สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic biliary Drainage: PTBD) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ ถึง 5 เดือน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก คลินิกมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 42 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งรายละเอียดของผลการศึกษาวิจัยนำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางดังนี้

1. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 42 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 92.90 และเพศหญิงร้อยละ 7.10 มีอายุอยู่ในช่วง 40-81 ปี อายุเฉลี่ย 58.19 ปี อายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปีร้อยละ 35.70 รองลงมาคือช่วงอายุ 61-70 ปีร้อยละ 33.30 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในดับประถมศึกษาร้อยละ 78.60 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธและมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 100 โดยแบ่งเป็นภาคอีสานตอนบนและภาคอีสานตอนล่างร้อยละ 42.90 และ 57.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.70 รองลงมาคือ อาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 11.90 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาทร้อยละ 42.90 รองลงมาต่ำกว่า 2,000 บาทร้อยละ 21.40 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-6 คนร้อยละ 45.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.90 บุคคลที่มีหน้าที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ คู่สมรส (สามี/ภรรยา) ร้อยละ 33.30 เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดร้อยละ 90.50 รองลงมาคือศูนย์บริการสุขภาพชุมชนร้อยละ 21.40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	92.90
หญิง	3	7.10
อายุ ($\bar{x}$ = 58.19 ปี, S.D = 9.27, min. = 40 ปี, max. =81 ปี)		
40 – 50 ปี	10	23.80
51 – 60 ปี	15	35.70
61 – 70 ปี	14	33.30
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	3	7.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	2.40
ประถมศึกษา	33	78.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	4.80
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	2	4.80
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	2.40
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.80
อื่น ๆ	1	2.40
ศาสนา		
พุทธ	42	100
สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.10
คู่	39	92.90
อาชีพ		
เกษตรกรรม	28	66.70
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	11.90
ค้าขาย	2	4.80
รับจ้าง	3	7.10
อื่น ๆ	4	9.50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
อีสานตอนบน		
ขอนแก่น	4	9.50
มหาสารคาม	4	9.50
มุกดาหาร	2	4.80
อุดรธานี	2	4.80
สกลนคร	1	2.40
หนองบัวลำภู	1	2.40
นครพนม	1	2.40
กาฬสินธุ์	1	2.40
หนองคาย	1	2.40
เลย	1	2.40
รวม	18	42.90
อีสานตอนล่าง		
ชัยภูมิ	8	19.00
นครราชสีมา	2	4.80
ร้อยเอ็ด	5	11.90
สุรินทร์	2	4.80
ศรีษะเกษ	1	2.40
ยโสธร	5	11.90
บุรีรัมย์	1	2.40
รวม	24	57.10
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	9	21.40
2,000-5,000 บาท	18	42.90
5,001-10,000 บาท	4	9.50
10,001-20,000 บาท	8	19.00
20,001-50,000 บาท	3	7.10

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-2 คน	6	14.30
3-4 คน	13	31.00
5-6 คน	19	45.20
มากกว่า 6 คน	4	9.50
ผู้ดูแล		
คู่สมรส(สามี/ภรรยา)	14	33.30
บุตร/ธิดา	10	23.80
ญาติ	8	19.00
คู่สมรสและบุตรธิดา	8	19.00
บุตรและญาติ	1	2.40
อื่นๆ	1	2.40
แหล่งประโยชน์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	9	21.40
โรงพยาบาลของรัฐ	38	90.50
โรงพยาบาลเอกชน	2	4.80
คลินิก	7	16.70
แพทย์ พยาบาล	3	7.10
เอกสาร/คู่มือการดูแลตนเอง	4	9.50
ญาติ	1	2.40
อื่นๆ	4	9.50

1.1.2 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในช่วง 1-5 เดือนมากที่สุดร้อยละ 57.10 รองลงมาคือช่วง 6-10 เดือนร้อยละ 21.40 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 83.30 เป็นผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ถึง 8 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 76.20 รองลงมาคือมากกว่า 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ร้อยละ 19.00 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านภายหลังการทำ PTBD โรงพยาบาลของรัฐเป็นสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างไปล้าง

แผลและล้างสายระบายน้ำดีมากที่สุดร้อยละ 59.50 รองลงมาคือศูนย์บริการสุขภาพชุมชนร้อยละ 26.20 โดยมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับเพื่อไปล้างแผลหรือล้างสายระบายน้ำดี โดยประมาณ 0-1,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 78.60 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือสายระบายน้ำดีอุดตัน น้ำดีไม่ไหลหรือไหลน้อยลงร้อยละ 52.40 และน้ำดีมีสีขาวขุ่นร้อยละ 35.70 ซึ่งภายหลังการทำ PTBD พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดคิดเป็นร้อยละ 52.40 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดคิดเป็นร้อยละ 47.60 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดี		
1-5 เดือน	24	57.10
6-10 เดือน	9	21.40
11-15 เดือน	6	14.30
มากกว่า 15 เดือน	3	7.10
การได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี		
เคย	7	16.70
ไม่เคย	35	83.30
ระยะเวลาในการใส่สายระบายน้ำดี		
2 -8 สัปดาห์	32	76.20
> 8 สัปดาห์ แต่ ≤ 12 สัปดาห์	2	4.80
> 12 สัปดาห์ แต่ ≤ 20 สัปดาห์	8	19.00
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านภายหลังการทำ PTBD		
เคย	42	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
สถานที่ล้างแผลหรือล้างสายระบายน้ำดี		
ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	11	26.20
โรงพยาบาลของรัฐ	25	59.50
โรงพยาบาลเอกชน	2	4.80
อื่น ๆ	4	9.50
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับเพื่อไปล้างแผลและล้างสายระบายน้ำดีโดยประมาณ		
0-1,000 บาท	33	78.60
1,001-2,000 บาท	7	16.70
2,001-3,000 บาท	1	2.40
3,001-4,000 บาท	1	2.40
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือน (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
สายระบายเลื่อน	11	26.20
สายระบายหลุด	11	26.20
น้ำดีมีสีขาวขุ่น	15	35.70
สายระบายอุดตัน น้ำดีไม่ไหลหรือไหลน้อยลง	22	52.40
รอบ ๆแผลทางออกของสายปวด บวม แดง ร้อนหรือมีน้ำดีซึม	13	31.00
อื่น ๆ	14	33.30
การกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดภายหลังการทำ PTBD		
เคย	20	47.60
ไม่เคย	22	52.40

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในช่วง 2.50-3.49 ร้อยละ 80.95 รองลงมาคือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมากโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในช่วง 3.50-4.00 ร้อยละ 19.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี (2.50-3.49)	34	80.95
พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีมาก (3.50-4.00)	8	19.05

1.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านอยู่ในระดับดี โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x}$=3.36, S.D.=0.98) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ($\bar{x}$=3.32, S.D.=1.12) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด ($\bar{x}$=3.11, S.D.=1.15) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ($\bar{x}$=2.97, S.D.=1.17) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในในระดับดีมาก มีเพียงด้านเดียวคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ ($\bar{x}$=3.52, S.D.=0.83) ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.21, S.D.=1.09) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.36	0.98	ดี
2. ด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ	3.52	0.83	ดีมาก
3. ด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน	2.97	1.17	ดี
4. ด้านการจัดการความเครียด	3.11	1.15	ดี
5. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD	3.32	1.12	ดี
โดยรวม	3.21	1.09	ดี

1.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ

1.2.3.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.36, S.D.=0.98) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อในด้านนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อย ได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ($\bar{x}$=3.90, S.D.=0.48) รองลงมาคือการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ($\bar{x}$=3.86, S.D.=0.47) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าว แป้ง เผือก มัน ($\bar{x}$=3.86, S.D.=0.35) และลำดับที่ 3 คือ การรับประทานอาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ($\bar{x}$=3.79, S.D.=0.72)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่อยู่ในระดับดี 3 ลำดับสุดท้าย เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไวตามินสูง เช่น ผักและผลไม้ต่าง ๆ ($\bar{x}$=2.95,S.D.=0.91)การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน น้ำเต้าหู้ (นมถั่วเหลือง) ($\bar{x}$=2.81, S.D.=1.13) และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มเติมระหว่างมื้อ เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้ ($\bar{x}$=2.43, S.D.=1.06) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดโดยปฏิบัติเป็นประจำได้มากถึงร้อยละ 95.20 คือ การรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุดโดยปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ

21.40 คือ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มเติมระหว่างมื้อ เช่น น้ำผักและน้ำผลไม้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารรายข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
1. ท่านรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ	40 (95.20)	1 (2.40)	0 (0.00)	1 (2.40)	3.90	0.48	ดีมาก
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มเติมระหว่างมื้อ เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้	9 (21.40)	9 (21.40)	15 (35.70)	9 (21.40)	2.43	1.06	ดี
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำทุกมื้อ เช่น ต้มปลา ปิ้นปลา ผักสด ผักลวก	35 (83.30)	4 (9.50)	1 (2.40)	2 (4.80)	3.71	0.74	ดีมาก
4. ท่านรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ครั้งละน้อยๆ บ่อยครั้ง	38 (90.50)	2 (4.80)	2 (4.80)	0 (0.00)	3.86	0.47	ดีมาก
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าว แป้ง เผือก มัน	36 (85.70)	6 (14.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.86	0.35	ดีมาก
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน น้ำเต้าหู้ (นมถั่วเหลือง)	16 (38.10)	9 (21.40)	10 (23.80)	7 (16.70)	2.81	1.13	ดี
7. ท่านรับประทานอาหารที่มีไวตามินสูง เช่น ผักและผลไม้ต่างๆ	15 (35.70)	11 (26.20)	15 (35.70)	1 (2.40)	2.95	0.91	ดี

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
8. ท่านรับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่	28 (66.70)	3 (7.10)	3 (7.10)	8 (19.00)	3.21	1.22	ดี
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทนมและผลิตภัณฑ์จากนม เช่น ครีม เนยไอศครีม	3 (7.10)	6 (14.30)	15 (35.70)	18 (42.90)	3.14	0.93	ดี
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม	2 (4.80)	1 (2.40)	1 (2.40)	38 (90.50)	3.79	0.72	ดีมาก
11. ท่านรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในทางเดินอาหาร เช่น น้ำอัดลม ถั่วต่าง ๆ มะม่วง หัวหอม	3 (7.10)	2 (4.80)	5 (11.90)	32 (76.20)	3.57	0.89	ดีมาก
12. ท่านรักษาความสะอาดภายในช่องปากอยู่เสมอโดยการแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังอาหาร	18 (42.90)	13 (31.00)	7 (16.70)	4 (9.50)	3.07	1.00	ดี
		รวม			3.36	0.98	ดี

1.2.3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านนี้อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =3.52, S.D.=0.83) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การบันทึกจำนวนน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน ($\bar{x}$ =3.90, S.D.=0.48) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ การสังเกตปริมาณและสีของปัสสาวะในแต่ละวัน ($\bar{x}$ =3.90, S.D.=0.30) รองลงมาคือ การสังเกตลักษณะของอุจจาระทุกครั้งที่ขับถ่าย ($\bar{x}$ =3.83, S.D.=0.58) และลำดับที่ 3 คือ การสังเกตอุจจาระว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ($\bar{x}$ =3.81, S.D.=0.59)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติที่อยู่ในระดับดี 2 ลำดับสุดท้าย เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การสังเกตอาการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ของร่างกาย เช่น กระหายน้ำ ปากแห้งผิวหนังแห้ง ปัสสาวะมีสีเข้ม ปริมาณน้อยลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ($\bar{x}$ =2.93, S.D.=0.95) และการปฏิบัติเมื่อสังเกตว่าร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ เช่น ดื่มน้ำเพิ่มและปรึกษาแพทย์ทันที ($\bar{x}$ =2.71, S.D.=0.86) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดโดยปฏิบัติเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 95.20 คือ การบันทึกจำนวนน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุดโดยมีการปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 16.70 คือ การปฏิบัติเมื่อสังเกตว่าร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ เช่น ดื่มน้ำเพิ่มและปรึกษาแพทย์ทันที ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ รายข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
1. ท่านสังเกตอุจจาระของท่านว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ	37 (88.10)	3 (7.10)	1 (2.40)	1 (2.40)	3.81	0.59	ดีมาก
2. ท่านสังเกตลักษณะของอุจจาระทุกครั้งที่ขับถ่าย	38 (90.50)	2 (4.80)	1 (2.40)	1 (2.40)	3.83	0.58	ดีมาก

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ รายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
3. ท่านสังเกตปริมาณและสีของปัสสาวะในแต่ละวัน	38 (90.50)	4 (9.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.90	0.30	ดีมาก
4. ท่านบันทึกจำนวนน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน	40 (95.20)	1 (2.40)	0 (0.00)	1 (2.40)	3.90	0.48	ดีมาก
5. ท่านสังเกตอาการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ของร่างกาย เช่น กระหายน้ำ ปากแห้งผิวหนังแห้ง ปัสสาวะสีเข้มปริมาณน้อยลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง	13 (31.00)	17 (40.50)	8 (19.00)	4 (9.50)	2.93	0.95	ดี
6. เมื่อสังเกตว่าร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ท่านดื่มน้ำเพิ่มและปรึกษาแพทย์ทันที	7 (16.70)	20 (47.60)	11 (26.20)	4 (9.50)	2.71	0.86	ดี
	รวม				3.52	0.83	ดีมาก

1.2.3.3พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านนี้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=2.97, S.D.=1.17) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง ($\bar{X}$=3.95, S.D.=0.22) และการพักผ่อนมากขึ้นเมื่อมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ($\bar{X}$=3.60, S.D.=0.54)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหารด้วยตนเองตามปกติ ($\bar{X}$=3.48, S.D.=0.71) การทายาหรือรับประทานยาลดอาการคันตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อมีอาการคันรบกวนการ

นอนหลับ ($\bar{x}$=3.36, S.D.=0.91) และการนอนพักในเวลากลางวันเมื่อนอนไม่หลับในเวลากลางคืน ($\bar{x}$=3.29, S.D.=0.86)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนที่อยู่ในระดับพอใช้ 3 ลำดับสุดท้าย เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ($\bar{x}$=2.24, S.D.=1.27) การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน ($\bar{x}$=2.19, S.D.=1.25) และการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย ($\bar{x}$=2.10, S.D.=1.21) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดคือ การไม่ซื้อยานอนหลับมารับประทานเองคิดเป็นร้อยละ 95.20 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุดโดยปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 21.40 คือ การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน รายข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	11 (26.20)	6 (14.30)	7 (16.70)	18 (42.90)	2.24	1.27	พอใช้
2. ท่านออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย	9 (21.40)	5 (11.90)	9 (21.40)	19 (45.20)	2.10	1.21	พอใช้
3. ท่านเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน	11 (26.20)	4 (9.50)	9 (21.40)	18 (42.90)	2.19	1.25	พอใช้
4. ท่านดูแลไม่ทำให้สายระบายน้ำดีเกิดการดึงรั้งขณะออกกำลังกาย	14 (33.30)	6 (14.30)	6 (14.30)	16 (38.10)	2.43	1.31	พอใช้

