยลงได้เพราะการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากอาการ ดังกล่าวข้างต้น ทำให้สามารถปรับตัวเอง หรือหาวิธีการเพื่อลดหรือเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมหรือแต่ละด้านของตนเอง ทำให้อาการทุกข์ทรมานที่มีอยู่ต่อเนื่องถึงปัจจุบันลดน้อยลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม (2538) ซึ่งพบว่าสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนและรับประทานอาหารไม่ได้ ผม่วงและเยื่อช่องปากอักเสบ นอกจากนี้อาการที่มีอยู่ต่อเนื่องถึงปัจจุบันพบทั้งอาการทุกข์ทรมานของอาการข้างเคียงเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและอาการด้านจิตใจ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงประสบกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากความเจ็บป่วยด้วยอาการระบบทางเดินอาหาร หรืออาการด้านจิตใจของตนเองมากกว่าการเป็นโรคมะเร็งอย่างเดียวสอดคล้องกับการศึกษาของ สเชค (Schag, 1993) ซึ่งพบว่าสตรีมะเร็งเต้านมยังมีปัญหาสุขภาพ และความทุกข์โศกทางด้านจิตสังคมสูงแม้จะผ่านช่วงเวลา ไปนานถึง 1 ปีแล้วก็ตาม

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างบอกว่ารุนแรงที่สุด ส่วนใหญ่ คืออาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งอาการอ่อนเพลียเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ผลจากการใช้พลังงานในการทำกิจวัตรประจำวันการทำงานหรือจากความเครียดในการทำงานการสะสมของเสียในร่างกาย เช่น แลคติกไฮโดรเจนไอออน การได้รับพลังงานไม่สมดุลกับพลังงานที่ใช้ไปซึ่งมีความต่อเนื่องสัมพันธ์มาจากอาการรับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบโดยเป็นผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ประทุม, 2538) พบว่าอาการอ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ เป็นอาการที่ทุกข์ทรมานในระดับที่พบมากของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังจากผ่าตัด หรือได้รับเคมีบำบัด

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าแข็งแรงปานกลาง และจากการได้รับการวินิจฉัยระยะของโรคจากแพทย์รวมทั้งอาการข้างเคียงที่ปรากฏ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แบ่งเป็นพฤติกรรม 2 ด้าน คือ 1) การดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และ 2) การป้องกันและลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น หลีกเลียงการรับประทานอาหารบางประเภท

2.1.1 การดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง รวมถึงการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ขณะที่กำลังเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติในระดับสูง คือการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอกับความต้องการ และไม่ยกของหนัก เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรับการรักษาจากแพทย์ปัจจุบันและนัดติดตามผล ยังมีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากภายหลังได้รับวิธีการรักษา ดังนั้นจึงมักหาวิธีการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และ บรรเทาอาการซึ่งเป็นผลกระทบจากวิธีการรักษาและจากการเป็นโรค สอดคล้องกับการศึกษาของฟิลเลอร์ (Fieler, 1995) ศึกษาเชิงบรรยายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัด เรื่องพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดในวันที่ 2 และวันที่ 5 ภายหลังได้รับยา พบว่า ใช้วิธีการพักผ่อนหรืองีบบ่อยขึ้น

พฤติกรรมเมื่อออกนอกบ้าน มีการปรับเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย เช่น เต้านมข้างที่ผ่าตัด มีพฤติกรรมการปฏิบัติต่ำ การสวมเสื้อชั้นใน เสื้อผ้า และทรงผมโดยมีพฤติกรรมการปฏิบัติเฉลี่ยปานกลาง ดังเช่น การใช้ฟองน้ำเสริมเพื่อเสริมสร้างให้สภาพจิตใจดีขึ้น เพราะ 1) ทำให้เต้านมเท่ากัน ทั้งสองข้างไม่น่าเกลียด ดูสวยงามเหมือนกับปกติ 2) ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตัวเองได้แม้ไม่มีเต้านม 3) ไม่ให้ผู้อื่นทราบปมด้อยของตัวเอง 4) ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2541) พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดปรับปรุงเสริมสร้างภาพลักษณ์ใหม่ เช่น ผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม การใช้เต้านมเทียม ผลของการใส่ซิลิโคนบางคนบอกว่าจะรู้สึกกว่า

น้ำหนักของเต้านมทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันและเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีจะรู้สึกปวด จึงใส่ไม่ได้ เพราะเมื่อซื้อซิลิโคนใส่หลัง ผ่าตัดใหม่ ๆ จะมีขนาดเต้านมพอดีและเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หลังจากนั้น หากร่างกายผอมลงทำให้เต้านมข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดเล็กลง ทำให้รู้สึกว่าขนาดของเต้านมไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ทำให้รู้สึกเสียตายนเงินเพราะราคาซิลิโคนแพง บอกว่าจะรู้สึกน้ำหนักของเต้านมทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน และเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะรู้สึกปวดเพราะแผลแห้ง แล้วน้ำหนักของซิลิโคนจะกดลงบนแผลจะรู้สึกปวดแผล จึงใส่ไม่ได้

สำหรับการปรับเปลี่ยนการแต่งกายเสื้อชั้นใน หลายรูปแบบเพื่อให้ร่างกายรู้สึกสบาย ความเป็นปกติ แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดทรงของเต้านมเล็กจะไม่เสริมแต่งเต้านมหรือไม่มีการปรับเปลี่ยนการแต่งกายเกี่ยวกับการสวมเสื้อชั้นในเช่น เพราะมีความเคยชินกับเสื้อชั้นในแบบเดิม สวมเสื้อคอกระเช้า สวมเสื้อชั้นในมีโครงเหล็ก ไม่มีผลให้เจ็บปวดแผลผ่าตัด ไม่ได้ต้องการความสวยงาม แต่เมื่อได้รับรังสีรักษาจะหยุดการใส่เสื้อชั้นใน เพราะผิวหนังแห้งตึงทำให้รู้สึกปวดง่ายขึ้น ซึ่งจะเริ่มใส่เสื้อชั้นในได้ภายหลังฉายรังสีครบอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ได้รับรังสีรักษามีการเสริมแต่งกายเพิ่มเติม เช่น ผูกผ้าพันคอเพื่อปกปิดไม่ให้ผู้อื่นสังเกตเห็นบริเวณช่องเครื่องหมายที่ฉายรังสี ซึ่งทำให้สามารถทำงานในอาชีพและตามสังคมได้ตามปกติ

นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนการแต่งกายของเสื้อผ้าที่สวมใส่เพื่อจะได้อำพราง เต้านมที่ผ่าตัดไปแล้ว รู้สึกสบายใจไม่ต้องกังวล สบายตัวไม่อึดอัด ไม่ต้องกลัวปวดแผล สะดวกในการถอดเสื้อผ้า ช่วยป้องกันการเจ็บปวดแผลผ่าตัด บางกลุ่มตัวอย่างแต่งกายเสื้อผ้าเหมือนเดิม เช่น สวมเสื้อรัดรูป เพราะผ่าเต้านมไปเพียงเล็กน้อย ไม่ได้ตัดทั้งเต้า หรือมีขนาดเล็ก มองไม่เห็นความผิดปกติข้างที่ผ่าตัด การปรับเปลี่ยนการแต่งผมจากเดิมที่เคยสวมใส่ซึ่งมีหลายรูปแบบเพื่อปกปิดผมที่ร่วงและรู้สึกไม่ร้อนอบ สวมผ้าคลุมผมสวยๆ ที่เย็บสำเร็จรูปแล้ว เพื่อความสวยงาม สวมวิก เพื่อให้ดูเหมือนปกติ ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้น แต่บางครั้งรู้สึกอบ ร้อนศีรษะเหมือนกัน จึงสวมวิกสลับกับสวมหมวกหรือผ้าโพกศีรษะเพราะซื้อวิกมาสวมแล้วรู้สึกว่าร้อนอึดอัดบนศีรษะจึงเปลี่ยนมาใช้หมวกสลับกับผ้าโพกศีรษะ

เมื่อออกนอกบ้านกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนการแต่งกายหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด พยายามทำความเข้าใจกับตนเองและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเรื่องธรรมดา แล้วปรับปรุงภาพลักษณ์ใหม่ ในช่วงหลังผ่าตัดจากการปกปิดและไม่กล้าเปิดเผยมาเป็นมั่นใจกล้าเปิดเผยตนเอง (กนกนุช, 2541; สิริลักษณ์, 2541) หรือภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผมร่วง จึงเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง

(Paula, 1999) ดังนั้นจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปช่วยทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น (Wang & Branwell, 1992)

การดูแลสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงโดยมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางด้วยการลดอาหารพวกเนื้อสัตว์ แต่รับประทานเนื้อปลาเพิ่มขึ้นแทนเพิ่มการ รับประทานผัก ผลไม้ โดยให้เหตุผลว่าอาหารประเภทเนื้อหมู และเนื้อไก่อาจมีสารฮอร์โมนที่มีการฉีดยาเคมีเพื่อเร่งการเจริญเติบโต และลดอาหารประเภทไขมัน เนยแข็ง นม เพราะอาหารไขมันสูง อาจมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพราะจะเกาะตัวเคลือบอยู่ในสภาพที่ย่อยไม่ได้ตามผนังกระเพาะลำไส้แล้วดูดเน่ากลายเป็นสารพิษที่ทำให้ระบบย่อยอาหารเกิดเป็นมูกเมือก ดังนั้นการดื่มนมเป็นจำนวนมากจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานผักปลอดสารพิษ เช่น ผักพื้นบ้าน เน้นผักที่มีเบต้าแคโรทีนสูง เช่น แครอท บรอกโคลี ถั่วลันเตา ใบบัวบกและผักที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น ผักโขม โดยนำผักดังกล่าวมารับประทานทั้งแบบสด แบบลวกจิ้มกับน้ำพริก หรือนำมาผัด กลุ่มตัวอย่างบางคนรับประทานแครอทวันละ 2-3 กิโลกรัม โดยนำมาปั่นน้ำแยกกากรับประทานสดไม่ใส่น้ำตาลวันละ 2 แก้ว กลุ่มตัวอย่างบางคนรับประทานเห็ดฟาง ผักชีฝรั่ง ตำลึง ผักหวาน โดยนำมาทำแกงจืด และรับประทานอาหารพวกผลไม้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น มะม่วง มะขาม มะยม ส้ม สับปะรด แอปเปิ้ลเขียว โดยนำมารับประทานแบบสด นำมาจิ้มเกลือหรือปั่นเป็นน้ำผลไม้สด กลุ่มตัวอย่างบางรายอมหมาก หรือลูกหยีโดยนำมาอมไว้ข้างแก้ม หรือรับประทานข้าวโพดแทนรับประทานข้าว รับประทานผลไม้ตามฤดูกาล และเน้นรับประทานผลไม้สดเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายสดชื่นลดอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งมีผลต่อสุขภาพด้านจิตใจลดความวิตกกังวล ความเครียด เพราะร่างกายแข็งแรงขึ้น เมื่อมาตรวจตามนัดเม็ดเลือดขาวมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้การบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น โดยดื่มน้ำเต้าหู้ วันละ 1-2 แก้วหรือดื่มน้ำผลไม้สด นำมาปั่น หรือแบบซองสำเร็จรูป วันละ 1-2 แก้ว เพื่อให้ร่างกายหายอ่อนเพลีย และช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงหรือดื่มชาเขียวเพราะมีสารต่อต้านอนุมูลอิสระช่วยลดความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งช่วยให้ร่างกายมีอัตราเมตาบอลิซึมมากขึ้น

การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในระดับปานกลาง โดยวิธีวิ่งอย่างเดียวหรือวิ่งร่วมกับการเดินหรือเล่นแบดมินตัน หรือยกดัมเบล หรือวิ่งจ็อกกิ้ง โดยใช้เวลา 40 นาที บางกลุ่มตัวอย่างแกว่งมือและแขน เพื่อช่วยผ่อนคลายร่างกายโดยแกว่งแขน

ทั้งสองข้างไปข้างหลังพร้อม ๆ กับออกแรงพอประมาณ แขนจะตีกลับข้างหน้าเอง ขณะแกว่งแขนฝ่ามือทั้งสองเหยียดไปพ่ายวักน้ำ แกว่งลักษณะแบบลูกตุ้มนาฬิกา อย่างแกว่งแขนรุนแรงวันละ 30 – 45 นาที ทุกวัน ทำให้ร่างกายแข็งแรง บางกลุ่มตัวอย่างเดินช้า ๆ ชยับแขนขาไปมา หรือเดินขึ้นเขา ซึ่งรัญจวน (2541) กล่าวว่า การออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อให้ออกกำลังกายแข็งแรง ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ระบบประสาททำหน้าที่เป็นปกติ ช่วยให้จิตใจปลอดโปร่งขึ้น ช่วยให้ความเครียดลดลง ลดความหงุดหงิด ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ระบบประสาททำหน้าที่เป็นปกติ ร่างกายแข็งแรงภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น เม็ดเลือดขาวทำงานเก่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นาดยาและคณะ(2541) กล่าวถึง การเดินมี 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) เดินก้าวยาว ๆ สบัดแขน แขนง ๆ ควรเดินด้วยวิธีนี้ระยะหนึ่ง แล้วจึงเดินเบา ๆ เพราะวิธีนี้เป็นการสร้างกล้ามเนื้อแต่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า 2) เดินสลับเร็วช้า แบบฟันปลา ฝึกความว่องไว และการตอบสนองโดยใช้แรงหัวเข่าผ่อนคลายไหล่และเอว 3) เดินด้วยความยืดหยุ่น ก่อนเดินให้ผ่อนแรงที่คอพร้อมกับเอียงศีรษะไปมา แล้วชยับไหล่เป็นวง ต่อไปที่เอว และหัวเข่าตามลำดับ ต่อมาจึงเดินอย่างปกติ 4) เดินทน ต้องให้พอเหมาะกับสมรรถภาพของหัวใจและปอด โดยสังเกตจากความอดทนของแต่ละคน สำหรับการเดินเร็วอย่างกระฉับกระเฉงเป็นวิธีที่ดึงไขมันส่วนเกินออกไปได้ วันละ 30-40 นาที และทำเป็นกิจวัตรประจำวัน แต่ต้องระมัดระวังในคนที่ไม่แข็งแรงขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอและมีความเครียด ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้

บางกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายแบบแอโรบิค เพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับปั่นจักรยาน วันละ 30 – 45 นาที ในช่วงเวลาเย็นหลังจากทำงานแล้ว สอดคล้องกับผลการวิจัยของพัสมนต์และราตรี (2538) ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคทำให้การไหลเวียนเลือดเพิ่ม เสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายไขมันในเลือดลดลงเวลาที่เหมาะสมที่สุดคือในช่วงเวลา 18.00น.-22.00 น. มีผลดีทั้งร่างกาย หัวใจ ปอด หลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อมีเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้น 8 เท่า มีเลือดไหลเวียนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น 4 เท่า เลือดไหลเวียนไปที่ผิวหนัง 3 เท่า และทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนเอนดอร์ฟิน ทำให้รู้สึกสดชื่น ลดอาการไม่สบายเนื้อตัว รวมทั้งทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น เม็ดเลือดขาวทำงานเก่งขึ้นเสริมภูมิคุ้มกัน และพบว่าผลของการออกกำลังกายสามารถลดอาการอ่อนเพลียลงในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ (Schwartz, et al ., 2001)

2.1.2 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเป็นกลับซ้ำของโรค โดยกลุ่ม

ตัวอย่างมีการปรับแบบแผนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเชื้อราโดยเฉลี่ยสูง รวมทั้ง 2) อาหารหมักดอง หรืออาหารกระป๋อง 3) สารเคมีซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งและสารเสริมการเกิดมะเร็งในอาหารปิ้งย่าง เพราะการทำให้อาหารสุกก่อนการรับประทานอาหารโดยใช้ความร้อนสูง การเผาหรือรมควันทำให้สารโปรตีน และไขมันที่ถูกความร้อนสูงนั้นเปลี่ยนแปลงรูปร่างโครงสร้างทางเคมีของมันกลายเป็นสารเคมีชนิดใหม่ซึ่งมีฤทธิ์ที่จะก่อการกลายพันธุ์ในแบคทีเรีย 3) อาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีจากการเกษตรและอุตสาหกรรม เช่น สารพิษจากเชื้อรา ยาปราบศัตรูพืช ซึ่งสุช์มันตา(2540) กล่าวว่าควรลดอาหารต่อไปนี้ เพราะมีผลเสียต่อการเกิดโรคมะเร็ง คือ อาหารที่ทอดในน้ำมันใช้ซ้ำ อาหารแต่งสีกลิ่นหรือใส่สารกันบูด อาหารที่ปรุงโดยใช้เขม่าควันไฟ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสารชีวเคมีก่อให้เกิดอนุมูลอิสระ(free radical) และเนื้อวัวและเนื้อสัตว์สีแดง เช่น หมู และการศึกษาของลลิตา (2541) กล่าวว่าหลักการประกอบอาหารของสตรีมะเร็งเต้านม ควรประกอบด้วย 1) ข้าวกล้องซึ่งมีส่วนประกอบของวิตามินบีซึ่งเป็นแหล่งวิตามินอี มีสารเส้นใยช่วยในการขับถ่าย ขับไขมันและน้ำตาลมีประโยชน์ช่วยฟื้นฟูสภาพและเป็นแหล่งโปรตีนหลักในยามที่จำกัดอาหาร ควรรับประทานข้าวกล้องวันละ 4-5 ทัพพี ควบคู่กับข้าวโพดเสมอจะได้โปรตีนครบถ้วน โดย รับประทานข้าวกล้อง 1 ทัพพี และข้าวโพดแกะเม็ด 1 ช้อนโต๊ะ 2) น้ำซุปรู้ที่ใช้ปรุงอาหารได้มาจากการต้มผักผ่านการเคี้ยวเข้มข้นที่เรียกว่าซูปโพแทสเซียม 3) ไม่มีการใช้น้ำมันในการประกอบอาหาร เนื่องจากการเผาผลาญไขมันในผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นไปอย่างไม่สมบูรณ์ ควรต้องงดน้ำมันไปนานถึง 1 ปีครึ่ง ผู้ป่วยมะเร็งจึงจะหันกลับมา ใช้น้ำมันปรุงอาหารได้อีก 4) วัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารทุกอย่างควรมาจากธรรมชาติและมีลักษณะใกล้เคียงธรรมชาติที่สุด อาหารดัดแปลงไม่ใช้ ดังนั้นอาหารมังสวิรัตที่อยู่ในท้องตลาดใช้รักษามะเร็งไม่ได้ 5) เครื่องเทศ สมุนไพรจากธรรมชาติทุกอย่างใช้ได้ เช่น ตะไคร้ ใบมะกรูด โหระพา ใบแมงลัก พริก พริกไทย กระเทียม หอมยี่ห่วย ผงกระหรี่ มัสตาร์ด เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยการผสมผสานวิธีการหลายวิธี เช่น การยอมรับการสูญเสียเต้านมเพื่อพิชิตมะเร็งโดยไม่กังวลใจ การสร้างขวัญกำลังใจในชีวิต ปฏิบัติโดยเฉลี่ยสูง การพยายามมองการเจ็บป่วยในแง่ดีว่าสามารถจัดการได้ ไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วยปฏิบัติโดยเฉลี่ยปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง ยอมรับการสูญเสียด้านมเพื่อพิชิตมะเร็งโดยไม่กังวลใจ มีพฤติกรรมปฏิบัติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เพราะต้องการเอาเนื้อมะเร็งออกจากร่างกาย แต่สูญเสียความมั่นใจในรูปร่างของตนเองไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 94 ของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดพึงพอใจต่อการผ่าตัดเต้านมในระดับปานกลาง เนื่องจากต้องสูญเสียภาพลักษณ์ (Paula, 1999)

