

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา วารสารต่างๆ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
6. ทฤษฎีปัญญาทางสังคม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ร่างกาย โดยที่เซลล์เหล่านี้มีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและมากกว่าปกติ เซลล์ที่ผิดปกติเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดก้อนเนื้อที่โตผิดปกติ บางชนิดก้อนมะเร็งโตขึ้นและเบียดอวัยวะข้างเคียงเท่านั้น แต่บางชนิดมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ สามารถเกิดได้กับทุกอวัยวะในร่างกาย การจำแนกมะเร็งศีรษะและคอ จะจำกัดอยู่กับมะเร็งที่บริเวณส่วนบนของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารอันได้แก่ มะเร็งช่องปาก (Oral Cavity) นาโซฟาริงส์ (Nasopharynx) กล่องเสียง (Larynx) ค้ำคอ (Pharynx) ต่อมน้ำลาย (Salivary gland) ต่อมไทรอยด์ (Thyroid) โพรงอากาศช่องจมูก (Paranasal Sinus) กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลาร์ (Mandible and Maxilla) สาเหตุที่เรื้อกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 เป็นเยื่อบุสแควมัส (Squamous cell carcinoma) (อาคม เขียวศิลป์ 2529 : 348 ; Otto 1991 : 164) สาเหตุของมะเร็งศีรษะและคอยังไม่เป็น

ที่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่าการระคายเคืองจากสารเคมีน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งบริเวณนี้ เช่น การระคายเคืองจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหาร การขาดการรักษาความสะอาดในช่องปาก รวมทั้งการประกอบอาชีพที่ต้องใกล้ชิดกับสารเคมีต่างๆ เป็นต้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ดังนี้

1. แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหาร ทางเดินอาหารส่วนต้น และทางเดินหายใจส่วนต้น และยังพบว่าแอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งชนิดสควมัส (Squamous cell carcinoma) ของศีรษะและคอตั้งแต่ปี ค.ศ. ที่ 19 โดยเฉพาะมะเร็งกล่องเสียงเพิ่มมากกว่าปกติ 10 เท่า เป็นสาเหตุของมะเร็งในช่องปาก ยกเว้นมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ (คณินิจ พงศ์ถาวรภมก 2529 : 203 อ้างในสุภาวดี ประคุณหังสิตและบุญชู กุลประดิษฐารมณ 2538 : 415-441)

2. บุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่จัด ร่วมกับดื่มสุราจัดจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุราถึง 15 เท่า (Otto 1991 : 164)

3. อนามัยในช่องปากไม่ดีและการได้รับสารระคายเคืองเรื้อรัง เช่น หมากพลู บุหรี่พื้นเมือง หรือสารเคมีต่างๆ

4. การขาดวิตามินและแร่ธาตุในอาหาร ผู้ที่ขาดวิตามิน เอ ซี และธาตุเหล็กในอาหารที่รับประทานจะเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในช่องปากและคอ

5. การได้รับสารแอสเบสตอสและการฉายรังสี จะมีผลทำให้เกิดการชำรุดเสียหายที่ Gene โดยตรง

6. แอปสไตร์-บาร์ ไวรัส (Epstein-Barr Virus) เชื่อว่าไวรัสนี้จะทำให้โครโมโซมมีการมีจำนวนมากผิดปกติและไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวได้ เชื่อกันว่าเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกถึงร้อยละ 75 E-B virus titer นี้ใช้เป็นตัวชี้้นำโรคทั้งในการวินิจฉัยและการรักษา ถ้าการรักษาได้ผลดีไคเตอร์นี้จะลดลง แต่ถ้าโรคลุกลามมากขึ้นไคเตอร์นี้ก็จะขึ้นมา (อภิชัย วิทวัสศิริ 2537 : 404 อ้างในสุภาวดี ประคุณหังสิตและบุญชู กุลประดิษฐารมณ 2538 : 415-441)

7. พันธุกรรมและเผ่าพันธุ์ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 มีประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัวทำให้เชื่อว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนทำให้เกิดมะเร็ง (อานวย คัจฉาวรี 2529 : 19 อ้างในสุภาวดี ประคุณ

หังสิตและบุญชู กุลประดิษฐ์ารมณ 2538 : 415-441) มะเร็งโพรงหลังจมูกพบมากในชาวจีนตอนใต้ เช่น กวางตุ้ง ฮองกงพบโรคนี้มากที่สุดในพวกมะเร็งเพศชาย

อุบัติการ : มะเร็งศีรษะและคอพบได้บ่อยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา คือ ในยุโรปและอเมริกาพบประมาณร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมด (Otto 1991 : 104) สำหรับในประเทศไทยพบร้อยละ 20 ของมะเร็งทั้งหมดและมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก (วิสุทธิ วุฒิพิทย 2529 : 257 ; นิमित มาร์ติน 2534 : 6) พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 2.5-2 : 1 มีอยู่สองตำแหน่งเท่านั้นที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายคือ มะเร็งริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม (วิสุทธิ วุฒิพิทย 2529 : 358) และพบมากในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 40-70 ปี

ลักษณะทางคลินิก : ผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอ มาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆ กัน แล้วแต่ตำแหน่งของโรคที่เป็น เช่น มะเร็งกล่องเสียงจะมาด้วยอาการเสียงแหบหรือเสียงเปลี่ยนร้อยละ 40.51 , เหนื่อยหอบ ร้อยละ 11.57 , เจ็บคอ ร้อยละ 17.36 , กลืนลำบาก ร้อยละ 6.5 , กลืนเจ็บ ร้อยละ 5.1 , เลือดออกในคอ ร้อยละ 1.61 , แผลในคอ ร้อยละ .023 , และอื่นๆ ร้อยละ 1.61

ส่วนมะเร็งโพรงหลังจมูกมักมาด้วยอาการทางจมูก เช่น อาจมีเสมหะปนเลือดไหลลงคอจากด้านหลังจมูก, แน่นจมูก, มีกลิ่นเหม็นในจมูก, เลือดกำเดาไหล, คอมีน้ำเหลืองบริเวณคอใต้, อาการปวดหรือชาบริเวณใบหน้า, อาการทางตา เช่น มองเห็นภาพซ้อน ตาแห้ง, อาการทางหู เช่น อาการหูอื้อ, มีเสียงดังในหู และอาการอื่นๆ เช่น ตาโปน , ขากรรไกรแข็งอ้าปากไม่ได้, เบื่ออาหาร, น้ำหนักตัวลดลง

ส่วนมะเร็งศีรษะและคอตำแหน่งอื่นๆ อาจมาด้วยอาการมีก้อนหรือมีแผลบริเวณนั้นๆ เช่น มีแผลเรื้อรังบริเวณกระพุ้งแก้ม, แผลหรือก้อนที่ลิ้น หรือริมฝีปาก

การกำหนดระยะของมะเร็งศีรษะและคอ : การกำหนดระยะต่างๆ ของโรคมะเร็ง ได้มีผู้พยายามจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามความมากน้อยของโรคที่ตรวจพบในขณะเริ่มต้นให้การรักษามะเร็งศีรษะและคอก็มีการแบ่งกลุ่มย่อยหลายรูปแบบ แต่ที่ใช้กันมากได้แก่ระบบที่เอ็มเอ็น (TMN = Tumor Metstasis Node System) โดย American Joint Commettee for Cancer Staging and Results Recording ซึ่งจะบอกระยะของมะเร็งตามความรุนแรงและการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความมากน้อยของโรคและช่วยในการวางแผน

การรักษา เปรียบเทียบผลการรักษาและยังช่วยบอกถึงการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป ในเวลาต่อไปข้างหน้า ซึ่งในปัจจุบันการรักษามะเร็งจะใช้ลักษณะของเนื้อเยื่อและตำแหน่งเป็นตัว การตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา (Baker and Feldman 1987 : 297 ; Otto 1995)

หลักการของการกำหนดระยะต่างๆ (Stage Grouping) ของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

T (Tumor) หมายถึง ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น

T₁ = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 2 ซม.

T₂ = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-4 ซม. ไม่ลุกลามไปถึง เนื้อเยื่อข้างเคียง

T₃ = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 4 ซม. และลุกลาม ถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง

T₄ = ก้อนมะเร็งมีขนาดโตมาก ลุกลามเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือกินทะลุถึง กระดูก

N (Node) หมายถึง สภาพของต่อมน้ำเหลือง แบ่งออกเป็น

N₀ = คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคอ

N₁ = คลำต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันได้ แต่เคลื่อนไหวได้ ขนาดของ ต่อมน้ำเหลืองที่คลำพบน้อยกว่า 3 เซนติเมตร

N₂ = คลำต่อมน้ำเหลืองด้านตรงได้ หรือคลำได้ทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหว ได้ขนาดของต่อมน้ำเหลืองที่คลำพบมากกว่า 3 เซนติเมตรแต่ไม่ เกินเซนติเมตร

N₃ = มีต่อมน้ำเหลืองชัดเจน เคลื่อนไหวไม่ได้ มีการแพร่กระจายของ ต่อมน้ำเหลืองขนาดของต่อมน้ำเหลืองที่คลำพบมากกว่า 6 เซนติเมตร

M (Metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายของโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น

M₀ = การตรวจทางคลินิกไม่พบการแพร่กระจาย

M₁ = ตรวจพบการแพร่กระจาย นอกเหนือไปจากการมีการแพร่กระ กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองทุดิภูมิภาค(Reginal Lymph Nodes)

จากตัวกำหนด 3 ตัวนี้ ก็มาจัดระบบว่าเป็นระยะ คือ Stage I, II , III หรือ IV โดยกำหนดว่า

Stage 0	จะประกอบด้วย	Tis N ₀ M ₀
Stage I	จะประกอบด้วย	TI N ₀ M ₀
Stage II	จะประกอบด้วย	T ₂ N ₀ M ₀
Stage III	จะประกอบด้วย	T ₃ N ₀ M ₀
		T ₁ N ₁ M ₀
		T ₂ N ₁ M ₀
		T ₃ N ₁ M ₀
Stage VI	จะประกอบด้วย	T ₄ N ₀ M ₀
		T ₄ N ₁ M ₀
		T อะไรก็ได้ N ₂ หรือ N ₃ M ₀
		T อะไรก็ได้ N อะไรก็ได้ M ₁

และ Stage Grouping ของ Nasopharynx (TMN : 1995) ได้กำหนดแยกรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

Stage 0	จะประกอบด้วย	Tis N ₀ M ₀
Stage I	จะประกอบด้วย	T ₁ N ₀ M ₀
Stage II A	จะประกอบด้วย	T _{2a} N ₀ M ₀
II B	จะประกอบด้วย	T ₁ N ₁ M ₀ หรือ T ₂ N ₁ M ₀ หรือ T _{2a} N ₁ M ₀ หรือ T _{2b} N ₀ , N ₁ M ₀
Stage III	จะประกอบด้วย	T ₁ N ₂ M ₀ หรือ T _{2a} , T _{2b} N ₂ M ₀ หรือ T ₃ N ₀ , N ₁ , N ₂ M ₀
Stage IV A	จะประกอบด้วย	T ₄ N ₀ , N ₁ , N ₂ M ₀
IV B	จะประกอบด้วย	Any T N ₃ M ₀
IV C	จะประกอบด้วย	Any T Any N M ₁

เซลล์มะเร็งทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเฉพาะที่ และทั้งระบบ (Louis 1978 : 95-102) การเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความสวยงาม โดยเฉพาะเมื่อเป็นมะเร็งบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย เช่นบริเวณศีรษะและคอ การกดทับเนื้อเยื่อหรือหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออกบริเวณแผลมะเร็ง มีการกดทับเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการชาหรืออ่อนแรง อาจจะมีการอุดตัน ของอวัยวะที่เป็นท่อ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการคั่งของสารเหลว บริเวณที่อุดตันได้ นอกจากนี้ยังทำให้อวัยวะเสียหายที่ มีการติดเชื้อตามมาได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบได้แก่ อาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดออกมทางรอยแผลมะเร็งปริมาณมากเป็นเวลานาน และการขาดสารอาหาร หรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การดูดซึมสารอาหารผิดปกติ ทำให้การสร้างอีรีโทพอยอีซิส (Erythropoiesis) ลดจำนวนลง ส่วนการติดเชื้อนั้นพบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมีการรบกวนปริมาณของเม็ดเลือดขาว และโปรตีน เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค (Immunoglobulin) ลดจำนวนลง อาการไข้เป็นอาการที่พบร่วมกับภาวะติดเชื้อ อาการทางระบบประสาท จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และมีการอักเสบของกระดูกอ่อน (Dermatomyositis) สำหรับกลุ่มอาการผอมแห้งแรงน้อย (Anorexia-cachexia syndrome) ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอิ่มเร็ว น้ำหนักลด ซีด และผอมบาง อาการนี้จะพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายในระยะแพร่กระจายเกือบทุกราย (Snook 1983 : 97-98) นอกจากนี้ผลผลิตของเซลล์มะเร็งในระยะลุกลามสามารถก่อให้เกิดความไม่สมดุลภายในร่างกายได้ดังนี้

1. ก่อให้เกิดความไม่สมดุลต่อกระบวนการเผาผลาญสารอาหารภายในร่างกาย เนื่องจากเยื่อหุ้มเซลล์และเนื้อเยื่อของมะเร็งมีคุณสมบัติในการดูดซึมสารอาหารและออกซิเจนสูงกว่าเซลล์ปกติ (Braun 1977 : 61) จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับระดับไกลโคเจนที่ตำแหน่งปากมดลูกและปากช่องคลอด ระหว่างเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ โดย Chowdhury and Chowdhury (1981 : 563) พบว่าร้อยละของเซลล์มะเร็งมีระดับไกลโคเจนต่ำ จำนวนเซลล์มากกว่าเซลล์ปกติ เนื่องจากมีการใช้น้ำตาลในร่างกายเพิ่มขึ้น จึงอาจตรวจพบน้ำตาลในร่างกายเพิ่มขึ้นและตรวจพบน้ำตาลในโลหิตต่ำกว่าปกติ และบางรายระดับกรดแลคติกสูงขึ้นด้วย (Devila J.R. et.al. 1982 : 67) จากระดับกรดแลคติกที่สูงขึ้นเกินกว่าภาวะปกตินี้เอง สามารถทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Stand 1978 : 69) ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เช่นถ้าสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจจะต้องทำงานเพิ่มขึ้น สะสมที่กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจการหายใจจะแรงและเร็วในระยะแรกและค่อย ๆ

อ่อนแรงลงในระยะต่อไปเป็นต้น นอกจากนี้การลุกลามของมะเร็งทำให้มีการทำลายโปรตีนมากกว่าปกติเนื่องจากการทำลายเซลล์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมะเร็งระยะท้าย ๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดตันของท่อน้ำเหลือง เส้นโลหิต ทางเดินปัสสาวะ และระบบขับถ่าย ซึ่งเป็นสาเหตุให้การทำงานของอวัยวะเหล่านี้ล้มเหลวได้

2. ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางชีวเคมี เช่น การสูญเสียโลหิตและน้ำเหลือง ซึ่งมีผลทำให้ระดับฮีโมโกลบินในร่างกายลดลง ระดับแอลบูมินในเลือดต่ำ ซึ่งส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนคือน้ำและโซเดียมคั่งระหว่างเซลล์ และความผิดปกติอื่น ๆ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ถือเป็นโรคร้ายแรงสำหรับผู้ป่วย ย่อมเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจ ปรับตัวปรับฐานทางจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกขาดความมั่นคงปลอดภัย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเชื่อกันว่ารักษาให้หายขาดได้ยาก แม้ว่าปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมีการพัฒนา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน้อย 5 ปี ภายหลังการรักษา (Craytor and Faso 1982 : 50) จากคำบอกเล่าของแพทย์และพยาบาล เมื่อได้รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นมะเร็งอยู่ในระยะไหน ทั้งผู้ป่วยและญาติย่อมก่อเกิดความเครียด ภาวะความทุกข์ทางใจ ความวิตกกังวลต่างๆ ตามมา การเป็นมะเร็งที่บริเวณศีรษะและคอมักจะได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดหรือฉายรังสี หรือทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ผู้ป่วยและรวมถึงญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดความไม่เข้าใจ สงสัย หรือไม่แน่ใจต่อวิธีการรักษา มีความกลัวในหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น ในส่วนบริเวณที่เป็นศีรษะและคอ มักกังวลเกี่ยวกับความสูญเสียลักษณะที่ชวนมองและสูญเสียความดึงดูดใจแก่ผู้พบเห็น เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฉีดเส้นบ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสี ไว้บนใบหน้าและคอตลอดการรักษา ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องหมายที่แสดงถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้เด่นชัด การยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานก็มักจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง บางรายก็ต้องรักษาอย่างไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน และต้องได้รับการดูแลรักษาที่ใกล้ชิดติดต่อกันตลอด แม้แต่ในรายที่รักษาจนครบตามขั้นตอนแล้ว ก็ยังต้องมาพบแพทย์เป็นระยะ ๆ เพื่อที่แพทย์จะได้ติดตามผลการรักษา เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่ปรากฏช้าได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

1. ด้านร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย อันเนื่องมาจากผลกระทบของรังสีรักษา เช่น อาการแสบคัน หรือเกิดแผลบริเวณผิวหนังที่ ได้รับรังสี มีแผลในปากจากการอักเสบจากเชื้อช่องปาก มีกลิ่นปาก เจ็บปาก เจ็บคอ เชื้อช่องปาก อักเสบ สูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา รังสีสามารถไปทำลาย microvilli และผิวชั้นนอกของต่อมรับรส จึงทำให้ต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป (Conger 1973 : 346) น้ำลายแห้ง ฟันผุเนื่องจากน้ำลายมีความเป็นกรดมากขึ้น ท่อยูสเตเชียนอุดตัน ทำให้เกิด Serous otitis media (ดราว์ตัน สุวรรณโพธิ์ศรี เอกสารบรรยายกายวิภาคศาสตร์, 2540) อ้าปากไม่ขึ้น (trismus) หรือมีการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ เป็นปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของรังสี ต่อกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการทำทำความสะอาดช่องปาก และมีฟันผุง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารลำบาก อาจเป็นเหตุให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพออีกด้วย (Moor 1984 :391) และอาการปากแห้ง ซึ่งเกิดจากที่ acina cell และท่อของต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำลายจะลดลง สอดคล้องกับ (Dreizen 1977 : 86) พบว่า ปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา และจะลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งถึง 36 เดือน ภายหลังการรักษา และคุณสมบัติของน้ำลายจะเปลี่ยนแปลงไป คือน้ำลายจะเหนียวขึ้น และมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น

