

# ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เรณู พุกบุญมี\*

ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้หญิงพบมากขึ้นตามอายุ และการที่ผู้หญิงมีอายุยืนกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า แต่ภายใต้สังคม-วัฒนธรรมที่ผู้หญิงเป็นผู้ดูแลสุขภาพคนในครอบครัว เมื่อตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก็กลับไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

## 1. บทนำ

แม้สถานการณ์สุขภาพของผู้หญิงในบางด้าน เช่น ความยืนยาวของอายุเฉลี่ยสตรี และอัตราการตายของมารดาและทารกมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ในด้านแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้หญิง มีการเปลี่ยนแปลงไปจากวงจรของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในสังคมเกษตร เข้าสู่สังคมอุตสาหกรรมใหม่ โดยที่กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อมีส่วนสำคัญเพิ่มขึ้น 2 กลุ่มย่อยคือ 1) กลุ่มที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ และ 2) กลุ่มที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจพิการ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และกลุ่มโรคปวดข้อปวดเมื่อย ซึ่งนอกจากกำลังจะกลายมาเป็นปัญหาสุขภาพของผู้หญิงที่พบมากขึ้นเป็นลำดับแล้ว ยังล้วนแต่เป็นโรคที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายด้วย (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 36, 41; ศิริอร สันธุ 1992 อ้างใน สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ 2538: 38; Verbrugge 1982: 51)

และภายใต้สังคมและสภาพแวดล้อมปัจจุบันยังทำให้ผู้หญิงมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องออกจากครอบครัวเข้าสู่ระบบการทำงานในโรงงาน

อุตสาหกรรม ทำให้ต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น มะเร็ง หัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นและโดยที่ปัญหาสาธารณสุขพื้นฐานเดิมดังเช่น โรคติดเชื้อยังไม่ได้รับการแก้ไข แต่โรคไม่ติดเชื้อมีส่วนสำคัญเพิ่มขึ้นกำลังตามมาซ้ำเติมต่อปัญหาสุขภาพของผู้หญิงให้เพิ่มขึ้น

แม้ว่าปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้นจะเป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในหญิงและชาย แต่ความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้หญิง จะเป็นผลกับสังคมและตัวผู้หญิงเองแตกต่างไปจากปัญหาที่พบในผู้ชาย กล่าวคือ ผู้หญิงเป็นทั้งผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวและในสังคมเป็นส่วนใหญ่ เมื่อผู้ดูแลเกิดเจ็บป่วยขึ้นอาจทำให้เกิดปัญหาในการดูแลในครอบครัวและในสังคมดังกล่าวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในการพัฒนาบุคคลรุ่นต่อไปด้วย อีกทั้งเมื่อผู้หญิงเจ็บป่วยยังขาดการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม บทความนี้จะได้กล่าวถึงปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้หญิง ผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนเหตุแห่งผลกระทบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโลกปัจจุบันกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้หญิง รวมทั้งจะนำไปสู่แนวคิดเพื่อการแก้ปัญหาผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมไทย

\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## 2. ความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบมาในผู้หญิง ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง ซึ่งมีสาเหตุที่มา, สิ่งส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วย, ลักษณะของความเจ็บป่วย และผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยที่อาจแตกต่างจากผู้ชายหลายประการ และเป็นที่มาของความต้องการทางด้านสุขภาพและบริการที่แตกต่างกันไปด้วย

### 2.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด

ในผู้หญิงพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก ผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัยนั้นต้องการบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันไป มีรายละเอียดดังนี้

**โรคเส้นหัวใจพิการ** จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่าเด็กนักเรียนเป็นโรคนี้กันมากถึง 1.2-2.1 ต่อ 1,000 คน ในขณะที่พบได้น้อยมากในเขตประเทศที่พัฒนาแล้ว (มันัส ปะนะมณฑา และค่านวร เทียนศิริ 2532) นอกจากนี้ยังมักพบในกลุ่มผู้หญิงที่ยากจนและด้อยโอกาสทางการศึกษา ทั้งนี้เนื่องมาจากความด้อยโอกาสทางการศึกษาและความยากจนทำให้ผู้หญิงขาดความรู้และการพัฒนาศักยภาพที่จะป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคได้ (Siriorn Sindhur 1992) นอกจากนี้ความยากจนยังทำให้ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคไม่สามารถแสวงหาบริการสุขภาพและความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้ ตัวอย่างของปัญหาที่รู้จักกันดีคือ ไข้รูห์มาติกเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 50-60 มีอาการอักเสบของหัวใจ และนำไปสู่การเป็นโรคหัวใจรูห์มาติกได้ (อภิชาติ สุคนทรสรรพ 2531: 7) และทำให้เกิดแผลหรือพังผืดที่ทำให้ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิทหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