ส่วนการดูแลสุขภาพด้านจิตใจโดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติพบว่ามี 2 ลักษณะคือ 1) การปรับความรู้สึก ความคิดและปรับอารมณ์ในทางบวก และ 2) การมุ่งแก้ที่ปัญหาโดยแสวงหาข้อมูลข่าวสาร อธิบายได้ว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มุ่งเน้นวิธีการปรับความรู้สึก ความคิดและปรับอารมณ์ในทางบวกมากกว่าการมุ่งเน้นแก้ที่ปัญหา เพื่อทำให้เกิดกำลังใจ การมุ่งเน้นแก้ที่ปัญหา ทำให้มีความหวังว่าจะผ่านพ้นความทุกข์ไปได้ด้วยดี

อย่างไรก็ตามเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาไประยะหนึ่งสามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยเผชิญปัญหาในลักษณะมุ่งแก้ที่ปัญหาโดยการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งบุคคลและสถานที่มากขึ้น โดยการพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น การใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสม การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล การหันหน้าเผชิญปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพที่เป็นจริง และการกระทำตามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษา ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ปัญหาโดยใช้วิธีแสวงหาแหล่งข้อมูลข่าวสารและได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดความหวังในระดับสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเพราะช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจ

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลจึงมีพฤติกรรมพยายามปรับอารมณ์ให้ดีขึ้น โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้เทคนิคแตกต่างกัน เช่น 1) เทคนิคการผ่อนคลาย การพูดคุยกับบุคคลภายในครอบครัว ดูโทรทัศน์ ดูแลต้นไม้ หรือฟังเพลง ซึ่งมีเทคนิคในการเลือกฟังเพลงดังนี้ ก่อนออกจากบ้านไปทำงานจะฟังเพลงจังหวะเร็ว ๆ หรือจังหวะสตริง เพื่อเร้าใจให้ต้องการไปทำงาน ก่อนนอนจะฟังเพลงจังหวะช้า ๆ เช่น เพลงของสุนทราภรณ์

การอ่านตำรา หนังสือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วย โภคมะเร็งเต้านมหรือติดตามข่าวสารเรื่องโรค มะเร็ง เต้านม จากรายการวิทยุ โทรทัศน์ 2) ปรับความคิดในทางบวกเสมอ ปล่อยวาง 3) หลีกเลี้ยง สิ่งที่ทำให้เครียดโดยการลาหยุดพักผ่อน หรือไปท่องเที่ยวตามชายหาดชายทะเล 4) เทคนิค ความเสียบรร่วมกับด้านศาสนา เช่น แยกตัวเองเข้าอนเญียบ ๆ อยู่คนเดียวในห้อง แล้วท่องคาถา บทสั่น ๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ พุทโธ หรือสวดมนต์บทยาว ๆ อย่างต่อเนื่องหลายรอบ เช่น สวดคาถาชินบัญชร 3 – 5 จบ หรือสมาธิ เช่น หายใจสั้น - ยาว 5) เทคนิคการทำงานศิลปะหรือ งานที่ชอบ เช่น งานเย็บปักถักร้อย ซึ่งช่วยให้จิตใจจดจ่อกับงานตรงหน้าละวางปัญหาจาก ความเครียดในชีวิตให้ได้ และเมื่อได้ทำงานเสร็จก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ 6) การสร้างอารมณ์ขัน หรือการหัวเราะช่วยกำจัดความเครียด

ดังนั้นการพยายามปรับอารมณ์ให้ดีขึ้นด้วยวิธีการดังกล่าว ทำให้จิตใจเยือกเย็น สุขุม สงบลดความหงุดหงิดเครียด ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ทำให้มีอารมณ์รื่นเริง สนุกสนาน แจ่มใสได้ ปรับความคิดให้เป็นบวก ทำให้เกิดสติปัญญา ช่วยส่งเสริมให้เกิดความมุ่งมั่นสามารถ จัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง มีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มประสิทธิภาพของเซลล์ให้ทำงานได้ดีขึ้นเกิด ความหวังในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขสอดคล้องกับการศึกษาของอาริยา (2538) ในสตรีมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า คนตรีมีผลลด อาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับเคมีบำบัด เพราะเสียง เพลงมีอิทธิพลต่ออารมณ์ สามารถทำให้รื่นเริง สนุกสนานและแจ่มใสได้

พฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยในแง่ดีสามารถจัดการได้มีการปฏิบัติโดยเฉลี่ยปานกลาง ด้วยวิธีการจัดการกับ คิดในทางบวก โดยยอมรับการรักษาทางการแพทย์มองโลกในแง่ดี เช่น คิดว่า ไม่หายก็รักษา เพื่อให้อยู่ได้นานๆ และคิดว่าอายุมากแล้วตัดเต้านมก็ช่างก็ได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง บางราย มีความคิด ความรู้สึก ไม่แน่ใจว่ารักษาหายไหม และคิดปล่อยตามบุญตามกรรม ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของกนกนุช (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความคิดใน 3 ลักษณะ 1) ยินยอม ตามแผนการรักษา 2) ปล่อยตามสถานการณ์ 3) แสวงหาการรักษาแบบอื่น ๆ เมื่อไม่แน่ใจการรักษา

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสร้างขวัญและกำลังใจในชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงด้วยการ คิดใช้สติปัญญา เช่น พิจารณาผู้ที่ทุกข์เวทนากว่าการยินดีกับความทุกข์ที่มีอยู่ การปล่อยวาง การแผ่เมตตา การนั่งวิปัสสนา ซึ่งสาโรช (2537) กล่าวว่าการบริหารจิตใจทำให้มีสติสัมปชัญญะ จิตเห็นความจริงที่เป็นปัญญา พ้นหลุดจากความทุกข์ ทำให้เกิดมีขวัญและกำลังใจในชีวิตต่อไป เพราะสติทำให้เกิดคุณค่าแก่ชีวิตซึ่งมีความจำเป็นมาก โดยยินดีกับผลกรรมตามวิถีชีวิตที่ตนประสบ ไม่ทำอะไรมากเกินความพอดี มีความสุขจากการปฏิบัติตามหน้าที่ การรู้จักปล่อยวางโดยพินิจพิเคราะห์

ในเรื่องละเอียดอ่อน โดยพิถีพิถันในการปล่อยวาง จึงเป็นครอบครัวประกอบ ประกอบกิจได้มากมาย โดยเรียบร้อยบริบูรณ์และไม่เหน็ดเหนื่อย การแผ่เมตตา หลังจากนั้นแม่ส่วนบุคคลให้ตามบทจบแล้ว จึงอธิษฐานตามสิ่งที่ท่านปรารถนา สอดคล้องกับการศึกษาของเลสลี (2539) และรัญจวน (2541) กล่าวว่า การหายใจแบบเข้า – ออก พบว่า ร้อยละ 7 ของออกซิเจนจะถูกนำไปใช้โดยตรงต่อเซลล์ เมื่อเซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพการกำจัดของเสียจะถูกยับยั้ง มีผลต่อสมอง เซลล์ประสาท ความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์ การใช้สติกำหนดลมหายใจเข้า – ออก จะเป็นการทำสมาธิไปในตัว ตัดอารมณ์ต่าง ๆ เข้าครอบงำจิตชุ่มฉ่ำไม่ผองใส ทำให้ร่างกายสงบ ผ่อนคลาย และมีสติตลอดเวลา