2. ปัจจัยความกลัวโรคมะเร็ง ความกลัวเป็นภาวะเครียดที่พบได้เสมอ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวว่าแห้ว กลัวความทุกข์ทรมาน กลัวช่วยตัวเองไม่ได้ กลัวต้องพึ่งพาบุคคลอื่น กลัวความเจ็บปวด กลัวไร้ความสามารถ กลัวเสียรูปลักษณ์ (Videvoe, 1981 : 37) กลัวรักษาไม่ได้หรือรักษาไม่หาย และกลัวโรคจะลุกลาม ความกลัวโรคมะเร็งอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดนี้ จะพบในผู้ป่วยมะเร็งทุกคน และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และวิตกกังวลมากที่สุด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522 : 167) ดังเช่นการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2525) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกับโรคเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มละ 100 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าวัย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หรือเศรษฐกิจฐานะใดก็ตาม จะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าพอๆ กัน

3. ปัจจัยจากการขาดความรู้ ความไม่รู้เป็นบ่อเกิดของความวิตกกังวล และความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุด ความไม่รู้หรือการได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยทำนายเหตุการณ์จาก

การรับรู้อย่างผิดๆ หรือเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง ขั้นตอนของการตรวจที่ละเอียดและสลับซับซ้อนอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคที่กำลังเป็นนั้นว่ากำลังลุกลาม การไม่บอกกล่าวเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา อาจจะเป็นปัจจัยที่ความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น เช่น จากการศึกษาของ อนุริย์ตันสกุล (2522 : 706) ในผู้ป่วยมะเร็งก่อนเข้ารับรังสีรักษาร้อยละ 80 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา และร้อยละ 65 แสดงอารมณ์วิตกกังวลเกี่ยวกับรังสีรักษา

Eardley (1983 : 123) ได้รายงานความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับรังสีรักษาว่า ผู้ป่วยต้องการรับรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของรังสีรักษาร้อยละ 67 ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของรังสีรักษาร้อยละ 50 ระยะเวลาของการรักษาร้อยละ 23 ความหมายของเอกซเรย์ร้อยละ 15 และคำยืนยันความปลอดภัยจากรังสีระหว่างรักษาร้อยละ 15

Israel & Mood (1982 : 58) ได้รวบรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา จากประสบการณ์การทำงานที่ได้ให้การพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา มีความต้องการทราบในเรื่องขั้นตอนของการรักษา วิธีการรักษา และเหตุผลที่ใช้ในการรักษาแต่ละวิธี แผนการรักษา ผลของการรักษา การป้องกันผลข้างเคียง การเผชิญปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะเมื่อผมร่วง อาการปากแห้ง การรักษาด้วยวิธีนี้มีผลต่อบุคคลใกล้เคียงหรือไม่ การเผชิญการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับความรู้ลึกของครอบครัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้ยังต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของเครื่องฉายรังสี บรรยากาศของห้องฉายรังสี และระยะเวลาที่ต้องอยู่ในห้องฉายรังสีแต่ละครั้ง

4. ปัจจัยจากความกลัวรังสีรักษา ผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยรังสี นอกจากจะไม่ทำให้โรคมะเร็ง ที่เป็นอยู่หายแล้ว ยังเป็นสาเหตุทำให้โรคมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายอีกด้วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522 : 169) ฉะนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่จะต้องเข้ารับการบำบัดด้วยรังสีรักษาจำนวนมากมีอารมณ์หวาดกลัว สิ้นหวัง ดังเด กังวล และบางคนอาจจะปฏิเสธการรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2520 : 45) ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับรังสีรักษานี้เป็นผลเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลและคำเล่าลือเกี่ยวกับรังสีรักษาและผลข้างเคียงในทางลบ เช่น รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษา ซึ่งใช้เฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการรุนแรงใกล้ตาย หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถบำบัดด้วยวิธีการผ่าตัด หรือการรักษาอย่างอื่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษามีขนาดใหญ่มาก เป็นเครื่องมือที่ได้รับการควบคุมด้วยไฟฟ้าพลังสูง ตัวรังสีมีอำนาจในการทำลายสูงมาก อาจทำให้

เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การไหม้ของผิวหนัง อาการเบื่ออาหารตลอดระยะเวลาฉายแสง ผอมร่าง ตา บอด ทำให้ยื่นสัณนิษฐานผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง บางรายเชื่อว่า ระหว่างรับรังสีรักษาร่างกายจะมี รังสีอยู่ในตัว ซึ่งสามารถออกจากร่างกายมาทำอันตรายต่อบุคคลอื่น จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยพยายาม แยกตัวเองด้วยเกรงว่าสังคมจะรังเกียจ (Burns, 1982 : 122)

อย่างไรก็ตามรังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่ง ที่มีความสำคัญมากในการรักษา มะเร็งศีรษะและคอ สามารถใช้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนถึงระยะสุดท้ายของโรคและยังได้ผลดีในการบรรเทาอาการ ของโรคอีกด้วย วัตถุประสงค์ของการฉายรังสีนั้นเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ระวังความเจ็บปวด ระวัง อาการของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข ผลดีของการรักษาโดยการ ฉายรังสีก็มีมาก การฉายรังสีจะมีการกำหนดบริเวณการฉายรังสีให้ครอบคลุมรอยโรคและตำแหน่ง ที่มีการลุกลามของโรค หลีกเลี่ยงการฉายรังสีไปถูกเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใกล้เคียง แต่ผลการรักษาด้วย รังสีนั้นนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลต่ออวัยวะใกล้เคียง เพราะเนื้อเยื่อหรือเซลล์แต่ละ ชนิดมีความไวไม่เท่ากัน อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่คนทั่วไปมักเรียก “ อาการแพ้รังสี ” และ การรักษาได้รับผลดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย และขนาดของรังสีที่ใช้เป็นปัจจัย สำคัญ โดยทั่วไปแล้วแบบแผนการรักษานั้น มักใช้ปริมาณรังสีประมาณ 6,000-7,000 เซนติเกร (cGy) ในระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ อ้างใน นฤมล ศาสตร์สุข 2540 : 11) โดยให้ 200 cGy ต่อวันติดต่อกันเป็นเวลา 5 วันใน 1 สัปดาห์ การแบ่งช่วงเวลาในการให้รังสีเช่นนี้ จะทำให้นี้ออกนั้นมีเซลล์ที่มีออกซิเจน (Oxygenated cell) เพิ่มขึ้นเป็นโอกาสให้เซลล์ปกติของร่าง กายมีโอกาสฟื้นตัวจากการได้รับผลกระทบจากรังสีด้วย

ในระหว่างการรับการรักษาด้วยรังสีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จะมีการเปลี่ยนแปลง ต่างๆเกิดขึ้นได้ทุกระบบ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างรับรังสีนั้น จะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา และปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งของทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบ หรืออาจเรียกภาวะแทรกซ้อน (ไพรัช เทพมงคล 2520 : 95-104 อ้างใน นฤมล ศาสตร์สุข 2540 : 12-15) ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ และภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายทั่วไป คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ แบ่งออกเป็นการอักเสบของผิวหนังและการเปลี่ยนแปลง ของเนื้อเยื่อและอวัยวะในช่องปาก

1.1 การอักเสบของผิวหนัง มักพบว่าผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ยังคงมีความไม่สบายจากการอักเสบของผิวหนัง (Walker 1982 : 2061) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นย่อมเป็นที่พบเห็นได้ง่าย ก่อให้เกิดความรู้สึกอับอายและความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ นำมาซึ่งความรู้สึกทุกข์ใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีจะเป็นมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับช่วงเวลา และชนิดของรังสีที่ได้รับตลอดจนการดูแลรักษาผิวหนังเป็นสำคัญ การอักเสบของผิวหนังที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการรักษานั้น ถือว่าเป็นการอักเสบระยะเฉียบพลัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในระยะนี้ก่อให้เกิดความไม่สบายแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อาการและอาการแสดงจะปรากฏดังนี้

1. อาการผิวหนังร้อนแดง จากการขยายตัวของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารคล้าย Histamine ที่เกิดจากการทำลายของ Germinal cell ขุมขน Hair follicle และต่อมไขมัน อาการนี้จะเกิดภายในเวลานับเป็นชั่วโมง หรือวัน ภายหลังได้รับรังสีมักจะเป็นอย่างนาน 2-3 วัน

2. อาการผิวหนังแห้ง และหลุดลอกเป็นสะเก็ด Dry desquamation ผู้ป่วยจะรู้สึกผิวหนังแห้งกว่าปกติ คัน และมีการลอกของผิวหนัง อาการนี้เกิดเมื่อได้รับรังสีมากกว่า 3,000 cGy ขึ้นไป เนื่องจากปริมาณรังสีที่เพิ่มมากขึ้นนี้ จะทำลายต่อมเหงื่อและ Basal columnar cell ของหนังกำพร้า ซึ่งหากผู้ป่วยแคะเกา หรือมีการเสียดสีบริเวณผิวหนัง จะทำให้เกิดแผล ทำให้มีอาการเจ็บปวดได้

3. อาการบวมแดง ปวดเสียบปวดรื้อนบริเวณผิวหนัง อาการนี้มักเกิดภายหลังรับรังสีมาแล้วประมาณ 4,000 cGy และจะหายได้ใน 2 สัปดาห์ ภายหลังที่ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด อาการนี้ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอย

4. อาการแตกของผิวหนัง และมีน้ำเหลืองปน มักเกิดมีตุ่มน้ำใส ๆ เกิดขึ้นก่อนแล้วแตกเป็นแผลมีน้ำเหลืองปน เกิดจากการที่เซลล์ของผิวหนัง และหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งพบอาการนี้ได้บ่อย แต่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากการได้รับรังสีมากกว่า 4,000 cGy

5. ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้นมากกว่าปกติ เนื่องจากการสร้างเมลานินมากขึ้น ภายหลังที่มีอาการร้อนแดงของผิวหนัง สีที่คล้ำนี้จะคงอยู่ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังรับรังสีมา

แล้ว 4 สัปดาห์ นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ แล้ว หากมีการระคายเคืองจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ฉายรังสีเพิ่มขึ้นได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ และอวัยวะในช่องปากจากผลกระทบของรังสี ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ การขาดอาหาร เป็นต้น

1. เยื่อบุช่องปากอักเสบ ความรุนแรงของการอักเสบขึ้นอยู่กับ ขนาดของรังสีที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับรังสี และปริมาณของเนื้อเยื่อที่ถูกรังสี รวมทั้งลักษณะทางสรีรวิทยา และสภาพจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย (Dudjak 1987 : 133 ใน พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2524 : 312-321) ได้แบ่งปฏิกิริยาการอักเสบเป็น 3 ระยะคือ

- Mild reaction จะพบได้ในผู้ป่วยทุกรายและมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 cGy ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย และเยื่อบุช่องปากเปลี่ยนแปลงเป็นสีแดงอ่อนๆ เท่านั้น

- Moderate reaction จะพบว่าระยะนี้เยื่อบุช่องปากจะแดงจัดขึ้น และผู้ป่วยจะเจ็บคอมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลงและอาจมีเชื้อโรคแทรกเช่น เชื้อรา แบคทีเรีย ซึ่งมักพบภายหลังได้รับรังสี 5,000-6,000 cGy

- Severe reaction จะพบเยื่อเป็นสีแดงจัด และมีบริเวณสีขาวๆ คล้ำๆ เป็นจ้ำๆ กระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างของลิ้น เพดานอ่อนและ Oropharynx มักจะมีการติดเชื้อแทรกซ้อนเสมอ ผู้ป่วยจะเจ็บคอมาก ซึ่งถ้าหยุดรังสีอาการต่างๆ จะดีขึ้น

2. อาการปากแห้ง (Xerostomia) ซึ่งเกิดจากการที่ acina cell และท่อของต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำลายจะลดลง (Dreizen 1977 : 86) ได้พบว่า ปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็ว ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาและจะลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งถึง 36 เดือน ภายหลังการรักษา และคุณสมบัติของน้ำลายจะเปลี่ยนแปลงไป คือ น้ำลายจะเหนียวขึ้น และมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น

3. อาการสูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร มักเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 1,000 cGy ทั้งนี้เนื่องจากรังสีไปทำลาย microvilli และผิวชั้นนอกของต่อมรับรส จึงทำให้ต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป (Conger 1973 : 346) ซึ่งการเสื่อมนี้จะเพิ่มขึ้น

เรื่อยๆ ตามการเพิ่มของปริมาณรังสี โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถ ในการรับรสชาติอย่างสิ้นเชิง เมื่อได้รับรังสีไปแล้ว 3,000 cGy (Dudjak 1987 : 134) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่าความสามารถในการรับรสอาหารนี้จะดีขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลา 20-60 วัน หลังสิ้นสุดการรักษา และอาการจะดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ในเวลา 120 วัน

4. อาการฟันผุจากรังสี (Radiation decay) รวมทั้งปัจจัยร่วมได้แก่ อาการปากแห้ง น้ำลายเป็นกรดมากขึ้น เป็นต้น อาการปวดฟันจากฟันผุ อาการฟันผุจากรังสี นี้พบได้ค่อนข้างมากในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบโดยตรงของรังสีต่อฟันรวมทั้งเกิดจากปัจจัยร่วมได้แก่ อาการปากแห้ง (Xerostomia) และการที่น้ำลายมีคุณสมบัติเป็นกรดมากขึ้นจึงทำให้ความสามารถในการต่อต้านฟันผุลดลง (Trowbridge & Carl 1975 : 2148) นอกจากนั้นยังได้จำแนกปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีฟันผุมากขึ้นขณะรับรังสีรักษาไว้ดังนี้คือ

- Original Susceptibility to Caries หมายถึง ผู้ป่วยที่มีฟันผุอยู่ก่อนการรักษาจะมีฟันผุมากขึ้นจากความเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากรังสี
- Gingival recession with exposure of root surface หมายถึง รากฟันที่โผล่ออกมาจากผลของเหงือกเร่นจะผุได้ง่ายเป็น cervical caries หลักการฉายรังสี
- Status of oral hygiene ถ้ามีเชื้อของช่องปากอักเสบ (Radiation mucositis) อย่างรุนแรง จะมีแผ่นคราบฟันมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นตัวการเริ่มต้นของฟันผุ ซึ่งจะผุมากขึ้นเวลาฉายรังสีเสร็จแล้ว
- Dietary alteration during irradiation เนื่องจากการมีเชื้อของช่องปากอักเสบผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอาหารอ่อน มีคาร์โบไฮเดรตสูง และเกิดแผ่นคราบฟันซึ่งมีคาร์โบไฮเดรตมาก จะมีผลทำให้เกิดฟันผุได้มากขึ้น

ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาฟันผุจากรังสี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจสอบสภาพฟันและถอนฟันที่ผุก่อนการรักษา ร่วมกับการดูแลสุขภาพอนามัยของช่องปากอย่างดีในระหว่างการรักษาจะสามารถลดอัตราการเกิดฟันผุนี้ได้ (Carl 1980 : 276)

5. อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (Trismus) เป็นปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของรังสีต่อกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการทำความสะดวกช่องปาก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อภายในช่องปาก และมีฟันผุง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารลำบาก อาจเป็นเหตุทำให้

ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพออีกด้วย (Moor 1984 : 391) อธิบายถึงอิทธิพลของรังสีต่อการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อว่า รังสีขนาด 6,000-7,000 cGy จะทำให้โอกาสของการถูกทำลายของกล้ามเนื้อบางส่วน และการเกิด Fibrosis สูงขึ้น

6. อาการระคายเคืองของตาจากรังสี โดยทั่วไปแล้วในการฉายรังสีบริเวณใบหน้าจะมีการป้องกันเป็นอย่างดี เพื่อไม่ให้ตาได้รับรังสี แต่อาจมีอาการระคายเคืองเพียงเล็กน้อยได้ เช่น อาการอักเสบตาแดง บวม คัน หรืออาจปวดตา และอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรำคาญและเจ็บได้ อย่างไรก็ตามถ้าหากเลนส์ตาได้รับรังสีในปริมาณ 750-1,000 cGy ก็อาจทำให้เกิดต้อกระจกได้ (Ogi 1978 : 144)

7. อาการระคายเคืองต่อหู ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณหูหลายๆ จะมีการบวมของแก้วหู ทำให้หูอื้อมีเสียงในหู ปวดหู ถ้าเป็นนานๆ กระดูกหูถูกทำลาย ทำให้การได้ยินเสียไป และบางรายอาจมีการตีบตันของรูหูได้ (วิสุทธิ วุฒิพฤษย์, อ้างในไพรัช เทพมงคล 2520 : 103)