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน รายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
5. ท่านทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร ด้วยตนเองตามปกติ	24 (57.10)	15 (35.70)	2 (4.80)	1 (2.40)	3.48	0.71	ดี
6. ท่านพักผ่อนมากขึ้นเมื่อมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย	26 (61.90)	15 (35.70)	1 (2.40)	0 (0.00)	3.60	0.54	ดีมาก
7. ท่านนอนหลับในเวลากลางคืนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง	23 (54.80)	11 (26.20)	4 (9.50)	4 (9.50)	3.26	0.99	ดี
8. ท่านนอนพักในเวลากลางวันเมื่อนอนไม่หลับในเวลากลางคืน	21 (50.00)	14 (33.30)	5 (11.90)	2 (4.80)	3.29	0.86	ดี
9. เมื่อมีอาการคันรบกวนการนอนหลับ ท่านทายาหรือรับประทานยาลดอาการคันตามแผนการรักษาของแพทย์	25 (59.50)	9 (21.40)	6 (14.30)	2 (4.80)	3.36	0.91	ดี
10. เมื่อนอนไม่หลับ ท่านมีวิธีการจัดการปัญหาการนอนไม่หลับ เช่น สวดมนต์ทำสมาธิ อ่านหนังสือ หรือทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย	16 (38.10)	8 (19.00)	10 (23.80)	8 (19.00)	2.76	1.16	ดี
11. ท่านซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.80)	42 (95.20)	3.95	0.22	ดีมาก
รวม					2.97	1.17	ดี

1.2.3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =3.11, S.D.=1.15) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเอง ($\bar{x}$ =3.86, S.D.=0.65) การยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ($\bar{x}$ =3.79, S.D.=0.56) และการให้กำลังใจตัวเองอยู่เสมอเมื่อเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดหวัง ($\bar{x}$ =3.71, S.D.=0.64)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการจัดการความเครียดที่อยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ การมีวิธีระบายความไม่สบายใจ เช่น พูดคุยกับญาติ เพื่อนสนิท บุคคลที่ไว้ใจได้ ทำกิจกรรมที่ชอบ ใช้ธรรมะหรือฝึกการผ่อนคลายความเครียด เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ($\bar{x}$ =3.40, S.D.=0.80) การปรึกษาผู้ที่มีความรู้และเชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีความเครียดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ($\bar{x}$ =3.29, S.D.=0.97) และการดูแลสายระบายน้ำดีและถุงรองรับน้ำดีที่ออกมาภายนอกร่างกาย เช่น มีถุงผ้าหุ้มหรืออุปกรณ์รองรับเพื่อไม่ให้คนอื่นมองเห็นสายและถุงรองรับน้ำดี ($\bar{x}$ =3.05, S.D.=1.29)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดที่อยู่ในระดับพอใช้มี 2 ข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมหรือพบปะกับบุคคลอื่นในสังคมตามปกติ ($\bar{x}$ =2.21, S.D.=1.12) และการหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน ($\bar{x}$ =1.86, S.D.=1.07) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดคือ การไม่ซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเองคิดเป็นร้อยละ 95.20 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือการหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกันโดยปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 11.90 ดังตารางที่ 9

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด รายข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42						
	จำนวน (ร้อยละ)						
1. ท่านยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ	35 (83.30)	6 (14.30)	0 (0.00)	1 (2.40)	3.79	0.56	ดีมาก
2. เมื่อเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดหวังท่านให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ	33 (78.60)	7 (16.70)	1 (2.40)	1 (2.40)	3.71	0.64	ดีมาก
3. เมื่อมีความเครียดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ท่านปรึกษาผู้ที่มีความรู้และเชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	24 (57.10)	9 (21.40)	6 (14.30)	3 (7.10)	3.29	0.97	ดี
4. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านมีวิธีการระบายความไม่สบายใจ เช่น พูดคุยกับญาติเพื่อนสนิท บุคคลที่ไว้ใจได้ ทำกิจกรรมที่ชอบ ใช้ธรรมะหรือฝึกการผ่อนคลายความเครียด	24 (57.10)	12 (28.60)	5 (11.90)	1 (2.40)	3.40	0.80	ดี
5. ท่านหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกับท่าน	5 (11.90)	6 (14.30)	9 (21.40)	22 (52.40)	1.86	1.07	พอใช้
6. ท่านมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	15 (35.70)	13 (31.00)	6 (14.30)	8 (19.00)	2.83	1.12	ดี

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด รายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหรือพบปะกับบุคคลอื่นในสังคมตามปกติ	7 (16.70)	10 (23.80)	10 (23.80)	15 (35.70)	2.21	1.12	พอใช้
8. ท่านดูแลสายระบายน้ำดีและถุงรองรับน้ำดีที่ออกมาภายนอกร่างกาย เช่น มีถุงผ้าหุ้มหรืออุปกรณ์รองรับเพื่อไม่ให้คนอื่นมองเห็นสายและถุงรองรับน้ำดี	25 (59.50)	4 (9.50)	3 (7.10)	10 (23.80)	3.05	1.29	ดี
9. ท่านซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเอง	2 (4.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	40 (95.20)	3.86	0.65	ดีมาก
	รวม				3.11	1.15	ดี

1.2.3.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านนี้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=3.32, S.D.=1.12) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ($\bar{X}$=4.00, S.D.=0.00) การระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีถูกน้ำ ($\bar{X}$=3.90, S.D.=0.30) และการระมัดระวังไม่ให้สายระบายน้ำดี หัก พับ งอ หรือเกิดการดึงรั้งเมื่อมีกิจกรรมต่าง ๆ ($\bar{X}$=3.81, S.D.=0.45)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ที่อยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำความสะอาด

ผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีและรอบ ๆ สายระบายน้ำดีสูงขึ้นจากบริเวณทางออกของสายประมาณ 4-5 เซนติเมตรด้วยน้ำยาเบตาดีนตามด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุก 2-3 วันหรือทุกครั้งที่มีน้ำดีซึม ($\bar{x}$=3.48, S.D.=0.86) การทำความสะอาดบริเวณรูเปิดของถุงรองรับน้ำดีด้วยน้ำยาแอลกอฮอล์ 70% ก่อนและหลังการเทน้ำดีทุกครั้ง ($\bar{x}$=3.45, S.D.=1.04) และการสังเกตอาการ ปวด บวมแดง ร้อนของผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดี ($\bar{x}$=3.33, S.D.=0.85)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ที่อยู่ในระดับพอใช้ 2 ข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับ จากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น แพทย์ พยาบาลหรือจากคู่มือและข่าวสาร ($\bar{x}$=2.05, S.D.=1.06) และการไปล้างสายระบายน้ำดีที่สถานพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ($\bar{x}$=1.79, S.D.=1.14) และพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดโดยปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 100 คือ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือจากคู่มือและข่าวสารซึ่งปฏิบัติเป็นประจำได้ร้อยละ 11.90 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
1. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	42 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.00	0.00	ดีมาก
2. ท่านระมัดระวังไม่ให้สายระบายน้ำดีหัก พับ งอ หรือเกิดการดึงรั้งเมื่อมีกิจกรรมต่าง ๆ	35 (83.30)	6 (14.30)	1 (2.40)	0 (0.00)	3.81	0.45	ดีมาก

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
3. เวลานั่งหรือเดินท่านจัดให้ถุงผ้าหรืออุปกรณ์รองรับถุงน้ำดีอยู่ต่ำกว่าระดับเอว	32 (76.20)	5 (11.90)	3 (7.10)	2 (4.80)	3.60	0.83	ดีมาก
4. ท่านหรือผู้ดูแลท่านทำความสะอาดบริเวณรูเปิดของถุงรองรับน้ำดีด้วยน้ำยาแอลกอฮอล์ 70% ก่อนและหลังการเทน้ำดีทุกครั้ง	31 (73.80)	4 (9.50)	2 (4.80)	5 (11.90)	3.45	1.04	ดี
5. ท่านหรือผู้ดูแลท่านทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีและรอบๆสายระบายน้ำดีสูงขึ้นจากบริเวณทางออกของสายประมาณ 4-5 เซนติเมตรด้วยน้ำยาเบตาดีนตามด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุก 2-3 วันหรือทุกครั้งที่มีน้ำดีซึม	27 (64.30)	11 (26.20)	1 (2.40)	3 (7.10)	3.48	0.86	ดี
6. ท่านหรือผู้ดูแลท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำแล้วเช็ดด้วยผ้าแห้งที่สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังเทน้ำดีหรือทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทางออกของสาย	23 (54.80)	4 (9.50)	3 (7.10)	12 (28.60)	2.90	1.34	ดี