**โรคหลอดเลือดหัวใจ** พบว่าหญิงสูงอายุมักมีโอกาสเป็นมากกว่าในวัยอื่น และในผู้หญิงที่ประจำเดือนหมดเร็ว (Early Menopause) เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นี้มากกว่าผู้หญิงที่มีภาวะหมดประจำเดือนปกติหรือล่าช้า (Black & Matassarín-Jacobs 1993: 1140) ทั้งนี้เชื่อกันว่า

เกี่ยวข้องกับคอรีโมโนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นคอรีโมโนเพศที่ช่วยลดไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low-Density Lipoprotein, LDL) และช่วยเพิ่มไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (High-Density Lipoprotein, HDL) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และทำให้ผู้หญิงที่มีคอรีโมโนเอสโตรเจนอยู่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ธีระ ทองสง 2536: 21; Black & Matassarín-Jacobs 1993: 1140) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดหัวใจยังมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนเรา แต่เดิมผู้หญิงเป็นโรคนี้กันน้อยกว่าชาย เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป วิถีชีวิตของผู้หญิงถูกทำให้เปลี่ยนไปด้วย โดยผู้หญิงต้องรับผิดชอบทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน เพื่อช่วยเหลือเศรษฐกิจของครอบครัว ลักษณะที่เปลี่ยนไปนี้ทำให้วิถีชีวิตผู้หญิงไม่แตกต่างจากผู้ชายมากนัก มีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากงานที่เพิ่มขึ้น หรือการสัมผัสกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ มีการศึกษาพบว่าการทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้านมีผลต่อสุขภาพผู้หญิง โดยผู้หญิงที่มีความรับผิดชอบในครอบครัวมาก มีโอกาสเกิดความเครียดและมีภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจสูงกว่าผู้หญิงกลุ่มที่มีความรับผิดชอบในครอบครัวน้อย (Haynes & Feinleib 1980 cited in Siriorn Sindhur 1992) พฤติกรรมสูบบุหรี่ที่พบมากขึ้นในวัยรุ่นผู้หญิง ตลอดจนการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนเอกสารของคณะผู้เชี่ยวชาญพบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงานให้ได้ 2,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ จะลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายในยามว่างที่ผู้เลือกเองพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิด และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการศึกษาพบว่าหากแบ่งระดับของการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายน้อยมีอัตราการเกิดและเสียชีวิตจากโรคนี้นี้สูงกว่ากลุ่มอื่นโดยเฉลี่ยร้อยละ 20

หลังการปรับค่าตัวแปรอื่นๆ แล้ว (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 75) ผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายไม่ว่าจะจากภาวะความรับผิดชอบในงานที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสังคมไทยแต่เดิมไม่มีวัฒนธรรมที่สนับสนุนการออกกำลังกายของผู้หญิง เมื่อประกอบกับวิถีชีวิตในพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป และปัญหาความเครียดในการดำรงชีวิต ก็อาจทำให้ผู้หญิงไทยมีความเสี่ยงต่อโรคนี้สูงขึ้น แม้ว่าผู้หญิงจะมีความเสี่ยงทางด้านชีวภาพที่ต่ำกว่าเนื่องจากผู้หญิงมีฮอร์โมน เอสโตรเจนดังกล่าวมาแล้วนั้น แต่ในปัจจุบันก็เริ่มพบแล้วว่าผู้หญิงเป็นโรคนี้มากขึ้น (Black & Matassarini-Jacobs 1993: 1140)