2. ภาวะแทรกซ้อนทั่วไป มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีเป็นบริเวณกว้าง และปริมาณมากๆ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการไม่สบายขึ้น อาการนี้อาจเกิดภายหลังจากรังสี ไปแล้วไม่กี่ชั่วโมง ถึงหลาย ๆ วัน ความรุนแรงของอาการนั้นจะขึ้นอยู่กับ ปริมาณของรังสีที่เนื้อเยื่อได้รับ Radiation Sickness นี้ประกอบด้วยอาการ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย หนาวสั่น ปวดศีรษะ และเบื่ออาหาร เชื่อว่าอาการเหล่านี้เกิดจาก มีการสะสม End product ซึ่งเกิดจากการแตกทำลายของเซลล์ในกระแสเลือดซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่างกาย หรืออาจเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลไว้ได้ เพราะผลของรังสีในการทำลายเซลล์ และต้องใช้พลังงานอย่างมาก ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ การทำกิจกรรมต่างๆ จึงแสดงอาการอ่อนเพลีย (Ogi 1978 : 145) และได้ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า เนื่องจากรังสีมีผลทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและทำให้ผู้ป่วยซีด มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น ทั้งนี้ยังมีภาวะการได้รับอาหารไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายอันเนื่องมาจากอาการเจ็บปาก กลืนลำบาก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ของรังสีรักษา เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

การที่ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลทั้งองค์รวมเป็นผลให้เกิดความต้องการ การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้อง ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้เพียงพอ และต่อเนื่องอย่างเหมาะสม การมีส่วนร่วมในการ

รักษาของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีปัจจัยหลาย ๆ ด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การปรับอารมณ์ มีกำลังใจที่จะต่อสู้ ผลถึงโอกาสที่จะหาย ทำให้เกิดภูมิด้านทานของร่างกายเพิ่มขึ้น ต่อต้านกับเชื้อโรค ได้รับความร่วมมือที่จะปฏิบัติตัว ยอมรับการรักษาของแพทย์ต่อการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับธรรมชาติ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอย่างไร มีปัจจัยปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่สัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไรมีความแตกต่างกันอย่างไร ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ข้อควรปฏิบัติหรือคำแนะนำเบื้องต้นเมื่อมารับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือฉายรังสี

1. บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง ก่อนได้รับรังสีรักษา หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับรังสี 3-4 ชั่วโมง แล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ เบาๆ โดยรับประทานอาหารทีละน้อยๆ ช้า ๆ แต่บ่อยครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้อาหารแน่น กระเพาะมากเกินไป งดอาหารที่มีรสจัดและอาหารที่มีกลิ่นฉุนหรือมันมาก หลีกเลี่ยงอาหารที่ยืดจืดหรือร้อนจัด รับประทานอาหารควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตามคำสั่งแพทย์ ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีอื่นๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล การสูดหายใจเข้าออกลึกๆ การจินตนาภาพ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 254 ; อาคม เขียรศิลป์ 2533 : 23)

2. หลีกเลี่ยงจากการโดนน้ำ การใช้น้ำหอม ครีมหรือโลชั่น แป้งโรยตัวธรรมชาติ บริเวณที่ได้รับรังสี ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีของผู้ป่วยจะค่อย ๆ เปลี่ยนสีและยุ่ยหลุดลอกง่าย เนื่องจากการทำลายของรังสี ทะลุทะลวงผ่านชั้นผิวหนัง ซึ่งน้ำ โลชั่น หรือแป้ง เป็นตัวทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ง่าย จึงควรหลีกเลี่ยงในบริเวณนั้น และนอกจากนี้หลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกความร้อนหรือเย็นมากเกินไป และการกระทบกระแทก การถูหรือเกาแรงๆ เป็นต้น

3. การเจ็บปาก และประสิทธิภาพของอวัยวะในการบดเคี้ยวลดลง ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รับประทานอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ร่างกายต่อสู้กับอาการข้างเคียงของรังสีได้ดีขึ้น น้ำหนักตัวไม่ลดลง ช่วยสร้างเสริมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายไป ในระหว่างการได้รับยา โดยรับประทานอาหารให้ได้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนจากปลาจะดีเยี่ยมและย่อยง่าย และพืชผักต่างๆ โปรตีนผู้ป่วยต้องการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 แคลอรี ที่ต้องได้รับทั้ง

หมดใน 1 วัน (เขวาลักษณ์ ชาญศิลป์ ทิพย์ภูมิ ภัทรนุชชาพร และณัฏฐิ นนทปารยะ 2533 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 266) ลดอาหารประเภทไขมันสูง และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. ควรรับประทานอาหาร ที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหารเพิ่มขึ้น เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ถั่วต่างๆ ผักและผลไม้ที่มีสีส้มและเหลืองเพิ่มมากขึ้น ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2500-3000 ซีซี เพื่อช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ป้องกันการตกผลึกของกรดยูริกในท่อไต ช่วยในการทำงานของท่อไตเป็นปกติ และทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ป้องกันการเกิดแผล (Beaulieu & Tenenbaum 1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2537 : 266) โดยอาจปรับเปลี่ยน ชนิดของเครื่องดื่มตามความชอบ และเป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น นมสด นมถั่วเหลือง หรือน้ำผลไม้ เป็นต้น

5. รักษาสมดุลของการมีเวลาเป็นส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้ตนเองได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของตนเอง ตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองอีกด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2537 : 66)

6. มีการออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะๆ หรือเดินเร็วๆ วันละ 15-20 นาที ทำเป็นประจำอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 8-10 ชั่วโมง เพื่อให้มีกำลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และส่งเสริมสุขภาพ

7. การฝึกจิตหรือการทำสมาธิ ไม่จำเป็นที่จะต้องใช้วิธีสวดมนต์ภาวนากัมมฐาน อาจจะใช้วิธีการผ่อนคลายจิตใจหรือใช้ในรูปแบบอดิเรก เพื่อความเพลิดเพลิน แต่มีใจจดจ่อ นิ่ง ไม่หวั่นไหว ไม่ฟุ้งซ่านคิดถึงแต่เรื่องความเจ็บป่วย การทำงานที่เพลิดเพลินมีสมาธิ การมีสมาธิช่วยเพิ่มความต้านทานให้กับร่างกาย (Immune) เช่น การซักล้าง ปักผ้า ทอผ้า ถักเสื่อ ปลูกต้นไม้ (เป็นงานที่ตนเองชอบอยู่แล้ว)

8. ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยหาวิธีการผ่อนคลาย อารมณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การระบายความรู้สึกต่างๆ กับผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลที่เราไว้วางใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิเบี่ยงเบนความสนใจ อย่างข้อ 7 ที่กล่าวมาแล้ว ย่อมลดความตึงเครียดวิตกกังวลทางจิตใจลง

9. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สังเกตอาการ-

เปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงความผิดปกติ และแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพเมื่อเกินความสามารถที่ตนเองจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ ได้แก่แพทย์ พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัย ข้องใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตนเอง

10. ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่อาจเกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

10.1 สังเกตอาการบริเวณผิวหนัง ที่ได้รับรังสีรักษาอย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรให้บริเวณที่รับรังสีโดนน้ำ การใช้น้ำหอม ครีมหรือโลชั่น แป้งโรยตัวธรรมดา บริเวณที่ได้รับรังสี เพื่อป้องกันการอักเสบและติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา

10.2 ป้องกันการอักเสบภายในช่องปาก โดยทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังการรับประทานอาหารทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็นจัด หรืออาหารแข็งที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก ถ้าพบมีอาการอักเสบหรือติดเชื้อแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบเพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือต่อไป

10.3 เมื่อมีภาวะซิด ดูแลตนเองให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ 8-10 ชั่วโมง/วัน ทั้งกลางวันและกลางคืน ปรับการทำการกิจกรรมให้เหมาะสม ลดการใช้พลังงานของร่างกาย เพิ่มเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน วันละ 2-3 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอทั้งวิตามินและเกลือแร่ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก (Yasko 1987 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 254)

10.4 เมื่อมีอาการท้องเสีย บรรเทาอาการโดยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารสุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อยกว่าปกติ อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ สังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ถ้ามีอาการมากขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

10.5 เมื่อมีอาการท้องผูก บรรเทาอาการโดยการดื่มน้ำมากๆ 2500-3000 ซีซี/วัน ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ถ้ามีอาการท้องผูกมากติดต่อกันหลายวัน อาจใช้ยาระบายอย่างอ่อนหรือยาเหน็บทวารหนักช่วย หากมีอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์

10.6 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วง โดยสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน หวีผมเบาๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การอบผมหรือตัดผม การตัดผมสั้นจะช่วยไม่ให้รู้สึกว่ามันยาวมาก

(Yasko 1987 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 255) นอกจากนี้ยังอาจเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์โดยใช้ผมปลอม หรือสวมหมวก

10.7 บรรเทาอาการผิวหนังแห้ง เป็นผื่นคัน โดยการรักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีมโลชั่นทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ยกเว้นการทาบริเวณที่ฉายรังสี และไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดแรงๆ

10.8 ป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวจำนวนลดน้อยลง โดยการรักษาประดานอาหารที่สุกสะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อโรคหรือการได้รับเชื้อโรคจากบุคคลอื่น เช่น คนเป็นหวัด สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ

10.9 ป้องกันการเกิดเลือดออก จากการที่มีเกร็ดเลือดลดลง มีภาวะเลือดออกง่าย โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ และคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง เป็นต้น

11. ปรับทัศนคติ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด สร้างเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ยอมรับการพึ่งพาผู้อื่นและตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง สร้างความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย

12. พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ลดภาระของญาติและครอบครัว มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อสังคม มีกำลังใจต่อสู้ต่อไป และเพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลในภาวะที่ต้องรับการรักษาด้วยรังสีบำบัด เป็นการสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งนับว่าเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่นเดียวกับประเทศอื่นทั่วโลก มะเร็งเป็นเรื่องของโรคที่เกิดทั้งตัวทั้งระบบทั้งร่างกาย การมองปัญหาและการรักษาจึงต้องมองทุก ๆ ด้าน ไม่ใช่ยีนส์หรือพันธุกรรมที่มีบทบาทเด่นในการเกิด แต่เป็นความล้มเหลวภายในร่างกาย ล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันทั้งระบบ ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม จิตใจ ความเครียดแต่ละคนไม่เท่ากัน ไม่เหมือนกัน ภูมิคุ้มกันของแต่ละคนไม่เท่ากัน เนื่องจากวิธีการกินไม่เหมือนกัน วิถีชีวิตไม่เหมือนกัน การมองปัญหา มองโลกก็ไม่เหมือนกัน คนที่มีความเครียด

สูง หรือเกิดการเครียดเรื้อรังมันส่งผลยาวไกล ในขณะที่เครียดฮอร์โมนอะดรีนาลินหลั่งออกมา มาก ทำให้เมตาโบลิซึมในร่างกายของเราสูงมากกว่าปกติ ปฏิกริยาเช่นนี้เองที่ทำให้ร่างกายของเรา ผลิตอนุมูลอิสระออกมามากกว่าปกติ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีการได้รับรู้ต่อภาวะสุขภาพ มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีม สุขภาพ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่ก่อให้เกิดโทษ และ กระทำพฤติกรรมที่เอื้อให้เกิดสุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น เลิกการ ดื่มเหล้า&บุหรี่ รักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว อาจใช้แนวทางธรรมชาติบำบัดเข้ามาช่วยเสริม โดยการใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติให้มากที่สุด เริ่มต้นจากโภชนาบำบัด อาหารแบบธรรมชาติบำบัด ไม่ ใช่มังสวิรัติ ธรรมชาติบำบัดมิได้ปฏิเสธโปรตีนจากเนื้อสัตว์ และไม่ส่งเสริมให้รับประทานข้าวหรือ แป้ง เป็นอาหารหลักวันละ 3 มื้อ แต่ธรรมชาติบำบัดชี้ชวนให้จัดสัดส่วนของอาหารใหม่ คือ รับประทานอาหารผักผลไม้เป็น 6 ใน 10 ส่วน ที่เหลือจึงเป็นอาหารเนื้อ แป้ง และไขมันจากสัตว์ลด น้อยที่สุด เนื้อสัตว์อาหารประเภทปลาจะย่อยง่ายเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็ง ผักและผลไม้มีสารพวก วิตามิน ซึ่งส่วนใหญ่ทำหน้าที่เร่งและควบคุมปฏิกิริยาชีวเคมีทั้งหมดของร่างกาย รับประทานโดย คำนึงถึงปริมาณเหมาะสมพอดี สมดุลในสัดส่วนอาหารธรรมชาติ จึงจะเกื้อกูลร่างกาย ให้มีสุขภาพ ดีได้อย่างธรรมชาติ เป็นต้น การที่ผู้ป่วยมีการประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ความค้ำ หนาน/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่มากขึ้น การมองปัญหาและผลกระทบด้านร่างกาย การปรับอารมณ์ จิตใจ นอกจากนี้ผลกระทบในด้านครอบครัว คนในครอบครัวรู้สึกไม่เป็นสุขต่อการเจ็บป่วยและ การรักษาของผู้ป่วยตามไปด้วย ต้องรับภาระในการช่วยดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น ทางด้านเศรษฐกิจและ สังคม ผู้ป่วยและญาติรับภาระในการดูแลรักษา ในระยะเวลาอันยาว การใช้จ่ายเงินเป็นค่าดูแลรักษา ความยากลำบาก รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากแพทย์และ พยาบาลในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาในการรักษา และเวลาของผู้ดูแลรักษาใกล้ชิด สูญเสีย การปฏิบัติหน้าที่การงาน

จากที่กล่าวโดยสังเขป ผู้ป่วยรับรู้ในปัญหาและภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ความไม่สุขสบาย ประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวเบื้องต้นทั้งที่อยู่ในโรง พยาบาลเมื่อได้รับการรักษาโดยรังสี และเมื่อกลับบ้านตลอดจนทั้งตัวผู้ป่วยเองและญาติที่ช่วยดูแล สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงประเด็นนี้ใน

เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมงานสุขภาพ ซึ่งจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาลและคำแนะนำช่วยให้เกิด การส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม โดยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของผู้ป่วย ที่มีต่อการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และให้การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2530 : 1) ได้ให้ความหมายไว้คือ การกระทำหรือการแสดงออกของสิ่งมีชีวิตทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ เช่น กายกรรม วาจากรรม มโนกรรม และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 95-98) พฤติกรรมของมนุษย์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ พฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกตัวบุคคล พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่ รวบรวมสะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม พฤติกรรมภายในไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ และพฤติกรรมภายนอก ซึ่งหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ Miller and Dollard cited in Shaw and Costanzo (1985 : 42) พฤติกรรมของมนุษย์เป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัย ปัจจัยทางจิตวิทยา ควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviour) หมายถึงกิจกรรม หรือปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพ ที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆจะสัมฤทธิ์ผลตามความมุ่งหมาย หรือไม่ ในที่สุด พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behaviour) คือ รูปแบบจำเพาะของพฤติกรรม ซึ่งได้รับการพิสูจน์

แล้วว่า มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยจากโรคบางชนิด หรือการเสื่อมสุขภาพมากขึ้น มีผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ คือ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ หรือชีววิทยา ตลอดจน พฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสาเหตุ หรือเป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยจากโรคบางชนิด การเสื่อมสุขภาพหรือ การได้รับบาดเจ็บมากขึ้น (ส.ว.ร.ศ. 2541 : 18, 43)

พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มักจะถูกนำมาเชื่อมโยงกัน เป็นกลุ่มของพฤติกรรมที่มีแบบแผนซับซ้อนขึ้น ซึ่งรวมเรียกว่า ครอบครองชีวิต

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึง คือ Harris and Gluteu cited in Pender (1987 : 38) ได้ให้ความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ Gochman 1988 : 4 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์ (2532 : 44-45) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ (Health related behavior) ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and promotive behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น และ Harris and Gluteu 1979 : 6 cited in Pender 1987 : 38) ได้นิยามให้ความหมายคลุมไปถึง การรับประทานยา เพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวมหมวก ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรม 4 กลุ่มคือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหารทั้งจำนวนอาหาร ความถี่และเวลาของมือ เป็นต้น

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดินการวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การตกปลา การพักผ่อนหย่อนใจ การงดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.3 การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันอันตราย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behaviors) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตน คือเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดความสงสัย ว่าตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่าง ในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำ และตัดสินใจที่จะหาแหล่งในคำปรึกษา ซึ่งจะเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย จึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคล เมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลย แต่จะคอยให้อาการผิดปกตินั้นหายไปเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick – role behaviors) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดของตัวเองผู้ป่วยเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น

Pender (1987 : 57) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อ ยก ระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพ คือ ขบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพ และทำให้สุขภาพดีขึ้น (ที่มา : Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Gene Va, 1986) การบรรลุถึงสภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ปึงเจกชนหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถที่จะพอใจในสิ่งที่ตนปรารถนา และที่จะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

ซึ่งสุขภาพเป็นแนวคิด ด้านบวก เน้นที่ทรัพยากรส่วนบุคคลของสังคม และเป็นความสามารถทางกายภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่ความรับผิดชอบ แต่เฉพาะของภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีชีวิตอันเปี่ยมสุขไปจนถึงการอยู่ดีกินดี สภาพแวดล้อม สังคม ของการดำเนินชีวิต ในทางแนวคิดของ Green และ Kreuter (1991, p.4) การส่งเสริมสุขภาพหมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลการกระทำหรือปฏิบัติ (action) และสถานการณ์ (conditions) ของการดำรงชีวิตที่จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่

สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นของ บุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งการกระทำหรือการปฏิบัตินั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539 หน้า 39) การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและเป็นการส่งเสริมเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้อง สมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้น การเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ในปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender, 1987, p.4)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ มีทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ อันจะนำไปสู่ความปกติสุข ความมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม และเกิดความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender :1987, p 57) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้สร้างรูปแบบการป้องกันสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งทั้งสองรูปแบบมักจะเป็นสิ่งคู่กัน แรกจะแยกกันไม่ออก

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาในการควบคุมพฤติกรรม (Pender 1987 : 60) ลักษณะโครงสร้างรูปแบบการส่งเสริมจะมีส่วนคล้ายกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ของบุคคล (Cognitive-Perceptual factors)
2. ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors)
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีแนวโน้มว่าจะกระทำ หรือตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action)

ปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ของบุคคล (Cognitive-Perceptual factors) เป็นกระบวนการขั้นแรก ของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987 : 60 ; Stuijbergen and Becker 1994 : 3) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ดังนี้

1. ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) หมายถึงการที่บุคคลให้คุณค่า หรือให้ความสำคัญ ต่อสุขภาพของตนเอง บุคคลยิ่งให้ความสำคัญต่อสุขภาพตนเองมากเท่าไรก็จะพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น การให้คุณค่าต่อสุขภาพเป็นกระบวนการ ขั้นแรก ของปัจจัยด้าน กระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการสร้างแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมใดพฤติกรรม หนึ่งโดยเฉพาะ (Behavior specific values) จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มาก บุคคล ยิ่งให้ความสำคัญต่อสุขภาพตนเองมากเท่าไร ก็จะพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำมา ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) หมายถึงการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ของบุคคลที่รับรู้ผลของการควบคุมสุขภาพว่ามาจากภายในตน จะปฏิบัติพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ผลของการควบคุมสุขภาพภายนอกตน

3. การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จ หรือได้รับผลที่ตนเองต้องการ ก็ต่อเมื่อได้ลงมือ กระทำ หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มีการรับผิชอบต่อสุขภาพของตนเอง ควบคุมปัจจัยส่วนตน และ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ก็จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

4. คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) การให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ของบุคคล จะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่บุคคลให้คำจำกัดความต่างกัน ก็ จะมีผลต่อการปฏิบัติต่างกัน เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพ ว่าหมายถึงภาวะที่มีความสุข (Self actualization) ก็จะเริ่มการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก (Well-being) นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความต่างกัน ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติต่างกัน

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะเป็น แรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง แบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี จากการรับรู้นี้จึงทำให้

เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคคลมีการได้รับประสบการณ์ที่มีความดีและความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วเกิดความผาสุก มีสุขภาพดีขึ้น

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors) การรับรู้ถึงประโยชน์ ทำให้บุคคลยอมรับว่า พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น

7. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Obstructive of Health Promoting Behaviors) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล อาจเป็นการคาดคะเนหรือเป็นความจริงก็ได้ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับรู้ในความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากในการทำพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) Pender กล่าวว่าปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ของบุคคล นั่นคือปัจจัยปรับเปลี่ยนมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987 : 58) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ และรายได้

2. ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย น้ำหนักตัว และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นต้น

3. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อถือในบุคคลอื่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรในทีมสุขภาพ

4. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการปฏิบัติและความสะดวกสบาย ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ทางเลือก ความยากง่ายที่จะใช้ทางเลือกนั้น

5. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสพการณ์การปฏิบัติหรือการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคล จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญา และการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม ส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

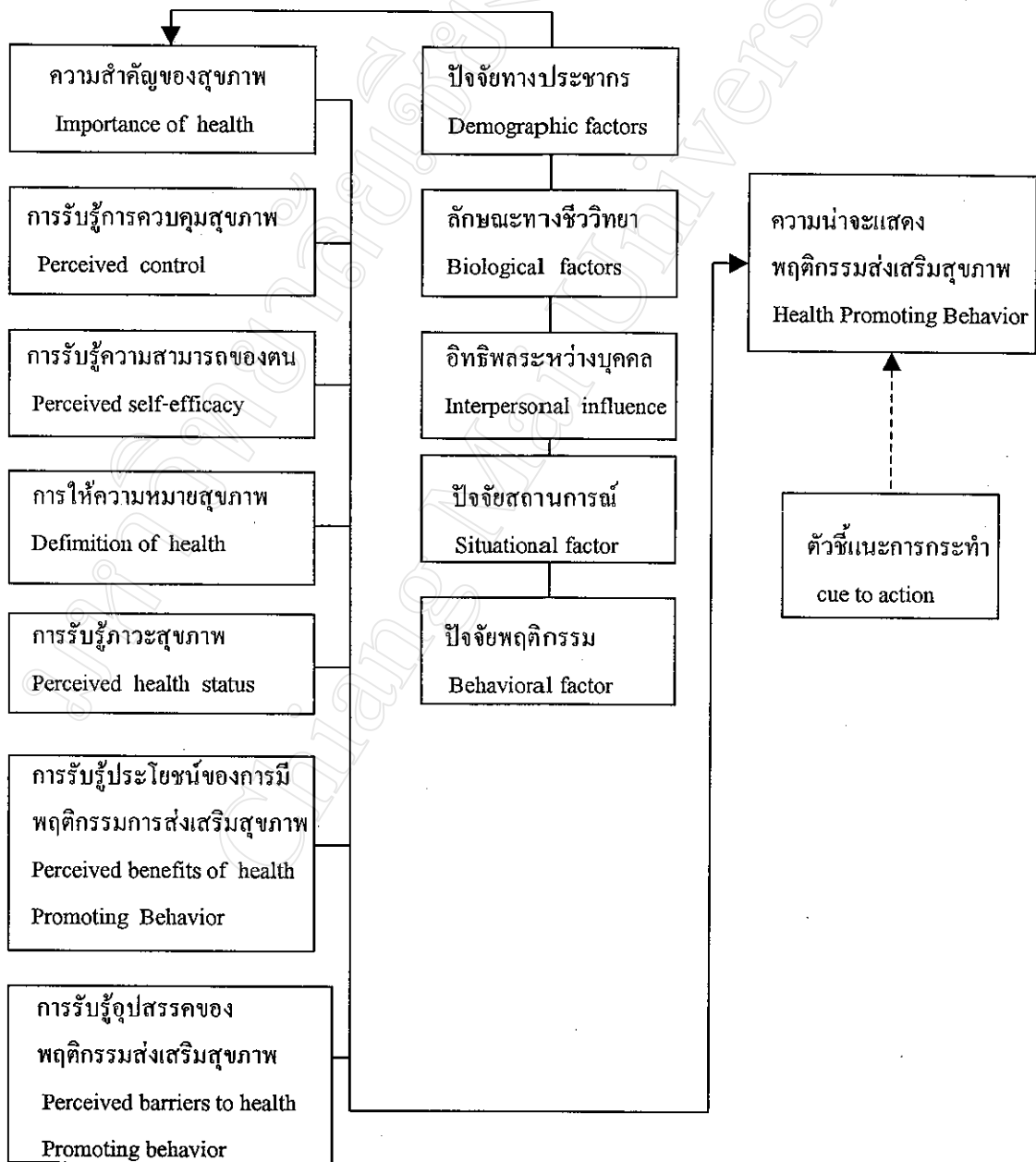
ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ตัวชี้แนะการกระทำ Pender (1987 : 68-69) กล่าวว่ามีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมา ตัวชี้แนะการกระทำภายใน ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพในตนเองที่มีต่อการพัฒนาการและความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายจากการออกกำลังกาย จะเป็นตัวชี้แนะการกระทำภายในให้บุคคลมีพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ส่วนตัวชี้แนะการกระทำภายนอก เช่น การสนทนากับผู้อื่นในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สุขนิสัยการบริโภคอาหาร การพักผ่อน การจัดการกับความเครียด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ที่จะผลักดันหรือสนับสนุน ให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การเรียนรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยน และตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Pender (1987 : 58) ได้นำเสนอแผนภาพที่แสดงอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 ด้านต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 1

ปัจจัยด้านกระบวนการ
ทางปัญญา-การรับรู้
(Cognitive-Perceptual)

ปัจจัยปรับเปลี่ยน
(Modifying factors)

การแสดงพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพ
(Participation in Health
Promoting behaviors)



แผนภาพ 1 : รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58)

จากแผนภาพ 1 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ด้านที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้คือ ปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อยๆ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยน หรือปัจจัยพื้นฐาน จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ดังกล่าวมาแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีของ Pender มาประยุกต์ใช้ จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยปรับเปลี่ยน (ปัจจัยพื้นฐาน) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ มีอิทธิพล (ความสัมพันธ์) กับการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ในบุคคลแต่ละคน และในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการนำความรู้ หรือประสบการณ์เดิม ค่านิยม ประเพณีหรือวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น เข้ามาเกี่ยวข้องประกอบการตัดสินใจ นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานบางประการ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกแล้วว่าส่งผลถึง ความสัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต่อการดูแลเรื่องสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม ระยะของโรคมะเร็ง แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

1. อายุ

อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องซึ่งบ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย กล่าวว่าคุณลักษณะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 25-30 ปีแรกของชีวิตหลังจากนั้นจะเป็นช่วงของการเสื่อมถอยลงไพล์ Orem ได้ให้ความสำคัญกับอายุว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยม การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 255-256, 1991 : 238-239) และจากการศึกษาของฮักและโพลมาร์ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีและอยู่ที่บ้าน

จำนวน 647 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการทำ การเรียนรู้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความจำเสื่อม และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ตลอดจนเกิดภาวะซึมเศร้า (Haug & Folmar 1986 : 332-345) พฤติกรรมสุขภาพในบางประเด็น จึงเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างอายุ การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น่าจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยให้ความสนใจในประเด็นนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิตจากวัยเด็กจนถึงระดับความสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ หลังจากนั้นจะลดลงในวัยชรา (Orem 1985 : 105 ; 1991 : 145) สอดคล้องกับงานวิจัยของนวลขนิษฐ ธิมปนวัตต์ (2530 : ค) การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ อายุและระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคแตกต่างกัน มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจิตสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) แต่ Muhlen kamp & Broerman (1988 : 543) พบว่า อายุมีผลทางอ้อม เพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับอังฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) พบว่าอายุไม่มีนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน และมาลี วรลัคนากุล (2535 : 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

2. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสถานะความเป็นอยู่ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญที่จะสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ มาลี วรลัคนากุล (2535 : 28) กล่าวว่าคู่สมรสจะช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระ ลดความเครียด และความวิตกกังวล ตลอดจนให้คำปรึกษา กระตุ้นให้เกิดความพยายามในการดูแลสุขภาพ ให้กำลังใจในการต่อสู้กับชีวิต ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการพัฒนาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และจากการศึกษาของลาร์สันได้สรุปการศึกษาของนักวิจัยท่านอื่นๆ ไว้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคู่ชีวิต จะมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูง ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งต้องหย่าร้าง เป็นหม้าย จะมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ (Larson 1978 : 114) การสมรสและการมีคู่ชีวิต น่าจะเป็นตัวทำนายถึงภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยส่ง

ผลถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร ขวัญนาค (2540 : 59) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ปัญหาบางประการที่พบในผู้ป่วยมะเร็ง ก่อให้เกิดปัญหาความรู้สึกด้านลบ ที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบ การไม่ยอมรับของกลุ่มามีภรรยา ความเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความเครียด ความรู้สึกผิดและความโกรธ เกิดขึ้นในจิตใจทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยหวังเกรงว่าจะถูกทอดทิ้ง เป็นสาเหตุของการหย่าร้าง Krumm 1982 : 735 ซึ่ง ชาลี โหมิตทากิวัชน (2534 : 57) พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับรัชสุรีย์ จันทเพชร 2536 อ้างในสุตารัตน์ วรรณสาร (2541 : 48) พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และจากการศึกษาของ กฤษดา ดวงศิริ (2531 : 95) ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

3. สถานภาพทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในสังคม ส่งผลถึงการดูแลในเรื่องสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา และที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มักจะมีการศึกษาน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1982 : 161) จากการศึกษาของ ประภารัตน์ เมธานนท์ (2532) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 120 ราย และฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 100 รายพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 160 ราย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสภาวะทางด้านอารมณ์ของแต่ละบุคคล ส่วนระดับการศึกษาช่วยให้เข้าใจในเหตุการณ์ และการกระทำกิจกรรมต่างๆ จึงอาจทำให้การรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน ระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน หรืออาจเป็นจาก ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับรายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะทำให้ มีรายได้ของครอบครัวดี ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถกระทำการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แล้วทำให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540 : 62-63) พบว่าระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.5$) แสดงว่าการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ในการดูแลสุขภาพ และมาลี วรลัคนากุล (2535 : 60) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิต

4. ระยะของโรคมะเร็ง

ระยะของโรคมะเร็ง มีความแตกต่างกันในด้านพยาธิสภาพของร่างกาย เป็นส่วนที่จะบ่งบอกความง่ายหรือยาก ของการหายกลับคืนสู่สภาพปกติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพตามระยะเวลาของการเป็นโรค ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของเดรทเนอร์และอาลส์บอม ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่มีการพยากรณ์โรคแตกต่างกัน ตามระยะเวลาของการเป็นโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคเลวจะมีสุขภาพไม่ดี การดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Drettner & Ahlbom : 307-314)

และจากการให้คุณค่าต่อสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ Pender การสร้างเสริมแรงจูงใจรับรู้ในการปฏิบัติ โดยการให้คุณค่า กับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยเฉพาะ (Behavior specific values) จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากกว่าการให้คุณค่าพฤติกรรมทั่วไป (Global life values) จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงจูงใจกับการเป็นโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะอยู่ในระยะไหน มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 61) แตกต่างจากการศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะยาว ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษานั้น เออร์วินและคณะได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 309 รายที่ไม่มีอาการของโรค อย่างน้อย 3 ปี เปรียบเทียบกับคนปกติ ผลปรากฏว่าการดูแลสุขภาพ การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนปกติมีความใกล้เคียงกัน (Irwin, et al. 1981 : 186) และสอดคล้องกับของบุษบา ดันติศักดิ์ที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติของระยะเวลาการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี

5. แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

ครอบครัวเปรียบเหมือนกับสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และสังคมของบุคคล ปัจจัยต่างๆ ในระบบครอบครัว จึงมีอิทธิพล หรือมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแล และความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพ การดูแลตนเองของบุคคล ปัจจัยในระบบครอบครัวมีมากมาย ทั้งที่มีความคงที่ และไม่คงที่ เช่น ขนาดความคาดหวังหรือความเชื่อ แหล่งประโยชน์ของครอบครัว ระบบความเป็นอยู่ในครอบครัว วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมของครอบครัว (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 225) ครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครองภายในบ้านหรือบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง มีส่วนสัมพันธ์หรือมีพลังอำนาจส่งเสริมบางประการ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2526 : 258) พบว่า อำนาจส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่บุคคลสร้างขึ้น เป็นศักยภาพของพลังงานที่จะทำให้กลุ่มรวมตัวกันได้ดีขึ้น และเป็นบทบาทเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531 : 99-100) อ้างถึงบราวน์และแมคเอลวิน กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีก้น้อยต่างกันขึ้นอยู่กับข้อจำกัดบางประการ เช่น ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคลในช่วงระยะเวลาต่างๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใคร่ศึกษาในประเด็นเหล่านี้

(Cohen & Wills 1985 : 310-357 อ้างใน สมจิตต์ สิ้นรัชช 2532 : 3) การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤติ โดยช่วยลดความเครียดหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ จะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่อง และเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความเครียดต่างๆ และมีการปรับตัวที่ดีได้

และจากการศึกษาของ Lindsey, Dodd & Chen (1985 : 150) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะสามารถเผชิญปัญหา ในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสม ตามการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณ

ภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 112 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม และฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้การวัดพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขภาพจะแตกต่างไปจากแนวคิด การใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Oram โดยรวมแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง และสอดคล้องกับอรัมดี แสนศิริพันธ์ (2541 : 69) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่สัมพัทธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านหรือไม่ โดยผ่านทางปัจจัยการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยให้ความสนใจในส่วนนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยาของบุคคล คือ เป็นกระบวนการที่บุคคล แสดงความรู้สึกที่ตนรับรู้ในรูปของ การกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) การรับรู้เป็นความรู้สึกภายในจิตใจ ขั้นแรกที่จะนำไปสู่พฤติกรรม เพื่อการตอบสนองการรับรู้ นั้น ซึ่ง (Brunners & Suddarth 1988 ; อ้างในสุดารัตน์ วรรณสาร 2541 : 54) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของคนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือบางคนอาจมีการรับรู้ว่า ความเจ็บป่วยนั้น เป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านั้น จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก บางครั้งถึงกับทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป สอดคล้องกับ Pender (1987 : 64) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี ก็มีความโน้มเอียงที่จะกระทำการกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีและ Pender (1987 : 61) การรับรู้การควบคุมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจากอำนาจ

ของผู้อื่น และเป็นผลของความบังเอิญ หรือโชคชะตา ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

Engel (1984 cited in Gulick 1986 : 75) พบว่าการรับรู้ต่ออาการต่างๆทางกายของบุคคลนั้น มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Health status) ทั้งนี้บุคคลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ ซึ่งการกระทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาท และ Travelbee (1971 : 10) กล่าวว่า ทราบว่า ใครบางคนยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถพึ่งตัวเองได้ จากการศึกษาของ Koenig (1967 : 929) พบว่าส่วนใหญ่แบบวัดการประเมินภาวะสุขภาพโดยตนเองนั้น พัฒนาจากมโนทัศน์เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งเนื้อหาในการวัดจะประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นลักษณะองค์รวมของบุคคล ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ (นวลชนิช ลิมนวิสต์ 2530 : 14) การรับรู้จะสมบูรณ์หรือเกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

1. สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา ปาก จมูก ลิ้น ผิวหนัง ฯลฯ
2. ความสามารถของสมองและประสาทสัมผัสที่รับ เลือก จัดหมวดหมู่ และตอบสนอง
3. การแปลความและปฏิกิริยาตอบสนอง
4. ประสบการณ์เดิมและความต้องการในขณะนั้น
5. ความตั้งใจ ความสนใจที่จะรับรู้ และแสวงหาความรู้ในปัจจุบัน
6. ลักษณะ ขนาด ชนิด ของสิ่งเร้า
7. ความสามารถในการตัดสินใจ การใช้วิจารณญาณจากการมองเห็นการณ์ไกล ความคาดหวัง
8. อารมณ์ ความเมื่อยล้า อายุ ความเจ็บป่วย หรือระดับของสารเคมีในร่างกาย