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคมโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคมในทุกกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายในแต่ละกิจกรรมที่เป็นลักษณะเด่นของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัวปฏิบัติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เพราะส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่ มีความใกล้ชิดกับ ครอบครัว สามี บุตร และได้รับช่วยเหลือดูแลทุกอย่าง ทั้งด้านการปรับแผนการดำเนินชีวิตแต่ละวันโดยให้กำลังใจ ช่วยเหลือดูแลสุขภาพ ให้คำแนะนำ ดังนั้นการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมด้านจิตวิญญาณสอดคล้องกับการศึกษาของบิล ฮาร์ท (Brillhart, 1988) กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ กับสตรีมากที่สุด คือ สามี เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและไว้วางใจมากที่สุด และช่วยสนับสนุนให้มีอารมณ์มั่นคงทำให้มีความรู้สึกนึกคิดในการแก้ไขปัญหาให้ดียิ่งขึ้น ทำให้เงื่อนไขของปัญหาลดความรุนแรงลงมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น เพราะผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีปัญหาด้านจิตใจมากกว่าด้านกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์(2541) พบว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนในการปรับแผนการรับประทานอาหารได้ดี และกนกนุช (2541) พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมควรได้รับการยอมรับและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวโดยช่วยลดภาระงานตามหน้าที่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะต้องปรับตัวทั้งด้านบทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ที่ต้องพึงพาระหว่างกัน และอัตมโนทัศน์ (จารุวรรณ, 2538)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คนไม่ได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือดูแลสุขภาพให้คำแนะนำ จากครอบครัว และบุตร หรือบางกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาเพิ่มเรื่องความรัก ความอบอุ่นความเข้าใจ ซึ่งกันและกันในครอบครัวกับสามี เช่น เกิดปัญหาอย่างร้ายกับสามี หรือปัญหาการทะเลาะวิวาทกัน บ่อย ๆ เนื่องจากสามีมีพฤติกรรม ดื่มสุรา นอกใจภรรยา มีภรยาน้อย หรือปัญหาทางด้านอารมณ์ ของสามี เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ซึ่งเนื่องมาจากปัญหาทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย โดยเฉพาะในช่วง ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ (2534) พบว่า ร้อยละ 47 ของสตรีมะเร็ง เต้านม ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์น้อยมาก ในเรื่องการ ชมเชยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 51 มีเพศสัมพันธ์ ลดลงจากเดิมมาก เนื่องจากกลัวสามีจะรังเกียจ กลัวว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นและ สอดคล้องกับการศึกษาของสโรเวอร์ (Schover, 1995) ศึกษาในสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด จำนวน 218 ราย พบว่า ร้อยละ 20 ประสบปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพ และ เพศสัมพันธ์กับสามี ขณะเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทาง ในการรักษาได้จึงมีการปฏิบัติ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เต้านมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องรับผิดชอบ สถานการเงิน เพื่อการรักษาโรคและเพื่อค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งพบว่า ระยะแรกของการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ใช้เงินจากการเก็บออมไว้มารักษาตัวหรือจ่ายจากเงิน เดือนประจำร่วมกับการใช้สิทธิบัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ซึ่งช่วยลดปัญหาด้านการเงินใน การรักษาพยาบาลได้ตลอดตามสิทธิบัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลนั้น ปัญหาด้านการเงินจึงลดลง ภายหลังจากที่รักษาอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง สภาพเงินออมเริ่มหมดไป จึงต้องกู้ยืม เงินสำรองไว้หรืออาจได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ารับประทาน อาหาร ค่าตรวจวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพราะผลกระทบ จากการรักษา เช่น ค่าเดินทางและค่าที่พักขณะมารับการรักษาตัวเพราะอยู่ไกล แต่ยังไม่รับการ รักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะมีสิทธิบัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลทำให้อดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ลงไป บางกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและค่าเดินทางในการรักษาได้ เนื่องจาก ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง จึงได้รับเงินจากบุตรบุญธรรม และไม่สามารถทำงานหารายได้เพราะ ภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรงด้วยระยะของโรคในระยะที่ 4 จึงพบอาการแทรกซ้อนจากโรค และต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งก่อนจากนี้ได้หยุดพักรักษาตัวไประยะหนึ่ง เนื่องจากอาการ

ข้างเคียงจากเคมีบำบัด จึงทำให้หยุดการรักษาไประยะหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวคนธ์ และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งพบปัญหาและอุปสรรคของการรักษา เป็นจำนวนร้อยละ 24.50 ด้วยสาเหตุจากเดินทางมารับการรักษาไม่สะดวกร้อยละ 12.95 ของผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากว่าผลฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 36.70 ค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงเกินไป ร้อยละ 5

การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้นั้น พบว่า โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้มาก จึงมีพฤติกรรมพูดคุยกันเองขณะนั่งรอตรวจ เพื่อปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยลดความเครียด วิตกกังวลลง รู้สึกว่ามีเพื่อนกลุ่มโรคเดียวกันทำให้สบายใจขึ้น บางรายขอที่อยู่ไว้ติดต่อกันทางโทรศัพท์หรือลูกพาไปรู้จักกับคนข้างบ้านที่เป็นโรคนี้นี้และมีชีวิตอยู่ยาวนาน ทำให้รู้สึกว่ามี ความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก อย่างไรก็ตามยังต้องการได้รับคำปรึกษา คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลเพิ่มเติมจากปัญหาที่ไม่สามารถและเปลี่ยนแปลงกันเอง เช่น ปัญหาจาก ผลกระทบของวิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การปฏิบัติตัวเมื่อเม็ดเลือดขาวต่ำ อาการปวดตามกระดูก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ของสตรีมะเร็งเต้านมทั้งในโรงพยาบาลหรือจัดตั้งกลุ่มกันเอง ช่วยทำให้สตรีมะเร็งเต้านมมีความหวัง มีพลังและกำลังใจ มีความสามารถในการปรับตัวได้เพราะได้รับความรู้ ประสบการณ์มากขึ้น (ศิริกร, 2540; กนกนุช, 2541; อุบล, 2543)

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณในทุกกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายในแต่ละกิจกรรมที่เป็นลักษณะเด่นของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองปฏิบัติ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพอย่างมีเป้าหมายในชีวิตด้วยการมาตรวจตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ สอบถามข้อมูลหรือหากมีความผิดปกติมาก่อนนัด ซึ่งทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เพราะได้พยายามตั้งใจดูแลสุขภาพตนเองอย่างดีแล้ว และมีความหวังว่าต้องหายจากโรคนี้นี้ เพื่อเป็นเหตุผลในการยอมรับสภาพของตนเอง ด้วยการเป็นโรคนี้นี้

การมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ปฏิบัติ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ พฤติกรรม มีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่โดยกำหนดให้สิ่งที่เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ สิ่งที่มีความหมายแก่ชีวิต ซึ่งประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่ คือ บุตร สามี บิดา มารดาหรือญาติพี่น้อง ส่วนน้อย คือ หน้าที่การงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา (2536) เรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะที่ 3-4 หอผู้ป่วยใน หน่วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 75 คน พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ให้ความหมายสูงสุดในชีวิต พบว่า ร้อยละ 41.33 คือ ครอบครัว เช่น ลูก หลาน และสามี ร้อยละ 16.00 คือ หน้าที่ของตนเองใน ทุกบทบาท

การให้ความรักความไว้วางใจและให้อภัยแก่คนอื่นปฏิบัติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดย พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความรักห่วงใยเชื้ออาหารและให้ความไว้วางใจและให้อภัยแก่บุคคลอื่นใน ครอบครัว เพราะบุคคลที่มีความผูกพันกัน ย่อมที่จะต้องการแสดงออกถึง ความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่มีต่อกัน โดยคิดว่าต่อสู้กับชีวิต เพื่อคนที่เรารัก ปรากฎภาพคนรัก เช่น ลูก สามี ขณะเปลือกตาปิดสนิท สิ่งดี ๆ ในอดีตย้อนกลับมาเป็นภาพประทับใจ แนบแน่นอยู่ในความ ทรงจำทำให้เกิดความรักยิ่งขึ้นหรือเมื่อสามีและลูกคอยให้กำลังใจสำคัญ ช่วยให้ไม่ต้องเครียดและ คิดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ (2531) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมี อาการคลื่นไส้ อาเจียน แบบคาดคะเนล่วงหน้า ได้ดูแลสุขภาพด้วยการให้บุตรชายมาอยู่เป็นเพื่อน คอยจับมือผู้ป่วยไว้ขณะได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้รู้สึกว่ตนเองมีความหมายสำหรับบุคคลนั้น ดังนั้น สภาพจิตใจจึงพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งเต้านมนี้ได้

การเพิ่มพลังจิตโดยตั้งจิตอธิษฐานปฏิบัติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมี ลักษณะการเพิ่มพลังจิตโดยตั้งจิตอธิษฐาน เพื่อช่วยให้จิตใจมั่นคง เพิ่มความตั้งใจเพราะการ ตั้ง จิตอธิษฐานเป็นอำนาจอย่างหนึ่ง ที่จิตสามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง เมื่อกำหนดแล้วพยายาม รักษาจะไว้ให้ดีจนสมบูรณ์ตามการอธิษฐาน กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม อธิษฐานต่อ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ส่วนใหญ่ตั้งอธิษฐานโดยนึกถึงพระผู้เป็นเจ้าก่อนแล้วอธิษฐานให้ปลอดภัยจากโรค ร้าย จะหายหรือไม่หายแล้วแต่พระผู้เป็นเจ้า หรือบางคนอธิษฐานว่าขอให้หาย สอดคล้องกับการ ศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 98.57 ได้สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์เมื่อเกิดความรู้สึกทุกข์ใจ เพื่อให้รู้ สึกสบายใจขึ้น เช่น ให้หายจากโรคนี้ หรือช่วยไม่ให้เกิดเหตุร้ายที่กังวลอยู่นั้นเกิดขึ้นด้วยอำนาจที่ เหนือธรรมชาติ เมื่อรู้สึกว่หมดที่พึ่ง สิ่งนั้นคือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่มีตัวตนจะเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่ช่วยให้

ผู้ป่วยมีความหวัง สามารถทำจิตใจให้สงบได้ เพราะคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่เหนือธรรมชาติ (super natural) เป็นสิ่งที่เก่งกล้าสามารถมากที่สุด สามารถอยู่เหนือกฎเกณฑ์ธรรมชาติ สามารถที่จะดลบันดาลสิ่งต่าง ๆ ได้(บุปผา, 2536)

กลุ่มตัวอย่างบางราย สร้างพลังจิตในตนเองปฏิบัติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยหาภาพสวยๆ ภาพที่รัก หรือภาพที่ประทับใจมาติดให้เกิดความรู้สึกยิ้มออกมาทุกครั้งที่เห็น เวลา รู้สึกแย่ สิ่งเหล่านี้ทำให้พลังจิตกลับคืนมา อย่างมีจุดมุ่งหมาย คือ ช่วยให้เห็นสิ่งที่กระตุ้นให้นึกถึงสิ่งดีๆ ในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ร้อยละ 86 ผู้ป่วยเป็นมะเร็งแสวงหาทางเลือก เพื่อลดความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการจินตนาการ (imagery) (Sparbar, 2000) ซึ่งผลต่อภาวะทางอารมณ์ กลไกการทำงานทางด้านจิตสรีระและระบบประสาทอัตโนมัติได้ (บำเพ็ญจิต , 2543)

การพึ่งพาสัญญะเนี่ยยวทางศาสนา ปฏิบัติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่พึ่งพาสัญญะเนี่ยยวทางศาสนา โดยการปฏิบัติภายในบ้าน ด้วยการสวดมนต์ สวดคาถาชินบัญชร สวดคาถาพระไตรปิฎก สวดพุทธคุณ ธรรมคุณ สังฆคุณ สวดพาทุงมหากา หรือโดยการไปวัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุด้วยโรคมะเร็ง ประกอบศาสนกิจที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 82.67 ประกอบศาสนกิจที่ศาสนสถานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 89.33 และสวดมนต์ตามหลักศาสนา ร้อยละ 61.33 เพราะความสงบของจิตใจจะส่งผลมีส่วนไปทาลามัส ทำให้แรงประสิทธิภาพของเม็ดเลือดขาวให้กำจัดเซลล์มะเร็งได้เก่งขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ศรัทธาทางศาสนาฝึกจิตใจให้สงบโดยทำสมาธิ ใช้ท่านอนหรือท่านั่ง แล้วสูดหายใจเข้าช้าๆและออกช้าๆ สัก 3 ครั้ง ให้สังเกตลมที่ผ่านเข้าออกทางจมูกว่ากระทบอะไรบ้าง ทุกวัน วันละ 2 เวลา เข้า ก่อนนอน ครั้งละครึ่งชั่วโมง ช่วยให้จิตใจสงบ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวลจิตใจแจ่มใสและสามารถปฏิบัติกิจกรรมแต่ละวันได้อย่างมีสติด้วย เพราะการทำสมาธิทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาผ่อนคลาย ตรงข้ามกับปฏิกิริยาสู้หรือหนีซึ่งมีผลทำให้เต้นเร็ว หายใจกระชั้นชิด ทำให้เกิดความเครียด ส่วนปฏิกิริยาผ่อนคลายที่เกิดจากสมาธิ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง หายใจยาวขึ้น การเผาผลาญอาหารและกระบวนการเมตาบอลิซึมผ่อนคลาย น้ำตาลในเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับความกระวนกระวายใจลดลง ทำให้ร่างกายผ่อนคลายเต็มที่และสามารถฟื้นฟูร่างกายทั้งระบบให้กลับสู่สภาวะสมดุล เพราะร่างกายหลังสารเอ็นโดฟินจากต่อมหมวกไต ฮอร์โมนอดีนาลีนจะหยุดหลังและภูมิต้านทานจะดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การทำสมาธิช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนลง ลดความวิตกกังวล มีจิตใจแจ่มใสขึ้นปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (Skalla.A.K & Lacasse c, 1992)

กลุ่มตัวอย่างมีความหวังในการมีชีวิตอยู่เพื่ออนาคต โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีโรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่น่ากลัวมีโอกาสหายและมีชีวิตรอดตายน้อย จึงมีความหวังรอดชีวิตจากการเป็นโรคนี้น้อยแต่จะสร้างความหวังในการมีชีวิตอยู่ปัจจุบันเพื่อครอบครัว เช่น รอให้บุตรโต อยู่เพื่อลูกหลานและสามี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่ การมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีเป้าหมายในชีวิตโดยให้ความหมายของชีวิตอยู่กับครอบครัว เช่น บุตร สามี และญาติ ดำรงชีวิตในสังคมและครอบครัวด้วยการให้ความรัก ความไว้วางใจ และให้อภัยแก่คนอื่น รวมทั้งพิธีกรรมทางศาสนา หรือ ฟังพาสังยัดเหนี่ยวทางศาสนาซึ่งมีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความหวังในการมีชีวิตอยู่ดีขึ้น เป็นการเห็นคุณค่าของตนเองที่เป็นประโยชน์ และมีเป้าหมายในชีวิตอย่างชัดเจน ทำให้มีความหวังที่จะก้าวไปข้างหน้าสู่เป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมที่อยู่ในช่วงวัยกลางคนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสนาเป็นสังยัดเหนี่ยวทางจิตใจด้วยการปล่อยวางไม่ยึดติดและมีสติในการคิดทบทวนสิ่งต่าง ๆ และผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม คือ ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มี พฤติกรรมปฏิบัติทางด้านศาสนามากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี และให้ความหมายสูงสุดในชีวิตแก่ครอบครัว และญาติ มากกว่าหน้าที่การงาน (บุปผา, 2536 ; อัจฉณี, 2539 ; กนกนุช, 2541 ; สิริลักษณ์, 2541)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา สภาพการเงินในครอบครัว แหล่งสนับสนุนของสังคมและครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการข้างเคียงที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านในระดับที่แตกต่างกันซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน

จากผลการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างมีอาการคลื่นไส้อาเจียน สามารถแสวงหาข้อมูลจากการอ่านหนังสือหรือจากการสอบถามจากบุคคลอื่น ทำให้ได้ข้อมูลหลากหลายวิธีการ เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้นสามารถกลับเข้าทำงาน หรือเข้าสู่สังคมได้ตามปกติอย่างมั่นใจว่า สามารถปรับตัวเองได้ทั้งด้านการดูแลสุขภาพ และบรรเทาอาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง รวมถึงการป้องกันและลดภาวะเสี่ยง

การเกิดโรคแทรกซ้อน (ผ่องศรี, 2530) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี ยุพินและวรรณิ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เรื่อง โรคมะเร็ง ($r = .1378, p < .05$) รวมทั้งความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ($r = .4665$ และ $r = .1694, p < .05$) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มะเร็งได้ร้อยละ 10.48 และระดับการศึกษาสัมพันธ์กับการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนเพราะผู้ที่มี ระดับการศึกษาสูง จะมีการแสวงหาแหล่งความรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้สามารถ มีความรู้เพิ่มขึ้นช่วยให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อลดอาการความทุกข์ทรมานได้ดีกว่า (ประทุม, 2538) และการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เต้านมที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับ การศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อัศนี, 2539)

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงหรือ ต่ำมีพฤติกรรมมักมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่เหมือนกัน เช่น อยู่เพื่อลูก สามี ซึ่งช่วยให้มีความหวัง ในการมีชีวิต

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมและแต่ละด้าน

ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านจิตใจ จึงอภิปรายในประเด็นที่ น่าสนใจ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนการแต่งกาย เพื่ออำพรางปกปิดปมด้อยของร่างกาย เกี่ยวกับเต้านมที่ถูกตัดออกไปหรือผมที่ร่วงไป ลดความวิตกกังวลในเรื่องเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ช่วยให้เกิดความมั่นใจเมื่อเข้าสู่สังคม นอกจากนี้ผู้ที่มีสภาพเศรษฐกิจพอออมมีพฤติกรรมพิถีพิถัน ด้วยการเสริมแต่งเต้านมด้วยวัสดุที่ดีหรือมีราคาสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาได้พอออม อย่างไรก็ตามกลุ่ม ตัวอย่างที่มีสภาพเศรษฐกิจต่ำ มีพฤติกรรมเสริมแต่งเต้านมลดน้อยกว่า เพราะลักษณะงานใน อาชีพเป็นงานภายในบ้าน โอกาสพบปะบุคคลไม่หลากหลายระดับ หรือด้วยฐานะการเงินที่น้อยกว่า