และเมื่อพิจารณาถึงวิถีชีวิตครอบครัวไทยแต่เดิมจะพบว่าผู้หญิงเป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย เมื่อสูงวัยผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแลสามีโดยมีบุตรหลานเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแล เนื่องจากผู้หญิงมักมีคู่สมรสที่มีอายุมากกว่า แต่เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะครอบครัวไทยกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ในขณะที่ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย และมีอัตราการเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น ก็อาจอยู่ในสถานการณ์ของหญิงหม้ายที่มีโรคเรื้อรังและต้องดูแลตัวเองอยู่อย่างโดดเดี่ยว (Siriorn Sindhu 1992) และในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ชายเมื่อเทียบตามสัดส่วน (Loop, Golding & McMillan 1983) ทั้งนี้เนื่องจากความคาดไม่ถึงว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคดังกล่าว นอกจากนั้นบทบาททางสังคมของผู้หญิงที่เปลี่ยนไปก็อาจไม่ได้รับการนำมาวิเคราะห์

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสาธารณสุขไทย มีผู้เรียกโรคความดันโลหิตสูงว่า “เพชรฆาตเงียบ” เพราะส่วนมากผู้ที่ เป็นจะยังไม่ปรากฏอาการจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจหรือหลอดเลือดแดงเกิดขึ้น หรือทราบต่อเมื่อมาตรวจสุขภาพด้วยสาเหตุของโรคอื่น อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2531-2536 โดยในปีพ.ศ. 2536 มีผู้เสียชีวิต 5.1 ต่อประชากร

แสนคน อัตราการตายเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 30-33) โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ กับความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งในกรณีหลังพบมากถึงร้อยละ 90-95 ของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Black & Matassarini-Jacobs 1993: 1267) ซึ่งความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุมักเกิดร่วมกับระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง โดยพบว่า ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคด้วย (Beare & Myers 1994: 726) สำหรับความดันโลหิตสูงที่พบในผู้หญิงมักจะเป็นชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ และพบโรคนี้มากเมื่อผู้หญิงมีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งเหตุผลของการเกิดโรคนี้อาจไม่ใช่ที่ประจักษ์ (Black & Matassarini-Jacobs 1993: 1269) แต่สังคมที่เปลี่ยนแปลงและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปพบว่าผู้หญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากการทำงาน จากฐานะทางเศรษฐกิจและปัจจัยต่างๆ ในครอบครัว และจากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจสู่ระบบทุนนิยมทำให้มีการแพร่ขยายอุตสาหกรรมอาหารและการกระตุ้นการบริโภคในรูปแบบต่างๆ โดยขาดการควบคุมให้ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เป็นผลให้มีการเข้าถึงแหล่งอาหารง่ายและสะดวกขึ้น เอื้ออำนวยให้เกิดบริโภคนิสัยของการกินเกิน กินจุกจิก ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งจะทำให้เพิ่มจำนวนของไขมันภายในช่องท้อง (intra-abdominal fat) และเป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (Black & Matassarini-Jacobs 1993: 1269)

## 2.2 โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2531-2536 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า และในปีพ.ศ. 2536 มีอัตราผู้เข้ารับการรักษาถึง 69.9 ต่อประชากรแสนคน โดยความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ อายุระหว่าง 30-

## ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

60 ปี พบร้อยละ 4-7 และพบสูงถึงร้อยละ 10-15 ในประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และเมื่อผู้หญิงเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า และผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานยังเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเร็ว เป็นเหตุให้อัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับระหว่างปีพ.ศ. 2528-2535 โดยในปีพ.ศ. 2535 มีการตายประมาณ 3,583 คน หรือตายวันละ 9.82 คน (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 35-36)

สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานของผู้หญิงก็เนื่องมาจากช่วงวัยที่ป่วยนั้นอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่กำลังทำงาน ก่อสร้างฐานะ เลี้ยงดูบุตร จากบทบาทและภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคนี้นี้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะสนใจดูแลตนเอง ในขณะที่ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคนี้นี้ต้องการเวลาดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมักพบโรคนี้นี้ในผู้หญิงที่มีฐานะยากจน และด้อยการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงเป็นกลุ่มที่มีความยากจนกว่าอยู่แล้ว ซึ่งจะสอดคล้องกับการที่ผู้หญิงมีการศึกษาน้อยด้วย ทำให้โอกาสในการพัฒนาศักยภาพที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้น้อยกว่า และการพัฒนาทักษะในการทำงานก็ด้อยกว่าด้วยเป็นผลให้แรงงานผู้หญิงได้รับค่าตอบแทนน้อย ความยากจนจึงทำให้ผู้หญิงต้องให้เวลากับการทำมาหากินเพื่อฐานะของครอบครัวมากกว่าที่จะสนใจสุขภาพของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองด้วยการควบคุมอาหารที่ไม่สามารถปรุงอาหารแยกจากคนอื่นในครอบครัวได้ ทั้งเวลาที่ต้องให้กับงานเพื่อฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวและเวลาในการพักผ่อนก็มักไม่เพียงพอ ตลอดจนขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวาน ช่วยดีขึ้นทั้งหน้าที่ของระบบหัวใจ หลอดเลือด และระบบการหายใจ ลดความกังวล เพิ่มสมรรถภาพในการทำหน้าที่ และช่วยให้ดุลของการสันดาปพลังงานในร่างกายของภาวะโรคเบาหวานดีขึ้น (Vranic & Berger 1979; Wing

1989) เมื่อผู้หญิงขาดการออกกำลังกายจึงทำให้ผู้หญิงที่เป็นโรคไม่สามารถควบคุมโรคได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนในที่สุด

### 2.3 มะเร็ง

เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราการตายด้วย มะเร็งจะสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเองอัตราการเกิดโรคมะเร็งก็เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับด้วย องค์การอนามัยโลกได้ประมาณอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของปัจจุบัน รายงานสถิติสาธารณสุขของส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข อัตราตายด้วยมะเร็งทุกชนิดสูงขึ้นตลอดมานับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2510 โดยในปีพ.ศ. 2536 มีการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดเท่ากับ 45.0 ต่อแสนคน หรือตายวันละ 71.6 คน หรือชั่วโมงละ 2.98 คน ในปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคต้องรับผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปีพ.ศ. 2536 มีผู้ป่วยถึง 67,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตามลำดับ โดยมะเร็งที่ผู้หญิงเป็นมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ (คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2538: 27) มีรายละเอียดดังนี้

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้หญิงกลุ่มอายุ 40-44 ปี ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งได้แก่ *กรรมพันธุ์* โดยพบว่าผู้ที่มีมารดาเป็นมะเร็งของเต้านมมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนธรรมดา 2 เท่า (Beare & Myers 1994: 2015) *ยาคุมกำเนิด* ที่ประกอบด้วยเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสติน (progestin) ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในเต้านม ปัจจุบันเชื่อว่าฮอร์โมนมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งของเต้านม โดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้นผู้หญิงที่อายุ 50 ปี และประจำเดือนยังไม่หมดหรือมีการหมดประจำเดือนล่าช้ากว่ากลุ่มผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนโดยทั่วไป ทำให้มีเอสโตรเจนสูงและมีโอกาส

เกิดมะเร็งเต้านมได้ง่าย (Ames & Kneisl 1988: 1143; Beare & Myers 1994: 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า *ภาวะในวัยเจริญพันธุ์บางประการ* ได้แก่ ผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว ผู้ที่แต่งงานแล้วยังไม่มีบุตรมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีบุตร (Ames & Kneisl 1988: 1143)

**มะเร็งปากมดลูก** โดยทั่วไปพบว่าผู้หญิงที่มี *การศึกษาต่ำ ฐานะยากจน* มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้หญิงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า (Hawkins & Higgins 1981: 520) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจที่จะป้องกันตนเองจากโรคนี *การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์* พบว่าอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงในผู้หญิงที่แต่งงานตั้งแต่อายุน้อย (ต่ำกว่า 17 ปี) หรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีคู่นอนหลายคนจะเสี่ยงมากขึ้นกว่าผู้ที่มีคู่นอนคนเดียว กลุ่มที่มีความถี่ของการร่วมเพศสูง จำนวนการตั้งครรภ์มาก หรือการมีบุตรมากจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนีมากขึ้น (Martin 1978: 305) นอกจากนี้ *ลักษณะของสามีหรือคู่นอน* มักพบว่าการขลิบอวัยวะเพศชายจะช่วยลดการเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก ผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาติภรรยาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และ protamine ซึ่งเป็นโปรตีนที่อสุจิมีผลต่อ DNA ของเซลล์ปากมดลูก คือ ทำให้มีการเจริญผิดปกติได้ง่าย ซึ่งจะมีปริมาณสูงในผู้ชายที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ ผู้หญิงที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป (Hawkins & Higgins 1981: 520)

มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุทั้งที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงเอง และพฤติกรรมเสี่ยงของสามีหรือคู่นอนด้วย ในสังคมไทยผู้ชายถูกคาดหวังให้เป็นฝ่ายแสดงความต้องการและผู้หญิงเป็นฝ่ายตอบรับ โดยในหลายกรณี เช่น สามีภรรยา ผู้หญิงไม่สามารถต่อรองในเรื่องการป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ และ/หรือมีโอกาสที่จะปฏิเสธการมีเพศ

สัมพันธ์ได้ยาก ดังนั้นการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์หรือปัญหาการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยการใช้ถุงยางอนามัยจึงอาจไม่ได้ผล เนื่องจากทัศนคติของผู้ชายหลายกลุ่มต่อการใช้ถุงยางอนามัยเป็นไปในทางลบ และผู้หญิงส่วนใหญ่ถูกสอนให้ไว้วางใจในคู่สมรส และไม่เฝ้าฝาดูถึงเรื่องใดๆ ที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การเสนอให้ใช้ถุงยางอนามัยโดยผู้หญิงจึงอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร เพราะผู้หญิงอาจกลัวผู้ชายไม่พอใจ หรือกลัวความเข้าใจผิดในการแนะนำคู่นอนให้ใช้ถุงยางอนามัย ดังนั้นด้วยความคิดความเชื่อเหล่านี้ยังคงอยู่ การป้องกันปัญหา มะเร็งปากมดลูก และโรคอื่นๆ ที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก็จะเป็นไปได้ยาก (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย 2538:25)

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมล้วนส่งผลกระทบต่อความเป็นหญิง เพราะทั้ง 2 ส่วนของร่างกายที่เกิดโรคเป็นส่วนที่แสดงสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิง ดังนั้นทั้งที่มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งอื่นๆ สามารถรักษาให้หายได้หากพบในระยะสั้นๆ แต่ที่ผ่านมาพบว่าหญิงที่เป็นโรครู้สึกด้อยค่าในตนเองและรู้สึกหมดหวัง แม้ว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานก็ตาม (Dennerstein et al. 1977: 667; Martin 1978: 305) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปลุกฝังความคิดทางสังคม วัฒนธรรม ในเรื่องคุณค่าของความเป็นหญิง ประกอบกับผู้ให้บริการสุขภาพยังไม่ได้จัดบริการที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาผู้หญิงกลุ่มนี้ได้เหมาะสม

ในปัจจุบันพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีส่วนได้รับข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการดูแลรักษา และการป้องกันมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ประเทศแถบตะวันตกกำลังให้ความสนใจ และประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารทุกด้านจากภายนอกประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานว่าพบมะเร็งเต้านมมากในผู้หญิงที่มีฐานะยากจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงเหล่านี้ต้องรับประทานอาหารที่มีราคาถูกและเป็นอาหารปรุง

## ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

สำเร็จรูป ซึ่งจะเป็นอาหารที่มีสัดส่วนของไขมันมาก และอาหารไขมันเป็นอาหารที่มีการวิจัยพบว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม (Ames & Kneisl 1988: 1143; Beare & Myers 1994: 2015) ส่วนโรคมะเร็งปากมดลูกแม้จะมีการรักษาที่ได้ผล แต่ทางด้านข้อมูลพบว่าไม่แพร่หลายเท่ามะเร็งเต้านม นอกจากนี้จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมปัจจุบันยังพบว่า ผู้หญิงมีพฤติกรรมกินเหล้าและสูบบุหรี่มากขึ้น แนวโน้มของมะเร็งที่เกิดในผู้หญิงจึงเริ่มมีมะเร็งตับ มะเร็งปอดมากขึ้นด้วย

### 3. ลักษณะบางประการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้หญิง

ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นจะพบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ อันเกี่ยวกับสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน พอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