บรูค และคณะ (Brook, et al. 1979) ได้เสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไป ได้พัฒนาเป็นแบบวัด การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของบรูคและคณะ มีประเด็นในการวัดเป็น 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล รับรู้ความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้าน ความเชื่อค่านิยม เจตคติ สังคมและวัฒนธรรม การรับรู้นี้มีการสั่งสมประมวลไว้ในบุคคลนั้น

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลในปัจจุบัน แต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นผลพวงจากการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ประสบการณ์หรือภูมิหลัง ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ ประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน ซึ่งการรับรู้ก่อให้เกิดการ คาดหมายต่อผลลัพธ์ของโรคมะเร็งที่จะตามมา Simonton (1978 : 74) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังไปในทางลบ (Negative Expectation) ทันทีเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง ทั้งนี้ โดยมีความเชื่อว่าตนเองคงไม่อาจมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกแล้ว ซึ่งคำบอกเล่าของแพทย์ถึงผลการวินิจฉัย คล้ายกับคำประกาศิต ให้กับผู้ป่วยทำให้รู้สึกว่าตนเองคงต้องยอมแพ้ต่อโรคมะเร็งมากกว่าพยายาม ที่จะต่อสู้เพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความคาดหวังไปในทางบวก (Positive Expectation) ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังที่จะมีชีวิตปกติสุขต่อไป จะพยายามติดตามขอรับ การรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่ยอมท้อแท้สิ้นหวัง มีการเสริมแรง โดย สร้างความรู้สึกพึงพอใจในวิถีชีวิตของตนเอง สามารถช่วยให้เข้าสู่ระยะพักฟื้น ได้เร็ว และกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ในไม่ช้า

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต เป็นผลสืบเนื่องต่อจาก การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน บุคคลรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง จะทำให้บุคคล นั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีความหวังน้อยหรือ หหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพในอนาคต ส่งผลให้บุคคล มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ทำให้ เกิดความรู้สึกว่า ชีวิตมีความผาสุกอย่างรวดเร็วและสังเกตได้ชัดในปัจจุบัน ซึ่งการเกิดประสบการณ์ เหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าของสุขภาพที่ดี และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพได้ตลอด ไป (Kaplan and Covels cited in Pender 1987:64)

4. การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ว่าตัวเองอยู่ในภาวะความต้านทานโรคลดลง และความยุ่งยากของการรักษา ส่งผลกระทบ ต่อชีวิต ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการ ป้องกันโรคมามากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการรับรู้ความต้านทานโรค จะแตกต่างกันไป ในแต่ละบุคคล สามารถปรับเปลี่ยนได้ การรับรู้ความต้านทานโรค ทำให้เกิดความสนใจเกี่ยวกับสุข

ภาพ ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและความพิการ

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ

ความวิตกกังวลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ส่งผลกระทบกระเทือนต่อระบบอวัยวะของร่างกาย ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ตระหนักถึงอันตราย ประเมินปัญหาได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ เกิดกำลังใจ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เห็นความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender and Pender cited in Pender 1987:64) แต่ถ้ามีความวิตกกังวลมาก ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดเป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยรวม

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ก่อให้เกิดการยอมรับว่า ตนเองมีความเจ็บป่วยตามภาวะของโรค มีการป้องกันมิให้เกิดภาวะของโรคที่รุนแรงหรือเกิดโรคแทรกซ้อน เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย แสวงหาความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา

การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ได้ประยุดคนนำมาใช้ มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับทั้ง 6 ด้านของบรูค และคณะ (Brook, et al. 1979) แต่เน้นการศึกษาในเรื่องการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในส่วนที่เกี่ยวกับ 1.ด้านการเจ็บป่วยที่ผ่านมาได้แก่ โรค การรักษา และการป้องกันโรค 2.ด้านโภชนาการ 3.ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน 4.ด้านสภาพแวดล้อม และ 5.ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่สุขภาพทางกายและสิ่งแวดล้อม

1. ด้านการเจ็บป่วยในอดีต เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในอดีตที่ผ่านมา ทั้งภาวะสุขภาพในทางบวกและในทางลบ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและปัจจัยต่างๆ การป้องกัน การบำบัดรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มีปัจจัยทางด้านความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ สังคมและวัฒนธรรม การรับรู้ที่มีการสั่งสมประมวลไว้ในตัวบุคคลนั้นๆ ประกอบในการตัดสินใจ ดูแลรักษาสุขภาพ

2. ด้านโภชนาการ การรับรู้ถึงรูปแบบ นิย ใน การรับประทานอาหารที่ผ่านมา การเลือกซื้อ ประมงและบริโภค การแสวงหาความรู้หรือความสนใจในเรื่องโภชนาการ เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สิ่งที่เป็นสาเหตุก่อเกิดอนุมูลอิสระ การเปลี่ยนแปลงทำลายใน DNA การแบ่งตัว

ของเซลล์ร่างกายอย่างรวดเร็วและมากกว่าปกติ การลดอาหารที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น สารจำพวกไนโตรซามีนที่มีมากในอาหารจำพวก ปิ้งย่าง รมควัน ซึ่งสารจำพวกเกลือไนเตรท ถูกเปลี่ยนเป็นเกลือไนไตรท์ได้ทำปฏิกิริยากับสารแอมโมเนีย กลายเป็นสารก่อมะเร็ง Nitrosamine เราพบสารไนไตรท์ได้บ่อยๆ ในอาหารสำเร็จรูปประเภทเนื้อ เนื้อกระป๋อง ปลากระป๋อง หมูแฮม หมูเบคอน สอทอดก แหนม กุนเชียง ไส้กรอก เนื้อเค็ม ปลาร้า อาหารประเภทหมักดองหรือผักที่เก็บไว้นานเกินไป อุณหภูมิห้อง การเปลี่ยนสารไนเตรทเป็นสารไนไตรท์ขึ้นอยู่กับแฟกเตอร์หลายอย่าง เช่น ปริมาณของไนเตรทที่อยู่ในอาหาร อุณหภูมิห้องของอาหาร ระยะเวลาการเก็บ ปริมาณของออกซิเจนและวิธีการปรุงอาหาร อาหารที่มีเชื้อราโดยเฉพาะแอฟลาทอกซิน ซึ่งจะทำปฏิกิริยากับ DNA ซึ่งเป็นสารพันธุกรรมเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ผิดปกติไปคือสารพิษ AFB1 ทำให้การสังเคราะห์สารสำคัญ RNA และโปรตีนรวมทั้งการแบ่งตัวของเซลล์ลดลงจากเดิมมีผลกระทบต่อการทำงานของตับ เซลล์ตับอาจจะถูกทำลาย มีการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติอย่างรวดเร็วกลายเป็นก้อนเนื้อในตับได้ แบคทีเรียบางชนิด และสารจำพวก Lipid peroxidation น้ำมันหมู น้ำมันพืชที่มีการใช้ซ้ำ เหม็นหืน มีการเกิดปฏิกิริยา “ออกซิเดชัน” อนุมูลอิสระคือโมเลกุลที่ไม่เสถียร มักจะเป็นรูปหนึ่งของออกซิเจนที่พร้อมจะทำปฏิกิริยากับโมเลกุลอื่นๆ โดยก่อให้เกิดการสูญเสียโครงสร้างไป อนุมูลอิสระพร้อมที่จะไปแย่งอิเล็กตรอนจากโมเลกุลอื่นมาเพื่อทำให้โครงสร้างมันเองเสถียรขึ้น โมเลกุลจะชอบอิเล็กตรอนคู่มากกว่าคือ เมื่อโมเลกุลขาดอิเล็กตรอนไปหนึ่งตัวก็จะกลายเป็นอนุมูลอิสระและมันก็พร้อมที่จะไปแย่งอิเล็กตรอนจากโมเลกุลตัวอื่น โมเลกุลที่ถูกแย่งอิเล็กตรอนไปก็จะกลายเป็นอนุมูลอิสระต่อ พร้อมที่จะไปแย่งอิเล็กตรอนจากโมเลกุลตัวอื่นต่อไปเป็นทอดๆ ท้ายที่สุดก่อให้เกิดความเสียหายต่อเนื่องได้ ปรากฏการณ์นี้จะมีลักษณะคล้ายโดมิโนซึ่งจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อร่างกาย อนุมูลอิสระที่มากเกินไปก่อให้เกิดสภาวะที่ผิดปกติมากมายขึ้นกับเนื้อเยื่อที่ถูกโจมตีเหล่านั้น เช่น ถ้าหากมันโจมตีที่ DNA ก็จะก่อให้เกิดมะเร็ง ที่ตับอ่อนจะก่อให้เกิดเบาหวาน ที่ระบบเลือดจะเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด ที่ตาจะเกิดโรคต้อกระจกเป็นต้น บ่อยครั้งที่อนุมูลอิสระโจมตีที่ไขมันตรงเซลล์เมมเบรน ผลก็คือเมมเบรนไม่สามารถเลือกสิ่งที่จะเข้าออกจากเซลล์ได้ ทำให้เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อเซลล์ และถูกทำลายได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าร่างกายมีอนุมูลอิสระที่ต่ำก็จะมีประโยชน์เช่นช่วยฆ่าแบคทีเรีย (ไมตรี สุทธจิตต์และศิริวรรณ สุทธจิตต์ 2532 : 36-72)

อาหารที่มีอันตรายอื่นๆ อาหารที่มีส่วนผสมของสารกันบูด โบแรก์ ชัคคารินหรืออีกชื่อว่าซันทอสกร ดินประสิว การรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งมากและซ้ำซากเป็นเวลานานเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีกรปรุงแต่งด้วยสารเคมีและสีที่เป็นอันตรายบางชนิด อาหารที่ปรุงแต่งแล้วเก็บไว้นาน การปนเปื้อนของอาหาร อาหารจำพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สุรา เบียร์ น้ำชา กาแฟที่ดื่มเป็นประจำในปริมาณมาก และระยะเวลาหลายๆ เป็นต้น จากการสำรวจผู้ที่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ (20-40 มวนต่อวัน) เป็นประจำมีโอกาสเป็นมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณเท่ากัน ถึง 10-20 เท่าแสดงว่าแอลกอฮอล์เป็นโปรโมเตอร์/โคคาร์ซิโนเจนของสารก่อมะเร็งอยู่ในควันบุหรี่ เป็นเพราะว่าแอลกอฮอล์ เป็นตัวพาสารก่อมะเร็งดังกล่าวให้ผ่านเข้าสู่ เซลล์เยื่อบุผิวในช่องปาก หลอดอาหารและลำไส้ ได้มากขึ้นเอง และแอลกอฮอล์ถูกเอ็นไซม์อัลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสในตับทำลายให้เป็นสารใหม่มีชื่อว่า acetaldehyde ซึ่งสามารถทำให้เกิดมะเร็ง (ไมตรี สุทธจิตต์ และศิริวรรณ สุทธจิตต์ 2532 : 36-72) นอกจากนี้ต้องมีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ซึ่งจะได้กล่าวในส่วนของการปฏิบัติโภชนาการ ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

3. ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสนใจและการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายในอดีตที่ผ่านมาและแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ให้ผลดีทั้งร่างกาย หัวใจ ปอด หลอดเลือดและผิวหนัง โดยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอวันละประมาณ 15-20 นาทีติดต่อกันเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายในระยะของแอโรบิกกล้ามเนื้อจะมีเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น 8 เท่า มีเลือดไหลเวียนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น 4 เท่าและเลือดไหลเวียนไปยังผิวหนัง 3 เท่า อวัยวะดังกล่าวจึงแข็งแรงขึ้น ส่วนการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอประมาณวันละ 8-10 ชั่วโมง การที่ร่างกายมีการพักผ่อน เซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะบางอย่างได้พักเพื่อเตรียมตัวจะปฏิบัติงานต่อไป เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย

4. ด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมในอดีตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งในผู้ป่วย สภาพบ้านที่อยู่อาศัย สถานที่ในการทำงานการประกอบอาชีพ สารเคมีต่างๆ การฟุ้งกระจาย การสูดดม การสัมผัสสารระคายเคือง และการรับประทานโดยตรง อาจปะปนมากับพืชผักผลไม้ เนื้อสัตว์และส่วนประกอบอื่นๆ บางครั้งก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้หรือได้ยากมาก ผู้ประกอบ

อาหารต้องการความรวดเร็ว ผู้ผลิตอาหารทางเกษตรก็ต้องการผลิตให้มีปริมาณมากๆ โดยการใช้สารเคมีช่วยจนอาจลืมนึกถึงสารพิษตกค้างในวัสดุอาหารเหล่านั้นได้ ซึ่งแยกเป็น 2 พวกใหญ่ ๆ คือ

- สารก่อมะเร็งอินทรีย์ อาจเกิดขึ้นจากเหมืองแร่อุตสาหกรรมถลุงโลหะ อุตสาหกรรมทำสี ทำวัสดุสิ่งก่อสร้าง โรงงานทำถ่านไฟฉาย โรงงานทำแบตเตอรี่เป็นต้น ส่วนมากมักจะเป็น สารโลหะหนักและเกลือของมัน สารกัมมันตภาพรังสี เป็นต้น

- สารก่อมะเร็งอินทรีย์ ได้แก่ ยาปราบศัตรูพืช ยาฆ่าหญ้า ฮอร์โมน ยาปฏิชีวนะ สารเคมีต่างๆ ที่ใช้ในอุตสาหกรรมน้ำมัน พลาสติก ควันท่อไอเสีย น้ำมันรถ เป็นต้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาสูบ การเคี้ยวหมากเมี่ยงเป็นประจำเวลานานๆ การขาดการออกกำลังกาย สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่ บุหรี่เป็นตัวการสำคัญของการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง และมะเร็งหลอดอาหารเป็นเพียงตัวอย่าง เพราะมีการพบสารก่อมะเร็งในบรรดาสารเคมีมากกว่า 500 ชนิดที่พบในควันบุหรี่ บุหรี่ทุกชนิดเป็นพิษต่อร่างกาย นอกจากสารเคมีในควันบุหรี่แล้ว ยังมีสารพิษคาร์บอนมอนนอกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์และสารอื่นๆ รบกวนและทำให้เกิดการระคายเคืองหรือทำลายเซลล์เยื่อหุ้มของทางเดินลมหายใจ และบุหรี่ยังเป็นช่องทางและโอกาสให้สารก่อมะเร็งผ่านเข้าเนื้อเยื่อได้ดียิ่งขึ้น (ไมตรี สุทธจิตต์และศิริวรรณ สุทธจิตต์ 2532 : 72-73)

5. ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความวิตกกังวลที่เคยมีในอดีต มีผลต่อความรู้สึกและจิตใจ ส่งผลถึงความรู้สึกที่มีในปัจจุบัน รวมทั้งความวิตกกังวลในปัจจุบันและอนาคตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น การรักษาของแพทย์ ผลข้างเคียงจากการรักษา การรักษาไม่หายขาด กลับกลับเป็นซ้ำ ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคที่เป็นอยู่นาน การที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษานี้มาก กลัวว่าต้องเป็นภาระของผู้อื่น กลัวว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกได้ไม่นาน ห่วงบุตรหลาน ห่วงทรัพย์สินสมบัติและผู้ที่จะมาดูแลทรัพย์สินสมบัติต่อ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลที่มีมาก เป็นสิ่งที่บั่นทอนทั้งร่างกายและจิตใจ สุขภาพใจที่ดีนำมาซึ่งร่างกายที่ดี เมื่อจิตใจห่วงหรือวิตกกังวลก่อให้เกิดความเครียด ร่างกายหลั่งสารจากต่อมได้สมอยิ่งก่อเกิดมะเร็งได้ง่ายขึ้น เมื่อดูแลสุขภาพและการทำงานที่มีประสิทธิภาพน้อยลง ร่างกายเกิดอาการเพลีย เหนื่อยล้า ซึ่งไม่เกิดผลดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลที่ส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Lifestyle and Health Habits Assessment) จาก (Pender, 1982 cited in walker, et, 1987 : 103-143) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment : LHHA) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ดังนี้คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป (General competence in self-care) เป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ความสนใจในการศึกษาแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบและมีคุณค่าทางโภชนาการและการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ

3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านนันทนาการ (Physical or Recreational Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอ ในการออกกำลังกาย รวมไปถึงความสมดุลย์ของร่างกาย ขณะนั่งยืนหรือเดินของแต่ละบุคคล

4. แบบแผนการนอนหลับ (Sleep Patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับของแต่ละคน ความพอใจและสภาพการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เทคนิคและวิธีการที่ช่วยแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ

5. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในคุณค่าแห่งตน (Self - Actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพึงพอใจในชีวิต

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงความสามารถ และวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อลดความตึงเครียดจากกรเจ็บป่วย หรือการมีสัมพันธภาพนำมาซึ่งการช่วยแก้ปัญหาบางอย่างได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่นมลภาวะต่างๆ และการป้องกันอันตรายต่างๆที่จะเกิดมีต่อสุขภาพ เช่น การไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ดินสารเสพติด รวมถึงการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆภายในบ้านและนอกบ้าน

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of Health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ รวมถึงการพูดคุยกับบุคลากรทางทีมสุขภาพเพื่อให้ได้รับความรู้และข้อมูลในการทราบถึงความคิดปกติต่างๆ และช่วยในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงและเรื้อรังสำหรับผู้ป่วย และมีผลต่อการเจ็บป่วยถึงชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนและถึงต่างๆตามมาได้ง่าย ต้องใช้เวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการติดตามผลเป็นอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีการรับรู้-เรียนรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก มีหลายงานวิจัยที่ยืนยันในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่งผลให้ร่างกายเกิดภูมิคุ้มกัน (Immune) ขึ้นมา เพื่อต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง เป็นผลพวงที่ช่วยในการรักษาเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ภายใต้องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender (1987 : 135) ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมในการศึกษาดังนี้คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป (General competence in self-care) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีปัญหาเชิงซ้อน ต้องอาศัยการดูแลตนเอง ร่วมกับการรักษาเป็นอย่างมาก ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในที่นี้ ประเมินพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจ ในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และอาการต่างๆในปัจจุบัน มีความรับผิดชอบต่อสุข

ภาพของคน ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลถึงภาวะสุขภาพที่ดี

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) เป็นการศึกษาและประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร มีการปรับเปลี่ยนเพื่อลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น อาหารที่มีการปรุงแต่งสี กลิ่น รส อาหารกรอบกรอบ สารเคมีที่ผสมในอาหาร อาหารพวกแป้งอย่างรวมควัน เป็นต้น เพื่อให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบทั้ง 5 หมู่ และถูกต้อง ภาณุ อัมพรบุพผา (2542 : 3) กล่าวว่า รับประทานอาหารครบ 5 หนูนั่นไม่ได้หมายความว่า ความรู้อาหาร 5 หนูนั่น ไม่ถูกต้อง เพียงแต่จุดอ่อนมีอยู่ 3 ประการคือ

1. มักสอนกันไม่ละเอียดว่าควรกินอย่างไรมาก อย่างไรน้อย พลอยทำให้กินผิดสัดส่วน จึงเกิดโรคขึ้น เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง

2. ไม่ได้ประยุกต์ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมพื้นถิ่น ส่วนมากมักนำเอาความรู้ตะวันตกมาล้วนๆ จึงปรากฏบ่อยๆ ว่าสิ่งที่วงการอาหาร 5 หมู่แนะนำไว้ มักเป็นวิธีการกินอาหารที่เลียนแบบตะวันตก เช่น ส่งเสริมให้กินเนื้อสัตว์ หรือดื่มนม ทั้งๆ ที่อาจมีอาหารไทย ที่ให้คุณค่ามากกว่าอาหารแนวตะวันตกดังกล่าว และการกินตามฝรั่งอย่างนั้นมากๆ เข้า อาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพคนไทยได้

3. ไม่ได้พิจารณาความรู้ใหม่ เรื่องอนุมูลอิสระ และเรื่องสารผัก (phytonutrient) ซึ่งเป็นความรู้ทางชีวเคมี และก้าวหน้ามากที่สุดในยุคปัจจุบัน จึงทำให้แยกแยะระหว่าง อาหารธรรมชาติที่ควรส่งเสริม อันได้แก่ อาหารที่อุดมด้วยวิตามิน เกลือแร่ และสารผัก กับอาหารขยะที่พร่องวิตามิน เกลือแร่ แต่อุดมด้วยสารเคมี และอนุมูลอิสระไม่ออก ผลก็คือประชาชนผู้บริโภค พลอยขาดผู้กุมหางเสือทางสุขภาพที่รู้ทิศรู้ทางไปด้วย ในภาวะปัจจุบันจึงไม่แปลกใจว่า ประชาชนผู้รักสุขภาพกำลังขาดที่พึ่ง ผู้คนในสังคมต่างคอยเฝ้าสูตรพิเศษ ประเภทครอบจักรวาล เพื่อจะรับเอาไปกินไปใช้ อย่างสำเร็จรูป จึงควรที่จะให้ความสนใจดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ในการใช้สาร Antioxidant ที่สามารถหยุดยั้งอนุมูลอิสระได้ มันสามารถที่จะซ่อมแซมความเสียหายที่เกิดจากปฏิกิริยาออกซิเดชันและ lipid peroxidation สารแอนติออกซิแดนท์ก็จะเป็นพวกวิตามินเอ แคโรทีน โดยเฉพาะเบต้าแคโรทีน และลิกโคปรีน วิตามินซี และวิตามินอี ซิลิเนียม ไบโอฟลาโวนอยด์ กรดอะมิโน อย่างเช่น ซิสทีอีน และเมรไทโอนีน สุดท้ายก็จะเป็นพวก

สมุนไพรอย่างเช่น กระเทียม bilberry, milk thistle และ Ginkgo biloba สารอาหารที่จำเป็นต้องได้รับเพิ่มเพื่อจะให้สารแอนติออกซิแดนท์จะทำงานได้ดี ร่างกายเราจำเป็นต้องได้รับ สังกะสี ทองแดง แมงกานีส และวิตามินบี 5 กับ บี 6 ในปริมาณที่เพียงพอ (ไมตรี สุทธิจิตต์ 2543 : 3)

สารที่ได้มาจากพืชตระกูลสีส้มแดงนานาชนิด มีแคโรทีนอย่างน้อย 500 ชนิด แต่มีเพียงประมาณ 50 ชนิดเท่านั้นที่จำเป็นต่อมนุษย์และสัตว์ และหนึ่งในนั้นก็คือ เบต้าแคโรทีน เบต้าแคโรทีนหนึ่งโมเลกุลเปลี่ยนเป็นวิตามินเอ สองโมเลกุล การเปลี่ยนรูปเช่นนี้จะเกิดที่ลำไส้เล็ก จากนั้นวิตามินเอ จะถูกขนส่งไปผ่านน้ำเหลืองและกระแสเลือดไปเก็บไว้ยังตับ อย่างไรก็ตามเบต้าแคโรทีนที่ไม่เปลี่ยนเป็นวิตามินเอ นั้นจะยังคงถูกเก็บไว้ในร่างกายอยู่ในส่วนของไขมัน แต่ก็ยังคงมีสะสมไว้เล็กน้อยที่ตับ ไต ผิวหนัง รังไข่ และถุงอัณฑะ นอกจากนี้ยังมีรายงานสนับสนุนว่า เบต้าแคโรทีนนอกจากจะเปลี่ยนเป็นวิตามินเอแล้ว มันยังช่วยเสริมระบบภูมิคุ้มกันอีกด้วย และยังพบว่าเบต้าแคโรทีนและแคโรทีนอื่นๆ ที่ไม่ได้เปลี่ยนรูปเป็นวิตามินเอ ช่วยปกป้องผิวหนังจากแสงอัลตราไวโอเลตที่สามารถทำให้เกิดมะเร็งได้ และมะเร็งที่เกิดจากสารเคมีด้วย นอกจากนี้วิตามินเอยังช่วยต่อสู้ป้องกันกับพิษที่เกิดจากออกซิเจนที่อยู่ในรูปของอนุมูลอิสระที่มีมากเกินไปในร่างกาย ดังนั้นการได้รับเบต้าแคโรทีนและแคโรทีนอื่นๆ จะทำให้เรามีสุขภาพที่ดีขึ้น

วิตามินซีและไบโอฟลาโวนอยด์ วิตามินซีเป็นกุญแจสำคัญในปฏิกิริยาสายโซ่ของเอ็นไซม์ที่สำคัญ นอกจากนี้มันยังเป็นตัวที่ทำให้วิตามินอี นั้นกลับคืนมาได้ใหม่อีกครั้ง วิตามินซีเป็นตัวก่อให้เกิดและปกป้องคอลลาเจน เสริมสร้างหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น เป็นตัวปรับน้ำตาลในเลือด ปกป้องดวงตาจากการทำลายของแสงอัลตราไวโอเลต ป้องกันการก่อตัวของคอเลสเตอรอลในผนังหลอดเลือด ป้องกันการแข็งตัวของเลือด ช่วยทำให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น ช่วยให้มีการดูดซึมเหล็กได้ดีขึ้นที่ลำไส้เล็ก ป้องกันการเปลี่ยนรูปของสารไนโตรเจนเป็นสารไนโตรซามีนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง และเป็นตัวร่วมในการสร้างฮอร์โมนที่เป็นการลดระดับภาวะตึงเครียดและภาวะการอักเสบ ในบรรดาวิตามินเอ ซี อี และแร่ธาตุ Selenium แต่ละตัวล้วนมีประโยชน์ต่อร่างกายมนุษย์ บางตัวก็ทำให้ปริมาณของอนุมูลอิสระลดลง บางตัวก็ทำงานโดยอาศัยกลไกการทำงานของอีกตัวหนึ่ง อย่างวิตามินซีนั้นไม่ใช่แค่ไปควบคุมอนุมูลอิสระ กลไกอย่างอื่นก็มีอย่างช่วยรักษาบาดแผลต่อต้านฮิสตามีน บรรเทาอาการไอ ควบคุมการเจริญเติบโตของกระดูก ฟัน เหงือก หลอดเลือด และเส้นเอ็นยึด ลดอาการเจ็บปวด เพิ่มการดูดซึมเหล็ก ช่วยในการสร้างฮอร์โมนเพศและฮอร์โมนที่ควบคุม

คุมปฏิกิริยาที่สร้างความกดดัน ช่วยปรับสภาพอารมณ์ และช่วยต่อสู้กับไวรัสและแบคทีเรีย เป็นต้น (ปกฤษฎางค์ แก้วสุริยะ 2543 : 11-14)

การรับประทานข้าวกล้อง ข้าวโพด งา และถั่วต่างๆ หันกลับมากินอาหารไทยแบบภูมิปัญญาไทยในอดีต ข้าวกล้องก็คือผลิตผลจากข้างเปลือกที่สีเพียงรอบเดียว ในข้าวกล้องจะมีเปลือกชั้นในบางๆ อยู่อุดมด้วยสารเส้นใย ถัดเข้าไปเป็นชั้นของวิตามินและเกลือแร่ โดยเฉพาะวิตามินบียังมีโปรตีน ซึ่งมีกรดอะมิโนจำเป็นครบทั้ง 8 ชนิด จะพร่องไปบ้างก็คือลิซีน ตรงข้าวจะมีจุดขาวๆ อยู่จุดหนึ่งเราเรียกว่า จมูกข้าว เป็นต้นอ่อนของข้าวนั่นเอง ถ้านำไปปลุกจุดนี้จะแตกยอดอ่อนออกมา ออกขึ้นเป็นต้นข้าวต่อไป จุดของจมูกข้าวนี้จะมีอุดมด้วยวิตามินอี ข้าวกล้องยังมีเซเลเนียม แมกนีเซียม และเกลือแร่สำคัญอีกหลายตัว ถ้าสีข้าวต่อไปอีก 1-2 ครั้งเส้นใยและจมูกข้าวบางส่วนหลุดไปก็เป็น ข้าวซ้อมมือ ที่เรียกชื่อนี้ก็เพราะสมัยก่อนที่ยังไม่มีโรงสี ชาวบ้านจะตำข้าวด้วยสากตำมือหรือครกกระเดื่อง ข้าวที่ได้จากการตำกับข้าวที่สีสัก 2-3 ครั้งมีคุณภาพใกล้เคียงกัน และถ้าสีไปขัดไปอีกหลายๆ ครั้ง เส้นใย วิตามิน โปรตีน และจมูกข้าวจะหลุดไปหมด ก็เหลือข้าวขาว ได้มีการเปรียบเทียบคุณค่าอาหารระหว่างข้าวกล้องกับข้าวขาว โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2535 กับข้อมูลจากต่างประเทศได้ผลดังนี้คือ

	สารเส้นใย	โปรตีน	ไขมัน	B1	B2	E	เซเลเนียม
	(กรัม)	(กรัม)	(กรัม)	(มก.)	(มก.)	(มก.)	(ไมโครกรัม)
ข้าวกล้อง	3.4	7.8	3.4	0.61	0.15	0.7	38.81
ข้าวขาว	0.4	3.9	1.1	0.09	0.04	0.1	30.80

จะเห็นได้ว่าข้าวกล้องมีเส้นใยสูงกว่าข้าวขาวถึง 8 เท่า มีโปรตีนสูงกว่า 2 เท่า วิตามินบี1 และบี2 สูงกว่า 8 เท่าและ 4 เท่าตามลำดับ ส่วนวิตามินอีก็สูงกว่า 7 เท่า ตามลำดับ (บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล 2541 : 26-27)

สารอาหารจำพวกไขมัน อัตราการเกิดก้อนเนื้องอกแปรโดยตรงกับการเพิ่มปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะเนื้องอกของเต้านมและเนื้องอกของผิวหนัง และถ้าใส่ สารพวกไขมันประกอบด้วย 4 ชนิดคือ ไตรกลีเซอไรด์ ฟอสโฟลิปิด สเตอรอล และกรดไขมัน ไตรกลีเซอไรด์และกรดไขมันทำให้เกิดพลังงาน ส่วนฟอสโฟลิปิดและสเตอรอลเป็นสารชีวโมเลกุลที่มีหน้าที่สำคัญและเป็นโครงสร้างของเยื่อหุ้มเซลล์ สารโคเลสเตอรอลมิได้เป็นสารก่อมะเร็งโดยตรง แต่ถือว่ามัน

เป็นโคคาร์ซิโนเจนตัวหนึ่ง แม้ว่าเราจะไม่กินอาหารพวกไข่แดงและเนื้อซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูงเข้าไปก็ตาม ร่างกายมีการสังเคราะห์และการใช้โคเลสเตอรอลที่ตับได้เหมือนกัน ในร่างกายโคเลสเตอรอลและอนุพันธ์ของมัน ซึ่งมักจะเป็นกรดน้ำดีที่เพิ่มในน้ำดีและอุจจาระนั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดมะเร็ง กกลไกทางชีวเคมีของโคเลสเตอรอลต่อการเกิดมะเร็งนั้นอาจมาจาก การแปรสภาพโคเลสเตอรอลเป็นกรดน้ำดีและเกลือน้ำดี โดยตับแล้วหลังสู่ลำไส้และอาจถูกแบคทีเรียกระตุ้นด้วยกระบวนการออกซิเดชัน ทำให้เกลือและกรดน้ำดีกลายเป็นสารก่อมะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้ กรดไขมัน โดยเฉพาะกรดไขมันไม่อิ่มตัว มีอิทธิพลต่อการเกิดมะเร็งหรือเนื้องอกได้ ในแง่นี้น้ำมันสัตว์ควรจะดีกว่าน้ำมันพืช คำแนะนำเช่นนี้ค่อนข้างจะขัดแย้งกับการสนับสนุนทางโภชนาการ ที่ให้กินน้ำมันพืชเพื่อป้องกันการเกิดโรคลิ้นเลือดหัวใจอุดตัน เพราะกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัวสามารถลดปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นผู้บริโภคเองควรเดินสายกลางพิจารณาปฏิบัติตามความเหมาะสม และการบริโภคอาหารโปรตีนจากสัตว์มากๆ ดับจะเปลี่ยนในโคเรเจนของกรดอะมิโนให้เป็นสารเมตะบอไลต์สุดท้ายคือ ยูเรีย จำนวนมากๆ ยูเรียส่วนมากถูกขับออกจากร่างกายทางไต แต่บางส่วนของยูเรีย (28-32 กรัมต่อวัน) จะถูกขับออกจากระแสเลือดทางตับละลายในน้ำดี ถูกหลังสู่ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ขณะที่ยูเรียถูกปล่อยผ่านไปตามทางเดินอาหารนั้นมันจะถูกเอ็นไซม์ยูรีเอสของแบคทีเรีย สลายตัวได้แอมโมเนียกับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ แอมโมเนียเป็นด่างอย่างแรงและเป็นพิษต่อการทำงานของเซลล์ เคยมีผู้ทดลองในสัตว์พบว่า แอมโมเนียสามารถทำให้เกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้ ภาวะบางอย่าง เช่นท้องผูก กากอุจจาระน้อย การขับถ่ายไม่เป็นเวลา แอมโมเนียที่ค้างอยู่ในอุจจาระร่วมกับสารก่อมะเร็งอย่างอื่น เช่นอนุพันธ์ของเกลือ / กรดน้ำดีก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ง่าย (ไมตรี สุทธจิตต์และศิริวรรณ สุทธจิตต์ 2532 : 90-95)

การงดอาหารเค็มหรือการจำกัดเกลือโซเดียม (Na) ในร่างกายของคนเรามีเกลืออยู่ 2 ชนิดที่สำคัญๆ คือเกลือโซเดียม (Na) และเกลือโปตัสเซียม (K) เกลือโปตัสเซียมอยู่ในเซลล์เช่น อยู่ในเซลล์ตับ กล้ามเนื้อสมองหัวใจ และเนื้อไต ส่วนเกลือ Na มักอยู่นอกเซลล์ เช่นอยู่ในน้ำเหลือง เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน น้ำดี และในไทรอยด์ ในเวลากลางวันเกลือ Na เข้าไปในเซลล์ซึ่งเป็นที่อยู่ของ K เมื่อโซเดียมเข้าไปคลอไรด์และน้ำจะตามเข้าไปในเซลล์ด้วย กระบวนการนี้จะทำให้เซลล์พองตัวทำให้เรารู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้านและบวม น้ำ พอตกลงกลางคืน Na กลับออกมานอกเซลล์และถูกกำจัดออกไปทางปัสสาวะในตอนเช้า กระบวนการนี้ทำให้เรารู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น อันเป็นความรู้สึก

ของคนปกติยามเช้า โดยปกติเกลือ Na และ K จะมีปริมาณเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ เมื่อเด็กปริมาณ Na จะสูง พอโตเต็มที่ร่างกายของเรามีเกลือ K สูงกว่า ในกรณีผู้ป่วยมะเร็งเราพบว่าเกลือ K ต่ำ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งอเมริกา ดร.สตีเฟนทอมป์สันพบว่าปริมาณของ Na และ K มีผลต่อการเจริญเติบโตของมะเร็ง หากในร่างกายมี Na เพิ่มมากขึ้น มะเร็งของลำไส้ใหญ่ในสัตว์ทดลองก็จะโตเร็วกว่า ดังนั้นในรายที่เป็นมะเร็งไม่ว่าที่ไหนจึงควรกินเค็มแต่น้อย เน้นการได้รับเกลือโปตัสเซียม การกินผักผลไม้หลายๆ ทำให้เราได้โปตัสเซียมสูง และมีผลต่อต้านมะเร็ง (ลลิตา ธีระสิริ 2542 : 79-83)

