

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอ้อมในทัศนคติในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2540 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2541 จำนวน 28 คน โดยให้แต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน มีการวินิจฉัยโรคและวิธีการผ่าตัดคล้ายคลึงกัน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 14 คน โดยวิธีจับสลาก โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ผลการวิจัยมีดังนี้

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรคและวิธีการผ่าตัด โดยใช้ความถี่และร้อยละ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้การทดสอบไคสแควร์เพื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มพบว่าการแจกแจงความถี่ของข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มเท่า ๆ กัน โดยมีความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เกินกว่าร้อยละ 50 อยู่ในวัยชรา รองลงมาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของมะเร็งศีรษะและคอที่พบมากในวัยชรา และเกือบทุกรายที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอมีประวัติการกินหมากหรือการสูบบุหรี่ จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมีประวัติกินหมากมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการกินหมากพบได้บ่อยในเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ในด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ มากกว่าร้อยละ 50 มีอาชีพทำนา รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพเพราะอยู่ในวัยชรา และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 500-1,000 บาทถึงร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของมะเร็งศีรษะและคอที่พบมากในผู้ป่วยที่มีสุขภาพปากไม่ดี และมีเศรษฐกิจต่ำ (วันชัย วัฒนศัพท์, 2535) สำหรับการวินิจฉัยโรคพบว่า ร้อยละ 42 เป็นมะเร็งของริมฝีปากล่าง รองลงมาเป็นมะเร็งของเหงือก และกระดูกขากรรไกร และมะเร็งของลิ้น ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการกินหมากและ

การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ส่วนวิธีการผ่าตัดของแพทย์พบว่าประมาณร้อยละ 50 เป็นการตัดเนื้อร้ายออกร่วมกับการเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้ออิสระที่แขน รองลงมาร้อยละ 28 เป็นการตัดเนื้อร้ายออกร่วมกับการเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้อเลื่อนตำแหน่ง และการตัดเนื้อร้ายออกร่วมกับการเสริมสร้างด้วยกระดูกขา ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 1-3) ซึ่งการผ่าตัดเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้ออิสระที่แขนเป็นการผ่าตัดที่นิยมใช้ในการเสริมสร้างเนื้อเยื่อในช่องปากหลังจากตัดเนื้อร้ายออก เนื่องจากทำผ่าตัดครั้งเดียวได้การหายของแผลแบบปฐมภูมิ นอกจากนี้การผ่าตัดเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้อเลื่อนตำแหน่งยังนิยมทำในการผ่าตัดมะเร็งของริมฝีปากที่ก้อนยังไม่โตมากจนเกินไป และยังไม่ลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.18*
ชาย	4	28.58	3	21.43	
หญิง	10	71.42	11	78.57	
อายุ					0.86*
20-40	1	7.14	2	14.29	
41-60	5	35.71	3	21.42	
61-80	8	57.15	9	64.29	
สถานภาพสมรส					0.18*
คู่	11	78.57	10	71.43	
หม้าย	3	21.43	4	28.57	
ศาสนา					0*
พุทธ	14	100.00	14	100.00	
ระดับการศึกษา					0.62*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	42.86	4	28.58	
ประถมศึกษา	6	42.86	10	71.42	
มัธยมศึกษา	2	14.28	-	-	
อาชีพ					0.16*
ทำนา	8	57.14	9	64.29	
รับจ้าง	1	7.14	-	-	
รับราชการ	1	7.14	-	-	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	28.58	5	35.71	

*P > 0.05

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และการวินิจฉัยโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน					0.16*
500-1,000 บาท	10	71.42	9	64.29	
1,100-2,000 บาท	2	14.29	4	28.57	
2,100-3,000 บาท	-	-	1	7.14	
มากกว่า 3,000 บาท	2	14.29	-	-	
การวินิจฉัยโรค					0.34*
- มะเร็งของริมฝีปากล่าง (C.A. lower lip)	6	42.86	6	42.86	
- มะเร็งของเหงือกและ กระดูกขากรรไกรล่าง (Ameloblastoma of mandible)	3	21.43	4	28.57	
- มะเร็งของลิ้น (C.A. tongue)	2	14.29	2	14.29	
- มะเร็งของพื้นปาก (C.A. floor of mouth)	1	7.14	-	-	
- มะเร็งของต่อมน้ำลายใต้ กระดูกขากรรไกรล่าง (C.A. submandibula gland)	1	7.14	1	7.14	
- มะเร็งของเยื่อบุข้างแก้ม (C.A. buccal mucosa)	1	7.14	1	7.14	

*P > 0.05

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามวิธีการผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วิธีการผ่าตัด					0.26*
1. การตัดเนื้อร้ายออกพร้อมกับ การเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้อที่ แขน (Wide excision with Radial forearm free flap)	8	57.14	7	50.00	
2. การตัดเนื้อร้ายออกพร้อมกับ การเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้อ เลื่อนตำแหน่ง (Wide excision with Advancement flap)	4	28.58	4	28.58	
3. การตัดเนื้อร้ายออกพร้อมกับ การเสริมสร้างด้วยกระดูกขา (Wide excision with Fibula free flap)	1	7.14	1	7.14	
4. การตัดเนื้อร้ายออกพร้อมกับ การเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้อที่ แขนและกระดูกขา	1	7.14	-	-	
5. การตัดเนื้อร้ายออกพร้อมกับ การเสริมสร้างด้วยแผ่นเนื้อ จากกล้ามเนื้อ หน้าอก (Wide excision with Pectoralis major flap)	-	-	1	7.14	
6. การตัดเนื้อร้ายออกพร้อมกับ การเสริมสร้างด้วยกล้ามเนื้อ จากใต้กระดูก Hyoid (Infrahyoid)	-	-	1	7.14	

*P > 0.05

4.1.2 ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายและคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยใช้ The Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงของคะแนนไม่เป็นแบบปกติ ($P\text{-value} < 0.01$) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายและคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอนแมชแพร์ซายน์แรงค์

4.1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพมีการปรับตัวด้านร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ตัวแปร	T
กลุ่มทดลอง	14	การปรับตัวด้านร่างกาย	2.5*
กลุ่มควบคุม	14		

* $P < 0.01$

4.1.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ตัวแปร	T
กลุ่มทดลอง	14	การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	0*
กลุ่มควบคุม	14		

* $P < 0.01$

4.2 การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจะมีการปรับตัวด้านร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า การปรับตัวด้านร่างกายในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ การปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่ให้กับผู้ป่วยในครั้งนี้ สร้างจากการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษาว่าในแต่ละระยะผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวอะไรบ้าง โดยเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวล นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องพบกับปัญหาการหายใจ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย และการสื่อสาร เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามีต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่สร้างขึ้นนี้มีเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวครอบคลุมทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1990) ที่บอกว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต้องรวมเอาทั้งการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพเข้าไว้ด้วยกัน และต้องทำอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพออกเป็น 4 ส่วน โดยให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ โดยที่ก่อนผ่าตัดได้สอนเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเพื่อปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่วนหลังผ่าตัดสอนเรื่องการทำความสะดวกช่องปาก อาหารและวิธีการให้อาหาร และการบริหารคอและไหล่ เนื่องจากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตรงกับความต้องการการปรับตัวของผู้ป่วยในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยสนใจและอยากเรียนรู้จากโปรแกรม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น การที่ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิกนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีเวลาทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่สอน เนื่องจากความสามารถทางสติปัญญาของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเฉพาะในด้านของแรงจูงใจและประสบการณ์ ซึ่งบางครั้งในผู้ป่วยบางคนต้องจัดให้มีเวลามากพอสำหรับที่จะทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่สอน นอกจากนี้ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสอนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิกแล้ว ผู้วิจัยยังสาธิตให้ผู้ป่วยดู และให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งทำให้เรียนรู้ได้เร็วขึ้น