#### 3.1 การรับส่งและการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย

ประเทศไทยเริ่มมีการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเมื่อไม่นานมานี้ โดยได้มีการรับรู้ข่าวสารข้อมูลจากประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นระยะๆ ลักษณะข้อมูลแบบผ่านให้ดังกล่าวทำให้โรคเรื้อรังที่ได้รับความสนใจกันมากในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ กลายมาเป็นประเด็นโรคเรื้อรังที่คนไทยให้ความสนใจด้วย ผลจากการวิจัยที่ทำกันอย่างกว้างขวางทั้งต่างประเทศ และที่ประเทศไทยดำเนินการตามนั้นทำให้ได้ข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัจจัยทางด้านแบบแผนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รัฐบาลจึงได้มีนโยบายรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีการให้ข้อมูล ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Stamler 1993: 7.25-7.28) และนอกจากนี้ยังมีการวิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การ

รักษาด้วยยาต่างๆ การใช้เทคโนโลยีในการรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลจากการได้รับความสนใจดังกล่าวทำให้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2513 เป็นต้นมา อัตราการตายของโรคหลอดเลือดลดลงถึงร้อยละ 25 โดยลดลงร้อยละ 2 ต่อปี (Benz 1986: 219) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสามารถเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพมากกว่า ในขณะที่โรคหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ดังเช่น โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเส้นหัวใจพิการ โรคเบาหวาน และมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นโรคที่พบมากในผู้หญิงไทยไม่ว่าจะเป็นอัตราป่วยหรืออัตราตายที่เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี แต่เป็นโรคที่ไม่ค่อยพบในประเทศที่พัฒนาแล้ว ข้อมูลที่มีอยู่ภายในประเทศอาจไม่สมบูรณ์ทำให้ขาดความเข้าใจในส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของประเทศ ส่งผลให้ความสนใจในการจัดการกับโรคต่างๆ ดังกล่าวนี้น้อยกว่าโรคที่เป็นร่วมกันทั้งในและต่างประเทศ

#### 3.2 ความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้หญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการความรับผิดชอบในการดูแลตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยมากกว่าที่จะเป็นการรักษา (Cure) ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะทำให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ แต่การรักษาจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ดังนั้นความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้หญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังจึงขึ้นอยู่กับความรอบรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ และความรอบรู้ในการดูแลตนเองของผู้ที่เจ็บป่วย

ความรอบรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของผู้หญิง ซึ่งอยู่ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกอีกต่อหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพนอกจากจะต้องมีความรู้ทางสาเหตุและชีวภาพของปัญหาความเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องมีความเข้าใจในวิถีของโลกและสังคมอีกด้วย ถ้าผู้ให้บริการสุขภาพมุ่งให้บริการ

เฉพาะด้านสภาพภาพของโรค ก็อาจทำให้ผลการดูแลรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้หญิงมีภาวะรับผิดชอบภายในบ้านเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันผู้หญิงถูกผลักให้ออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น โดยยังต้องรับภาระภายในบ้านเช่นเดิมด้วย ทำให้ผู้หญิงขาดการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดโรคได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลมากขึ้นกลับไม่ได้รับการดูแล ยังคงต้องรับภาระในชีวิตประจำวันต่อไป ทำให้โรคเรื้อรังดังกล่าวไม่หายขาด และอาจเลวร้ายลงจนถึงขั้นพิการ ออกจากงาน และสูญเสียชีวิตในที่สุด เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนผู้เขียนจะขอแนะนำการวิเคราะห์งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลประกอบ กล่าวคือ ในปีพ.ศ. 2527 มีการวิจัยพบว่า ผู้หญิงทำผ่าตัดหัวใจกลับไปทำงานนอกบ้านน้อยกว่าผู้ชาย (Chirikos & Nickel 1984) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยชายกลับบ้านจะได้รับการพักผ่อน ออกกำลังกาย และปฏิบัติตามขั้นตอนการฟื้นฟูสุขภาพได้ค่อนข้างสมบูรณ์ โดยมีภรรยาหรือบุตรสาวเป็นผู้ดูแล ส่วนผู้ป่วยหญิงเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านก็จะเริ่มทำงานบ้านทันที ซึ่งงานบ้านส่วนใหญ่เป็นงานที่มีลักษณะของการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เป็นผลเสียต่อร่างกาย (Boogard 1984) ดังนั้นสาเหตุที่หญิงหลังผ่าตัดโรคหัวใจไม่ได้กลับไปทำงานเพราะปัญหาการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดดังกล่าว และเมื่อกลับไปทำงานตามเดิมไม่ได้ก็จะมีปัญหาไม่ได้รับความเข้าใจและช่วยเหลือ อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจที่กระทบฐานะทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้หญิง และเมื่อผู้หญิงไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ดังเดิมก็จะยิ่งทำให้เกิดภาวะเครียดมากขึ้น (Meleis 1989) ดังนั้นหากการดูแลรักษาผู้หญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มุ่งรักษาที่พยาธิสภาพของโรคเพียงเพื่อบรรเทาอาการของโรคเท่านั้น ก็อาจทำให้การรักษานั้นไม่ได้ผล

