

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาและการติดตามผลนานกว่าโรคอื่นๆ เป็นโรคเชิงซ้อนที่เกิดขึ้นกับเซลล์หลายชนิด นับเป็นโรคที่ร้ายแรงคุกคามชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย ก่อนข้างซับซ้อนกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณอื่นๆ เนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นส่วนที่มองเห็นได้เด่นชัด ซึ่งแสดงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล อารมณ์ซึ่งเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งระดับสุขภาพหรือปรับปรุงระดับสุขภาพที่เสื่อมถอย เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับระดับสุขภาพที่เสื่อมถอยให้กลับเป็นปกติ เพื่อผู้ป่วยในระยะแรกๆ ได้มีโอกาสหายเป็นปกติ ในผู้ป่วยที่อยู่ระยะรุนแรงสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานอีกหลายปี และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขในภาวะที่เป็นอยู่มากที่สุด ไม่ทุกข์ทรมานขณะยังมีชีวิตอยู่

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งส่งผลให้สูญเสียทั้งชีวิตและค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ในประเทศไทยจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขของส่วน ข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 3 รองมาจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ เลื่อนจากลำดับที่ 8 เมื่อประมาณ 10 ปี ก่อน โรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2537 มีอัตราการตาย 48.9 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิง จะเห็นว่าโรคมะเร็งเป็นตัวการสำคัญในการคร่าชีวิตของผู้ป่วย (ธีธ ภูมิประวัติ และคณะ : แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ , 2541 หน้า 313)

เนื่องจากประเทศไทยเราพบมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นจำนวนมาก พบได้เป็นอันดับสาม รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งตับในเพศชาย และเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปากมดลูกและ

มะเร็งด้านมในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 24.9 ของมะเร็งทั้งหมด (National Cancer Institute 1993:21) มะเร็งบริเวณนี้พบมากในคนช่วงอายุ 40-70 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3:1 การรักษาจะต้องทำอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เข้ามาเกี่ยวข้อง

มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่พบมากในผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คือมะเร็ง Nasopharynx พบ 108 ราย พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เป็นชาย 84 คน เป็นหญิง 24 คน รองลงมา คือมะเร็ง Larynx พบ 96 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 3:1 รองลงมาอันดับที่ 3 คือ มะเร็ง Tongue พบ 55 ราย, พบมะเร็ง Hypopharynx 48 ราย, มะเร็ง Oropharynx 36 ราย, มะเร็ง Nasal cavity และ Sinuses 32 ราย และอื่นๆ อีก เป็นต้น (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital . 1995 : 36-38)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมีหลายวิธี แพทย์อาจพิจารณาใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน เช่น ถ้าเป็นในระยะเริ่มแรกการใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวก็จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี ซึ่งต่อม น้ำเหลืองยังไม่โต และยังไม่มีการแพร่กระจายไปในส่วนต่างๆ ของร่างกาย แพทย์อาจทำการรักษาโดยการผ่าตัดเอาเนื้อร้ายออกให้หมด หลักใหญ่ๆ คือ การผ่าตัดก้อนมะเร็ง ออกแล้วรักษาด้วยการฉายรังสีระยะยาว ให้ครบตามที่กำหนด เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่จะป้องกันการเจริญเติบโต ของเซลล์มะเร็งขึ้นมาอีก การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกบางครั้งต้องใช้รังสีผ่าตัดเอาออก เพราะบริเวณนั้นจะมีเส้นเลือดมาเลี้ยงมากและบางที่มีไขมันอุดตัน หลังจากทำผ่าตัดสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จะต้องใช้รังสีรักษาช่วยอีกระยะหนึ่ง การฉายรังสีเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีเป็นอย่างดี และการรักษาด้วยรังสีจะช่วยรักษาความสวยงามรูปร่างของอวัยวะเหล่านั้นไว้ ไม่ทำให้เกิดความพิการภายหลังการรักษาและยังเป็นวิธีการรักษาที่สามารถรักษามะเร็งในระยะเริ่มแรกให้หายขาดได้ หรือเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้วก็จะบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน แต่การรักษาและการติดตามผลต้องใช้เวลาาน ซึ่งภาวะของโรคและวิธีการรักษานี้ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อได้รับคำบอกเล่าจากแพทย์หรือพยาบาลบอกว่า จะต้องได้รับรังสีรักษามากจะเกิดความไม่เข้าใจ สงสัยหรือไม่แน่ใจต่อวิธีการรักษา (ไพรัช เทพมงคล 2528:1) มีความกลัวในหลายๆ อย่างเกิดขึ้น เช่น กลัวผลของรังสี จะทำให้ผิวไหม้เกรียม บริเวณที่ฉายรังสีมีสีคล้ำขึ้นหรือการดูแลไม่ดีทำให้เป็น