ดังนั้น การใช้สื่อการสอนที่เป็นรูปภาพและการสาธิตจึงเป็นการเพิ่มการเรียนรู้ เพราะสื่อมีลักษณะที่เป็นรูปธรรมมากกว่าตัวหนังสือล้วน ๆ ยิ่งการสอนมีลักษณะเป็นรูปธรรมมากเท่าใด ประสิทธิภาพการเรียนรู้ย่อมเกิดขึ้นมากเท่านั้น ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจึงเกิดการเรียนรู้ได้ดี โดยผ่านกลไกการคิดรู้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการทำความสะอาดช่องปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยยังเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพราะในขณะการสอนผู้ป่วย ญาติที่ดูแลก็ได้เรียนรู้ไปพร้อมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น การสอนส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับระดับความรู้ความสามารถและทักษะของเจ้าหน้าที่พยาบาลแต่ละคน และการสอนอาจเป็นการสอนเฉพาะเหตุการณ์นั้น ๆ หรือเป็นการสอนแบบทั่วไปร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ จึงไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าและไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบรายละเอียดของการผ่าตัด เมื่อฟื้นจากยาสลบไม่สามารถพูดได้ รู้สึกอึดอัดมาก ยกแขนไม่ขึ้น ไม่รู้เอาอะไรมาตามไว้ เรียกพยาบาลไม่ได้ ผู้ป่วยบางคนไม่ทราบมาก่อนว่าหลังผ่าตัดแล้วต้องให้อาหารทางสายยาง และไม่เคลื่อนไหวร่างกายเพราะมีแผลผ่าตัดหลายแห่ง ทำให้มีผลต่อระบบขับถ่าย เกิดท้องผูกตามมา ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เอง ต้องรอเจ้าหน้าที่ และเมื่อรู้สึกว่ามีน้ำลายหรือเสมหะในปากมาก แต่ไม่สามารถขับออกได้ ผู้ป่วยคนหนึ่งใช้นิ้วมือล้วงเข้าไปในปาก ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแผลแยก ในกรณีที่แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ ผู้ป่วยรับประทานเท่าที่รับประทานได้เท่านั้น เพราะไม่ชินกับอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังคำนึงถึงลักษณะของอาหารมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้มีผลต่อการหายของแผลและความแข็งแรงของร่างกาย การที่ผู้ป่วยมีแผลที่บริเวณใบหน้า คอ หรือแขน ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวบริเวณคอและไหล่ (ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด) ดังนั้น เมื่อแผลหายและตัดไหมแล้วผู้ป่วยเหล่านี้มักมีปัญหากล้ามเนื้อคอและไหล่ เพราะเซลล์ไม่ได้รับการยืดตัวจึงหายในลักษณะเกิดการหดรั้ง ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่จะเกิดตามมาเมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือใช้แหล่งประโยชน์ที่อยู่ใกล้เคียงโดยเฉพาะญาติ ทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ไม่เกิดอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีเพียง 2 รายเท่านั้นที่คะแนนการปรับตัวด้านร่างกายค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งของกระดูกขากรรไกรล่างส่วนหน้า และมะเร็งลูกกลมเป็นบริเวณกว้าง แพทย์ต้องตัดกระดูกขากรรไกรล่างส่วนหน้าออก และนำกระดูกฟิวลาที่ขาข้างซ้ายมา

เสริมสร้างกระดูกขากรรไกร แต่ Flap ไม่ติดและเกิดภาวะเลือดออกจากบริเวณผ่าตัด จึงต้องเข้ารับการผ่าตัดใหม่อีก 2 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยอีกรายเป็นมะเร็งที่พื้นปากระยะที่ 4 และเคยผ่านการฉายแสงมาก่อน แพทย์ทำการผ่าตัดเสริมสร้างโดยนำกระดูกฟิวล่านั้นมาเสริมสร้างเป็นกระดูกขากรรไกร และนำแผ่นเนื้อที่แขนซ้ายมาเสริมสร้างบริเวณพื้นปาก แต่แฟลปบริเวณพื้นปากไม่ติด และต้องทำการผ่าตัดใหม่อีกครั้ง โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แพทย์ได้นำแผ่นเนื้อที่หน้าอกข้างซ้ายมาเสริมสร้างที่พื้นปากจึงประสบผลสำเร็จ ซึ่งในการผ่าตัดครั้งแรกผู้ป่วยทั้ง 2 คน ต้องได้รับการเจาะคอ และต้องให้อาหารทางสายยางตลอด จะเห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 คน ต้องได้รับการผ่าตัดที่ซับซ้อน และผ่าตัดมากกว่า 1 ครั้ง จึงทำให้การปรับตัวด้านร่างกายค่อนข้างช้า แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วมีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายสูงกว่า ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินดา ศิริปการ (2533) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านสรีระดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับการศึกษาของสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2537) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านร่างกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจะมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการรักษา ซึ่งมีทั้งก่อนและหลังผ่าตัด นำมาจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น ๆ เริ่มด้วยการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การทำความสะอาดช่องปาก อาหารและวิธีการให้อาหาร และการบริหารคอและไหล่ ผู้ป่วยจะได้รับทราบแนวทางการรักษาของแพทย์ ทราบผลที่เกิดตามมาหลังผ่าตัด ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูก

ต้อง ทำให้ลดความกลัวและความวิตกกังวล เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ทราบในสิ่งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ป่วยจะเกิดความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมา (สจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อย่าง เช่น การหายใจ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งการมีแผลผ่าตัดหลาย ๆ แห่ง ซึ่งทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ไม่สามารถแปร่งฟันได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีร่างกายอ่อนแอ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาดังกล่าวได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีการปรับตัวด้านร่างกายดีขึ้น ดังนั้น ความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเองก็จะดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์บอกว่า บุคคลจะปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า โดยมีพฤติกรรมปรับตัวออกมาทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมปรับตัวแต่ละด้านสามารถย้อนกลับมาเป็นสิ่งเร้า ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวด้านอื่น ๆ ได้ (Andrews and Roy, 1991)

ในเรื่องของภาพลักษณ์ ทั้งผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับตัวก่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยมากกว่า แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนแล้วผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีผ่าตัดของแพทย์จากผู้วิจัย ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าจะมีแผลผ่าตัดที่ไหนบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอุบล จวงพานิช (2536) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับประทานอาหารซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ต้องมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังไม่เคยชินกับแบบแผนการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป แต่เมื่อต้องการหายจากการเจ็บป่วยผู้ป่วยยอมรับได้และทำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนเรื่องอาหารและการให้อาหารมีความสนใจมาก เนื่องจากผู้ป่วยต้องการทราบว่าเมื่ออาหารอะไรบ้างที่รับประทานได้และมีประโยชน์ บางคนยังมีความเข้าใจว่าถ้าไม่รับประทานข้าวแล้วก็ไม่มีความจำเป็นอะไร ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนเกี่ยวกับเรื่องอาหาร ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ไม่เกิดความคับข้องใจในสิ่งที่ไม่รู้ จึงลดความวิตกกังวลในเรื่องของอาหารได้

เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาของตนเอง เนื่องจากได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน โดยเฉพาะการทำความสะอาดช่องปาก ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนจะทำแบบไม่มั่นใจ ปากไม่สะอาด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อ

ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ถูกต้อง ถึงแม้ไม่ทำเองแต่มีญาติคอยช่วยเหลือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดมักมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอออกหมด หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ บางคนอาจหมุนคอไม่ได้หรือยกแขนไม่ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและรู้สึกว่าร่างกายตนเองไม่ปกติ ซึ่งจากการศึกษาของลีแมน (Lehmann, 1978) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพมักมีปัญหาทางด้านจิตใจด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายพบว่า มีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น จึงต้องทำการฟื้นฟูสภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้อยู่ในระดับสูงสุด เพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในครั้งนี้มีการบริหารคอและไหล่ เพื่อคงพิสัยการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ ถึงแม้การเคลื่อนไหวจะทำได้ไม่สมบูรณ์เหมือนก่อนผ่าตัด แต่ทำบริหารสามารถป้องกันการหดรั้งของแผลและข้อติดได้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สึกว่ายังสามารถเคลื่อนไหวคอและไหล่ได้ ทำให้อลดความวิตกกังวล มีความรู้สึกต่อร่างกายตนเองดีขึ้น นอกจากนี้การที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางความรู้สึก เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองปลอดภัย มีความคาดหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน มี 27 คน ที่บอกว่ายังไม่อยากตาย ยังต้องการเป็นที่พึ่งทางใจของลูก ๆ หลาน ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีแรงจูงใจที่อยากหายจากโรค ยังไม่เกิดความท้อแท้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนจากผู้วิจัยทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญที่มีคนคอยเอาใจใส่ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้องมองโลกกว้างและมีเหตุผล การที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีอัตมโนทัศน์ด้านคุณค่าแห่งตนเมื่อบุคคลมีการยอมรับนับถือตนเอง รับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น (Driver, 1976 quoted in Andrews and Roy, 1991)

จากสิ่งที่กล่าวมาจะเห็นว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา ศิริปการ (2533) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับการศึกษาของสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2537) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

เปลี่ยนใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001