ความรอบรู้ในการดูแลตนเองของผู้ที่เจ็บป่วย ความรอบรู้ในการดูแลตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเองต้องยอมรับว่าตนอยู่ในบทบาทที่เจ็บป่วยก่อนที่จะปรับบทบาทเพื่อร่วมมือในการดูแลรักษา โดยแผนการรักษาควรมีการสร้างการเข้าใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จากการศึกษาวิจัยในประเทศหลายงานพบว่า ผู้หญิงเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นนั้น มักเป็นผู้หญิงกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา และเศรษฐกิจฐานะยากจน (พรพิศ ชีวะ-คำนวน 2535; ประสบสุข ศรีแสนปาง 2535; Siriorn Sindhu 1992) บริการสุขภาพซึ่งเป็นบริการทางสังคมจำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือเพื่อให้ผู้หญิงกลุ่มนี้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น และพัฒนาทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

### 3.3 ขาดผู้ดูแลยามเมื่อผู้หญิงเจ็บป่วย

ผู้หญิงมักถูกสังคมกำหนดให้เป็นผู้ดูแล ให้การเลี้ยงดูและทะนุบำรุงสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะสังเกตได้จากวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น วิชาชีพพยาบาล บุคคลในวิชาชีพส่วนใหญ่ก็จะเป็นผู้หญิง การที่ผู้หญิงถูกปลูกฝังเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลนั้น เมื่อผู้ชายเจ็บป่วย ผู้หญิงในครอบครัวโดยเฉพาะภรรยาจะเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือในด้านการจัดหาอาหาร ยา เสื้อผ้า ตลอดจนทำกิจกรรมการรักษาย่างอย่างตามแผนการรักษา (Barstow 1973 อ้างใน Sexton and Munro 1990) แต่เมื่อผู้หญิงเจ็บป่วยเรื้อรัง สามียะให้การช่วยเหลือสนับสนุนได้เป็นบางด้าน โดยเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม อารมณ์ การยอมรับความคิด และการกระทำของผู้ป่วย แต่สามียะไม่สามารถสนับสนุนทางด้านความช่วยเหลือและการบริการแก่ผู้หญิงที่เจ็บป่วยได้ นอกจากนี้การที่ผู้หญิงอายุยืนกว่าผู้ชาย ทำให้เมื่อผู้หญิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งจะพบมากขึ้นเมื่ออายุ

## ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

มากขึ้นนั้น จะทำให้ผู้หญิงขาดคุณสมบัติที่จะอยู่เป็นเพื่อนคอยดูแล ดังนั้นจึงไม่ควรกำหนดว่าผู้ที่ดูแลคนเจ็บป่วยจะต้องเป็นผู้หญิงเท่านั้น แต่ควรปลูกฝังเลี้ยงดูให้คนในครอบครัวผลัดกันดูแลผู้ที่เจ็บป่วยได้ทุกคน

