

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากสถิติของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ดังรายงานในปี 2525 มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 12,836 คน และปี 2531 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 32,203 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2526, 2533) โรคนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและศักยภาพของบุคคล รวมถึงขัดขวางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ จึงนับได้ว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของสาธารณสุขไทย

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการกล่าวขานว่า ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ถึงแม้ว่าปัจจุบันวงการแพทย์ได้คิดค้นวิธีการรักษาโรคมะเร็งไว้หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด (Surgery) รังสีรักษา (Radiotherapy) เคมีบำบัด (Chemotherapy) การรักษาด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunology) และใช้หลายวิธีผสมผสานกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2532) ซึ่งเป็นการมุ่งรักษาโรค แต่ในการรักษาโรคมะเร็งให้ได้สมบูรณ์นั้น การรักษาต้องประกอบด้วยรักษาโรคและรักษาจิตใจ (พวงทอง, 2522) เนื่องจากปัญหาด้านจิตใจมีผลต่อทางด้านสรีระวิทยาและจิตสังคม นอกจากนี้แล้วความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและคุณภาพชีวิตของตนเองลดลง (Burns อ้างถึงในวราพร, 2536)

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ช่วงที่รักษาโรคด้วยวิธีต่าง ๆ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์นั้นผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หลังจากการรักษาโรคแล้วผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน ในช่วงนั้นความรับผิดชอบในการ

ดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีหน้าที่ให้ความรู้ อำนวยความสะดวกและเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ตามที่แพทย์นัดหรือตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น (สมจิต, 2536)

การดูแลตนเองที่กล่าวถึงข้างต้นนั้น สอดคล้องกับความต้องการขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่จะให้ประชาชนมี "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543" (Health For All by the Year 2000) และการสาธารณสุขไทยได้ตอบสนองต่อความต้องการนั้น โดยระบุเรื่องการดูแลตนเองไว้อย่างชัดเจนไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขไทยฉบับที่ 7 (2534-2538) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องสุขภาพรวมถึงได้รับสิทธิในการที่จะเรียนรู้วิธี และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพ (ภักดี, 2534) เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งก็มีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังในรายงานวิจัยของนิธยา (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และวรรณ(2534) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้แล้วลัมและคณะ (Lum, et. al., 1978 อ้างถึงในนิธยา, 2534) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้บทบาทของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้เปลี่ยนลักษณะของการบริการ ที่เน้นการรักษา (Curation) มาเน้นการดูแล (Caration) มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองในระยะยาว นอกจากนี้ประชาชนและผู้ป่วยเริ่มมองว่าตนเป็นผู้ "ใช้บริการ" ส่วนเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีหน้าที่ "ให้บริการ" และเปลี่ยนแปลงเจตคติของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจากการมุ่งรักษาโรคมาเป็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สิ่งที่จะทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มพูนศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และ

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้องได้ด้นั้น มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการให้สุขศึกษาและการให้การปรึกษา (สมจิต, 2536)

พยาบาลเป็นสมาชิกคนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทหลายด้านซึ่งได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ งานด้านการป้องกันโรคและจำกัดความพิการ งานด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ งานด้านฟื้นฟูสุขภาพ และงานให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแก่ผู้มารับบริการ (Shanks อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุข, 2532) ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่สำคัญในการให้การปรึกษาด้านการดูแลตนเองตามที่ต้องการเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ (Litwack, 1980 อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุข, 2532) เป็นกระบวนการของสัมพันธ์ภาพแห่งความเข้าใจดีต่อกันและกัน ในอันที่จะช่วยให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการใช้บริการการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และช่วยให้การบริการมีประสิทธิภาพ

การให้การปรึกษามีทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มซึ่งในการให้การปรึกษารายบุคคลเน้นปัญหาและความต้องการของปัจเจกบุคคล ส่วนการให้การปรึกษาแบบกลุ่มนั้น เป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองหรือเผชิญกับภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีอยู่ เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับด้านการศึกษา ดังรายงานวิจัยของอาภรณ์ (2525) ได้นำการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนบางกะปิ กรุงเทพฯ พบว่านักเรียนที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมีพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก ลดลงกว่าก่อนการได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวลัย (2532) ได้นำการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสวนอนันต์ กรุงเทพฯ พบว่าพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่า

ก่อนได้รับการให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มในด้านการพยาบาลนั้นผู้วิจัยพบว่ายังไม่เป็นที่แพร่หลาย แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าการให้การปรึกษาแบบกลุ่มจะเป็นประโยชน์และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้ด้วยวิธีหนึ่ง จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาถึงผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อนำประโยชน์จากการศึกษามาใช้ประกอบการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้มีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ อายุ 20-60 ปี มีสติสัมปชัญญะดี ไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ฐานะเศรษฐกิจ และไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารทางวาจา

1.4.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

1.4.2.1 ตัวแปรต้น คือ การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.4.2.2 ตัวแปรตาม คือ การดูแลตนเอง

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยถือว่า ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองตามความเป็นจริง

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึงกระบวนการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการตั้งแต่สองคนขึ้นไปในเวลาเดียวกันเพื่อเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม

1.6.2 การดูแลตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมนั้นได้แก่การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการติดตามผลการรักษา โดยสามารถวัดการดูแลตนเองได้จากค่าคะแนนของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

1.6.3 ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอระยะที่ 3 และ 4 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อายุ 20-60 ปี มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารทางวาจา ไม่จำกัดเพศ อายุ อาชีพและสถานภาพสมรส

1.6.4 กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.6.5 กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและการให้การปรึกษาแบบกลุ่มในเรื่องการดูแลตนเอง

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ด้านจิตวิทยาการศึกษา สามารถนำหลักการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิทยาการศึกษาไปใช้ในการให้การปรึกษาการดูแลตนเองในบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ

1.7.2 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มในประเด็นอื่น เช่น พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างอื่นต่อไป เช่นผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

1.7.3 ด้านการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงการพยาบาล
ผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น