ผู้ป่วยมะเร็งควรมีการรับประทานพืชผักผลไม้ให้มาก ควรได้ผัก 25-30% ต่อวัน ผลไม้ 10% เป็นพวกเนื้อปลาหรือถั่ว 10% นอกนั้นควรเป็นข้าวกล้อง หรือเป็นเผือกมัน 50% ถ้าคิดเทียบง่าย ๆ 4-6 ทัพพีต่อวัน เรื่องผักผลไม้ควรใช้วิธีทางแบบธรรมชาติตามปกติเป็นหลัก ได้แก่ ปรงแบบธรรมชาติ วิธีปรงให้คงรูปแบบวัฒนธรรมไทยไว้ก่อน เช่น ถ้าต้องต้ม ลวก หรือทานดิบ หรือแกง เพราะพืชผักบางอย่างอาจมีสารพิษได้ ควรล้างทำความสะอาด ทานตามแบบดั้งเดิมไว้ก่อน เวลารับประทานควรเคี้ยวกินอย่างช้า ๆ ถ้าทานไม่ได้ เช่น ฟันไม่มี เบื่อไม่ย่อย ทาน อาบแดด บ้วน บ้างไม่มีสูตรตายตัว ทานให้หลากหลายหลากหลายรสชาติ และไม่ควรเติมน้ำตาล น้ำผึ้งเกินความจำเป็น พยายามไม่เติมน้ำก่อนเป็นดี เพราะถ้าเราได้คาร์โบไฮเดรตจากข้าว มันเทศ น้ำตาลในผักผลไม้พอเพียงแล้ว อาจทำให้น้ำตาลเกินได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย : 2542 : 47) จากข้างต้นที่ได้กล่าว การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการจึงมีความสำคัญอย่างมาก แต่ก็ต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ อีกประกอบด้วยจึงจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยยิ่งขึ้น

3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอ ในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล ความสนใจ และการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ ซึ่งความสมดุลของร่างกาย การออกกำลังกายมีความสำคัญกับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งมีความจำเป็นต้องออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่เข้าใจถึงกับส่ายหน้า เพราะผู้ป่วยมะเร็งมักไม่มีแรงและอ่อนเพลีย ลลิตา ธีระสิริ (2542 : 118-121) กล่าวว่า การออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง แอโรบิก ทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสื่อประสาทอย่างหนึ่ง มีลักษณะคล้ายมอร์ฟิน ทำให้รู้สึกสดชื่น ลดอาการไม่สบายเนื้อตัว ลดอาการเจ็บปวดต่างๆ ที่มีอยู่ได้ชะงัดกว่ายา

แก้ปวดใดๆ รวมทั้งทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น เมื่อเลือดขาวทำงานเก่งขึ้นด้วย เป็นการเสริมภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย เอาชนะเซลล์มะเร็งได้อย่างหมดจดในที่สุด ตัวอย่างคนไข้ที่แพทย์หญิงลลิตา รักษา มะเร็งระยะที่ 4 ของคุณเรื่อง อายุ 42 ปี ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน เริ่มแรกให้เดิน 5 นาที แล้วพัก และปั่นจักรยานเบาๆอีก 5 นาที ในระยะแรก แล้วค่อยๆเพิ่มเวลาเป็นเดินเร็ว 10 นาที พักแล้วปั่นจักรยานอีก 10 นาที ค่อยๆเพิ่มเวลาไปเรื่อยๆ ภายใน 3 เดือน คุณเรื่องก็สามารถเดินเร็วได้ 30 นาที และปั่นจักรยานได้ 30 นาทีเช่นกัน ด้วยวิธีการเช่นนี้ คุณเรื่องจะอยู่ในระยะแอโรบิก 2 ช่วง ช่วงละ 15 นาที ซึ่งเพียงพอต่อการได้ภูมิคุ้มกันสูงสุด ทุกระบบของร่างกายได้ทำงาน และขับสิ่งที่เป็นพิษของเสียออกจากร่างกาย การพักผ่อนและการมีกิจกรรมนันทนาการ เวลาที่รู้สึกอิสระ สบายได้ ทำสิ่งที่สนุกสนาน ได้หัวเราะ ปลดปล่อยอารมณ์ หรือการมีความสุขกับการประกอบอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลาย นันทนาการเป็นกิจกรรมที่ต้องการเวลา ซึ่งแตกต่างไปแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม การจัดให้มีกิจกรรมนันทนาการเป็นประจำทุกวันจะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางจิตใจได้ดี

4. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ความเครียดย่อมเป็นสาเหตุของการก่อเกิดมะเร็ง ทำลายระบบต่างๆ และภูมิคุ้มกันของร่างกาย การวิตกกังวลเป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจได้ การเยียวยารักษานั้นค่อนข้างยากลำบาก การรักษาความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจึงต้องเข้าไปศึกษาถึงปัญหาอันแท้จริงของบุคคลนั้น แล้วค่อยๆแก้หรือปรับต้องใช้หลายๆ คนช่วย โดยเฉพาะคนในครอบครัว การใช้พิธีกรรมต่างๆ ก็เป็นการช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้นได้ (หมออนามัย 2542 : 50) แบบประเมินการจัดการความเครียดประเมินถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อ ผ่อนคลายและลดความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยมะเร็งมักมีความเครียดความกลัว ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นควรที่จะต้องเรียนรู้ วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกวิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสม รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์ (อริมุติ แสนศิริพันธ์ 2541 : 36) นอกจากนี้อาจใช้การทำงานอดิเรก เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน การออกกำลังกาย การใช้วิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิ หรือใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถช่วยลดความเครียดลงได้ ลลิตา วีรศิริ (2542 : 136-138) กล่าวว่า การเข้าสู่สมาธิ ไม่แต่จิตที่นิ่งเท่านั้นร่างกายของเรายังทำงานลดลง เมตาโบลิซึม ในร่างกายลดลงมาก ดังจะเห็นได้จาก การเต้นของหัวใจและความดันเลือดที่ต่ำมาก สมาธิสามารถ สร้างพลังกายและเสริมกำลังใจ ยามปลอดโรค

สมาธิจะเสริมร่างกายให้แข็งแรง เวลาเราเป็นโรคร้ายอย่างมะเร็งก็จะช่วยบำบัดรักษา สมาธิมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ในระยะไหน ในระยะที่ยังพอสู้กับโรคได้ สมาธิจะทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มมากขึ้น เพราะความสงบของจิตใจจะส่งสมองไฮโปทาลามัส ให้เร่งประสิทธิภาพของเม็ดเลือดขาวในร่างกาย ให้กำจัดเซลล์มะเร็งได้เก่งขึ้น ผู้ป่วยในระยะท้ายที่ไม่อาจเยียวยาได้โดยวิธีใด ผู้ป่วยคงต้องทำใจ และการฝึกให้ใจสงบด้วยสมาธิ จะทำให้อาการเจ็บปวดลดน้อยลง เช่นเดียวกับที่ วิจิตร บุญชะโหดระ (2537) ได้เขียนเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต่อสู้กับโรคมะเร็ง โดยมีความหวังที่จะหายจากโรคและสามารถกระทำได้สำเร็จคือ เอียน กอร์เลอร์สัตวแพทย์ชาวออสเตรเลียถูกตัดขาขวาเนื่องจากเป็นมะเร็งในกระดูก (Ossogenic sarcoma) เมื่อเดือนมกราคม 2518 และพบว่ากลับมาเป็นโรคมะเร็งชนิดนี้อีก ในเดือนพฤศจิกายน 2518 ต่อมาเดือนมีนาคม 2519 ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก แพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเพียง 2 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยและภรรยายังมีความหวังและมั่นใจว่า จะต้องมีการรักษาโรคร้ายนี้ได้ แสดงถึงการมีเจตคติต่อโรคในด้านดี จึงพยายามค้นหาวิธีการต่างๆ โดยมีเป้าหมายว่าจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มีสมรรถภาพเพียงพอที่จะทำลายและกำจัดเซลล์มะเร็ง ซึ่งพบว่าการทำสมาธิเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรักษาที่จะทำให้ร่างกายหายจากความเจ็บป่วย ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกายและกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่อ่อนแอให้กลับมาทำหน้าที่ดั้งเดิม และยังช่วยให้เกิดความสงบทางจิตและอารมณ์ เกิดเจตคติในด้านบวกและเพิ่มคุณภาพชีวิตเป็นอย่างดี และอีกวิธีหนึ่งที่ เอียน พบว่ามีความสำคัญ คือ การคิดในเชิงบวก โดยพยายามสร้างเจตคติในด้านบวกให้เกิดขึ้นตลอดเวลา ใช้ประสบการณ์ของตนเองช่วยเหลือผู้อื่น เอียนได้ปฏิบัติเช่นนี้และต่อเนื่อง ในเดือนมิถุนายน 2521 พบว่าไม่มีร่องรอยของมะเร็งหลงเหลืออยู่อีกเลย แพทย์ประกาศว่าเอียนหายจากโรคมะเร็งโดยเด็ดขาด จะเห็นว่าบุคคลเป็นองค์รวมที่มีความเชื่อมโยงระหว่างกายและจิต ไม่สามารถแยกจากกันอย่างเด็ดขาด การมีจิตใจที่เข้มแข็งต่อสู้ ใช้สมาธิมุ่งมั่นจัดการความเครียดออกไป นอกจากจะมีส่วนช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจสนใจและเอาใจใส่ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง ได้เป็นอย่างดี

5. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) และการยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออาจสร้างความหวัง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีเป้าหมายชัดเจนและเป็นไปได้ ด้วยการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นหรือใน

อดีต มองชีวิตในด้านบวกซึ่งเพิ่มความนับถือในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง รูปแบบการประเมินความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รู้สึกตนเองมีคุณค่า บุคคลที่มีความรู้สึกรู้ค่าในตนเองสูง มักจะมีความเชื่อที่ว่า ตนมีความสามารถในการที่จะปฏิบัติในกิจกรรมที่ต้องกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura : 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 134) ซึ่งทำให้เกิดเป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญประการหนึ่งและที่ Orem (1985 อ้างในจารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2535 : 8) มองว่าความรู้สึกรู้ค่าในตนเองเป็นพลังความสามารถที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และซีเกล (Siegel, Bernie S. : 1986 อ้างใน ลลิตา ชีระศิริ 2542 : 128-130) เนื้อเชื้อและอวัยวะต่างๆในร่างกายล้วนถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งถูกควบคุมโดยต่อมใต้สมองอีกทอดหนึ่ง ในทางกลับกันต่อมใต้สมองถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัสที่ถูกกระทบโดยอารมณ์ ความนึกคิด ความรู้สึกซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ ซีเกลจึงแนะนำว่า เราต้องเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิทัศน์ด้านภายในร่างของเราให้ได้ โดยจัดการกับวิธีคิด อย่าท้อแท้ ผิดหวัง อย่าจมอยู่กับความเศร้า ความเครียด หากเราตั้งใจสู้ ตั้งใจมั่นในการอยู่รอด เมื่อใดที่เราทำใจให้สบาย ภูมิทัศน์ด้านของเราก็จะกลับมาเอง และสามารถเอาชนะเซลล์มะเร็งได้ และเมื่อผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง และยอมรับในความมีคุณค่าของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และความเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตอย่างมະเร็งด้วยแล้ว ยิ่งทำให้บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางลบมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาการสูญเสียมากขึ้น ความพิการและโรคที่คุกคาม ที่เกิดขึ้นอาจจะมีผลกระทบไปถึง หน้าที่การงาน อาชีพ ภาวะเศรษฐกิจ และสังคมที่แวดล้อมผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยประเภทนี้ส่วนใหญ่มักจะยอมรับได้ยาก และมีปฏิกิริยาต่อต้านทุกสิ่งที่อยู่รอบตัว ในทางตรงกันข้ามบางกลุ่มก็มีการยอมรับ มีความรู้สึกยอมรับ ท้อแท้หมดหวัง มีความเศร้าซึม บางรายอาจถึงกับคิดฆ่าตัวตายได้ ควรมีการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม มีการปรับตัว มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และตระหนักยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน โดยการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ก็จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

6. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental Control) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าจากพยาธิสภาพของโรคที่ดำเนินไป ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีมีผลต่อร่างกายและจิตใจ เกิดภูมิทัศน์ด้านของร่างกายได้ง่ายขึ้น แบบประเมินเป็นแบบพฤติกรรมที่

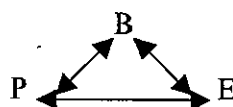
บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อม ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น มลภาวะต่างๆ ฝุ่นควัน สารพิษ เครื่องสำอางที่ใช้ในผู้หญิง การใช้สเปรย์พ่นผม คีมีเหลว สูบบุหรี่ เป็นต้น รวมทั้งการป้องกันตนเอง ไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน (อรชุน เลี้ยววัฒนะผล 2541 : 226) กล่าวว่า ควรหาโอกาสสัรบอากาศบริสุทธิ์และแสงแดดมากๆ เพราะร่างกายของเราเริ่มแก่ลงเมื่อเราโตเต็มที่ ไม่มีโอกาสออกไปวิ่งกลางแจ้งเหมือนเด็กๆ แสงแดดอ่อนๆ จะกระตุ้นปฏิกิริยาเคมีที่ผิวหนังที่จำเป็น ร่างกายได้รับวิตามินดี และยังบอกถึงเวลาเติมน้ำมันรถ ควรให้เด็กๆ คนแก่ หรือผู้ป่วยมะเร็งออกจากกรด ไม่ควรอยู่ในรถและหายใจเอากลิ่นน้ำมันเป็นเวลานาน เมื่อเดินทางไกลให้แน่ใจว่ามีอากาศถ่ายเทในรถเพียงพอ การควบคุมสภาวะแวดล้อมอีกอย่างคือการร่วมมือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ต้องระมัดระวังในบริเวณที่ได้รับรังสีไม่ให้โดนน้ำ เป็นต้น

จากแนวคิดของ Pender พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ให้ความสนใจเอาใจใส่ ดูแลสุขภาพ ดังที่กล่าว เป็นการลดระยะของโรค ปรับระดับสุขภาพที่เสื่อมถอย มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทฤษฎีปัญญาทางสังคม

แบนดูรา (Bandura, 1986 และ Bandura, 1989 : 1-60) มีทรรศนะว่า พฤติกรรม (Behavior หรือ B) ของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลักอีก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยทางปัญญาและปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ (Personal หรือ P) และอิทธิพลของสภาพแวดล้อม (Environmental Influences หรือ E) ดังภาพดังนี้

ภาพแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยสามปัจจัยซึ่งกำหนดซึ่งกันและกัน ระหว่างพฤติกรรม (B) และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ (P) และสภาพแวดล้อม (E)



แผนภาพที่ 2

จากภาพที่ 2 จะเห็นว่า B P และ E ล้วนแต่มีลูกศรชี้เข้าหากันและกัน ซึ่งหมายถึงว่ามีอิทธิพลซึ่งเหตุผลซึ่งกันและกัน (Reciprocal Causation) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี เป็นสภาพแวดล้อม (E) เช่นนี้มีผลให้ผู้ป่วยเชื่อ (P) ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นบรรทัดฐานของกลุ่ม ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม (B) ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดีไปด้วย แล้วการแสดงถึงความมีภาวะสุขภาพที่ดี ก็ทำหน้าที่เป็นสภาพแวดล้อม (E) ให้กับผู้ป่วยคนอื่นๆ ด้วย จากข้างต้นนี้เบนดูราเรียกแนวความคิดทั้งหมดรวมกันว่าเป็นปัจจัยซึ่งกำหนดซึ่งกันและกัน (Triadic Reciprocal Determinism)

เบนดูรา มีความเห็นว่า ในชีวิตจริงของมนุษย์นอกจากมนุษย์จะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมแล้ว มนุษย์ก็มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมทั้งสำหรับตนเองและผู้อื่นด้วย นอกจากนี้มนุษย์มีความคิด ความเชื่อ และความคาดหวังซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตนเองได้

ทฤษฎีปัญญาทางสังคมระบุว่า การเรียนรู้มักเป็นเรื่องของกิจกรรมการประมวลข่าวสาร โดยข่าวสารในที่นี้หมายถึงคำพูด สัญลักษณ์อักษร ลักษณะหรือรายละเอียดของการทำพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมของการทำพฤติกรรม มนุษย์เรียนรู้การทำพฤติกรรมส่วนมากจากการสังเกตตัวแบบ (Model) แล้วรับข่าวสารต่างๆ มาประมวลโดยการแปลงสภาพเป็นการแทนด้วยสัญลักษณ์ (Symbolic Representation) ที่จะเป็นเครื่องมือในการกระทำในโอกาสต่อมา

เบนดูรา ให้คำนิยามการมีตัวแบบ (Modeling) ว่าหมายถึง กระบวนการที่ทำให้เหมือนทางจิต (Psychological Matching Process) ความหมายนี้กว้างกว่าการเลียนแบบ (Imitation) ซึ่งมักจะใช้กันในความหมายเพียงว่าการทำพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ แต่การมีตัวแบบได้รวมกระบวนการทางจิตวิทยาในการรับข่าวสารเก็บ จำข่าวสาร การกระทำและการสนใจเข้าใจด้วย เบนดูราเห็นว่าการมีตัวแบบสามารถมีผ่านสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท และมีผลต่อมนุษย์ได้หลายด้าน เบนดูราได้แบ่งประเภทของการเรียนรู้ไว้ 2 ประเภท คือ การเรียนรู้ จากการสังเกต (Observational Learning) และ การเรียนรู้ จากการกระทำ (Enactive Learning)

1. การเรียนรู้ จากการสังเกต (Observational Learning)

เบนดูรา ระบุว่า มนุษย์เรียนรู้การทำพฤติกรรมส่วนมากจากการสังเกตตัวแบบ แล้วรับข่าวสารต่างๆ มาประมวลโดยการแปลงสภาพเป็นการแทนด้วยสัญลักษณ์ ที่จะเป็นเครื่องมือ