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	n=42 จำนวน (ร้อยละ)						
7. ท่านสังเกตอาการ ปวด บวม แดง ร้อนของผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดี	22 (52.40)	14 (33.30)	4 (9.50)	2 (4.80)	3.33	0.85	ดี
8. ท่านระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีถูกน้ำ	38 (90.50)	4 (9.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.90	0.30	ดีมาก
9. ท่านไปล้างสายระบายน้ำดีที่สถานพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	6 (14.30)	5 (11.90)	5 (11.90)	26 (61.90)	1.79	1.14	พอใช้
10. หากสายระบายน้ำดีหลุด ท่านปิดแผลด้วยผ้าก๊อสปราศจากเชื้อและไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที	28 (66.70)	5 (11.90)	3 (7.10)	6 (14.30)	3.31	1.12	ดี
11. ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้ น้ำดีไม่ไหล ผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดี บวม แดง เป็นต้น	19 (45.20)	10 (23.80)	9 (21.40)	4 (9.50)	3.05	1.03	ดี
12. ท่านแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับ จากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น แพทย์ พยาบาลหรือจากคู่มือและข่าวสาร	5 (11.90)	9 (21.40)	11 (26.20)	17 (40.50)	2.05	1.06	พอใช้
	รวม				3.32	1.12	ดี

2. การอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ผู้วิจัยอภิปรายผลโดยแยกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่าเป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 92.90 และมีอายุอยู่ในช่วง 40-81 ปี อายุเฉลี่ย 58.19 ปี ข้อมูลดังกล่าวมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ทองอวบ อุตรวิเชียร และวัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ ที่เป็นผู้ริเริ่มศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยมามากกว่า 30 ปี (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548) พบว่าโรคนี้เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Green et al., 1991) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดในเพศชายมากถึง 97.80 และในเพศหญิง 39.0 ต่อประชากร 100,000 คน (Parkin et al., 1997) และจากการศึกษาของ ปณต มิคะเสน (2533) วันชัย วัฒนศัพท์ และพิศาล ไม้เรียง, (2539) เฉลิมศรี สรสิทธิ์ (2548) ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2547) โสรัจญา สุรียันต์ (2545) นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) สุพจน์ คำสะอาด (2544) และอุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ทำการศึกษาเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีช่วงอายุใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากถึงร้อยละ 66.70 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000-5,000 บาท ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของเฉลิมศรี สรสิทธิ์ (2548) ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2547), นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) ทั้งในเรื่อง ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 5-6 คนมากที่สุดร้อยละ 45.20 อาจเนื่องมาจากลักษณะโครงสร้างครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายจึงมีสมาชิกอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันหลายคนและพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.90 ซึ่งมีคู่สมรส (สามี/ภรรยา) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลขณะเจ็บป่วยมากที่สุดร้อยละ 33.30 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จึงเป็นภรรยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loke et al. (2003), Mok et al. (2003), Downe et al. (2006) ที่พบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีน้อยกว่า 1 ปี คือส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 เดือนมากที่สุดร้อยละ 57.10 รองลงมาคือช่วง 6-10 เดือนร้อยละ 21.40 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเมื่ออาการและระยะของโรครุนแรงแล้วจึงจะมาพบ

แพทย์ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548; ทองอวบ อุตรวิเชียร, 2532) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 6 เดือนถึง 1 ปีภายหลังทราบการวินิจฉัยโรค (สุพจน์ คำสะอาด, 2544; Czerniak & Blumgart, 1988) ซึ่งในช่วงแรกที่ได้รับการวินิจฉัยอาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและคาดหวังว่าจะมีสุขภาพกายที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษา ผู้ป่วยจึงยังคงมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัดแต่เนื่องจากการพยากรณ์โรคไม่ดีผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือท้อแท้จากการเจ็บป่วยจึงพบผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 15 เดือนเพียงร้อยละ 7 สอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2547) ที่ทำการศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้งพบว่าในแต่ละครั้งจะได้รับจดหมายตอบกลับจากญาติว่าผู้ป่วยเสียชีวิตและพบว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตในระหว่างทำการศึกษาร้อยละ 46.70

กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาก่อนมากถึงร้อยละ 83.30 อาจเนื่องมาจากอาการทางคลินิกในระยะแรกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสังเกตไม่เห็นอาการผิดปกติจนกระทั่งมะเร็งมีการเจริญและพัฒนาสู่ระยะที่ 3 หรือ 4 จึงแสดงอาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาและตัวเหลือง มีไข้ คันตามร่างกายและเกิดอาการติดเชื้อบริเวณทางเดินน้ำดี (ทองอวบ อุตรวิเชียร, 2532; ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547; ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548; ไชยยุทธ ธนไพศาล, 2549; ธีรวัฒน์ ภาสตโรจน์, 2549; บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551; Gitnick, 1992; Gholson & Bacon, 1993) ซึ่งอาการต่างๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะที่รุนแรงแล้วและจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 6 เดือนถึง 1 ปีหรือภายหลังทราบการวินิจฉัยโรค (สุพจน์ คำสะอาด, 2544; Czerniak & Blumgart, 1988; Gitnick, 1992; Gholoson & Bacon, 1993) อีกทั้งคนส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อและเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคมะเร็ง เช่น เชื่อว่าการเป็นมะเร็ง หมายถึง ความเจ็บปวด ความสูญเสีย ความพิการ ความน่ารังเกียจ ความว้าเหว่ ความพลัดพรากและเป็นภาระแก่ผู้อื่น (ธีระ รามสูตร, 2531) ดังนั้นในการที่เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงต้องมีความระมัดระวังต่อผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพราะการได้ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งจัดว่าเป็นสถานการณ์วิกฤตของชีวิตซึ่งผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวต่อข่าวร้าย ส่งผลให้การรับรู้การเข้าใจสิ่งต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปหรือมีอาการสับสนและไม่สามารถตั้งสติหรือมีสมาธิได้ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยระบุว่าไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค

เมื่อมีปัญหาสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดร้อยละ 90.50 จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปล้างแผลและล้างสายระบายน้ำดีที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดเช่นกันร้อยละ 59.50 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการรักษาอย่างถูกต้องและเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์มากกว่า (ชูศรี คูชัยสิทธิ์และคณะ, 2547) จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้

สิทธิประกันสุขภาพทั่วหน้า จึงไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลแต่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับเพื่อไปล้างแผลหรือล้างสายระบายน้ำดีโดยประมาณ 0-1,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 78.60 ซึ่งหากผู้ป่วยไปล้างแผลสามารถไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน สถานีอนามัย หรือล้างเองในกรณีที่ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ แต่หากไปล้างสายระบายน้ำดีหรือเปลี่ยนสายผู้ป่วยจะต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ที่ไม่ใช่จังหวัดขอนแก่นส่วนใหญ่จะมาล้างสายระบายน้ำดีหรือเปลี่ยนสายที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เท่านั้นอาจเนื่องมาจากหัตถการการทำ PTBD สามารถทำได้ในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่โดยเฉพาะการใส่สายหรือเปลี่ยนสายจะต้องทำโดยรังสีแพทย์หรือศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญเท่านั้น (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535)

ถึงแม้ว่าก่อนกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับสมุดคู่มือการดูแลตนเองและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านภายหลังการทำ PTBD แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือ การมีสายระบายน้ำดีอุดตัน น้ำดีไม่ไหลหรือไหลน้อยลงร้อยละ 52.40 และน้ำดีมีสีขาวขุ่นร้อยละ 35.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongkonkitsin et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ทำ PTBD จำนวน 41 รายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบปัญหาการอุดตันของสายระบายน้ำดีร้อยละ 27.83 สายเลื่อนร้อยละ 48.78 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Carrasco et al. (1984) ที่ทำการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภายหลังการทำ PTBD จำนวน 134 รายพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 69 โดยการติดเชื้อทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดโดยเกิดขึ้นในผู้ป่วยร้อยละ 47 สายเลื่อนร้อยละ 18 รอบ ๆ บริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีมีน้ำดีซึมร้อยละ 16 และสายอุดตันร้อยละ 14 และจากการศึกษาของ Berquist et al. (1981) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนระยะหลังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย 40 รายที่ทำการรักษาโดยการทำ PTBD พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ เกิดการอักเสบของผิวหนังบริเวณทางออกของสาย 3 ราย มีน้ำดีซึมรอบ ๆ แผล 4 ราย เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี 7 ราย เกิดการอุดตันของสายระบายน้ำดี 6 รายและสายเลื่อน 2 ราย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดโดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดคิดเป็นร้อยละ 47.60 จากการสัมภาษณ์พบว่า สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดเนื่องมาจาก มีไข้ น้ำดีไม่ไหลหรือไหลน้อยลง เบื่ออาหาร ผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีมีลักษณะบวมแดง สายระบายน้ำดีเลื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ เกยูร พรมอ่อน และคณะ (2548) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD มาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดคือ น้ำดีซึมรอบ ๆ สาย สายระบายอุดตัน น้ำดีไหลน้อยลง สายระบายเลื่อนหลุด ผิวหนังบริเวณรอบ ๆทางออกของสายระบายบวมแดง เป็นหนอง มีไข้ น้ำดีมีกลิ่นเหม็นและขุ่นเป็นตะกอน ซึ่งสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาสู่การติดเชื้อทางเดินน้ำดี (Nomura et al., 1999)

ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Han & Park, 1999; Nomura et al., 1999; Carrasco et al., 1984) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Handerson et al., 1979 cited in Clouse et al., 1983)

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในช่วง 2.50-3.49 ร้อยละ 80.95 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกยูร พรมอ่อน และคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.19, S.D.=0.61) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านภายหลังการทำ PTBD อาจเนื่องมาจากก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับสมุดคู่มือการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสายระบายน้ำดี การมาพบแพย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองแล้วนั้นจะนำไปสู่การพิจารณาและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกในชีวิตตามแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1995) นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยของคนทำงานที่มีความรับผิดชอบ มีความสำเร็จในด้านอาชีพการงานและมีศักยภาพในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่บุคคลมีพัฒนาการเต็มที่มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองได้ด้วยตนเองและสามารถประเมินสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (Orem, 1995) ดังนั้นเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงเกิดการเรียนรู้ เกิดการพิจารณาและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นมีความเหมาะสมมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการในสถานการณ์นั้นๆ หรือไม่ เมื่อบุคคลเกิดความรู้ ความเข้าใจ บุคคลจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ (Hirani & Newman, 2005) จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน สามารถแยกอภิปรายตามรายด้านได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.38, S.D.= 0.96) สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากคู่มือการดูแลตนเองที่ทางโรงพยาบาลจัดทำให้และจากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านภายหลัง

การทำ PTBD ผู้ป่วยจึงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องมาจากคำแนะนำที่ได้รับนั้นมีความเกี่ยวข้องและมีประโยชน์กับตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำมีความเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ มีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้องจึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม (พินทอง รัตนภุชงค์, 2550) นอกจากนี้อาหารเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้คืออาหารไขมันต่ำเป็นหลัก เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลงทำให้ไม่สามารถสร้างน้ำดีเพื่อช่วยย่อยไขมันได้ตามปกติ (อุษณีย์ ยิ่งยวด, 2551, ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวชนบทอีสานมีแบบแผนการดำเนินชีวิตในการรับประทานอาหารประเภท ผัก ปลาและนิยมนำไปประกอบอาหารด้วยวิธีการนึ่ง ต้ม ปิ้งหรือย่าง (จารุวรรณ ธรรมวัตร และคณะ, 2540) ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำอยู่แล้ว จากการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$=3.71, S.D.=0.74) และสามารถปฏิบัติเป็นประจำได้มากถึงร้อยละ 83.30 อีกทั้งลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 5-6 คน ร้อยละ 45.20 ซึ่งเป็นครอบครัวขยาย ผู้ป่วยจึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในการจัดเตรียมหรือนำอาหารที่มีประโยชน์มาให้ผู้ป่วยรับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของพินทอง รัตนภุชงค์ (2550) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการศึกษาของนันทรัตน์ ภู่ประดิษฐ์ (2541) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังโดยศึกษาในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ครอบครัว บุคคลแวดล้อมและวิถีชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตและระบบครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อในด้านนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรกนั้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ($\bar{x}$=3.90, S.D.=0.48) ลำดับรองลงมาคือการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ($\bar{x}$=3.86, S.D.=0.47) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าว.แป้ง เผือก มัน ($\bar{x}$=3.86, S.D.=0.35) และลำดับที่ 3 คือ การไม่รับประทานอาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ($\bar{x}$=3.79, S.D.=0.72) สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความ

ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการจัดเตรียมอาหาร ยา ตลอดจนอาหารที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยครบทั้ง 3 มื้อ จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อได้ดีมากที่สุด อาจเนื่องมาจากเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามปกติอยู่แล้วโดยได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นวิถีชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาและการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องปรับเปลี่ยนหรือมีการปรับเปลี่ยนน้อยจึงเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตจะเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติและครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วยและอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและอาจเนื่องมาจากตับสูญเสียหน้าที่การทำงานจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีจึงส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเผาผลาญสารอาหารและการสร้างกรดน้ำดีเพื่อช่วยย่อยอาหารประเภทไขมันลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยรับประทานอาหารมากเกินไปหรือรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้องได้ง่าย (ชฎาเพร คงเพ็ชร์, 2550; ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการท้องอืด ปวดแน่นท้องเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการเลือกรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งและไม่รับประทานอาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบได้ดีมากที่สุดเป็นลำดับรองลงมา เพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ดังกล่าว ประกอบกับภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคอีสานร้อยละ 100 ซึ่งวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารของชาวอีสานนั้น อาหารหลัก คือ ข้าว ปลา และผักต่าง ๆ ตามฤดูกาล (จารุวรรณ ธรรมวัตร และคณะ, 2540) ผู้ป่วยจึงได้รับประทานข้าวทุกมื้อซึ่งเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าว แป้ง เผือก มัน ได้ดีมากเป็นลำดับรองลงมาเช่นกัน

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี แต่ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มเติมระหว่างมื้อ เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้ ร้อยละ 21.40 ไม่รับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ ร้อยละ 19.00 และยังพบว่าไม่รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน น้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลือง ร้อยละ 16.70 อาจเนื่องมาจากโรคมะเร็งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรสและกลิ่น รับประทานอาหารได้น้อยหรือในผู้ป่วยบางรายอาจรับประทานไม่ได้เลย (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2540; ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.19 ปี ($\bar{x}$=58.19, S.D.=9.27) ซึ่ง

อายุที่เพิ่มมากขึ้นมักจะมีปัญหาในเรื่องการย่อยและการดูดซึมอาหาร (ภัควินท์ ภัคภิรมณ์, 2550; อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536) ประกอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีอาการท้องอืด ปวดแน่นท้องได้ง่าย (ชฎาพร คงเพ็ชร์, 2550; ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มเติมระหว่างมื้อ เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้และไม่รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน น้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลือง ร้อยละ 21.40 และ 16.70 ตามลำดับ ซึ่งการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ เนื่องจากในภาวะเจ็บป่วยร่างกายมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นและเพียงพอในแต่ละวัน อีกทั้งโรคมะเร็งยังทำให้อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ร่างกายต้องใช้พลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2540; ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) แต่ในขณะที่ร่างกายมีพลังงานไม่เพียงพอ ประกอบกับการที่ตับสูญเสียหน้าที่การทำงานทำให้ไม่สามารถสร้างน้ำดีเพื่อนำมาใช้ในการย่อยไขมันได้ (กมล ไชยสิทธิ์, 2551) ซึ่งอาหารประเภทไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงกว่าอาหารประเภทอื่นโดย 1 กรัมให้พลังงาน 9 แคลอรี ในขณะที่อาหารประเภทโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต 1 กรัมให้พลังงานเพียง 4 แคลอรีและอาหารไขมันยังช่วยดูดซึมไวตามินที่ละลายในไขมันในระบบทางเดินอาหาร (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539) ร่างกายของผู้ป่วยจึงไม่สามารถได้รับพลังงานจากอาหารที่มีไขมันได้ตามปกติและยังมีโอกาสขาดไวตามิน เอ ดี อีและเค ซึ่งเป็นไวตามินที่ละลายในไขมัน ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายและยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (อนุชิต จูฑะพุทธิ, 2550) และหากผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติพฤติกรรมนี้ถึงร้อยละ 19.00 สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบว่ามีสาเหตุสำคัญมาจากอุปนิสัยที่ชอบรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาดิบหรือนำไปปรุงแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (อาคม ชัยวีระวัฒนะ และคณะ, 2549; จันทรา ทวยมีฤทธิ์, 2542; Sripa et al., 2007) และอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น ดังนั้นการได้รับสารอาหารที่เพียงพอและถูกสุขลักษณะนอกจากจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงาน ส่งเสริมการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อการควบคุมกระบวนการต้านการอักเสบและลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย (นัยนา บุญทวีวัฒน์, 2548) พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงควรแนะนำและให้ความรู้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเป็นระยะและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้จะต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า การสอนตามความต้องการของบุคคลจะช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติของบุคคลนั้น เพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกในชีวิต

2.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =3.52, S.D.=0.83) สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ป่วยมีสายระบายน้ำดีออกมาภายนอกร่างกายทำให้มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ได้และจากการที่ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง จึงส่งผลทำให้การสร้างอัลบูมินลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถรักษาระดับของน้ำในกระแสเลือดได้ตามปกติ เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ไตจึงขับปัสสาวะได้น้อยลงซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันตามมาได้ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป.) ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายเกิดภาวะสูญเสียน้ำและเกลือแร่จึงมีความสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD เป็นอย่างมาก นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งส่งผลให้ตับสูญเสียหน้าที่การทำงาน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ แล้วก็ตาม แต่พบว่ายังมีโอกาสเกิดการอุดตันซ้ำของทางเดินน้ำดีได้ (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) หากพบว่าทางเดินน้ำดีเกิดการอุดตันซ้ำผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย อุจจาระจะมีไขมันมากและท้องเดิน (Meyers & Jones, 1990) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถย่อยสารอาหารไขมันได้ตามปกติและปัสสาวะจะมีสีเหลืองทองจากการที่ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูงจึงขับออกมากับปัสสาวะ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) ผู้ป่วยจึงต้องสังเกตอุจจาระและปัสสาวะเป็นประจำเพื่อเป็นการป้องกันและประเมินการเกิดการอุดตันซ้ำของทางเดินน้ำดี ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามปฏิบัติการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายดังกล่าว จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดีมาก

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อในด้านนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรกนั้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การบันทึกจำนวนน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน ($\bar{x}$ =3.90, S.D.=0.48) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ การสังเกตปริมาณและสีของปัสสาวะในแต่ละวัน ($\bar{x}$ =3.90, S.D.=0.30) รองลงมาคือ การสังเกตลักษณะของอุจจาระทุกครั้งที่ขับถ่าย ($\bar{x}$ =3.83, S.D.=0.58) และลำดับที่ 3 คือ การสังเกตอุจจาระว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ($\bar{x}$ =3.81, S.D.=0.59) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยพบว่ามีระยะเวลาที่ทราบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือระยะ 1-5 เดือนมากที่สุดถึงร้อยละ 57.14 และภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนร้อยละ 42.80 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเริ่มต้นรักษาจึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและคาดหวังว่าอาการจะดีขึ้น (เฉลิมศรี สรสิทธิ์, 2548) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านภายหลังการทำ PTBD ผู้ป่วยจึงพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเกี่ยวกับ การบันทึก

จำนวนน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน การสังเกตปริมาณและสีของปัสสาวะในแต่ละวัน การสังเกตลักษณะของอุจจาระทุกครั้งที่ขับถ่ายและการสังเกตอุจจาระว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 95.20, 90.50, 90.50 และ 88.10 ตามลำดับ เมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจจึงสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2546) ที่ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา การช่วยหาแหล่งประโยชน์ หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละคนแล้วติดตามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 3 ครั้งพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมภรณ์ แซ่จึง และจิราภรณ์ ทองสุโชติ (2546) ที่ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่า ภายหลังได้รับความรู้ในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 80 มีความรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของ บัวษร เวชพันธ์ (2548) ที่พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Koelling et al. (2004) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและมีอาการทางคลินิกดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละข้อในด้านนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากแต่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีมี 2 ข้อ ได้แก่ การสังเกตอาการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ของร่างกาย เช่น กระหายน้ำ ปากแห้ง ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะมีสีเข้ม ปริมาณน้อยลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ($\bar{x}$=2.93, S.D.=0.95) และการปฏิบัติเมื่อสังเกตว่าร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ เช่น การดื่มน้ำเพิ่มและปรึกษาแพทย์ทันที ($\bar{x}$=2.71, S.D.=0.86) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวถึงร้อยละ 9.50 และ 9.50 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านภายหลังการทำ PTBD จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษาที่ได้รับนั้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมา (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547; อุบล จ๋วงพานิช และคณะ, 2546; นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544; Nail, 2001) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นมักจะขัดขวางความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย (จุฑามาศ วงศ์นันตา, 2547) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ

78.60 ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับและจากสื่อต่าง ๆ ได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (Mishel & Braden, 1988 อ้างถึงใน จุฑามาศ วงศ์นันตา, 2547) อีกทั้งความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ มีความวิตกกังวล ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544) นอกจากนี้จากการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2547) ที่ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็นรายบุคคลและใช้การสนทนากลุ่มข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากบุคคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ เช่น ไม่ได้รับคำอธิบายที่ชัดเจน ไม่เปิดโอกาสให้ถาม ใช้ภาษาที่ไม่สื่อความเข้าใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นห่วงในเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งอาจทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงอาจทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการสังเกตและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างชัดเจนและถูกต้องและในการสอนควรคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ หรือมีความวิตกกังวล ซึ่งถ้ามีความจำเป็นต้องสอนผู้ป่วย ในขณะที่ร่างกายยังไม่พร้อมนั้นจะต้องสอนให้แจ่มชัด เฉพาะเจาะจง ใช้เวลาสั้น ๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544) ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพราะการให้ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่กระจ่างจะทำให้บุคคลมีความเข้าใจและนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ (Hirani & Newman, 2005) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะต้องการความรู้ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติเพื่อสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสอนและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544)

2.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =2.97, S.D.=1.17) สามารถอธิบายได้ว่า การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีนั้นมีผลช่วยให้การระบายน้ำดีเป็นไปได้สะดวก ผู้ป่วยจึงรู้สึกสุขสบายจากอาการคัน ไข้ ภาวะตาและตัวเหลืองได้มากถึงร้อยละ 75-80 (ไพฑูรย์ จงจิตนันท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2538) ถึงแม้จะมีข้อจำกัดจากการมีสายระบายน้ำดีติดตัวตลอดเวลาแต่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2538; เกยูร พรมอ่อน, 2548) และเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลีย (กมล ไชยสิทธิ์, 2551; วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป.) ผู้ป่วยจึงต้องพักผ่อนและนอนหลับมากขึ้น (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ

เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล จึงทำให้มีความสนใจเอาใจใส่ที่จะดูแลตนเองจึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านนี้อยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุดซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากมี 2 ข้อ ได้แก่ การไม่ซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง ($\bar{x}$=3.95, S.D.=0.22) และการพักผ่อนมากขึ้นเมื่อมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ($\bar{x}$=3.60, S.D.=0.54) อาจเนื่องมาจากโรคมะเร็งมีผลทำให้อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ร่างกายจึงต้องใช้พลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2540; ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดีทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด เบื่ออาหาร จึงรับประทานอาหารได้น้อย (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ร่างกายยังไม่สามารถรับพลังงานจากอาหารไขมันได้ตามปกติ (กมล ไชยสิทธิ์, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ผู้ป่วยจึงต้องพักผ่อนและนอนหลับมากขึ้น (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2547) ที่ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนพักเวลากลางคืนวันละ 8-10 ชั่วโมงและนอนพักในเวลากลางวันอีก 2 ชั่วโมงเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลียและมีความเชื่อว่าการพักผ่อนมาก ๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ดังนั้นจึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยไม่เคยซื้อยานอนหลับมารับประทานเองและพักผ่อนมากขึ้นเมื่อมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่ายได้ดีมากที่สุดตามลำดับ

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนที่อยู่ในระดับพอใช้มี 4 ข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยของคะแนนมากไปหาน้อย ได้แก่ การดูแลไม่ทำให้สายระบายน้ำดีเกิดการดึงรั้งขณะออกกำลังกาย ($\bar{x}$=2.43, S.D.=1.31) การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ($\bar{x}$=2.24, S.D.=1.27) การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน ($\bar{x}$=2.19, S.D.=1.25) และการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย ($\bar{x}$=2.10, S.D.=1.21) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดีทำให้เซลล์ตับไม่สามารถหลั่งน้ำดีออกมาสู่ระบบทางเดินอาหารได้ตามปกติจึงส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมไขมันลดลง ร่างกายจึงขาดสารอาหารประเภทไขมันซึ่งเป็นแหล่งพลังงานสำคัญ และการมีไขมันตกค้างในระบบทางเดินอาหารซึ่งจะถูกย่อยสลายโดยแบคทีเรียในลำไส้ทำให้เกิดก๊าซมากกว่าปกติ ผู้ป่วยจึงมีอาการท้องอืด (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป.) อีกทั้งโรคมะเร็งมีผลทำให้เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อัตราการเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง ในขณะที่ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นประกอบกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี ถ้าการอุดตันยังคงดำเนินต่อไปจะทำให้ตับแข็งและตับวายในที่สุดซึ่งผู้ป่วยตับวายจะมีการทำลายของเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือด

แดงที่ม้ามเพิ่มขึ้น เนื่องจากระดับคลอเลสเตอรอลและฟอสโฟไลปิดมีปริมาณสูงขึ้น ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ คือมีขนาดใหญ่ขึ้นและมีอายุสั้นกว่าปกติ ความสามารถในการขนส่งออกซิเจนลดลง (ชูชาติ อารีย์จิตรานุสรณ์, 2526) อีกทั้งก้อนมะเร็งที่ลุกลามในช่องท้องทั้งทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลมลดลง ประกอบกับตับสร้างอัลบูมินลดลงการดึงน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือดน้อยลงส่งผลให้มีน้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ในช่องท้องมากขึ้นและสามารถซึมผ่านกระบังลมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การแลกเปลี่ยนออกซิเจนจึงลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อยง่ายและหายใจลำบาก (บัญชา โอวาทพารพร, 2532) จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายได้ แล้วอาจเนื่องมาจากพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.19 ปี ($\bar{x}$=58.19, S.D.=9.27) ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะมีลักษณะของความเสื่อมถอย การเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียและเหนื่อยล้าเร็ว กระดูกเปราะบางและหักได้ง่าย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่คล่องตัวในการออกกำลังกาย ประกอบกับการมีสายระบายน้ำดีติดตัวอยู่ตลอดเวลาอาจทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ไม่สะดวก จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อดังกล่าวอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วันทา (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x}$=1.62, S.D.=1.19) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนี โชติมงคล และคณะ (2542) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 87 รายพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.20 ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย เช่น การมีรูปแบบการบริหารร่างกายที่นำมาประยุกต์เพื่อมิให้เป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยซึ่งมีสายระบายน้ำดีติดตัวตลอดเวลา การให้คำแนะนำวิธีดูแลสายระบายน้ำดีขณะออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะต้องการความรู้ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติเพื่อสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น โดยอาจมีการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยเพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ที่ปกติและการฟื้นฟูสภาพ

2.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.11, S.D.=1.15) อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นครอบครัวขยายและส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการเป็นผู้ฟังที่ดี คอยให้ความอบอุ่น ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยสามารถปรับทุกข์หรือระบายความไม่สบาย

ใจซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความเครียด ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2528; Gottlieb, 1981; Cormack, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมศรี สรสิทธิ์ (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การเผชิญปัญหาด้านขวัญกำลังใจอยู่ในระดับสูง เนื่องจากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและมีความเชื่อมั่นในการรักษาของทีมสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ Fridfinnsdottir (1997) ที่ได้ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมของสตรีชาวไอซ์แลนด์ระหว่างการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ครอบครัวและเพื่อนสนิทของสตรีชาวไอซ์แลนด์ที่อยู่ระหว่างการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้การเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้นเพราะมีความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน อีกทั้งจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) จึงได้นำหลักคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในการทำจิตใจให้สงบเมื่อเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดโดยการสวดมนต์ไหว้พระ การอ่านหนังสือธรรมะซึ่งเป็นที่พึ่งทางใจอีกทางหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดที่มีอยู่ลงได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2544) นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 92.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังผ่าตัด เพศชายสามารถปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาระหว่างกันและด้านบทบาทหน้าที่ ได้ดีกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร ขลุ่ยนาค (2540) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศรีษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า เพศชายปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สายลม ภาณุมาศมณฑล (2534) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวพบว่า เพศชายปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิงเช่นกัน

เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การไม่ซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเองเมื่อมีอาการเครียด ($\bar{x}$ =3.86, S.D.=0.65) การยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ($\bar{x}$ =3.79, S.D.=0.56) และเมื่อเกิดความท้อแท้หมดหวังพยายามให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ ($\bar{x}$ =3.71, S.D.=0.64) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวและคู่สมรสจึงส่งผลให้มีการปรับตัวและสามารถเผชิญความเครียดในภาวะเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับอย่างเหมาะสม (เฉลิมศรี สรสิทธิ์, 2548; นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544; Cohen & Wills, 1985 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2544) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลและคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยาจึงทำให้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการไม่ซื้อยาคลายเครียดมารับประทานเองได้เหมาะสมมากที่สุด ถึงแม้ว่าคนส่วนใหญ่จะมีความเชื่อว่าการเป็นโรคมะเร็ง หมายถึง ความเจ็บปวด ความสูญเสีย ความพิการ ความน่ารังเกียจ ความว้าเหว่ ความพลัดพรากและเป็นภาระแก่ผู้อื่น (ธีระ รามสูตร, 2531) แต่เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.90 มีสถานภาพสมรสคู่จึงได้รับความช่วยเหลือและได้รับกำลังใจจากคู่สมรส ซึ่งการได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากคู่สมรสนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ยอมรับผลกระทบที่มีต่อตนเอง มีความมั่นคงในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้รู้จักคิดแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (Coyne & Delongis, 1986 อ้างถึงใน ศิริพร แก้วกุลพัฒน์, 2541) สอดคล้องกับ สมจิต หนุเจริญกุล (2544) ที่กล่าวว่าเมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากย่อมรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเลวร้ายน้อยกว่าบุคคลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับและพยายามให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอเป็นลำดับรองลงมา

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดที่อยู่ในระดับพอใช้มี 2 ข้อ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมหรือพบปะกับบุคคลอื่นตามปกติ ($\bar{x}$=2.21, S.D.=1.12) และการหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน ($\bar{x}$=1.86, S.D.=1.07) ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนี้ได้เพียงร้อยละ 16.70 และร้อยละ 11.90 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ป่วยมีสายระบายน้ำดีติดตัวอยู่ตลอดเวลาและจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการคั่งและสะสมของบิริลูบินในกระแสเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆ ผู้ป่วยจึงมีอาการตาและตัวเหลือง (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป.; ชฎาพร คงเพ็ชร์, 2550) อีกทั้งผลกระทบจากโรคมะเร็งและจากการที่ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลงซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทำให้น้ำหนักลด มีรูปร่างซูบผอม ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยตามมา (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543; ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2540; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) นอกจากนี้จากการที่พยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อย อ่อนเพลีย (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ,2547; นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544; Gholson & Bacon, 1993; Gitnick, 1992) ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือพบปะกับบุคคลอื่นตามปกติ รวมไปถึงการไม่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ได้มีโอกาสพบปะกับบุคคลอื่นตามปกตินอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวแล้ว การได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกันซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลที่มีปัญหาคล้ายกันได้มีโอกาสมารับรู้ปัญหาของผู้ป่วยคนอื่น มีการให้และรับการช่วยเหลือจึงอาจเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2546) ที่ได้ใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาเป็นรูปแบบในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุโยรี (2539) ที่พบว่าการพบปะเพื่อนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Lovejoy et al. (1991) ที่พบว่าการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมชมรมที่มีผู้ติดเชื้อเหมือนกันหรือได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับคนที่มีความรู้สึกเช่นเดียวกันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความพร้อม กระตือรือร้น สนใจและเกิดความมั่นใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกันได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลตนเอง โดยในการสอนหรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยนั้นควรคำนึงและตระหนักถึงความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544)

2.2.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ *PTBD*

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.32, S.D.=1.12) อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสายระบายน้ำดีก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยทราบว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับสามารถลดอาการไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานจากการอุดตันซ้ำของทางเดินน้ำดีซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภายหลังการใส่สายระบายน้ำดี ถึงแม้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นเพียงการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาอาการไม่สุขสบายเท่านั้นแต่ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้นจากอาการคัน ตาและตัวเหลือง อาการท้องอืด ปวดแน่นท้อง ผู้ป่วยจึงสามารถพักผ่อนและดำเนินชีวิตได้ตามสภาพของร่างกายในระดับหนึ่ง จากความสุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับจึงช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ต่ออาการทางด้านร่างกายมากกว่าระยะของโรคที่เป็นจริง (Linn et al., 1993) นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.90 และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย โดยมีสมาชิกอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 5-6 คนมากที่สุดร้อยละ 45.20 ผู้ป่วยจึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่และได้รับกำลังใจจากคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการดูแลสายระบายน้ำดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531) ที่พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเองและสอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทยโชคกิติคุณ (2534) ที่ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา ฮุนตระกูล (2535) ที่พบว่า

ปัจจัยสำคัญที่สุดในกระบวนการเผชิญปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ HIV คือ ครอบครัวโดยเฉพาะภรรยา สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2546) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจำนวน 130 รายได้ดีที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Huang (2007) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Orem (1995) ที่ว่า คู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD อยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามกำหนดนัดทุกครั้ง ($\bar{x}$ =4.00, S.D.=0.00) การระมัดระวังไม่ทำให้ผิวหนังบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดีถูกน้ำ ($\bar{x}$ =3.90, S.D.=0.30) และการระมัดระวังไม่ทำให้สายระบายน้ำดี หัก พับ งอ หรือเกิดการดึงรั้งเมื่อมีกิจกรรมต่าง ๆ ($\bar{x}$ =3.81, S.D.=0.45) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำได้มากถึงร้อยละ 100, 90.50 และ 83.30 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายและมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.90) ผู้ป่วยจึงได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งจากคู่สมรสในการพามาพบแพทย์ตามกำหนดนัดทุกครั้งตลอดจนการดูแลสายระบายน้ำดีในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ฟองเพชร (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านจิตใจและเศรษฐกิจจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มารับบริการอย่างสม่ำเสมอและสนใจที่จะรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ กายโรจน์ (2543) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความเชื่อว่าการรักษาของแพทย์จะทำให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น ช่วยควบคุมอาการต่าง ๆ ของโรคได้และการมาตรวจตามนัดยังทำให้สามารถติดตามผลของการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับ Backeland & lumdevell (อ้างถึงใน อารีย์ เธียรประมุข, 2534) ที่กล่าวว่า อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่ เพื่อนบ้าน ครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสายระบายน้ำดีก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 100) อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งท่อ

น้ำดีประเมินว่าโรคนี้มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต การปฏิบัติตามการรักษาสามารถลดอาการไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานจากอาการคันและอาการแน่นท้องเมื่อเปรียบเทียบอุปสรรคจากการปฏิบัติตนกับประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นจากความทุกข์ทรมานต่าง ๆ (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544) จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ที่อยู่ในระดับพอใช้มี 2 ข้อ ได้แก่ การไปล้างสายระบายน้ำดีที่สถานพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น แพทย์ พยาบาลหรือจากคู่มือและข่าวสาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำได้เพียงร้อยละ 14.30 และร้อยละ 11.90 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากหัตถการการทำ PTBD สามารถทำได้ในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่โดยเฉพาะการใส่สายหรือเปลี่ยนสายจะต้องทำโดยรังสีแพทย์หรือศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญเท่านั้นซึ่งปัจจุบันรังสีแพทย์ที่มีความชำนาญในการทำ PTBD และเปลี่ยนสายระบายน้ำดียังมีกระจายอยู่ในจังหวัดต่าง ๆน้อย (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า สถานพยาบาลใกล้บ้านจะทำแผลให้เท่านั้น หากเป็นการล้างสายระบายน้ำดีผู้ป่วยจะเดินทางมาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าหากน้ำดียังไหลดี ส่วนใหญ่ก็จะไม่ไปล้างสายแม้จะครบกำหนดเวลาในการล้างสาย PTBD แล้วก็ตามแต่หากสังเกตว่าน้ำดีเริ่มมีตะกอนมากและไหลน้อยลงจากปกติก็จะเดินทางมาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อทำการล้างสายระบายน้ำดี และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.70 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000-50,000 บาทเพียงร้อยละ 35.60 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรในภาคอีสาน คือน้อยกว่า 3,500 บาทต่อเดือน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2552) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับเพื่อล้างแผลและล้างสายระบายน้ำดีต่ำกว่า 1,000 บาทต่อครั้งร้อยละ 78.60 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาล้างสายระบายน้ำดีตามกำหนดนัดได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจึงควรตระหนักเห็นความสำคัญและหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบสุขภาพโดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงซึ่งสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับ จากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น แพทย์ พยาบาลหรือจากคู่มือและข่าวสาร อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.60 ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่

กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้มากขึ้น มีความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย กล้าซักถามเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพเพื่อให้มีความเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนและแผนการรักษา มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นในขณะผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่าจะมีข้อจำกัดในการรับรู้และการแสวงหาความรู้ อีกทั้งโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งมีลักษณะของโรคที่คุกคามรุนแรงและปัจจุบันการรักษายังไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะท้าย ๆ ของโรคแล้ว (เฉลิมศรี สรสิทธิ์, 2548) อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544) ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะทำให้มีอุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองน้อยลง (Orem, 1995) จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับได้ พยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและตระหนักเห็นความสำคัญในการแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วยและเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 1995)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่ายังมีประเด็นปัญหาที่บุคคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรส่งเสริม สนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยรวมไปถึงครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นในภาวะเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องตลอดจนช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บและการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความผาสุกตามอัตภาพของผู้ป่วยต่อไป