จึงมีพฤติกรรมการเสริมแต่งการแต่งกาย ด้วยวัสดุที่มีราคาถูกลงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม (2538) พบว่า สภาพเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้และอาเจียน เพราะผู้ที่มี สภาพเศรษฐกิจดีมีโอกาสแสวงหาการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ดีกว่า เพราะมี แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน ช่วยให้สามารถปรับตัวและดูแลตนเองดีกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย

นอกจากนี้สภาพเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะการเงินพอออม สามารถแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารรวมทั้งสิ่งที่ เอื้ออำนวยความสะดวกได้ ส่งเสริมให้สุขภาพดีขึ้น ส่งผลให้เกิดกำลังใจและความสบายใจขึ้น ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ แลมเพิท (Lempert, 1986) พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมสูงกว่ามีแนวโน้มจะได้รับ ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ได้มากกว่าสตรีที่มีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าและขณะเป็นโรคมะเร็งเต้านม ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการแต่งกาย หรือลักษณะการทำงาน แต่ เพราะมีเงินออมเพียงพอช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น สามารถปรับตัวได้ ดังนั้นผู้ที่มี อาชีพหรือรายได้หลักสูงและฐานะการเงินพอออมสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญด้วยเงินซึ่ง มีผลเอื้อต่อด้านจิตใจ ซึ่งจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (กนกนุช, 2541 ; สิริลักษณ์, 2541)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่มีความสำคัญและ เกี่ยวข้อง เพราะกลุ่มตัวอย่างต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือ สูญเสียรายได้ประจำจากการทำงาน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะการเงินพอออม สามารถดำรง ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เพราะมีเงินออม แต่ผู้ที่ไม่มียอดออมประสบปัญหาด้านการเงิน เพราะขณะเจ็บป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการเดินทาง และสูญเสียรายได้ประจำจาก การทำงาน

3.3 ความสัมพันธ์ของแหล่งสนับสนุนของสังคมและครอบครัวหรือญาติ กับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน

แหล่งสนับสนุนของสังคม ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ แหล่งช่วยเหลือคำรักษา พยาบาล และการสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ ผลการศึกษา พบว่า แหล่งช่วยเหลือคำรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลให้ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสามารถดูแลสุขภาพกายได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิบัตรค่ารักษาพยาบาล เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล แต่นำมาใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพด้านกายได้มากยิ่งขึ้น เช่น ขณะได้รับเคมีบำบัดสามารถซื้อวิก ผ้าคลุมผมสวย ๆ หรือหมวก เพื่อเข้าสู่สังคมได้อย่างมั่นใจ เมื่อพบอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ ซีด ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น มะม่วง ส้ม มารับประทานเพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม อธิบายได้ว่าภายหลังจากผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมย่อมได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดในด้านการหยุดพักกลางวันบ่อยขึ้น เนื่องจากการมาตรวจตามนัด ดังนั้นจึงมีผลต่อเศรษฐกิจการเงินของกลุ่มตัวอย่าง และโรคนี้นับเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องมีการนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเงิน แต่ถ้ามีแหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล เช่น จ่ายลดน้อยลง ไม่ต้องจ่าย หรือสามารถเบิกกลับได้ ช่วยให้การมาตรวจรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพกายหลังผ่าตัดเต้านมไปแล้ว แต่ได้รับการช่วยเหลือเรื่องแหล่งค่ารักษาพยาบาล จากหน่วยงานที่เข้ารับการรักษา จึงเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษา พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ 1) ร้อยละ 20 ต้องออกจากงาน ไม่ได้ทำงานเดิมอีก เพราะทำงานเป็นลูกจ้าง 2) ส่วนใหญ่อ้างเหตุผลในการทำงานว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 3) ส่วนที่เหลือเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้แขนเพราะได้รับคำแนะนำให้เห็นความสำคัญของการบริหารแขนภายหลังผ่าตัดน้อยไป (Hinman, 2001) และการรับรู้แหล่ง สนับสนุนทางสังคมกับประสบการณ์ของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด จำนวน 82 คน พบว่า พฤติกรรมของสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านสังคมในระดับต่ำถึงปานกลาง (Ivey, 1994)

การสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม อันเนื่องมาจากการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีความสำคัญมากต่อสตรีมะเร็งเต้านมไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือคำแนะนำ หรือช่วยเหลือด้านการเงิน ย่อมส่งผลต่อสุขภาพด้านจิตใจ เพราะการที่สมาชิกในครอบครัวหรือญาติได้ดูแลกันด้วยความรัก ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน ทำให้เกิดความมีคุณค่าของตนเอง รู้จัก

ความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นพลังอำนาจที่สูงส่งสามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งเป็นแนวทางแห่งการพัฒนาจิตวิญญาณ (สมพร, 2543) และมีผลในทางบวกต่อสุขภาพด้านจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อภาวะสุขภาพและภาวะเครียดได้ดีขึ้น (จุฬารักษ์, 2536) เพราะปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง คือ การสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติโดยวิธีการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ เพราะเป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย (สิริลักษณ์, 2541) โดยเฉพาะการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสที่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมได้ เหมือนเดิมดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสน้อยกว่า (วิไลลักษณ์, 2534) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง มีการปรับตัวในทางที่ดี ร้อยละ 19 จะมีพฤติกรรมดูแลตัวเองได้ดีโดยรวม ร้อยละ 4 มีพฤติกรรมดูแลตัวเองด้านกายได้ ร้อยละ 22 มีพฤติกรรมดูแลตัวเองด้านจิตใจได้ (นิตยา, 2539) และ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคม (จุฬารักษ์, 2536) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่สตรีมีเรื้อรังเต้านมได้รับ เพื่อช่วยหาวิธีการในการเผชิญปัญหาที่สำคัญ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทางด้านอารมณ์ (Levy, 1990) และ พฤติกรรมของสตรีมีเรื้อรังเต้านมที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับสภาพจิตใจที่ท้อแท้ในระดับปานกลาง (Ivey, 1994)

พฤติกรรมดังกล่าวกลุ่มตัวอย่าง หรือญาติ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันซึ่งส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมให้เกิดความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวหรือญาติ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (วิไลลักษณ์, 2534 ; จุฬารักษ์, 2536 ; นิตยา , 2539 ; กนกนุช , 2541 ; สิริลักษณ์ , 2541 ; สมพร , 2543)

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านจิตใจ และด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทางตรงข้าม การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านกาย ด้านจิตวิญญาณ จึงอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านจิตใจ ด้านสังคมอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงจากระยะของโรคที่เป็นในระยะที่ 4 หรือร่างกายไม่แข็งแรง เนื่องจากผลกระทบจากวิธีการรักษา จึงมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพโดยรวมลดน้อยลง และมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยแสดงออกด้วยอาการนอนไม่หลับ ครุ่นคิด เสียใจ กลัว วิตกกังวลความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง เป็นผลให้รู้สึกว้าวนตัวเอง เป็นภาระแก่ผู้อื่นโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพที่เป็นในระยะลุกลามของโรคมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตใจมากเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สุขภาพในระยะลุกลามมีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ความเครียดจากการเป็นโรคหรือจากการทำงานควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะอารมณ์เครียด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 51 ของสตรีมะเร็งเต้านมมีความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์กับเซลล์มะเร็ง เพิ่มขึ้น เนื่องจาก 3 ตัวชี้วัด คือ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม อ่อนเพลียหรือซึมเศร้า (Levy, Herberman, Lippman & Angelo, 1987) ขณะเดียวกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงจะมี ความวิตกกังวล ความกลัวไม่หายจากโรค ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ทำให้มีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ด้วยการปรึกษาหารือกันหรือเพื่อช่วยแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากยิ่งขึ้น เพื่อลดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

นอกจากนี้ภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้ตามปกติจึงควรได้รับการดูแลสุขภาพช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความวิตกกังวลในสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ ฐานะการเงิน และหน้าที่การงาน ทำให้ผู้ป่วยใช้วิธีการดังนี้ 1) การแก้ปัญหาโดยตรง 2) แสวงหาข้อมูลข่าวสาร และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความวิตกกังวล คือ 1) ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ 2) มีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง 3) รับรู้ว่าเป้าหมายของการรักษาคือไม่หายขาดจากโรค (Dodd, Dibble & Thomus, 1993) ดังนั้นจะเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคมและครอบครัวด้วย

ในการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง สามารถเผชิญปัญหามุ่งแก้ไขปัญหาในขณะที่เจ็บป่วยปรับตัวได้ดีอย่างไม่ยอมแพ้ โดยการแสวงหาความข้อมูลหรือคำแนะนำของผู้อื่นได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้มีโอกาสแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล หรือคำแนะนำของผู้อื่นได้น้อยกว่ารวมทั้งมีผลต่อการเผชิญหน้ากับปัญหา

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านจิตใจ ด้านสังคมอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงจากระยะของโรคที่เป็นใน ระยะที่ 4 หรือร่างกายไม่แข็งแรง เนื่องจากผลกระทบจากวิธีการรักษา จึงมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพโดยรวมลดน้อยลง และมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยแสดงออกด้วยอาการนอนไม่หลับ ครุ่นคิด เสียใจ กลัว วิตกกังวลความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง เป็นผลให้รู้สึกกว่าตนเอง เป็นภาระแก่ผู้อื่นโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพที่เป็นในระยะลุกลามของโรคมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตใจมากเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สุขภาพใน ระยะลุกลามมีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ความเครียดจากการเป็นโรคหรือจาก การทำงานควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการดูแลสุขภาพเพื่อลด ภาวะอารมณ์เครียด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ร้อยละ 51 ของสตรีมะเร็งเต้านมมี ความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์กับเซลล์มะเร็ง เพิ่มขึ้น เนื่องจาก 3 ตัวชี้วัด คือ ขาดแรงสนับสนุน ทางสังคม อ่อนเพลียหรือซึมเศร้า (Levy, Herberman, Lippman & Angelo, 1987) ขณะเดียวกัน การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงจะมี ความวิตกกังวล ความกลัวไม่หายจากโรค ซึ่งส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ทำให้มีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ด้วยการปรึกษาหารือกันหรือเพื่อช่วยแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากยิ่งขึ้น เพื่อลดผลกระทบต่อสภาพ จิตใจ

นอกจากนี้ภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้ตาม ปกติจึงควรได้รับการดูแลสุขภาพช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ความวิตกกังวลในสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ ฐานะการเงิน และหน้าที่การงาน ทำให้ผู้ป่วยใช้ วิธีการดังนี้ 1) การแก้ปัญหาโดยตรง 2) แสวงหาข้อมูลข่าวสาร และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความวิตกกังวล คือ 1) ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ตามปกติ 2) มีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง 3) รับรู้เป้าหมายของการรักษาคือ ไม่หายขาดจากโรค (Dodd, Dibble & Thomus, 1993) ดังนั้นจะเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคมและครอบครัวด้วย

ในการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง สามารถเผชิญ ปัญหามุ่งแก้ไขปัญหาในขณะที่เจ็บป่วยปรับตัวได้ดีอย่างไม่ยอมแพ้ โดยการแสวงหาความข้อมูล หรือคำแนะนำของผู้อื่นได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้มีโอกาสแสวง หาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล หรือคำแนะนำของผู้อื่นได้น้อยกว่ารวมทั้งมีผลต่อการเผชิญหน้ากับปัญหา

ไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วยลดน้อยลงเนื่องจากภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง จึงแสดงออกด้วยความวิตกกังวล ยอมแพ้ชีวิต ขวัญและกำลังใจในชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเรื่องกลยุทธ์พฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดในสตรีมะเร็งเต้านม 64 ราย พบว่า ส่วนใหญ่สตรีใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ด้วยการเผชิญหน้าแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ โดยเลือกรับรู้ปัญหาและการปลอบใจตนเองไม่ให้กังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พยายามคิดว่าสถานการณ์จะดีขึ้นในวันต่อมา (Ali & Khalil, 1991) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่า ซึ่งเป็นวิธีที่ให้ประโยชน์ในระยะยาว ส่วนกลุ่มที่รับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงปานกลางหรือไม่แข็งแรง มีแหล่งประโยชน์ด้านความแข็งแรงของร่างกายน้อยกว่าจึงต้องใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มากกว่า และรู้สึกกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น (อารี, 2541)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองมากหรือน้อยขึ้นกับกลไกการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญทั้งในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีเผชิญปัญหา และการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา จะยอมรับการสูญเสียเต้านม และสามารถปรับตัวได้ภายหลังผ่าตัด เมื่อมีความวิตกกังวลสามารถหาวิธีการผ่อนคลายได้ด้วยการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวที่ไว้วางใจหรือแสวงหาข้อมูลจากเพื่อนกลุ่มโรคเดียวกัน เบนเบี่ยงความสนใจไปยังสิ่งอื่นโดยแสวงหางานอดิเรกมาทำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ในการปรับตัวต่อการรักษาด้วยการฉายรังสีและเคมีบำบัด กลุ่มละ 20 คน พบว่า ผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการเตรียมตัวที่จะมารับการรักษา และกลุ่มที่ไม่มีการเตรียมตัว ซึ่งกลุ่มที่มีการเตรียมตัวที่จะมารับการรักษา จะเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาในทางบวก มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาว่าหายขาดพยายามแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรครับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) คอยให้กำลังใจตนเอง 2) หมั่นสวดมนต์ 3) ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย 4) ขอมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง 5) ขอบคุยกับเพื่อนกลุ่มโรคเดียวกัน 6) แสวงหาความรู้จากสื่อและแหล่งข้อมูลข่าวสาร ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้มากกว่านี้จะรู้สึกเก็บกดหรือหลีกเลี่ยงพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นรู้สึกทุกข์ทรมานใจ ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นกับแหล่งประโยชน์และข้อจำกัด เช่น 1) ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล 2) มีความหวัง 3) ทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสาร 4) ทักษะด้านสังคม การติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 5) แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ

คำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ว่าตนเองมีคุณค่า มีคนที่ไว้วางใจ ในยามทุกข์ยาก 6) ได้รับ ช่วยเหลือการบริการ 7) แหล่งประโยชน์ด้านเงินทอง (Lev, 1992)

การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้าน จิตวิญญาณอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงมาก แข็งแรงปานกลางหรือไม่ แข็งแรง เพราะภายหลังจากตัดของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มที่รับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงมาก จนกระทั่ง กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น แพ้กระจาย ไปที่ปอด หรือ ได้รับผลกระทบจากวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายหรือ จุดมุ่งหมายของสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณ เช่น ศาสนา บุตร สามี ครอบครัว หรือสิ่งศักดิ์ สิทธิ์ภายนอกตนเอง หรือพลังจิตในตัวเองการมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปและการประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในทุกภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังจากผ่าตัดใช้ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนา (อัศนี, 2539) และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 66.67 คือ ศาสนา ร้อยละ 41.33 คือ ลูกหลาน คู่สมรส ร้อยละ 16 คือบทบาทหน้าที่ของตนเอง

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงที่รุนแรง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวม และแต่ละด้าน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการข้างเคียงที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ผู้วิจัยอภิปรายในประเด็นที่ น่าสนใจ ดังนี้

อาการข้างเคียงที่รุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตวิญญาณ เช่น เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบ ดังเช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ผม่วง เป็นต้น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเพื่อให้มีชีวิต รอดและคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การปรับความคิดในทางบวก การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น การหลีกเลี่ยงความเครียด หรือการเข้าสู่ชุมชนที่ แออัด ฟังพาส่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณมากขึ้นกว่าเมื่อไม่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรง

โดยเฉพาะการทำสมาธิ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย รู้สึกปวด คลื่นไส้ อาเจียน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษามี พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานด้วยการนั่งสมาธิทุกวัน วันละ ½ ชั่วโมงเวลาเช้า เพื่อช่วยลดผลกระทบจากยาเคมีบำบัด และผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ลดความวิตกกังวล ดังนั้นอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน จากยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา เพราะสมาธิช่วยในการพัฒนาจิตใจให้บุคคลรับรู้ความจริงระหว่างธรรมชาติ และตนเองดีขึ้น ควบคุมตนเองได้ร่างกายผ่อนคลาย ลดความเครียด ไม่วิตกกังวล มีกำลังใจ จิตใจ แจ่มใสขึ้น ทำให้นอนหลับ และมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต ทำให้เกิดความสงบ เข้มแข็ง และจิต เต็มไปด้วยพลังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และร่างกายแข็งแรงขึ้น เพราะร่างกาย หลังสารเมลาโทนินเพิ่มขึ้น ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่ทั้งการรักษาสุขภาพและป้องกันโรค(บรรจบ, 2543 ; Goldberg, 1982 ; Magarey, 1983 ; Sharipo, 1988 ; Fielder, 1989 ; Skalla, A.K & Lacasse C., 1992; Astin, 1997 ; Carrol & Seers, 1998 ; Massion, 1995)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจะมีพฤติกรรมการทำพิธีกรรมทาง ศาสนา หรือพึ่งพาสงฆ์คเหนี่ยวทางศาสนา เช่น ไปวัด ถือน้ำศีล ปฏิบัติภาวนา ฟังธรรม สวดมนต์ หรือปฏิบัติธรรม เพื่อช่วยให้รู้สึกสบายใจขึ้นซึ่ง เกิดความเข้าใจในชีวิตและมีพลังจิต มีพลังสติ ปัญญา สามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะเวลาที่มีอยู่จำกัด เพื่อใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า และมี ความหวังในบั้นปลาย สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีมะเร็งเต้านม มีการ ค้นพบเป้าหมายและให้ความหมายของสถานการณ์และยังมีการปลอบใจไม่ให้กังวลกับสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น (บุปผา, 2536 ; สิริลักษณ์, 2541; Angelo, Herbeman, Lee, Levy, Lippman, 1989) และศาสนามี ความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ร้อยละ 100 คิดว่าศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความ หมายเป็นจุด มุ่งหมาย กำลังใจ และความหวัง จึงมีพฤติกรรมปฏิบัติต่อศาสนาโดยกราบไหว้บูชา หรือ ระลึกถึงอยู่ในใจและนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อทำให้จิตใจสงบลดความวิตกกังวล แม้จะ ต้องพบกับความตาย ช่วยให้จิตใจสงบไม่ทรมานทรมาย ให้ความหวังในชีวิตหลังตาย เกิดความสบายใจ เป็นสุขสว่างให้ความสุขที่แท้จริง (บุปผา, 2536) และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยระยะมะเร็งลูกกลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งศาสนิกมีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งระยะลูกกลมมากทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับเคมีบำบัดใช้ป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจาก การได้รับเคมีบำบัด ในวันที่ 2 และวันที่ 5 ของการได้รับเคมีบำบัด ดังนี้ 1) พยายามคิดในทางบวก

2) ควบคุมปริมาณอาหารให้สมดุลตมน้ำมากกว่าปกติ 3) พักผ่อนนอนหลับหรืองีบบ่อยขึ้นดูแล
 ความสะอาดของร่างกายและปากฟันเป็นพิเศษ 4) หลีกเลี้ยงไม่เข้าใกล้คนที่เป็หวัด สิ่งที่ทำให้รู้
 สึกเครียด ชุมชนแออัด 5) หมั่นคอย ตรวจสอบรอยจุดจ้ำเลือดที่ผิวหนังหลีกเลี้ยงการเกิดแผล
 6) หางานอดิเรกทำมากขึ้น หรือ ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 7) รับประทานวิตามินและอาหารเสริมเกลือแร่
 เพิ่มมากขึ้น 9) วดอุณภูมิทุกวันเพื่อตรวจดูว่ามีไข้หรือไม่ 10) หลีกเลี้ยงให้ห่างจากเด็ก (Fieler,
 1995) และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องใน
 ครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ทำให้มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เกิดความตั้งใจที่จะ
 กระทำด้วยความมุ่งมั่น และมีเป้าหมาย ความหวังที่มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ (เพ็ญจันทร์,2537;สิริ
 ลักษณ์,2541)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหวังที่จะเอาชนะโรคทำให้มีการปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลายวิธีการเพื่อให้มีชีวิตอยู่รอดเช่น เบี่ยงเบนแผนการ
 ดำเนินชีวิตด้วยการให้ความสำคัญกับเป้าหมายของชีวิตมากขึ้นได้แก่ 1) รอให้บุตรรับปริญญา
 ก่อนเสียชีวิต 2) พึ่งพาศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตด้วยการไปวัด ทำบุญ หรือ
 สวดมนต์ไหว้พระบ่อยขึ้นลดอาการทุกข์ทรมานด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิต
 วิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมกลุ่มอายุ 40-70 ปี ประสบ
 ปัญหาความเจ็บป่วย จึงปรับตัวโดยใช้วิธีการควบคุมตัวเอง เพื่อให้เกิดความมีคุณค่าในชีวิต
 ดังนั้นจึงจัดลำดับความสำคัญด้วยหลายวิธีการ เพื่อที่จะปรับตัวให้มีชีวิตรอดถึง 5-14 ปี โดยมี
 พฤติกรรมดังนี้ 1) การผสมผสานกระบวนการของโรคเข้ากันกับชีวิตปัจจุบันด้วยการหาข้อมูลจาก
 แหล่งบุคคลและสถานที่เพื่อแก้ไขปัญหา 2) เปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการกล้าแสดง
 ออกเพิ่มขึ้น 3)ปรับวิธีการคิดเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตและปรับความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 (Wyatt, 1993;Turton & Cooke, 2000)

อย่างไรก็ตามอาการข้างเคียงที่รุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 ด้านกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทั้งนี้เพราะ กลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง ไม่ว่าจะ
 กลุ่มอาการข้างเคียงกลุ่มใด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม
 เหมือนกันภายหลังจากตัดเต้านม จนกระทั่งได้รับอาการข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแล
 สุขภาพด้านกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ไม่ยกของหนัก พักผ่อนให้เพียงพอ และมีพฤติกรรม
 ยอมรับการสูญเสียเต้านมเพื่อพิชิตมะเร็งไปโดยไม่กังวลใจ เมื่อเผชิญปัญหาพยายามหลีกเลี้ยงสิ่ง
 ที่ทำให้รู้สึกเครียด ปรับอารมณ์ให้ดีขึ้นด้วยการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว การฟังเพลง พักผ่อน

ท้องเที่ยว ออกกำลังกาย หรือคิดในแง่ดี นอกจากนี้การทำงานในอาชีพเดิม พบว่าประสบปัญหาเกี่ยวกับการลางานบ่อยขึ้น เนื่องจากต้องมาตรวจตามนัด หรือเมื่อมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง ต้องปรับเปลี่ยนหรือหยุดพักงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานว่าร้อยละ 72 – 99 ของผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา และผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงลดอาการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน โดยเพิ่มการพักผ่อนให้มากขึ้น ออกกำลังกายรวมทั้ง การเดิน การผ่อนคลาย ด้วยวิธีฟังเพลง รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ช่วยลดอาการดังกล่าวลงได้ (Skalla. A.K & Lacasse.C, 1992) นอกจากนี้การปรับสภาพจิตใจ และสิ่งแวดล้อมรอบข้างผู้ป่วย เป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยจากการรักษาโรคมะเร็งซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่รุนแรงเพิ่มขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และ ด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น พยายามมุ่งแก้ไขความทุกข์ทรมานดังกล่าว โดยวิธีมุ่งแก้ที่ปัญหาหรือการปรับความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ โดยยึดเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ที่ทำให้รู้สึกชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น การให้ความรัก ความไว้วางใจและให้อภัยบุคคลอื่นที่ ใกล้ชิดทำให้ใจสงบ และต้องได้รับความรักห่วงใยเอื้ออาทรจากคนใกล้ชิดเป็นพลังจิต ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า และกำลังใจที่จะมีชีวิตต่อสู้อต่อไป (Carson, 1989) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตัวเองต้องอาศัย การเพิ่มพลังจิตจากสิ่งภายนอกตัวเอง เช่น อธิฐานขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จากพระคุณบิดามารดา เพื่อให้เกิดขวัญ และกำลังใจว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ปกป้องคุ้มครองหรือช่วยเหลือตามที่ตั้งจิตอธิษฐานไว้

3.6 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวหรือญาติ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และวิธีการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และแต่ละด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษานี้ผู้วิจัยอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ไม่ว่าบุคคลจะมี อายุหรือสถานภาพสมรสใด ผลกระทบจากการเป็นมะเร็งและการรักษาที่เหมือนกัน ทำให้บุคคลทุกเพศทุกวัยมีการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อเยียวยาตนเองในทุกด้าน เพื่อลดอาการทุกข์ทรมาน หรือช่วยให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

นอกจากนี้พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาและวิธีการรักษาที่เคยได้รับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาและวิธีการรักษาที่ได้รับการรักษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านมากน้อยไม่แตกต่างกันทั้งนี้เพราะโรคมะเร็ง เต้านมเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน และได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งวิธีขึ้นไป สตรีมะเร็ง เต้านมจึงมีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านมโนทัศน์แห่งตน ด้านจิตสังคม ซึ่งการปรับตัวทั้งสี่ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกันในทุกระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภักศุภพิชญ์และมาลี, 2535) ดังนั้นระยะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการปรับตัวของสตรีมะเร็งเต้านมเมื่อระยะเวลานานเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเรียนรู้สามารถเผชิญภาวะเครียดที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหามากขึ้นตามลำดับ (บังอร, 2536)

เช่นเดียวกับที่พบว่า ระยะของโรคและลักษณะการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวหรือญาติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านยกเว้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านสังคม อธิบายได้ว่า ระยะของโรคและลักษณะสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวหรือญาติมีผลต่อสังคมเพราะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะของโรคที่รุนแรง ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่สังคมได้ตามปกติ แต่หากว่าได้รับการดูแลสุขภาพสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติจะทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตตนเองอย่างมีคุณค่า

สรุปผลการอภิปรายผล ผลการวิจัยโดยทั่วไปแล้ว พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้าน มีมากน้อยแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องแม้ว่าบางปัจจัยจะไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพครบทุกด้านแต่มีได้หมายความว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสำคัญ ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่ต่อเนื่องเพื่อดูแลสุขภาพบรรเทาอาการให้มีสุขภาพแข็งแรงและป้องกันลดภาวะเสี่ยงหรือการเกิดโรคแทรกซ้อนนั่นเอง