นำและการทำในโอกาสต่อมา โดยเบนดูราได้ให้ความหมายของ สื่อตัวแบบ กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต และบทบาทของการเสริมแรงในการเรียนรู้ไว้ดังนี้

1.1 สื่อตัวแบบ การมีตัวแบบสามารถผ่านสื่อได้หลายประเภท คือ

1.1.1 การมีตัวแบบทางพฤติกรรม (Behavioral modeling) หมายถึง การมีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมให้บุคคลเห็น

1.1.2 การมีตัวแบบทางวาจา (Verbal modeling) หมายถึงการมีตัวแบบที่พูดบอกหรือเขียนบอกว่าจะทำอะไรได้อย่างไร

1.1.3 การมีตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) หมายถึงการมีตัวแบบภาพผ่านสื่อต่างๆ

1.2 กระบวนการในการเรียนรู้จากการสังเกต มี 4 กระบวนการ คือ

1.2.1 กระบวนการใส่ใจ (Attentional Process) หมายถึงกระบวนการที่มนุษย์ใส่ใจและสนใจในการรับรู้ พฤติกรรมของตัวแบบ

1.2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) การเรียนรู้จากการสังเกตจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก หากผู้สังเกตสามารถเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบไว้ได้

1.2.3 กระบวนการกระทำ (Production Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตจะนำเอาการเก็บจำเป็นสัญลักษณ์มาแปลงเป็นการกระทำ

1.2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) หมายถึง สิ่งของปฏิบัติของผู้อื่นหรือปฏิบัติของบุคคลเองที่จะจูงใจให้บุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมหนึ่งๆ

1.3 บทบาทของการเสริมแรง ในการเรียนรู้จากการสังเกต เบนดูรา เสนอทฤษฎีของทฤษฎีปัญญทางสังคมต่อบทบาทของการเสริมแรงในการเรียนรู้จากการสังเกตไว้ คือ

1.3.1 การเรียนรู้จากการสังเกต เกิดขึ้นโดยไม่ต้องมีสิ่งจูงใจภายนอก

1.3.2 ตัวจูงใจมีบทบาทมากขึ้นก่อนพฤติกรรมมากกว่าเกิดตามหลังพฤติกรรม

1.3.3 การเรียนรู้เงื่อนไขการกระทำเป็นกรณีพิเศษของการเรียนรู้จากการสังเกต

2. การเรียนรู้จากการกระทำ (Inactive Learning)

ในทฤษฎีปัญญทางสังคม เบนดูรา เห็นว่า การเรียนรู้จากการกระทำเป็นกรณีพิเศษของการเรียนรู้จากการสังเกต ในการเรียนรู้จากการกระทำบุคคลกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้ว

สังเกตผลที่เกิดขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นผลดีสำหรับตัวเขา เขาก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ เพื่อจะทำได้ในโอกาสหน้าอีก หากผลที่เกิดขึ้นเป็นผลที่ไม่ดีสำหรับตัวเขา เขาก็เก็บจำการกระทำนั้นไว้เพื่อคิดแปลงใหม่ให้เกิดผลดี หรือเพิ่มจะได้ไม่ทำเช่นนั้นอีก อย่างไรก็ตามหากจะเปรียบเทียบระยะเวลาที่ต้องใช้ในการเรียนรู้พฤติกรรมหนึ่งๆ การเรียนรู้จากการสังเกตจะใช้เวลาน้อยกว่าการเรียนรู้จากการกระทำมาก โดยเฉพาะในการเรียนรู้พฤติกรรมที่ซับซ้อน เช่น การเรียนรู้ที่จะใช้เครื่องไฟฟ้าที่ซื้อใหม่ เป็นต้นว่า โทรทัศน์ เครื่องวิดีโอทัศน์ บุคคลคงจะเรียนรู้ได้รวดเร็วหากเขาอ่านคู่มือที่ให้มา กับเครื่องซึ่งถือเป็นการเรียนรู้จากการสังเกตอย่างหนึ่ง แต่ถ้าเขาจะใช้วิธีเรียนรู้จากการกระทำโดยการทดลองกดปุ่มโน้น หมุนปุ่มนี้ เขาก็อาจจะปรับเครื่องไฟฟ้าได้เช่นกัน แต่คงจะใช้เวลานานกว่าหลายเท่า หรือไม่ก็ทำเอาไฟฟ้าลัดวงจร ทำให้เครื่องเสียได้

การเรียนรู้จากการกระทำจะมีประโยชน์ชัดเจน ในกรณีที่บุคคลพยายามคิดค้นพฤติกรรมใหม่ขึ้นมา เช่น นักยิมนาสติก หรือนักมวยพยายามคิดค้นท่าใหม่ขึ้นมาใช้ในกีฬาประเภทนั้นๆ แต่กระนั้นก็ตามในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีการบันทึกภาพก้าวหน้ามากกว่า การที่ใครจะคิดค้นพฤติกรรมใหม่อย่างแท้จริงขึ้นมา ก็มักจะเป็นการดัดแปลงพฤติกรรมที่ได้มีผู้กระทำไว้แล้ว ซึ่งก็จะกลายเป็น การเรียนรู้จากการสังเกตอีกรูปแบบหนึ่ง ความคิดหรือมุมมองที่แตกต่างกัน

แต่ละคนมีมุมมอง หรือความคิดเห็นที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะมองภาพเพียงมิติเดียวก็ยังแสดงถึง ความแตกต่างของมุมมองได้ แต่ชีวิตหรือการทำงานมีมิติที่ซับซ้อนอยู่มาก ดังนั้นความแตกต่างของมุมมองจึงเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้น มุมมองของแต่ละคนที่แตกต่างกันเป็นไปตามประสบการณ์ วุฒิภาวะ ทัศนคติ ค่านิยม อารมณ์ความรู้สึก เพศ อาชีพ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะสุขภาพ และการเอาใจใส่ดูแลตนเอง ฯลฯ

ความแตกต่างนั้นเป็นเรื่องดีที่ควรแลกเปลี่ยนกัน เพราะจะช่วยให้มุมมองหรือความคิดเห็นของทุกคนกว้างขึ้น การแลกเปลี่ยนจากมุมมอง ที่แตกต่างกัน เป็นกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งต้องมีความใจกว้าง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

มุมมองหรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันนี้ ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเกิดการเรียนรู้ขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ นาทฤษฎีทางปัญญาสังคม มาปรับใช้ในเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ในตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมและการเกิดโรค

การรับรู้-เรียนรู้จากตัวแบบ คือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอด้วยกัน ที่เคยมีการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งส่งผลให้มีความพยายามที่จะปฏิบัติ และเกิดการกระทำที่ยั่งยืนขึ้นด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พอที่จะประมวลได้ดังนี้

Lewis (1982) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 57 คน เป็นหญิง 35 คน และชาย 22 คน โดยประเมินในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองได้ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิตสูง และความวิตกกังวลต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำ

และ Padilla & Grant (1985) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดเอาลำไส้ออกทางหน้าท้อง (Colostomies) จำนวน 153 ราย โดยมีความเชื่อว่าการส่งเสริมทัศนคติต่อการดูแลและการพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลตนเองจะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการรู้คิด คือ การส่งเสริมทัศนคติ หรือเจตคติที่ดีต่อการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับซึ่งจะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ การส่งเสริมการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง และเกิดความสุขทางร่างกาย รวมทั้งมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้มีการศึกษาเพื่อตรวจสอบแนวคิดนี้ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเป็นบรรณานุกรมคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติที่สร้างขึ้นเอง เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการพยาบาล เครื่องมือวัดความเชื่อในอำนาจการควบคุมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ในลักษณะของความเชื่อมั่นในตัวเอง พยาบาล และความเชื่ออำนาจภายในตนในการควบคุมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับโซกลางมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทั้งทางร่างกายและจิตสังคม

สำหรับในประเทศไทย นวลขนิษฐ์ ลิ้มปนวิสต์ (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่บริเวณศีรษะและคอ พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยทางด้าน อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรค ที่มีผลต่อการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตสังคม และการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 100 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม การดูแลตนเองทางกายภาพและจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) ผู้ป่วยที่มีอายุและระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคแตกต่างกัน มีการรับรู้ทางกายภาพจิตสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) และมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .01$ และ $P < .05$ ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตสังคม ไม่แตกต่างกัน ($P > .05$) และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)

และ กฤษดา ดงศิริ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แบบวัดความหวังและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หุคูน และเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด

โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธีฟอร์เวิร์ด อินคลูชัน (Forward Inclusion) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้าน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในอดีต และระยะของโรค มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ
2. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งอวัยวะที่เป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา และความพึงพอใจในสุขภาพในอดีต มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความหวังมีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001
4. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่ากลุ่มตัวทำนายที่สามารถร่วมกันทำนาย ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความหวัง (HOPE) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (HEP) และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน(INC) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ร้อยละ 78.53

ต่อมา มาลี วรรัตนกุล (2535) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้ทฤษฎีความพร้อม ในการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวทางการศึกษา จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ณ หน่วยเคมีบำบัด แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลรามาริบัติ และเคมีบำบัดคลินิกงานผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 76 ราย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การพึ่งพิงสังคมของบีโนเลียลและคณะ (Benoliel, McCorkle & Young 1984) และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดควรรชนีคุณภาพชีวิตที่สร้างโดยพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1983, 1985)

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .001$) สำหรับอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ และคุณภาพชีวิตเข้าในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27 และเมื่อนำปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ และความสามารถในการดูแลตนเองเข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบาย ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 27 เช่นกัน

และในปีเดียวกัน จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน (2535) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสี ที่หน่วยรังสีรักษาวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนสิงหาคม 2534 ถึงเดือน กรกฎาคม 2535 โดยได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย โดยผู้ป่วย 20 คนแรก ถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยอีก 20 คนถัดมา ถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ การเก็บข้อมูลกระทำใน 2 วันสุดท้าย ก่อนสิ้นสุดการรักษา โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบอร์ก (Rosenberg's Self-esteem Scale) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของนิตยา ตากวิริยะนันท์ และแบบประเมินความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสังเกต และบันทึกในขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ขณะประเมินความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง และขณะเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตามแผนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เป็นการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะของการรักษา ที่ผู้ป่วย

ยังมีอาการข้างเคียงจากรังสี อันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองปฏิเสธการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม ให้ครบจำนวนครั้งตามแผนที่วางไว้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ยังมีจำนวนน้อย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าความเที่ยงไม่แน่นอน และต่ำกว่า .80 จึงอาจทำให้อำนาจในการทดสอบทางสถิติต่ำ

ต่อมา อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ได้ทำการวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 11 ก.พ.2540-11 เม.ย.2540 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3790$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2962$) และเพศชายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.2514$) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา การสนับสนุนจากครอบครัวและเพศ เป็นตัวทำนายที่สามารถ ร่วมอธิบายความผันแปรของการปรับตัว ได้ร้อยละ 30.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจะต้องให้ความสนใจใส่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในระยะเวลาอันนานให้มาก เนื่องจากมีการปรับตัวได้น้อยและสนับสนุนให้ครอบครัวให้ความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่กับภาวะของโรค และอาการแทรกซ้อนของรังสีรักษา ได้เป็นอย่างดี

และปีเดียวกัน นฤมล ศาสตรัฐสุข (2540) ได้วิจัยเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่มา

รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นครั้งแรก ณ ภาควิชารังสีวิทยา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 25 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยทั้ง 25 คน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอขีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตการฉายรังสี ก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและคุณภาพชีวิต และระยะที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้าย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ วิเคราะห์หาความแตกต่างที่ละคู่ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ และสถิติทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และเมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของมาสโลว์ ออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ ในคุณค่าของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$) และผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามาก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุ่นจิตต์ บุญสม (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไร กลุ่มตัว

อย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 270 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสร้างตามแนวคิดของพนเดอร์ นำข้อมูลมาเปรียบเทียบ ความแตกต่างของพฤติกรรม ของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีปัจจัยแตกต่างกัน โดยใช้ ANOVA และ t-test ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยพบกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในเรื่องของการไม่สูบบุหรี่ อาน้ำ ด้วยวิธีดักน้ำอาบ หรือใช้ฝักบัว สวมรองเท้าส้นเตี้ย แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด หลวม และ ใ้สบาย ชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้งหลังการขับถ่าย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ มาฝากครรภ์ตามนัด ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ทันที ส่วนพฤติกรรมไม่ดี ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ การไม่ไปตรวจสุขภาพฟันขณะตั้งครรภ์

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมดีกว่า กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างของปัจจัยด้านอื่นๆ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสรุปว่า อายุมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก จะปฏิบัติได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

นอกจากนี้ สุภารัตน์ วรรณสาร (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมและคลินิกโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 286 คน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2541 ถึงเดือนมิถุนายน 2541 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for WINDOWS หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และคอนติเจนซี แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที และไคสแควร์ และเลือกตัวทำนายโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอมี 4 ด้าน คือ ด้านความสามารถ ในการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน การควบคุมสภาวะแวดล้อม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับบางครั้งถึงสม่ำเสมอมี 2 ด้านคือ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับการปฏิบัติบางครั้งมี 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (BT_T) ได้แก่ รายได้ของครอบครัว (salary) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (HT_2) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (HT_3) เมื่อเขียนเป็นสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$BT_T = .0392 (\text{salary}) + .0877 (HT_2) + .1382 (HT_3) + 1.167$$

ซึ่งสมการนี้สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 122.6748$) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ $\pm .2023$

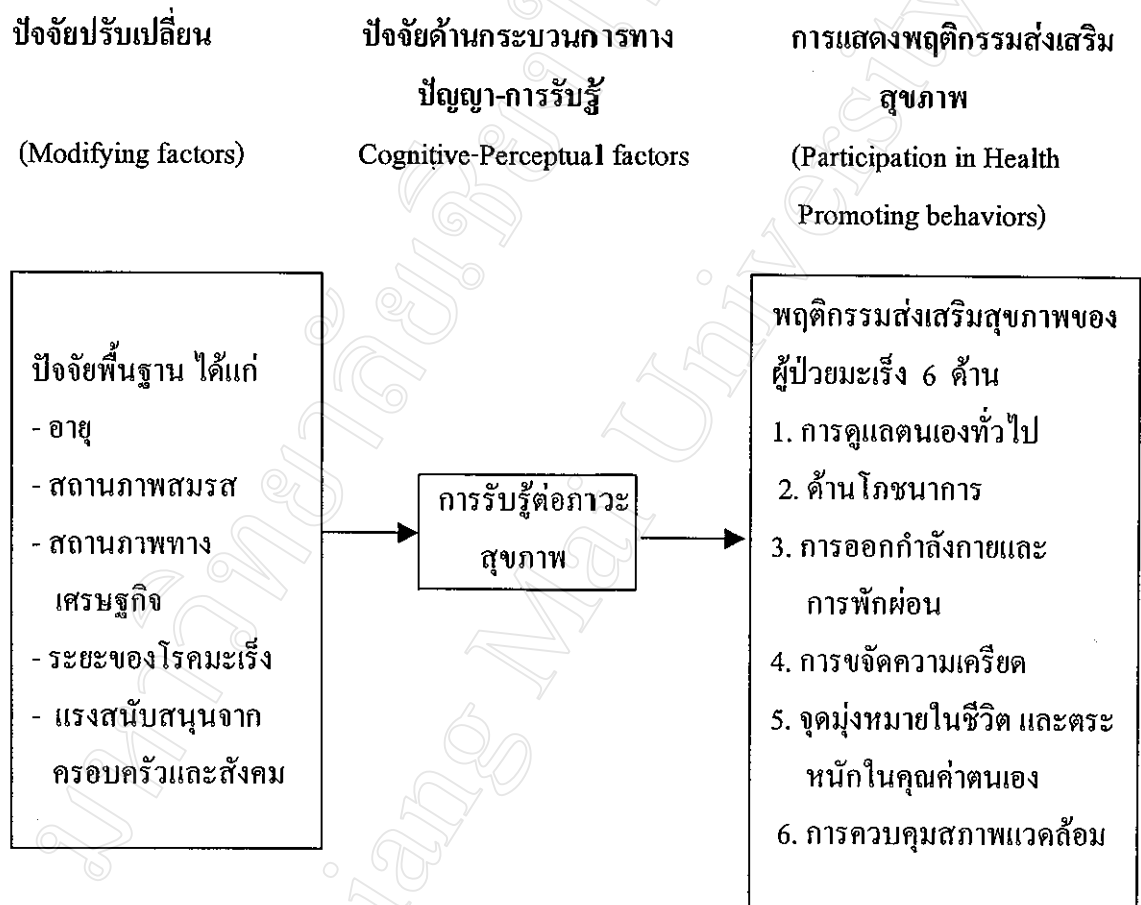
3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม การใช้ระบบบริการทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และ อธิมุติ แสนศิริพันธ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคลด้านความเชื่อถือในบุคคลอื่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรในทีม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 190 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และ แบบสอบถามด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน(ปัจจัยปรับเปลี่ยน) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้ง และมีการวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แต่ยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยปรับเปลี่ยน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ว่ามีความสัมพันธ์กันสอดคล้องหรือขัดแย้งกันอย่างไร และสัมพันธ์กันอย่างไร จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต้องอาศัยการดูแล และการปฏิบัติตนเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆของโรคลงได้ ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆด้านร่วมกัน มีกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ แล้วนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เป็นการลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อน ยืดระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ และการต่อสู้กับโรคที่ร้ายแรง ดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข ไม่ทุกข์ทรมานขณะยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ที่ได้นำมาประยุกต์กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยอาศัยปัจจัยปรับเปลี่ยนที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังแผนภาพที่ 3 ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัย



แผนภาพ 3 : แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย