



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

บุณห์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล*, สุรีพร ธนศิลป์** และ จรรยา ฉิมหลวง***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม และรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง จำนวน 121 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการและของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาและความกังวลต่อการกินยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94, .92, .89, .89, .89, .77 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.36$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวก และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .40$, $p < .05$, $r = .24$, $p < .05$ และ $r = -.24$, $p < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยา/ ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน/ ผู้ป่วยมะเร็ง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



Selected Factors Related to Medication Adherence of Cancer Patients Receiving Oral Anticancer Agents in Tertiary Hospital

Boonratree Wanichrattankul*, Sureeporn Thanasil** and Janya Chimluang***

Abstract

Purpose: The study aimed to examine relationships between selected factors of social support from family, perceived severity of symptoms, perceived severity of cancer, perceived benefit of treatment, beliefs about the necessity of medication, beliefs about the need to take medication and medication adherence in cancer patients receiving oral anticancer agents.

Design: Descriptive correlational research.

Methods: The subjects were 121 outpatients with cancer who received oral anticancer agents in 3 tertiary hospitals. Multistage sampling was used. Eight questionnaires were used to measure the following: 1) personal and illness data, 2) social support from family scale, 3) perceived severity of symptoms scale, 4) perceived severity of cancer scale, 5) perceived benefit of treatment scale, 6) beliefs about the need to take medication scale 7) beliefs about the concern in taking medication and 8) the medication adherence scale. All questionnaires had content validity. Their Cronbach's alpha coefficients of the 2nd to 8th instruments were .94, .92, .89, .89, .89, .77 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

Findings: The mean of medication adherence in cancer patients receiving oral anticancer agents was high ($\bar{X} = 4.50$, $SD=0.36$). Social support from family and beliefs about the necessity of medication were positively related while beliefs about the specific medication were negatively related to medication adherence in cancer patients ($r = .40$, $p < .05$; $r = .24$, $p < .05$ and $r = -.24$, $p < .05$, respectively).

Keywords : Medication adherence/ Anticancer drug/ Cancer patients

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: s_thanasilp@hotmail.com

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ร้ายแรง รักษาให้หายยาก เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าใน 2 ทศวรรษข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 70% (World Health Organization, 2015) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตติดอันดับ 1 ใน 3 ของโลก รองจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย โดยประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละประมาณ 67,000 ราย หรือเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง และมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 153.6 (Cheirsilp, 2017) วรรณกรรมทางการแพทย์ทำให้มีแนวทางการรักษาโรคมะเร็งใหม่จากเดิมที่ใช้การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับยาประเภทเดียวกัน ทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย เป็นยาที่ง่ายต่อการบริหารยา ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผลข้างเคียงมีความรุนแรงน้อยกว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่า ไม่รบกวนเวลาการทำงาน และการทำกิจกรรมทางสังคม ผลการรักษาเป็นที่ยอมรับ ต้นทุนการรักษาต่ำกว่า และเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานใช้รักษามะเร็งได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของการใช้ยาประเภทนั้นๆ และสามารถรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้น (initial stage) จนถึงระยะลุกลาม (metastatic stage) ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (oral anticancer agents) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน 2) ยารักษาชนิดรับประทานแบบมุ่งเป้า และ 3) ยาด้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการกินยาได้อย่างยาวนาน และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tamoxifen

ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา โดยพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา และยังพบปัญหาของการใช้ยา ได้แก่ การลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยามืดเวลา กินยามืดขนาด อันมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของสูตรยา ไม่สามารถทนกับผลข้างเคียงของยาได้ในส่วนของประเทศไทย ได้รับข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ประจำคลินิกอายุรกรรมมะเร็งของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ฯลฯ พบว่า เป็นปัญหาจากผู้ป่วยลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยามืดขนาด มืดเวลา หยุดกินยาเอง โดยมีสาเหตุมาจากไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่ทราบวิธีการเก็บรักษายา ไม่ได้รับข้อมูลการประเมินตนเองภายหลังการรักษา และไม่มีส่วนร่วมในการรักษากับแพทย์และทีมผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของแพทย์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (Brown & Bussell, 2011) และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ทำให้อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว เกิดโรคมะเร็งซ้ำ เกิดการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง จนท้ายที่สุดผู้ป่วยก็เสียชีวิต และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น