แผลเน่าพอง เป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่บริเวณใบหน้า กลัวภาวะแทรกซ้อนเช่นทำให้ผมร่วงและมีอาการอื่นๆ กลัวการเป็นหมัน และมีความรู้ดีกว่าการที่ต้องรับการรักษาด้วยรังสีเปรียบเสมือนข่าวร้ายและหมดหนทางในการรักษาแล้ว (Peck&Boland 1982:57)

นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็ง ยังกังวลเกี่ยวกับความสูญเสียลักษณะที่ชวนมองและสูญเสียความดึงดูดใจแก่ผู้พบเห็น เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฉีดเส้นบ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสี ไว้บนใบหน้าและคอยตลอดการรักษา ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องหมายที่แสดงถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้เด่นชัดขึ้น (Denning 1982 : 269 อ้างอิงในพิมพ์พล ธรรมเจริญ 2536:2) จากอาการไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากผลกระทบของรังสีรักษา เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการแสบคันหรือเกิดแผลบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี มีแผลในปากจากการอักเสบจากเชื้อในช่องปาก เจ็บปาก เจ็บคอ อ้าปากลำบาก น้ำลายเหนียว สูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร กลืนอาหารลำบาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ชีตและเสียงต่อการติดเชื้อง่าย ในทางทันตกรรม มีผลต่อฟันและเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยเฉพาะมะเร็ง Nasopharynx มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลีกเลี่ยงไม่ได้ มักพบในฟันกรามซึ่งจะต้องอยู่ในแนวพื้นที่ของการฉายรังสี ฟันที่ผุจะต้องถอนออกรวมทั้งฟันดีที่จะต้องได้รับรังสีด้วย ควรถอนก่อนการฉายรังสี 1 สัปดาห์ เพราะหลังจากฉายรังสีครบประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยจะมีอาการเสียวฟัน , Enamel ที่เคลือบฟันอยู่จะหายไป เข้าใจว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงใน pH ของน้ำลาย และเกี่ยวกับความสะอาดในช่องปาก ต่อจากนั้นเนื้อฟันจะเปื่อยยุ่ยเป็นผง แล้วย่อย ๆ กร่อนไปจนเหลือแต่รากฟันฝังอยู่ในเหงือก เหงือกจะไม่มาปิดปากแผล ซึ่งเป็นการเสี่ยงต่อภาวะ Osteomyelitis ของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะถ้ามีการถอนฟันภายหลังการฉายรังสี เพราะเหงือกจะไม่ร่นมาคลุมแผล กระดูกขากรรไกรจะ Exposed ตลอดเวลา (ไพรัช เทพมงคล : 2524 ,172) เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง เช่น Ameloblastoma มีการทำลายกระดูกขากรรไกร โดยเฉพาะประเภท cancellous และการเกิด recurrence ภายหลังการรักษา มะเร็งศีรษะและคอมีการเกิด mucositis ในปาก การหลั่งน้ำลายช้า การมีโอกาที่จะเกิดฟันผุมากขึ้น เนื่องจากมีปริมาณ *S. mutans* มากขึ้น (สิทธิชัย ขุนทองแก้วและคณะ : 2540 : 75-76) ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีทั่วไป ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ผมร่วง เลือดออกง่ายและมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก (อาคม เขียรศิลป์ และคณะฯ 2531:19)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีสุขภาพกายที่ทรุดโทรมลงดังที่ได้กล่าวมา ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น มีผลต่อการประกอบอาชีพการงาน และเพิ่มภาระให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด นอกจากสุขภาพทางกายแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจ มีความรู้สึกริดก้างวล ความเครียด ความกลัว เป็นต้น ซึ่งครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤต โดยมีส่วนช่วยลดความเครียด หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านร่างกาย และเกิดความรู้สึกรับรอง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

