

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มณี อากานันท์กุล** Ph.D. (Nursing)

ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบที่มารับบริการที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2553 ถึงเดือนสิงหาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมในเชิงสนับสนุนและขัดขวางการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลควรจัดโปรแกรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและประสพการณ์การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมแต่ละรายเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

**Corresponding author รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: manee.arp@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบว่าเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มสตรี จะพบว่าทุกปีมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น รวมถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (American Cancer Society, 2009) ส่วนในประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มสตรี ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคนี้นี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้มีจำนวนค่อนข้างคงที่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจำนวนมากนี้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม การมีชีวิตอยู่ที่ยาวนานขึ้นอาจไม่ใช่สิ่งสำคัญเพียงอย่างเดียวสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีน่าจะเป็นสิ่งที่สำคัญกว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีระดับคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี แต่คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มลดลงเมื่อระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น อาจมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งเต้านมเองและการรักษาที่ได้รับทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมเกิดอาการข้างเคียงต่างๆ ที่ไม่สบาย (Loerzel, McNees, Powel, Su, & Meneses, 2008) อาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้และอาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร แขนขาบวม น้ำหนักเปลี่ยนแปลงนอนไม่หลับ หมดประจำเดือนก่อนกำหนด กระดูกพรุน เป็นต้น (Kaelin & Coltrera, 2005) นอกจากนี้ สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมยังได้รับผลกระทบต่อจิตใจ โดยแสดงอาการเครียด วิตกกังวล โกรธ ไม่มั่นใจในตนเอง จนถึงมีอาการซึมเศร้า (Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2006) ทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีปฏิสัมพันธ์

กับบุคคลอื่นลดลง ห่างจากการมีกิจกรรมทางสังคมยิ่งไปกว่านั้น ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด พบว่าได้รับผลกระทบมากกว่าการรักษาเฉพาะที่ เช่น การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ซึ่งการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต่ำกว่าสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น (Montazeri, 2008) จะเห็นได้ว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงได้

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับสามารถบรรเทาได้โดยการปรับวิถีชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมให้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงชีวิตหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ยาวนาน ดังนั้นการปรับวิถีชีวิตจึงมีความสำคัญที่จะทำให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การเกิดโรคร่วม และอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ (Demark-Wahnefried & Jones, 2008) อีกทั้งยังคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Mosher et al., 2009)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น สตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (จิตรรัตน์ สารทองแดง, 2551) กลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด (หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) กลุ่มสตรีโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Kurtz, 1996) พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ความเครียด การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม แต่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอยู่จำนวนน้อย โดยศึกษาเพียง

บางด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) ซึ่งไม่ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดเสริม (ศิริไท พฤกษ์ศรี, 2546) จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงถึงสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับเคมีบำบัดเสริมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเสริม เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) เป็นกรอบแนวคิดโดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ 1) มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ผู้วิจัย

ได้พิจารณาเลือกความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตใจ เนื่องจากสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆ ที่เกิดจากการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาและจากโรคมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Lauver, Connolly-Nelson, & Vang, 2007) ซึ่งความเครียดนั้นมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Stark & Brinkley, 2007) 2) มโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมเลือกปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม เพราะเป็นปัจจัยที่มีสำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ถ้าบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรม (หทัย พุทธิเสาวภาคย์, 2547) ดังนั้น ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำจึงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เป็นการมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมช่วยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จิตรัตน์ สารทองแดง, 2551) ดังนั้น ถ้าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม และ 3) มโนทัศน์ด้านพฤติกรรมผลลัพธ์คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

2. ความเครียด และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามารักษ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สตรีที่อายุตั้งแต่ 18-60 ปี
2. หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น
4. ไม่เป็นมะเร็งระยะลุกลามหรือมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วย
3. มีระดับความรู้สีก้าวดี พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้ตารางสำเร็จรูป (Polit & Beck, 2008, p. 605) กำหนดอำนาจการทดสอบในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ

.05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ .80 และคำนวณค่าขนาดตัวอย่างจากการศึกษาของนิตยา คงชุม (2539) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 110 คน ได้ค่าขนาดตัวอย่างเท่ากับ .30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยจึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 100 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 8 เครื่องมือ ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับส่วนสูง น้ำหนักก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด น้ำหนักปัจจุบัน ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ เต้านมข้างที่เป็นมะเร็ง ชนิดของการผ่าตัด เต้านมข้างที่ผ่าตัด ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้ครบ และระยะเวลาหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบขนาดยาตามแผนการรักษา

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว การสูบบุหรี่ บุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งเต้านม แขนข้างที่ถนัด และอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา

3. แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง (SPST-20) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์และคณะ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) แบบสอบถามมี 20 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-5 โดย

0 หมายถึง ไม่เกิดอาการ 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่ามี 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

5. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่ามี 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .74 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

6. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่ามี 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ข้อคำถาม

มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่ามี 4 ระดับ ให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

8. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLPL II]) ของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, Sechrist, & Pender, 1992 อ้างใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และนำมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรฐานค่ามี 4 ระดับ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่ทำเลย 4 หมายถึง ทำเป็นประจำ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .98 หลังจากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคได้เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้รับการอนุมัติเลขที่ 2553/42 เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนถึงการนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเองทั้งหมดที่คลินิกโรคไตและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2553 ถึงเดือนสิงหาคม 2553 โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มารับการรับการรักษาทุกรายในแต่ละวัน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา และคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยรายด้านโดยเทียบจากคะแนนเต็มในแต่ละด้าน (Mean%) ของข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความชัดเจนในการเปรียบเทียบข้อมูล

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test

3. ใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.2 ± 6.4 ปี ร้อยละ 89 มีอายุในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 68 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 94 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 48 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รายได้เฉลี่ย $24,660.2 \pm 19,515.7$ บาทต่อเดือน ร้อยละ 43 มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 59 มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทสิทธิข้าราชการเบิกได้ ร้อยละ 47 สามี่เป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแล และ ร้อยละ 86 มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแบบรักใคร่ช่วยเหลือกันดี

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 ไม่เคยสูบบุหรี่ มีระยะเวลาเฉลี่ยหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม 41.0 ± 38.4 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยหลังได้รับเคมีบำบัด 34.9 ± 37.4 เดือน ดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 23.3 ± 3.5 กิโลกรัม/เมตร² และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยในปัจจุบัน 23.6 ± 3.5 กิโลกรัม/เมตร² แต่เมื่อพิจารณาช่วงดัชนีมวลกายปัจจุบันที่เท่ากับหรือมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63 เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ II ร้อยละ 56 เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ร้อยละ 35 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัดและฮอร์โมนบำบัด ร้อยละ 66 ได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างเดียวกันกับแขนข้างที่ถนัด นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 40 ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy ร้อยละ 26 ได้รับสูตรยาเคมีบำบัดสูตร Fluorouracil, Doxorubicin, และ Cyclophosphamide (FAC) ร้อยละ 65 ได้รับเคมีบำบัดครบที่จำนวน 6 ชุด และร้อยละ 59 มีอาการข้างเคียงในปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การหมดประจำเดือนก่อนวัย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และแขนบวมและ/หรือปวด

ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม 164.4 คะแนน (SD = 20.9) เมื่อพิจารณาค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็มรายด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีคะแนนสูงที่สุด (M = 27.7 คะแนน, SD = 4.0) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายมีคะแนนต่ำที่สุด (M = 18.6 คะแนน, SD = 4.4) รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 22.9 คะแนน (SD = 14.5) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 28.0 คะแนน (SD = 4.3) การรับรู้อุปสรรค

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ และคณะ

ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10.8 คะแนน (SD = 3.9) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 34.3 คะแนน (SD = 4.9) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม 51.5 คะแนน (SD = 8.0)

ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .01; r = .28, p < .01; r = .68, p < .01$ ตามลำดับ) รายละเอียดตามตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.16, p > .05$)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N = 100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Possible range	Actual range	Mean	SD	Mean %
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	52-208	117-205	164.4	20.9	80.2
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	7-28	12-28	21.0	4.1	75.0
ด้านกิจกรรมทางร่างกาย	7-28	11-28	18.6	4.4	66.4
ด้านโภชนาการ	14-56	33-55	44.9	5.4	76.1
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	7-28	14-28	22.8	3.8	81.4
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	9-36	18-36	29.5	4.5	81.9
ด้านการจัดการกับความเครียด	8-32	14-32	27.7	4.0	86.6

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม (N = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความเครียด	1				
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	-.27**	1			
3. การรับรู้ประโยชน์	-.03	.34**	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.27**	.44**	.25**	1	
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.19*	.52**	.28**	.68**	1

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

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.22 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ย 47-50 ปี (พรพหม รุจิไพโรจน์, 2550; ศิริโท พกษะศรี, 2546) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้สตรีมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น (สุรพงษ์ สุภารณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, และสมิต วงศ์เกียรติขจร, 2543) จึงสามารถพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในช่วงวัยกลางคนได้มากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 164.40 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายต่ำที่สุดอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยกลางคนมีภาระและความรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) อาจทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56) มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของฮอง และคณะ (Hong et al., 2007) ที่พบว่า ดัชนีมวลกายของสตรีมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีคะแนนสูงที่สุดแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดของตนเองและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเป็นประจำมากที่สุดในเรื่องการใช้วิธีการจัดการความเครียดของตนเอง เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดระบายกับบุคคลอื่น และการยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของลูเวอร์ และคณะ (Lauver et al., 2007) ที่พบว่า สตรีผู้รอดชีวิต

จากมะเร็งเต้านมและมะเร็งทางนรีเวชส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพคือ การยอมรับปัญหา การปรับความรู้สึกและอารมณ์ การยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง และการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งการเผชิญปัญหาจะช่วยให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2538)

กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า มีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องสารพิษในอาหาร หรือมลพิษในอากาศ น้ำเสียง และดินมากที่สุด รองลงมาคือ มีอาการปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ ส่วนความเครียดในเรื่องความรู้สึกต้องแข่งขันหรือถูกเปรียบเทียบกับผู้อื่นพบน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ความเครียดทำให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณลดลง (Miller et al., 1993) ซึ่งส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ หรือการละเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เมื่อความเครียดอยู่ในระดับต่ำกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสตาร์ค และบริงเคย์ (Stark & Brinkley, 2007) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 69 คน พบว่าความเครียดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถรับการรักษอย่างต่อเนื่องมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าสามารถพบปะ พูดคุย หรือสังสรรค์ร่วมงานกับบุคคลอื่น และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

ในการควบคุมสถานการณ์ที่มีผลต่อตนเอง โดยมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ (Bandura, 1997) และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามความเชื่อมั่นนั้นอย่างต่อเนื่อง โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547)

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ยุ่งยากมากที่สุด รองลงมาคือ ไม่เห็นด้วยว่าการไม่มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก การเจ็บป่วย และการขาดผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความรู้สึกของบุคคลในการคำนึงถึงสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพียงจินตนาการ หรือความจริงก็ได้ (Pender et al., 2006) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามความรู้สึกของตนเอง โดยมีความคิดเห็นว่าอุปสรรคในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย แต่ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอุปสรรคอาจมีอยู่มากและอาจขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006, p. 53) กล่าวว่า “เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงและมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำก็มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง” การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีความพยายามที่จะปฏิบัติ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากอาจคิดว่าการมีพฤติกรรมสร้างเสริมที่ดี ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหายใจหอบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับการกระทำกิจกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยรายงานว่าการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลงช้ากว่าปกติมากที่สุด รองลงมาคือ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้สุขภาพจิตดีและลดความเครียดได้ และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยอมทุ่มเททรัพยากรและเวลาในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุกิจกรรมเป้าหมายที่วางไว้ โดยการรับรู้ประโยชน์มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง (Pender et al., 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547)

กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือดูแลขณะเจ็บป่วยมากที่สุด และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นแบบรักใคร่ช่วยเหลือกัน

ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวถือเป็นกลุ่มสนับสนุนอันดับแรกๆ ที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และยังเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้การสนับสนุนที่ยาวนานกว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ (Pender et al., 2006) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก และการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกสบายใจขณะเจ็บป่วย และได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมสูงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงของสุขภาพ ผ่านการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ รวมไปถึงการให้ความไว้วางใจ การยอมรับ การส่งเสริม และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อีกทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดี นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมอีกด้วย (Pender et al., 2006) ดังนั้น ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของฐิตารัตน์ สารทองแดง (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการรักษาที่คลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาล

รามธิบดี ดังนั้นอาจทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงกลุ่มประชากรสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรจัดกิจกรรมให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และครอบครัวโดยการแนะนำความรู้ ที่มุ่งเน้นถึงประโยชน์ และวิธีปฏิบัติตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ร่วมกับการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และกระตุ้นให้สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรประเมินความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และคัดกรองผู้ที่มีความเครียดระดับสูง และรุนแรง เพื่อให้การช่วยเหลือ รวมถึงการจัดให้มีการติดตามผลเป็นระยะ ๆ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม เช่น ความรู้ ความเชื่อ อาการและความรุนแรงของโรค สภาพแวดล้อม เป็นต้น รวมถึงศึกษาวิธีที่จะสามารถคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีนั้นต่อไป

4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเน้นการศึกษาในแต่ละช่วงของการรักษา แต่ละระยะของโรค หรือแต่ละวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อที่จะส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา ลิ้มทองกุล และเจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกโรคเต้านมและต่อมไร้ท่อ

โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมทุกท่านที่เสียสละเวลาและยินดีตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จารุวรรณ ถนอมประสา. (2538). *ปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตราธิ์ สารทองแดง. (2551). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา คงชุม. (2539). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรหม รุจิโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรู้แรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมาศ หอมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริไท พงษ์ศิริ. (2546). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). สถิติโรคมะเร็ง. สืบค้นข้อมูลวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2552 จาก http://www.nci.go.th/cancer_record/cancer_rec1.html
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำรวจจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุพงษ์ สุภากรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, และสมิต วงศ์เกียรติขจร. (2543). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548: Public health statistic 2007*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัย พุทธิเสาวภาคย์. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Cancer Society. (2009). *Cancer facts & figures 2009*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Worth Publishers.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23, 103–113.
- Demark-Wahnefried, W., & Jones, L. W. (2008). Promoting a health lifestyle among cancer survivors. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 22(2), 319–342.
- Hong, S., Bardwell, W. A., Natarajan, L., Flatt, S. W., Rock, C. L., Newman, V. A., et al. (2007). Correlates of physical activity level in breast cancer survivors participating in the women's healthy eating and living (WHEL) study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 101(2), 225–232.
- House, J. W. (1981). *Work stress and social support*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Kaelin, C. M., & Coltrera, F. (2005). *Living through breast cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Kurtz, A. C. (1996). *Correlates of health-promoting lifestyles among women with rheumatoid arthritis*. Unpublished doctoral dissertation, Teachers College, Columbia University, New York, USA.

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม

- Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressor and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer, 30*(2), 101-111.
- Loerzel, V. W., McNeese, P., Powel, L. L., Su, X., & Meneses, K. (2008). Quality of life in older women with breast cancer in the first year of survivorship. *Oncology Nursing Forum, 35*(6), 924-932.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. New York: Pocket Books.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 27*(32), 1-31.
- Mosher, C. E., Sloane, R., Morey, M. C., Snyder, D. C., Cohen, H. J., Miller, P. E., et al. (2009). Associations between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer, 115*(17), 4001-4009.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stark, M. A., & Brinkley, R. L. (2007). The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 21*(4), 307-314.

Selected Factors Related to Health-Promoting Behaviors in Women with Breast Cancer Undergoing Adjuvant Chemotherapy

Pongsit Pongpradit* M.N.S. (Adult Nursing)

Manee Arpanantikul** Ph.D. (Nursing)

Yupapin Sirapo-ngam*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

Abstract: The purpose of this descriptive research was to investigate the relationships among stress, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, perceived benefits of action, social support, and health-promoting behavior of women with breast cancer who had undergone adjuvant chemotherapy. Pender's Health Promotion Model was used to guide this study. The study utilized a purposive sample of 100 women with breast cancer who completed adjuvant chemotherapy from the Outpatient Breast and Endocrine Clinic of Ramathibodi Hospital. All data were collected using the questionnaires between May 2010 to August 2010. The data were analyzed using percentage, means, standard deviations, Pearson's product moment correlation, and Spearman rank correlation. The results revealed that there were positive significant correlations of perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and social support, to health-promoting behavior ; and there was negative significant correlation between stress and health-promoting behavior. There was no statistically significant correlation between perceived barriers to action and health-promoting behavior. The findings show selected factors, which are positively and negatively related to health-promoting behaviors in women with breast cancer undergone adjuvant chemotherapy. Therefore, it is important for nurses to provide nursing care and health promotion programs based on related factors and on the experience of the health behaviors among those women in order to maintain their health-promoting behaviors.

Keywords: Health-promoting behavior, Women with breast cancer, Self-efficacy, Perceived benefits of action, Social support

*Professional Nurse, Sawanpracharak Hospital Nakhon Sawan Province

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: manee.arp@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University