แนวคิด Multidimensional Adherence Model: MAM ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) และ American Society on Aging (ASA) and American Society of Consultant Pharmacist (ASCP) Foundation (2006) ได้พัฒนาเป็น The Five Dimensional Model ระบุว่า มีปัจจัย 5 มิติที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจตกต่ำ ความยากจน ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ภาวะการว่างงาน การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความไม่มั่นคงในชีวิต



ระยะทางที่ยาวไกลจากสถานพยาบาล ต้นทุนค่าขนส่งสูง การเปลี่ยนแปลงทางสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม การไร้บ้านที่อยู่อาศัย 2) ปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ เป็นมิติ ด้านระบบการบริการและทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ การขาดระบบประกันสุขภาพที่คุ้มครอง สัมพันธภาพทีมสุขภาพกับผู้ป่วย การสื่อสาร การบริการในระบบสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสถานะผู้ป่วย เป็นมิติด้านสถานะความเจ็บป่วยกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อจำกัดการดูแลด้านสุขภาพ ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิตใจ 4) ปัจจัยด้านการรักษา เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของสูตรยา จำนวนเม็ดยา ระยะเวลาในการรักษา ผลข้างเคียงของยา คุณภาพยา การเปลี่ยนแปลงการรักษา 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นมิติที่มีเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ประสบการณ์ทางด้านอาการ วรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง มีดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Larriaza, 2006; Lee & Jeong, 2013) 2) ปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย (Kruger, et al., 2003) สิทธิการรักษาพยาบาล 3) ปัจจัยด้านสถานะผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค (Gellad, et al., 2011) 4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา (Grunfeld, et al., 2005) จำนวนเม็ด ความซับซ้อนของสูตรยา (Larriaza, 2006) 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (Noens, et al., 2009) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Horne & Weinman, 1999) การรับรู้ประโยชน์ในการกินยา (Grunfeld, 2005) และการได้รับข้อมูลกับการรักษา นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Schneider, et al., 2014) สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องพฤติกรรม

การใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่จากผลการศึกษาในต่างประเทศร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารพยาบาลชั้นสูง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นปัญหา คือ ผู้ป่วยลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่ตรงเวลา กินยาไม่ครบ หยุดกินยาเอง กินยาผิดขนาด ผิดเวลา โดยมีสาเหตุมาจากไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่ทราบวิธีการเก็บรักษา ยาไม่ได้รับข้อมูลการประเมินตนเองภายหลังการรักษา และไม่มีส่วนร่วมกับทีมผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคมะเร็ง และจากผลการศึกษาในต่างประเทศถึงแม้จะมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในหลายปัจจัย แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากความแตกต่างทางด้านบุคคล สังคม ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของโลกตะวันตก และโลกตะวันออกอาจจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เพื่อนำผลลัพธ์ไปสู่การวางแผนการพยาบาลในการลดปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง อันนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับ



ความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากร คือผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน และมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม ที่เข้ารับการรักษายาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จากโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ 3 สังกัด ผลการสุ่มสังกัดได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลมา 3 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด ผลการสุ่มได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามลำดับ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณเป็นสูตรบัญญัติไตรยางศ์ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 122 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รูปแบบการรักษา ชนิดของยาเม็ดต้านมะเร็ง (ยาเคมีบำบัด ชนิดเม็ด ยารักษาชนิดรับประทานแบบมู่งเป๊าะ และ

ยาด้านฮอร์โมนชนิดเม็ด)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Suwansilak (2008) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนนสูงสุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนสูงสุด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ดัดแปลงจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale) แปลเป็นภาษาไทยโดย Suwisith (2007) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการโรคมะเร็ง จำนวน 33 อาการ หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบอความรุนแรง การประเมินความรุนแรงเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนนสูงสุด (4 คะแนน) ถึง คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนสูงสุด หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ballamy, et al. (1988 อ้างถึงใน Thawechai, 2000) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นมาตราประมาณค่า โดยใช้ Visual Analog Scale เชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของโรคมะเร็งด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0-10 โดย ตัวเลขสูงสุด (10) ถึง ตัวเลขน้อยที่สุด (0) ตัวเลขสูงสุด หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Awasadathaworn (2009) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนนมากที่สุด (5) คะแนน ถึง คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนมากที่สุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง



ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs About Medicines Questionnaire, BMQ) แปลเป็นภาษาไทยโดย Leangsomnana, Thasirasawad, & Dechavoot (2014) เป็นแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา จำนวน 5 ข้อ และด้านความกังวลกับการกินยา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือคะแนนมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนมากที่สุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจ ของ Suwannapong (2015) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม 2) ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนนมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ โดยคะแนนจะลดหลั่นลง 0.50 คะแนนในแต่ละระดับ ดังนี้ คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ระดับดีที่สุด คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดี จนถึงคะแนน 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับไม่ดีที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง

ตามเนื้อหาของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เท่ากับ 0.95, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0 และ 0.96 ตามลำดับ หลังนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .94, .92, .89, .89, .89, .77, .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (12 กันยายน 2559 เอกสารรับรองเลขที่ 728/2016) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (25 ตุลาคม 2559 เอกสารรับรองเลขที่ 158_2516T_OUT488) และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (1 พฤศจิกายน 2559) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ของการวิจัย การเก็บรักษาความลับและนำเสนอในภาพรวมและขอการลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 7 พฤศจิกายน 2559 - 27 ธันวาคม 2559 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล



2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากรายงานประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้าของแต่ละวันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการตรวจรักษาตามนัด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ขณะตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่มองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20-30 นาที/ราย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากผู้ป่วยตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและขอความร่วมมือให้ตอบคำถามเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือ

3. เก็บข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 55 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 55 คน และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 12 คน ได้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 122 ฉบับ แต่พบความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม 1 ฉบับ จึงเหลือแบบสอบถามจริง 121 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.18

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 91 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ 49 ปี (SD = 6.87) สถานภาพสมรส (62.80%) นับถือศาสนาพุทธ (98.30%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (35.50%) ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน (23.10%) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 20,001 บาท (41.30%) สถานะพอใช้ (62%) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (63.60%) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (48.80%) และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด (88.40%) ผู้ป่วยมะเร็งรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานเป็นยาเสริม (Adjuvant therapy) (68.60%) เป็นการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน (Hormonal therapy) (68.60%) ชนิดของยาต้านฮอร์โมนที่ใช้รักษามากที่สุดคือ Tamoxifen (62.80%) เป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด (78.50%) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1 ปี ระยะเวลาของการรักษามากที่สุดคือ 1-5 ปี (64.50%) เป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 2 มากที่สุด (40.50%) การรักษาในอดีตที่เคยได้รับคือ การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา (52.90%)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายด้านของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (รายด้าน)	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการเก็บรักษา	3-15	10-15	4.78	0.41	ดีที่สุด
ด้านการกำกับตนเอง	10-50	31-50	4.48	0.51	ดี
ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา	4-20	10-20	4.21	0.61	ดี
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์(รวม)	24-120	59-85	4.50	0.36	ดี



จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.36$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ด้านการเก็บรักษา อยู่ในระดับดีที่สุด ($\bar{X} = 4.78$, $SD = 0.41$) รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมด้านการกำกับตนเอง ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.51$) และด้านการมีส่วนร่วมรักษา ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.61$) ซึ่งอยู่ในระดับที่ดี

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ($n = 121$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.40**	.000
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	.05	.611
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	.11	.214
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	.04	.643
ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา	.24**	.007
ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา	-.24**	.009

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

จากตารางที่ 2 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางบวก และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$, $.24$, และ $-.24$, $p < .05$ ตามลำดับ) และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ($r = .05$, $.11$, $.04$ ตามลำดับ, $p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเก็บรักษามีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการกำกับตนเอง และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา อภิปรายว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Noens, et al. (2009) พบว่า เพศหญิงสามารถดูแลตนเอง และกำกับตนเองในการกินยาได้ดีกว่าเพศชาย และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ การมีคู่ชีวิตจะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้ง เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะคอยดูแล ช่วยเหลือ และเอาใจใส่ต่อกัน (Daungkaew & Dechudom, 2007) โดยจัดยา กำกับให้กินยา และคอยช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งพาไปพบแพทย์เมื่อยามเจ็บป่วย จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูล การแสดงออกถึงความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในการรักษา จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมในการรักษามีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kahn, et al. (2007) พบว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อความมั่นใจในการแสดงออกและการมีส่วนร่วมในการรักษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ในสังคมเมืองปัจจุบันลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น คู่สมรสจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่สำคัญมากต่อผู้ป่วยมะเร็ง ในการช่วยเหลือด้านการจัดยา กำกับการกินยา และการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษา จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (Hershman, et al., 2010) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีสมาชิกในครอบครัวและสังคม เพื่อนสนับสนุน การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา และการดูแลเอาใจใส่ที่ดี ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (Murray, et al., 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Larriza, et al. (2006) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาด้านมะเร็งชนิดรับประทาน และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาด้านมะเร็งชนิดรับประทาน (Lee & Jeong, 2013)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด ASA and ASCP (2006) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยนอก เดินทางมาตรวจ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด เป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะต้น อาการของโรคมะเร็งจึงไม่ชัดเจน จึงส่งผลทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่รุนแรง และการรักษาเป็นการเสริมยาต้านฮอร์โมน เพื่อยับยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (Dechaphunkul, et al., 2011) ประกอบกับการกินยาด้านฮอร์โมน เป็นการบริหารยาที่ง่าย ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาด้านมะเร็งชนิดอื่น ระยะเวลาการรักษาที่แน่นอน 1-5 ปี

มีเป้าหมายในการรักษาที่ชัดเจน คือลดโอกาสของโรคมะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยปลอดโรคได้ (Gray, Rea, & Handley, et al., 2008) จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี แม้ความรุนแรงของอาการจะรุนแรง หรือไม่รุนแรงก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งก็มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Noens, et al. (2009) พบว่าความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด ASA and ASCP (2006) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะต้น โดยรับรู้ว่ามีโรคมะเร็งที่เป็นนั้นไม่ส่งผลเสียต่อตนเอง เช่น การรักษาที่ยาวนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และไม่มีอาการหรือความรุนแรงของโรคมะเร็งมากขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิต และการกินยาด้านมะเร็งนั้นทำให้หายจากการเป็นโรคมะเร็ง ไม่เกิดโรคมะเร็งซ้ำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เกิดภาวะดื้อยา จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี แม้ว่าความรุนแรงของโรคมะเร็งจะรุนแรงหรือไม่รุนแรงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Baikaw (1985) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Horne and Weinman (1999); Vermiere, et al. (2001); Horne (2007); DiMatteo (2004) พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด ASA and ASCP (2006) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ผ่านการรักษาโรคมะเร็งมาแล้วในหลายวิธี โดยผู้ป่วยได้พบกับประสบการณ์ความทุกข์ยากลำบากจากกระบวนการรักษาด้วยการผ่าตัด



เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ที่เป็นกระบวนการรักษาที่ยากกว่าการกินยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นการบริหารยาที่ง่าย กินวันละ 1 เม็ด 1 เวลา และผลข้างเคียงน้อยกว่ายาต้านมะเร็งชนิดอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการกินยาตามเกณฑ์ที่ดี ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ประโยชน์ของการรักษาหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งก็มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Baikaew (1985) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Grunfeld, et al. (2005) และ Fink, et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กินยาด้านฮอร์โมน (Tamoxifen) รับรู้ว่าการกินยาด้านฮอร์โมนไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถป้องกันโรคมะเร็งให้เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่เกิดแรงจูงใจ ไม่เห็นประโยชน์ในการกินยา หยุดยาก่อนกำหนด จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ดี

ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะต้น การรักษาเป็นแบบยาเสริมด้วยการกินยาด้านมะเร็ง (Tamoxifen) ซึ่งเป็นการบริหารยาที่ง่าย ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาต้านมะเร็งชนิดอื่น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา จึงเล็งเห็นความจำเป็นต่อการกินยาด้านมะเร็ง โดยรับรู้ว่าการกินยาด้านมะเร็งนั้นช่วยรักษาโรคมะเร็งให้หาย ป้องกันไม่ให้โรคมะเร็งเกิดซ้ำ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตสูง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Horne & Weinman (1999) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลมากเกี่ยวกับการกินยา และจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งกังวลในเรื่องผลข้างเคียงของยาด้านมะเร็งในระยะยาว และกังวลว่าการกินยาด้านมะเร็งจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Horne & Weinman (1999) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการประเมินความพร้อมในการบริหารยาด้านมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็ง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงหาแนวทางให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการบริหารยากับผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น โดยคำนึงถึงความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็น และความกังวลต่อการกินยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษานี้พบว่าเครื่องมือการวิจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายในระยะของโรคมะเร็งตลอดจนชนิดของยาเม็ดต้านมะเร็ง จึงทำให้ข้อมูลที่ได้รับค่อนข้างกว้าง ดังนั้นหากมีการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



References

- American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation. (2006). *Overview of Medication Adherence*. Retrieved January 2 2016, from <http://www.adultmeducation.com/AboutUs.html>.
- Awasadathaworn, S. (2009). *Associations between health belief model and cooperative behaviors among tuberculosis patients of phromphiram hospital, Phormphiram district, Phitsanulook province*. Master's Thesis in Public Health. Naresuan University, Thailand. (In Thai)
- Baikaew, S. (1985). *Study of the relationship between health beliefs and therapeutic compliance in patients with hypertension*. Master's thesis Nursing, Faculty of Graduate Studies Mahidol University, Thailand. (In Thai)
- Brown, M. T., Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO care?. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304-314.
- Cheirsilp, A. (2017). *Epidemiology of cancer in thailand*. Retrieved February 19, 2017, from <http://www.oocities.org/suchartw/epidermiology.html>.
- Daungkaew & Dechudom (2007). *The Health Care Behavior of the Elderly: Case study in Prongmadua Subdistrict, Meung District, Nakornprathom Province*. Rajabhat Nakhon Pathom University. (In Thai)
- Dechaphunkul, A., Chacranon, M., Chaiwiriyawong, S., & Sunpaweravong, P. (2011). Antihormonal therapy in breast cancer. *Songklanagarind Medical Journal*. 29(3), 127-142. (In Thai)
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendation: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- Fink, A. K., Gurwitz, J., Rawowski, W., Guadagnoli, E., & Silliman, R. A. (2004). Patient beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor-positive breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(16), 3309-3315.
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly; Looking beyond cost and regimen complexity. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(1), 11-23
- Gray, R. G., Rea, D. W., Handley, K., Marshall, A., Pritchard, M. G., Perry, P., & Lee M. (2008). Randomized trial of 10 versus 5 years of adjuvant tomosifen among 6,934 women with estrogen receptor-positive (ER+) or ER untested breast cancer priliminary results. *Journal of Clinical Oncology*, 26(15), suppl, 513-513.
- Grunfeld, E. A., Hunter, M. S., Sikka, P., & Mittal, S. (2005). Adherence belief among breast cancer patients taking tomosifen. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 97-102.
- Hershman, D. L., Kushi, L. H., Shao, T., Buono, D., Kershenbaum, A., Tsai, W. Y., ... & Neugut, A. I. (2010). Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early stage breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*: 28(27); 4120-4128.



- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555-567.
- Horne, R. (2007). Adherence to treatment. In Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J. & West, R. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health & Medicine*. 2nd Edition. (pp 417-421). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahn, K. L., Schneider, E. C., Malin, J. L., Adams, J. L., & Epstein, A. M. (2007). Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Medical Care*, 45(5), 431-439.
- Kreuger, K. P., Felkey, B. G., & Berger, B. A. (2003). Improving Adherence and persistence: a review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *Journal American Pharmacy Association*, 43(6), 668-679.
- Larizza, M. A., Dooley, M. J., Stewart, K., & Kong, C. M. (2006). Factors influencing adherence to molecular therapies in haematology-oncology outpatients. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 36(2), 115-118.
- Leaungsomnapa, Y., Thasirasawad, P., & Dechavoot, L. (2014). Beliefs about medication: Idea and association with medication adherence. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 25(2), 95-105. (In Thai)
- Lee, Y. H., & Jeong, L. S. (2013). Factors Influencing Medication Adherence to Oral Anticancer Drugs. *Asian Oncology Nursing*, 13(4), 201-209.
- Murray, M. D., Morrow, D. G., Weiner, M., Clark, D. O., Tu, W., Deer, M. M., Brater, D. C., & Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2(1), 36-43.
- Noens, L., Van Lierde, M. A., De Bock, R., Verhoef, G., Zachée, P., Berneman, Z., ... & De Geest, S. (2009). Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood*, 113(22), 5401-5411.
- Schneider, S. M., Adams, D. B., & Gosselin, T. (2014). A Tailored Nurse Coaching Intervention for Oral Chemotherapy Adherence. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 5(3), 163.
- Suwannapong, K. (2015). *The Development of medication adherence scale for persons with coronary artery disease*. (Doctoral dissertation). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Thailand.
- Suwansilsak, S. (2008). *Self-regulation of cancer patients on chemotherapy in Nakhon Pathom Hospital*. Master's thesis of Arts department of Psychology and Guidance graduate school Silpakorn University. Thailand. (In Thai)



- Suwisith, N. (2007). Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer. (Doctoral dissertation). Faculty of Nursing, Mahidol University. Thailand.
- Thawechai, W. (2000). *Behavior of self-care and severity of Osteoarthritis of the Knees in older*. Master's thesis in Nursing Science of Gerontological Nursing Chiang Mai University, Thailand. (In Thai)
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J.. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- World Health Organization, (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Retrieved January 2. 2016, from <http://www.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
- World Health Organization, (2015). *Cancer*. Retrieved May 5, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>.