จะเห็นได้ว่าความทุกข์ของผู้ป่วยมะเร็ง นั้นมิได้มาจากสาเหตุใหญ่หลายประการ ตั้งแต่การป่วยทางกายที่มีโอกาสหายจากโรคได้น้อย แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การรับประทานอาหารลำบาก มีปัญหาทางด้านการประกอบอาชีพการงานจากสุขภาพที่ทรุดโทรมลง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น สูญเสียบทบาทตนเอง และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่าย ในการรักษาซึ่งแพงกว่าการรักษาธรรมดาประมาณ 5-10 เท่า (เทวินทร์ โกสยัตระกูล, 2519 : 39) ซึ่งบทบาทต่างๆ เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองในการที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นำมาซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจ ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

บทบาทของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จึงมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับสุขภาพที่ดี หรือมีการปรับปรุงระดับสุขภาพที่เสื่อมถอยไปให้กลับเป็นปกติ สามารถเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม Pender (1987 : 60) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาในการควบคุมพฤติกรรม ลักษณะโครงสร้างของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จะมีส่วนคล้ายกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา - การรับรู้ (Cognitive - Perceptual Factors) ภายในตัวบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และตัวชี้แนะนำการกระทำ (Cues to Action) ซึ่งเพนเดอร์ได้เน้นถึงความสำคัญของ ปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ในการเป็นสื่อกลางของการปฏิบัติกิจกรรม

เพื่อเกิดการส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจ ในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

Pender (1987 : 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นตัวกำหนดความถี่ และความถี่ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพของสุขภาพดี มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบ่อยกว่า บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพของตนไม่ดี ในการศึกษาของ Sidney and Shephard (1976 : 246-252) ที่จัดโครงการออกกำลังกายในผู้สูงอายุขึ้น 14 สัปดาห์ และใช้แบบสอบถามทางด้านสุขภาพ Cornell Medical Index พบว่า บุคคลที่พูดถึงสุขภาพของตนเองในทางลบบ่อย มีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการออกกำลังกายน้อยกว่า บุคคลที่ไม่ค่อยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้สึกที่ดีต่อสุขภาพ จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มภาวะสุขภาพ

Christiansen (1981 cited in Pender, 1987 : 64) ได้ศึกษาในผู้ใหญ่ 378 ราย พบความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี เช่นเดียวกับ Dishman (1985 : 158-171 cited in Pender 1987 : 64) ได้รวบรวมการศึกษาโครงการออกกำลังกายพบว่า บุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายได้สม่ำเสมอดีกว่า และจากการศึกษาของเพนเดอร์เอง (Pender, 1986 ; 35 : 15-18 cited in Pender 1987 : 64) ได้ศึกษาในผู้ใหญ่ 377 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลโดยตรงกับความตั้งใจที่จะควบคุมน้ำหนัก โดยพบว่ามีความแตกต่างของบุคคล ผู้ซึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดี จะมีความถี่ของการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักได้ดีกว่า

ปัจจัยการรับรู้หรือมีความรู้สึกที่ดีต่อสุขภาพ เหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสในการมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) ในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน เป็นตัวกำหนดและบ่งบอกความสามารถในการรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยนในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มาศึกษา คือ อายุ, สถานภาพสมรส, ฐานะทางเศรษฐกิจ, ระยะของการเป็นโรค, อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว คนใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยข้อสมมุติฐานเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

ในด้านอายุ จากอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็ง Nasopharynx เป็นมะเร็งศีรษะและคอพบมาก เป็นอันดับที่ 6 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด 10 อันดับแรกในเพศชาย (ปี 2535) และพบมากช่วงอายุระหว่าง 45 – 55 ปี (ค่าเฉลี่ยโรค NPL ในผู้ชาย 1.5 – 9 ต่อแสนคนต่อปี ในผู้ชาย) (Stephan Ariyan , M.D. : Cancer of the Head and Neck : 317-318) และค่าเฉลี่ยมะเร็งศีรษะและคอที่พบในคนทั่วไป พบมากช่วงอายุ 40-70 ปี (National Cancer Institute 1993:21) Pender (1987 : 66) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีความสำคัญมากเพราะจะช่วยเสริมสร้างร่างกายและกระดูกให้แข็งแรง ทั้งในหญิงและชาย และยังช่วยพัฒนาสุขภาพจิตในหญิงวัยสูงอายุอีกด้วย นวลชนินธุ์ ลิ้มปนวิสต์ (2530 : ค) ได้ศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่า อายุและระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคแตกต่างกัน มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคมแตกต่างกัน จึงเห็นได้ว่าอายุน่าจะเป็นตัวแปรสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

สถานภาพสมรส บุคคลในครอบครัวหรือคู่สมรมีอิทธิพลโดยตรงต่อการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ในสถานภาพคู่ เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ได้รับความช่วยเหลือ ความเห็นใจ และเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าสถานภาพโสด Larson (1978 : 114) พบว่าการสมรสและการมีคู่ชีวิตน่าจะเป็นตัวทำนายถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยส่งผลถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นเสมือนเครื่องอำนวยความสะดวกสบายหรือสถานการณ์สิ่งแวดล้อมในการเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นเสมือนทางเลือก ตามที่ Pender กล่าว ยังมีทางเลือกมากเท่าไร ก็ยังทำให้บุคคลมีโอกาเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น สุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 144) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลนครพิงค์พบว่า รายได้ดีมีโอกาแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ ต่อการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อยและมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่ยึดความเครียดได้มากกว่า ซึ่งรายได้น่าจะเป็นตัวแปรที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ระยะของการเป็นโรค เป็นตัวบ่งบอกถึงอาการของโรคและภาวะสุขภาพ การติดตามการตรวจวินิจฉัยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกว่า จะทราบแน่ชัด พบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งมามากกว่า 2 ปี

(รัชนี คันทพนิต, 2533) ความรุนแรงหรือระยะของการเป็นโรคในขั้นที่สูงขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Michel and Braden, 1988 : 99) เป็นความรู้สึกทางลบที่จะสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่การให้คุณค่าต่อสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ Pender การสร้างเสริมแรงจูงใจรับรู้ในการปฏิบัติ โดยการให้คุณค่ากับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยเฉพาะ (Behavior specific values) จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากกว่าการให้คุณค่าพฤติกรรมทั่วไป (Global life values) (Pender, 1987 : 61) ซึ่งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข สามารถช่วยให้เกิดในผู้ป่วยมะเร็ง นี้ขึ้นมาได้

แรงสนับสนุนจากครอบครัวสังคม Pender (1987 : 75) กล่าวว่าครอบครัวเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวถูกกำหนดโดย วิธีการดำเนินชีวิตของครอบครัว และสมจิต หนูเจริญกุล (2538 : 2) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งบุคคลประกอบด้วย กาย จิต สังคม และวิญญาณ ผสมผสานเข้าด้วยกันเป็นหน่วยเดียว ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจากสภาวะโรค ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ส่งผลต่อไปยังการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ อธิมุติ แส่นศิริพันธ์ (2541 : 69) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความต้องการของบุคคลเป็นสำคัญ

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ สถานภาพสมรส สถานะภาพทางเศรษฐกิจระยะของการเป็นโรคมะเร็ง แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่น่าจะมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา และการดูแลสุขภาพต้องกระทำอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาว ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย กระทั่งต่อการประกอบอาชีพการงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งแพงกว่าโรคธรรมดา และต้องเดินทางมาพบแพทย์เป็นระยะ เพื่อแพทย์จะได้ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลของญาติมากขึ้น การที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญสิ่งเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดมากมาย ดังนั้นจึงมีความจำเป็น

สำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ ที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับสุขภาพที่ดีตลอดไป และเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนงานให้การพยาบาล และงานส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง มีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้ มีภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ดีขึ้น ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม แต่สถานการณ์จริงผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจสภาพการณ์ของโรค การรักษาของแพทย์ การดูแลสุขภาพตนเอง และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษามีปัจจัยพื้นฐานใดบ้างมาเป็นตัวกำหนดหรือส่งผล การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้เผชิญกับปัญหา มีผลถึงการเปลี่ยนแปลงหรือมีการปรับเปลี่ยนในด้านพฤติกรรมอย่างไร ปัจจัยพื้นฐานมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการรับรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหรือไม่อย่างไร โดยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987 : 58) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออยู่ในระยะที่ 1-3 ที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2542-2543 จำนวน 112 คนและการศึกษากรณีเจาะลึกในบุคคลบางรายที่น่าสนใจ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาจากแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โสต นาสิก ลาริงซ์ และจากการเยี่ยมบ้าน มีจำนวน 17 คน

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 5 ประการ คือ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะของโรค แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ 6 ด้านของบรูคและคณะ โดยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ของบรูคและคณะ (Brook, et al. 1979) การวิจัยนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตเกี่ยวกับ 1.ด้านการเจ็บป่วยที่ผ่านมา 2.ด้านโภชนาการในอดีต 3.ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนในอดีต 4. ด้านสภาพแวดล้อมในอดีต และ 5. ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ในปัจจุบันและอนาคต

และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทางด้านแบบแผนการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางบวกของ Pender (1987 : 143) 10 ด้าน ประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 6 ด้าน คือในเรื่อง การดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การจัดการความเครียด จุดมุ่งหมายในชีวิตและตระหนักในคุณค่าตนเอง และการควบคุมสภาพแวดล้อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมารับบริการที่แผนกโสต นาสิก ลาริงซ์ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระดับความรุนแรงตามอาการของโรคในระยะที่ 1-3 ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2541-2543 และเป็นผู้ซึ่งรู้สึกตัวดี รับรู้สภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ดี สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ตามสมควร ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐาน บางประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ระยะของโรค แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ นับตั้งแต่ปีเกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไป ให้ปัดเป็น 1 ปี

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสตามความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยการแต่งงานหรือไม่ได้แต่งงาน ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

สถานภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่นับจำนวนเต็มเป็นบาท ของผู้ป่วย เมื่อมีสถานภาพสมรสโสด หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของผู้ป่วยและคู่สมรสเมื่อมีสถานภาพคู่ หรือ รายได้ของผู้ดูแลรับผิดชอบ ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของบุคคลอื่น

ระยะของโรค หมายถึง ความรุนแรงของ โรค ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตาม American Joint Committee for Cancer Staging (1983) , สุภาวดี ประคุณทั้งสิติและบุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ์ (2538) และ Ott 1995.

แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม หมายถึง ความรู้สึกและการกระทำหรือการปฏิบัติ กิจกรรมการตอบสนอง พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนในทางบวกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจ หรือการแสดงออก ถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในอดีต ได้ประยุกต์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของบรูคและคณะ (Brook, et al: 1979) ซึ่งเป็นการศึกษาในเรื่อง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในส่วนที่เกี่ยวกับ 1.ด้านการเจ็บป่วย ที่ผ่านมามีได้แก่ โรค การรักษาและการป้องกันโรค 2.ด้านโภชนาการ 3.ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน 4.ด้านสภาพแวดล้อม และ 5.ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่สุขภาพทางกายและสิ่งแวดล้อม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพอนามัย ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี และเป็นการเพิ่มระดับการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งประเมินโดย แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Life style and Health Habits) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138-143) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน ที่เกี่ยวข้องและทำการศึกษาในครั้งนี้ 6 ด้านคือ การดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขจัดความเครียด จุดมุ่งหมายในชีวิต และตระหนักในคุณค่าตนเอง และการควบคุมสภาพแวดล้อม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
2. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
3. นำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนในการให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา และการให้บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางสำหรับ บุคลากรในทีมสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งด้านอื่น ในโอกาสต่อไป
5. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในประเด็นอื่นๆต่อไป