### 4. บทสรุป

โรคเรื้อรังต่างๆ มักจะพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ประกอบกับการที่ผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าชาย นอกจากนี้โรคเรื้อรังยังพบมากในกลุ่มผู้หญิงที่มีการศึกษาต่ำและยากจน ทำให้ขาดความรู้และโอกาสที่จะดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรคได้ และภายใต้สังคม-วัฒนธรรมปัจจุบันก็ไม่เอื้ออำนวยให้หญิงที่มีความเจ็บป่วยแล้วสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย แนวทางในการช่วยเหลือผู้หญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กระทำได้โดย 1) การเน้นการอบรมให้ทุกๆ คนสามารถดูแลผู้เจ็บป่วยได้ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นหน้าที่ของเพศหญิง หรือแบ่งแยกเพศอย่างชัดเจนดังที่ผ่านมา 2) ผู้ให้บริการจะต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งนอกจากจะตระหนักถึงในเรื่องชีวภาพของโรคแล้วยังต้องพิจารณาถึงเรื่องของสังคม-วัฒนธรรม ตลอดจนจนถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้เจ็บป่วย เพื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติที่สอดคล้องเหมาะสม และ 3) ควรเร่งสร้างงานวิจัย โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน และการศึกษาเพื่อหาวิธีการแก้ไขในบริบทของสังคมไทย

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 และแนวโน้มมาตรการแก้ไข*. กรุงเทพฯ. 2538.
2. ประสพสุข ศรีแสนปาง. *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน*

*แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2535.

3. พรพิศ ชีวะคำนวน. *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2535.
4. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, สภาการพยาบาล และองค์การยูนิเซฟ. *สุขภาพสตรีเพื่อความมั่นคงของประชาชาติ*. กรุงเทพฯ: 38-46.
5. Ames, S.W., Kneisl,C.R. *Essentials of Adult Health Nursing*. California: Addison-Wesley publishing company, 1988.
6. Beare, P.G., Myers.J.L. *Principles and practice of adult health nursing*. 2nd edition. St.louis, Missouri: Mosby, 1994.
7. Benz, J.J. "Acute myocardial infarction." In C.M.Hudak, B.M.Gallo and T.S.Loehr.(Eds.) *Critical Care Nursing*. 4th edition. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1986.
8. Black,J.M., Matassarín-Jacobs,E. *Luckmann and sorensen's medical- surgical nursing: A psychophysiology approach*. 4th edition. WB Saunders company, 1993.
9. Boogard, M. "Rehabilitation of female patient after myocardial infarction." *Nursing Clinic of North America*, 1984; 19(3): 433-440.
10. Chirikos, T.N., Nickel, J.L. "Work disability from coronary heart disease in women."



- Women Health*, 1994; 9(1): 55-71.
11. Dennerstein, L., Wood, C., and Burrows, G. "Sexual response following hysterectomy and oophorectomy." *Obstetric and Gynaecology*, 1977; 49: 92-96 cited in Corney, R. et al. "The care of patients undergoing surgery for Gynaecological cancer: The need for information, emotional support and counselling." *Journal of advanced nursing*, 1992; 17: 667-671.
  12. Hawkins, J.W.E, Higgins, L.P. *Maternal and Gynaecological Nursing: Women's Health Care*. Philadelphia: J.B.Lippincot company, 1981.
  13. Martin, L.L. *Health Care of Women*. Philadelphia: J.B. lippincott, 1978.
  14. Meleis, A. "Role integration and health among female clerical workers." *Research in Nursing & Health*, 1989; 12: 355-364.
  15. Sexton, D.L., Munro, B.H. "Living with a chronic illness the experience of women with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)." *Western Journal of Nursing Research*, 1988; 10(1): 26-44.
  16. Siriorn Sindhu. "Role Clarity and Health Perceptions: Thai Women with Valvular Heart Disease." *Doctoral Dissertation*. University of California, Sanfrancisco: 1992.
  17. Stamler, J. "Epidemiology, established major risk factors, and the primary prevention of coronary heart disease." In M.S. Chatterjee, J.Karliner, and E.Raport. (Eds.) *Cardiovascular Disease Vol.2*. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1993.
  18. Vranic, Machen, and Berger, M. "Review and Abstracts exercide and Diabetes Mellitus." *Duiabetes*, 1979; 28 February: 147-160.



คมคำ ♦ ความคิด "การทำให้คนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า คือทำให้ทุกคนมีความฝัน เราต้องพึ่งตนเอง ทุกวันนี้คนเราไม่ค่อยพึ่งตนเอง การพึ่งตนเองจะทำให้เราพัฒนาไปเรื่อย เรามีคำขวัญว่า ฝันให้ไกล ไปให้ถึง"

➔ คุรบาคำเดื่อง ภาศี การอภิปรายเรื่อง "แนวคืดและ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพโดยชุมชน"