

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในทั้งชายและหญิง แผนกโสต นาสิก ลาริงซ์ หอผู้ป่วยในพิเศษ 3 และหน่วยรังสีรักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 112 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม 2543 ถึงเดือน กรกฎาคม 2543 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วย และในบางรายนำแบบสอบถามมาสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานด้านข้อมูลส่วนตัว แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประมาณค่าเฉลี่ย คะแนนแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยใช้ค่า คอนติเจนซี (Contingency) ไคสแควร์ (Chi-square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient) และการทดสอบค่าที (t - test)

3. ข้อมูลการศึกษากรณีเจาะลึก ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากผู้ป่วยบางราย ที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 17 คนนำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับบริบทและเนื้อหา ความเป็นหมวดหมู่แบบมีความสัมพันธ์ร่วมกัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในด้านอายุอยู่ในช่วง 55 ปีขึ้นไป พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.3 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.0 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พบมากในช่วง 501-3,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนระยะของโรคมะเร็งพบระยะที่ 3 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.7 และด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม พบระดับแรงสนับสนุนมาก การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีระดับการรับรู้ปานกลาง เมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้าน พบว่าในด้านการรับรู้ ต่อภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อสุขภาพ อยู่ในระดับรับรู้ปานกลาง ส่วนในการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม มีระดับการรับรู้ปานกลางถึงดี และด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองทั่วไป และด้านการควบคุมสภาพแวดล้อม มีระดับคะแนนการปฏิบัติสม่ำเสมอ ในด้านโภชนาการและด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและตระหนักในคุณค่าตนเอง มีระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและพักผ่อนและด้านการจัดการความเครียด มีระดับการปฏิบัติบางครั้ง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะของโรคมะเร็ง ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วย พบว่า ปัญหาในภาพรวมของผู้ป่วยมาจากความกลัว ความไม่แน่ใจ และความวิตกกังวลจากสภาพของโรค อาการที่เป็นอยู่ การรักษาและสภาพร่างกายในวันข้างหน้า ญาติผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนช่วยเป็นกำลังใจ สนับสนุนทั้งในด้านร่างกายจิตใจ และสังคมกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้ หันกลับเข้ามาดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 112 คน ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ในด้านปัจจัยพื้นฐานนั้นได้นำไปกล่าวรวม กับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผลการวิจัยพบว่า มีระดับ การรับรู้ปาน กลาง แสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ตามที่พบคือ ด้านการเจ็บป่วยในอดีต ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง และมีระดับการรับรู้ปานกลางถึงดีในด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยยัง ไม่ถึงระดับการรับรู้ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในเรื่องการรับรู้ในอดีตที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย โภชนาการ การออกกำลังกายและพักผ่อน และความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการของโรคมะเร็งที่แสดงอาการต่าง ๆ ออกให้เห็นอย่างเด่นชัด ความสนใจ การรับรู้-เรียนรู้ หรือเอาใจใส่ดูแลตนเองมีน้อย ไม่ค่อยระมัดระวังตนเอง หรืออาจมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง นอก จากนี้การรับรู้-เรียนรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแต่ละบุคคล ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อประกอบการตัดสินใจ (Brook, et al.1979 : 1-30) และการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป ตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ที่มี ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตามที่ซอนยาและคณะ (Sonja et al.,1981 : 223) กล่าวว่า การที่ บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้นไม่ได้หมายความว่า ไม่มีโรคหรือมีอาการ จากความเจ็บป่วยที่เกิด ขึ้นกับเขา ดังนั้นแม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ใน เกณฑ์ที่ดีได้ และสอดคล้องกับที่ Pender (1987 : 61) กล่าวว่า การรับรู้และการควบคุมสุขภาพเป็น ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นผลมาจาก การกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจาก อำนาจของผู้อื่น และเป็นผลของความบังเอิญหรือโชคชะตา ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของตนเอง ซึ่งแยกแยะระดับการรับรู้เป็นรายด้านดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการเจ็บป่วยในอดีต พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับการรับรู้ปาน กลาง คือโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ปานกลางในเรื่องผู้ป่วยเคยมีน้ำหนักรีดและอ่อนเพลีย

บอย ๆ , เคยเป็นหวัดคัดจมูก เจ็บคอไอเรื้อรัง เป็นเวลานานหรือบ่อย ๆ , ผู้ป่วยมักจะสูบบุหรี่ , ซึ่
 ยารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย , สังเกตอาการผิดปกติในช่องปาก และฟันด้วยตนเองเสมอ
 และคิดว่าชีวิตได้ทุ่มเทให้กับการทำงานมาก จนลืมเอาใจใส่ดูแลตนเอง มีในส่วนที่ระดับการรับรู้ดี
 คือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยคนแรกที่ผู้ป่วยนึกถึงคือแพทย์ และระดับการรับรู้ไม่ดีคือ ในเรื่องผู้ป่วยเคย
 เป็นแผลที่หายยากตรงบริเวณที่เป็นมะเร็ง ทั้งนี้เพราะการรับรู้เรื่องการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักจะเรียนรู้
 ด้วยตนเอง ประกอบกับอาศัยการสังสมประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม สังคม มา
 ร่วมในการตัดสินใจ จากที่กล่าวข้างต้นพบว่ามี 6 ข้อคือในเรื่อง ผู้ป่วยเคยมีน้ำหนัลดและอ่อน
 เหลือบ่อย ๆ , เคยเป็นหวัดคัดจมูก เจ็บคอไอเรื้อรัง เป็นเวลานานหรือบ่อย ๆ , ผู้ป่วยมักจะสูบบุหรี่ ,
 ซึ่ยารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย , คิดว่าชีวิตได้ทุ่มเทให้กับการทำงานมาก จนลืมเอาใจใส่
 ดูแลตนเอง , สังเกตอาการผิดปกติในช่องปากและฟันด้วยตนเองเสมอ เช่นในประการหลัง ซึ่งจาก
 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักอ้างถึงไม่มีเวลาในการสังเกต ตรวจดูในช่องปากและฟันได้บ่อย
 แต่ก็ได้มีการตรวจดูความผิดปกติ ในช่องปากและฟันเป็นบางครั้ง เมื่อพบความผิดปกติจึงรีบมาพบ
 แพทย์และทันตแพทย์เป็นต้น ในส่วนที่มีการรับรู้ดีพบ 1 ข้อคือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยคนแรกที่ผู้ป่วย
 นึกถึงคือแพทย์ระดับการรับรู้ดี แสดงถึงเมื่อเวลาเจ็บป่วยผู้ป่วยมักจะไปรับการรักษาจากแพทย์ให้
 ความสำคัญและนึกถึงเป็นคนแรก ซึ่งตรงกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ทุกคนตอบตรงกันหมด ว่าเชื่อ
 และให้ความไว้วางใจ เชื่อใจในแพทย์ผู้รักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ให้การ
 รักษาดูแล และพบการรับรู้ไม่ดี หรือรับรู้น้อย 1 ข้อ ในเรื่องเคยเป็นแผลที่หายยากตรงบริเวณที่เป็น
 มะเร็ง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ของมะเร็งศีรษะและคอ จะไม่ค่อยปรากฏแผลจากก้อนมะเร็งให้
 เห็นภายนอกร่างกายได้ชัด เช่น มะเร็งของโคนลิ้น (Base of Tongue) มะเร็งเยื่อบุกระพุ้งแก้มในปาก
 (Buccal Mucosa) และถ้าเป็นที่ภายในยังไม่สามารถเห็นก้อนหรือแผลที่หายยากบริเวณที่เป็นใหญ่
 เช่น มะเร็งกล่องเสียง (Larynx) มะเร็งหลังโพรงจมูก (Nasopharynx) มะเร็งของโพรงอากาศข้าง
 จมูก (Paranasal sinuses) เป็นต้น ผู้ป่วยจึงตอบในส่วนนี้ไม่ได้ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่ามาถึ
 การเป็นมะเร็งลุกลามได้ แม้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยก็อาจประเมินภาวะสุขภาพ
 ของตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพดีของคนส่วนใหญ่นั้นมักจะหมายถึง ความ
 สามารถทางร่างกายในการกระทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ซึ่งเป็นอาการภายนอกเท่าที่ผู้ป่วย
 เห็น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ สอดคล้องกับ Emgel (1984 cited in Gulick, 1986 :

75) พบว่าการรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ ทางกายของบุคคลนั้น มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Health status)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวม พบว่ามีระดับการรับรู้ปานกลางคือ ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ปานกลางในเรื่องผู้ป่วยรับประทานอาหารรสดัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เป็นต้น และผู้ป่วยดื่มเบียร์หรือสุราบ่อยครั้ง และระดับการรับรู้ปานกลางถึงดีในเรื่องผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหาร เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ถั่วต่างๆ เป็นต้นและผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาด 10-12 แก้วต่อวัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านโภชนาการในอดีตแต่ขาดการตระหนักใส่ใจ หรือรับรู้ไม่ดีเท่าที่ควร ในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดโทษ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งลุกลามได้เช่น การรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็งจำพวกไนโตรซามีน (Nitrosamine) ได้แก่อาหารจำพวก ปรุง ย่าง ร่มควัน การรับประทานอาหารบ่อย ช้าจากที่มีส่วนประกอบของสี สารเคมี เช่น สารกันบูด โบเร็กซ์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ หรืออาหารสำเร็จรูป เช่น หมูแฮม หมูเบคอน สอทอดกวน แหนม กุนเชียง ไส้กรอก เนื้อเค็ม ปลากระป๋อง เป็นต้น ซึ่งสารในเครื่องดื่มเปลี่ยนเป็นสารไนโตรที่ขึ้นอยู่กับแฟกเตอร์หลายอย่าง เช่น ปริมาณของไนเตรทที่อยู่ในอาหาร อุณหภูมิห้องของอาหาร ระยะเวลาการเก็บ ปริมาณของออกซิเจนและวิธีการปรุงอาหาร อาหารที่มีเชื้อราโดยเฉพาะแอฟลาทอกซินต่าง ๆ ก่อให้เกิดสารพิษ AFB1 การเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชัน จากสารจำพวก Lipid peroxidation อนุมูลอิสระที่มากเกินไปก่อให้เกิดสภาวะที่ผิดปกติมากมายขึ้นกับเนื้อเยื่อที่ถูกโจมตีเหล่านั้น เช่น ถ้าหากอนุมูลอิสระโจมตีที่ DNA ก็จะก่อให้เกิดมะเร็ง (ไมตรี สุทธิจิตต์และศิริวรรณ สุทธิจิตต์ 2532 : 36-72) การขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเองในเรื่องอาหาร ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง 2 ข้อ ในเรื่องผู้ป่วยรับประทานอาหารรสดัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เป็นต้น และผู้ป่วยดื่มเบียร์หรือสุราบ่อยครั้ง ระดับการรับรู้ปานกลาง เช่น ในเรื่องผู้ป่วยดื่มเบียร์หรือสุราบ่อยครั้งนั้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยรับรู้ว่าการดื่มเบียร์ หรือสุราเป็นโทษ และก่อให้เกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อในช่องปากและลำคอ ก่อเกิดมะเร็งสอดคล้องกับไมตรี สุทธิจิตต์และศิริวรรณ สุทธิจิตต์ (2532 : 36-72) จากการสำรวจผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ (20-40 มวนต่อวัน) เป็นประจำมีโอกาสเป็นมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณเท่ากัน ถึง 10-20 เท่าแสดงว่าแอลกอฮอล์เป็นโปรโมเตอร์/โคคาร์ซิโนเจนของสารก่อมะเร็งอยู่ในควันบุหรี่ เป็นเพราะว่าแอลกอฮอล์ เป็นตัวพาสารก่อมะเร็งดังกล่าวให้ผ่านเข้าสู่ เซลล์เยื่อบุผิวในช่องปาก หลอดอาหาร

และสารอื่นๆ ได้มากขึ้นเอง และแอลกอฮอล์ถูกเอ็นไซม์อัลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสในตับทำลาย ให้เป็นสารใหม่มีชื่อว่า acetaldehyde ซึ่งสามารถทำให้เกิดมะเร็ง นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาวิจัย (คณินิจ พงษ์ถาวรภมร 2539 : 203 อ้างในสุภาวดี ประคุณหังสิตและบุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ์ 2538 : 415-441) พบความสัมพันธ์ของแอลกอฮอล์ กับการเกิดมะเร็งชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) ของศีรษะและคอ ตั้งแต่ปี ค.ศ.19 โดยเฉพาะมะเร็งกล่องเสียง เพิ่มมากกว่าปกติ 10 เท่า เป็นสาเหตุของมะเร็งในช่องปาก ยกเว้นมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ไม่พบความสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ดื่มหรือดื่มน้อย แต่ก็มีปานกลางที่ผู้ป่วยและคนปกติส่วนใหญ่ มักดื่มในเวลาเข้าสังคม งานเลี้ยงสังสรรค์ ซึ่งอาจเป็นเพราะประเพณีสังคมวัฒนธรรมของคนไทยที่ชอบความสนุกสนานรื่นเริง ซึ่งทำให้ยังคงมีการดื่มสุราของมีเมาต่าง ๆ อยู่ และมีระดับการรับรู้ปานกลางถึงดี 2 ข้อในเรื่องผู้ป่วยรับประทานอาหาร ที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหาร เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ถั่วต่างๆ เป็นต้นและผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาด 10-12 แก้วต่อวันระดับการรับรู้ปานกลางถึงดี แสดงถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ดีแต่ยังไม่ใช้คิดตลอดทั้งหมด ในด้านการดื่มน้ำ 10-12 แก้วต่อวัน ได้ดีมีมาก และบ่อยขึ้น เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ที่มีอาการปากแห้งคอแห้ง น้ำลายเหนียว จากการสัมผัสยาเคมีบำบัด บอกว่าการดื่มน้ำมากและบ่อย ๆ เป็นสิ่งที่ดี ช่วยลดอาการปากแห้งคอแห้ง น้ำลายเหนียว ลดการเกิดครดในช่องปากและฟันผุ มีบางกรณีในผู้ป่วยมะเร็งที่ดื่มน้ำได้น้อยอาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากรังสีเจ็บปากเจ็บคอกลิ้นน้ำได้ลำบาก หรือการรักษาโดยการผ่าตัดเจาะคอ การกลืนน้ำคอกจะไหลออก และคอกจะสำลักได้ง่าย แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำเป็นระยะ เพื่อลดอาการปากแห้งคอแห้ง น้ำลายเหนียว ลดความเป็นกรดในช่องปาก เพื่อป้องกันการเกิดคราบหินปูนหินน้ำลายและฟันผุได้ง่าย และลดการสำลัก เป็นต้น

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อนโดยรวม พบว่ามีระดับการรับรู้ปานกลาง คือผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปานกลางในเรื่อง ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์, ออกกำลังกาย โดยการใช้อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย เช่นจักรยาน ลูกบอล เป็นต้นและไปออกกำลังกายกับเพื่อนหรือญาติ และมีระดับการรับรู้ปานกลางถึงดีในเรื่องผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการวิ่งหรือเดิน และผู้ป่วยพักผ่อนโดยใช้เวลาวางฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยหรือคนปกติส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญของการออกกำลังกายน้อย ตรงกับการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายก่อนหน้าการเจ็บป่วย แต่ไม่มีการออกกำลังกายที่กระทำเป็นประจำ

สม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541 : 94) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีระดับการปฏิบัติบางครั้ง และอีกประการที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่ค่อยพร้อม เนื่องจากสาเหตุที่เจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากการศึกษานี้พบการรับรู้ปานกลางถึงดี 2 ข้อ ในเรื่องผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการวิ่งหรือเดิน และผู้ป่วยพักผ่อนโดยใช้เวลาวางฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ซึ่งในเรื่องการใช้เวลาวางฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย ได้พักผ่อน ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้กระทำเพราะจากการเมื่อยล้า ร่างกายต้องการพัก การพักผ่อนและการมีกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งเป็นเวลาที่รู้สึกอิสระสบาย ได้ทำสิ่งที่สนุกสนาน ได้หิวเราะปล่อยอารมณ์ ผ่อนคลายหรือการพักผ่อนนอนหลับ ก็จะทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้นขึ้น การรับรู้จึงออกมาในช่วงปานกลางถึงดี และพบระดับการรับรู้ปานกลาง 3 ข้อในเรื่องที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์, ออกกำลังกาย โดยการใช้อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย เช่นจักรยาน ลูกบอล เป็นต้นและไปออกกำลังกายกับเพื่อนหรือญาติ ซึ่งในเรื่องการออกกำลังกายที่เป็นประจำสม่ำเสมอมีระดับการรับรู้ปานกลาง แสดงถึงผู้ป่วยมีการรับรู้คุณประโยชน์ของการออกกำลังกายแต่เนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งต่อการที่จะกระทำการออกกำลังกาย และเนื่องจากในกรณีที่ผู้ป่วย อยู่ในภาวะไม่สมดุลย์ของร่างกาย ผู้ป่วยอ่อนเพลียไม่มีแรง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าร่างกายไม่เหมือนอย่างปกติ ไม่มีเรี่ยวแรงและอ่อนเพลีย ทำให้ไม่มีแรงและกำลังใจที่จะออกกำลังกาย ในเรื่องนี้ผู้ป่วยขาดการรับรู้และเข้าใจถึงการออกกำลังกายว่ามีความสำคัญและประโยชน์ต่อการรักษาและป้องกันโรคมะเร็งอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

4. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านสภาพแวดล้อมโดยรวม มีระดับการรับรู้ปานกลางถึงดี คือมีระดับการรับรู้ดีในเรื่อง ผู้ป่วยมีการจัดห้องนอนสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวกและผู้ป่วยดูแลห้องน้ำให้สะอาดและไม่ล้น ส่วนที่ยังมีระดับการรับรู้ปานกลางคือเรื่องสถานที่ทำงานของผู้ป่วยปลอดภัยจาก สารเคมีกัมมันตภาพ รังสี และผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ยาฆ่าแมลง สารหนูเป็นต้น ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในชนบท อาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ สภาพอากาศและบ้านที่อยู่อาศัยค่อนข้างดี พบว่ามีระดับการรับรู้ดีในเรื่อง ผู้ป่วยมีการจัดห้องนอนสะอาด

อากาศถ่ายเทได้สะดวกและผู้ป่วยดูแลห้องน้ำให้สะอาดและไม่ลื่น แสดงถึงผู้ป่วยได้มีการรับรู้ ถึงสุขอนามัยในการรักษาความสะอาด และการดูแลจัดห้องนอนอากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อการพักผ่อนที่ดีมีผลการปฏิบัติสม่ำเสมอ ทำให้ส่งผลถึงสภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสม่ำเสมอ 3 ข้อคือ “การจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเทสะดวก งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดการระบายอากาศไม่ดี, งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการดูแลสัตว์เลี้ยง และงดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น” และส่วนที่พบระดับการรับรู้ปานกลาง 2 ข้อคือสถานที่ทำงานของผู้ป่วยปลอดภัยจาก สารเคมีกับมันตภาพ รังสี และผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ยาฆ่าแมลง สารหนูเป็นต้น ตัวอย่างในข้อหลีกเลี่ยงการใช้ยาฆ่าแมลงระดับการรับรู้ปานกลาง แสดงว่าผู้ป่วยมีทั้งใช้และไม่ใช้ยาฆ่าแมลง ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรู้ถึงอันตรายและพิษภัยของยาฆ่าแมลง และจากการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ในอดีตที่ได้ใช้ยาฆ่าแมลง นำมาซึ่งการเกิดโรคมะเร็งจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือขาดการระมัดระวัง เช่น ในกรณีที่พ่นยาฆ่าแมลงจำนวนมาก ไม่ได้ปิดปากและจมูกและยังมีการสูบบุหรี่ขณะพ่นยาฆ่าแมลงด้วย หรือในกรณีที่ชาวเขามักชอบใช้ยาฆ่าแมลงผสมกับนุ่นยัดตามมุ้งนอน เป็นต้น

5. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลโดยรวม พบว่ามีระดับการรับรู้ปานกลางคือผู้ป่วยมีความกลัวว่าเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีแล้ว จะทำให้ผิวหนังส่วนที่ฉายรังสีไหม้เกรียม ใบหน้าเสียรูปปลักษณ์, กลัวว่าจะทำให้อาการแย่ลงกว่าเดิม, กลัวผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง เจ็บปาก เจ็บคอ เป็นต้น, กังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคมะเร็งว่าจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน, กลัวว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก, กลัวว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น, กลัวว่าเป็นโรคนี้อแล้วจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน, เมื่อรักษาหายจากโรคนี้อแล้วกลัวว่าจะเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น และกลัวว่าเมื่อรักษาหายแล้วไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ซึ่งพบระดับการรับรู้ปานกลางทุกข้อ ทั้งนี้เพราะร่างกายของคนเราเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยย่อมเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเป็นผลพลอยตามมา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลจากความไม่รู้ ความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา แสดงถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อโรคและการรักษา คงเกิดขึ้นได้ตลอด ซึ่งเป็นผลพวงจากการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ประสบการณ์หรือภูมิหลังประมวลกัน เข้ากับ การประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน การรับรู้ก่อให้เกิดการคาดหมายต่อผลลัพธ์ที่จะตามมา

และตัวอย่างจากการสัมภาษณ์คุณเจริญที่เป็นมะเร็ง Nasopharynx ขณะมาการรักษาในโรงพยาบาล บอกว่ามีอาการปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายเหนียว เจ็บปากและคอมาก ลิ้นไม่รู้รส จะเป็นอย่างนี้ตลอดไปหรือไม่ คุณสุวรรณซึ่งเป็นมะเร็ง Nasal Carvity บอกว่าริมฝีปากชาและรู้สึกปากหนาขึ้น ลิ้นไม่รู้รสอาหาร หูอื้อและมีเสียงดังกรอกแกรกในหู มีโอกาสที่จะหายจากอาการเหล่านี้ และหูจะตึงไม่ได้ยินเสียงหรือไม่ เมื่อหลังจากได้รับรังสีครบ หรือกลับไปอยู่ที่บ้านสอดคล้องกับกนกรัตน์ สุขตุ่งคะ (2524), ขาลี วชิรศรีสุนทรและเสริมกุล แซ่ตั้ง (2522-2523) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลสูงมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพราะมะเร็งเป็นสัญญาณของความตาย และผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ขาดหลักประกันในความปลอดภัยของชีวิต กลัวไม่หายจากโรคหรือความพิการ แต่เมื่อมีแพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยด้วยกันเล่าให้ฟังถึงการรักษาทราบถึงผลข้างเคียง วิธีการปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อป้องกันทำให้ความกลัวหรือความวิตกกังวลคลายลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Simonton (1978 : 74) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังไปในทางลบ ทันทีเมื่อได้ทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง ทั้งนี้โดยมีความเชื่อว่าตนเองคงไม่อาจมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกแล้ว

ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอโดยรวม มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่คือ ด้านการดูแลตนเองทั่วไป ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อม ส่วนมีการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอในด้านโภชนาการและด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและตระหนักในคุณค่าตนเอง และส่วนในด้านการออกกำลังกายและพักผ่อนและด้านการจัดการความเครียดมีระดับการปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งแบนดูราได้กล่าว (Bandura , 1989 : 1-60, 1994 : 71-81) การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ปัจจัย ซึ่งกำหนดซึ่งกันและกัน ระหว่างพฤติกรรม (B) และปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ (P) และสภาพแวดล้อม (E) ที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน ในผู้ป่วยเมื่อทราบถึงสภาพความเจ็บป่วยแล้ว มีการปฏิบัติพฤติกรรมสม่ำเสมอ เพื่อให้หายหรือบรรเทาจากโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอุ้นจิตต์ บุญสม (2540) พบว่า การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริม

เสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณาตามรายด้าน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปโดยรวม พบว่าระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีการดูแลเอาใจใส่ ตนเองเพิ่มขึ้นกว่าเมื่อก่อนทราบว่าเป็นโรค และมารับการรักษา พบว่ามีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ข้อ ในเรื่องผู้ป่วยแปรงฟันบ้วนปาก หลังอาหารทุกมื้อ, ระวังระวังผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้ถูกน้ำ ความร้อนหรือเย็นมากเกินไป หรือการกระทบกระแทก และผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติจากร่างกาย มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอทุกข้อ แสดงถึงผู้ป่วยมีความระมัดระวัง มีความตระหนักในเรื่องการสังเกต ระมัดระวัง และดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือบางครั้งการดูแลตนเองก็เกิดจากความต้องการของตัวเอง (Orem 1985 : 89) และเราทำไปโดยไม่ทราบว่ามันเป็นการดูแลตนเอง กระทำจากประสบการณ์ของตนเอง และการแสวงหาความรู้มาประกอบกับการใช้สติปัญญาพิจารณาและตัดสินใจ กระทำเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง หรือปรับความสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Orem 1985 : 106-107) เช่น จากการสังเกตและสัมภาษณ์คุณพิชัยที่พกขวดน้ำติดตัวไปด้วยตลอด คุณพิชัยให้ความสำคัญกับน้ำ ว่าน้ำมีส่วนช่วยรักษา ช่วยให้อาการและผลข้างเคียงต่าง ๆ หายลง ช่วยให้ฟื้นตัวและหายจากโรคเร็วขึ้น เช่นเดียวกับการดูแลตนเองอย่างอื่น ๆ ที่คุณพิชัยบอก มีด้านอาหาร การออกกำลังกาย การมีจิตใจที่มุ่งมั่นแน่วแน่ว่าจะต้องหาย และการมีสมาธิเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 78.04 (SD = 13.56) ซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 131) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ปฏิบัติสม่ำเสมอทุกข้อ และได้พบระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ 1 ข้อคือด้านผู้ป่วยหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา คือมีระดับการปฏิบัติบ้าง ไม่ได้ปฏิบัติบ้าง ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากมีอุปสรรคต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่ก็ยังปฏิบัติอยู่ แสดงถึงผู้ป่วยทราบถึงผลดีของการหาความรู้เพิ่มเติม แต่ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะรับการรักษา พยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ ทำให้ความสนใจลดลง ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกมีอาการไม่สบายเป็นผลข้างเคียงจาก

การรักษา รู้สึกหนักมากจนไม่อยากที่จะสนใจทำกิจกรรมอื่น หรือการหาความรู้เพิ่มเติมให้กับตนเองได้ และตัวอย่างในรายผู้สูงอายุบอกว่าสายตาไม่ดี บางคนอ่านหนังสือไม่ออกและบอกหูฟังได้ไม่ชัดเจน ที่ทำให้ส่งผลถึงระดับการปฏิบัติ สอดคล้องกับจาวรรณ รัชมีเหลืออ่อน (2535 : 83) ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากผลของรังสี ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านสุขภาพ ที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวม พบว่ามีระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ คือผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอในเรื่องรับประทานผักและผลไม้ที่มีสีส้ม หรือสีเหลืองและสีเขียว เช่น ฟักทอง แครอท มะม่วง เป็นต้น, รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด, ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 10-12 แก้ว มีระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอในเรื่องผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น โดยรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อใน 1 วันและรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหารเช่น ข้าวกล้อง,ข้าวโพด,ถั่วต่างๆ เป็นต้น ส่วนที่ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติบางครั้ง ในเรื่องผู้ป่วยมีการดื่มน้ำชา กาแฟ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนภาคเหนือ รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก รับประทานผักและผลไม้ตามฤดูกาล ส่วนข้าวกล้องถั่วรับประทานบ้างแต่ไม่บ่อย มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ข้อในเรื่องผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้ที่มีสีส้ม หรือสีเหลืองและสีเขียว เช่น ฟักทอง แครอท มะม่วง เป็นต้น, รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด, ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 10-12 แก้ว มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ตัวอย่างรับประทานผักและผลไม้ที่มีสีส้ม หรือสีเหลืองและสีเขียว แสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้มีการรับประทานผักและผลไม้ มากขึ้นและกระทำสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่ผักผลไม้เป็นตัวแทนที่เร่งปฏิกิริยา ช่วยยับยั้งการเกิดมะเร็งและอนุมูลอิสระในร่างกาย และอีกอย่างคือ ในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เมื่ออาหาร มีอาการเจ็บปากเจ็บคอกลิ้นลำบาก อาหารจำพวกผักผลไม้ และน้ำผักน้ำผลไม้รับประทานได้ง่ายกว่าอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ พบการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ 2 ข้อ ในเรื่องผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น โดยรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อใน 1 วันและรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหาร เช่น ข้าวกล้อง,ข้าวโพด,ถั่วต่างๆ เป็นต้น เช่นรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหาร ข้าวกล้อง,ข้าวโพด,ถั่วต่างๆ ในเรื่องนี้ได้อย่างที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งผู้ป่วยเป็นคนภาคเหนือ ข้าว

เหนียวเป็นอาหารหลัก จึงรับประทานเป็นประจำ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับประทานข้าวกล้องที่มาจากข้าวเหนียวหรือไม่ก็ตอบว่าไม่ได้รับประทาน รับประทานแต่ข้าวเหนียวสีขาว ข้าวกล้องที่มาจากข้าวเจ้า และถั่วต่าง ๆ นำมาต้มกิน รับประทานบ้างแต่ไม่บ่อย ส่วนไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติบางครั้งพบ 1 ข้อในด้านผู้ป่วยมีการดื่มน้ำชา กาแฟ คือผู้ป่วยมีเพียงส่วนน้อยที่ดื่มน้ำชา กาแฟ ผู้ป่วยมีการดื่มเป็นบางครั้ง ไม่ได้ดื่มประจำ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นชาวเหนือเป็นส่วนใหญ่ วัฒนธรรมทางเหนือไม่นิยมดื่มน้ำชา กาแฟ และเนื่องจากน้ำชา กาแฟ เป็นอาหารที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายได้น้อย และยังทำให้ผู้ป่วยซึ่งต้องการพักผ่อนมาก ๆ นอนไม่หลับ เนื่องจากมีส่วนผสมของคาเฟอีน สอดคล้องกับ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 131) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปฏิบัติสม่ำเสมอ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและพักผ่อนโดยรวม พบว่ามีระดับการปฏิบัติบางครั้ง คือพบว่าในเรื่องที่ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ ๆ หรือเดินเร็ว ๆ วันละ 15-20 นาที เป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์, มีเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวร่วมในการออกกำลังกาย และผู้ป่วยใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ท่องเที่ยวชมบท ป่าเขา ชายทะเล สูดอากาศบริสุทธิ์ เป็นต้น ผู้ป่วยมีการปฏิบัติบางครั้งทุกข้อ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งตามปกติไม่มีการออกกำลังกายอย่างจริงจัง และเมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่ค่อยพร้อม เนื่องจากสาเหตุที่เจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ บอกออกกำลังกาย โดยการเดินตามระแวกบ้าน และผู้ป่วยบางรายที่ทำงานในไร่ นาและสวนซึ่งมีการดายหญ้าพรวนดินที่หนักอยู่ จึงพบการปฏิบัติบางครั้งทุกข้อ ตัวอย่างในเรื่องมีการออกกำลังกาย วันละ 15-20 นาทีเป็นประจำ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ แสดงถึงผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจกระทำในบางครั้ง ไม่ได้ทำตลอดหรือเป็นประจำ ซึ่งบางขณะผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย โดยเฉพาะในช่วงที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล โอกาสที่ไม่ได้มีการออกกำลังกายมีมาก และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบถึงผลดีของการออกกำลังกาย ที่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส ช่วยในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้นและยับยั้งการเกิดหรือผลพวงของความเครียดความวิตกกังวล และการพักผ่อนทำให้ร่างกายผ่อนคลาย การที่ได้พักผ่อนทำให้เซลล์

ได้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพดังเดิม แต่เนื่องจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างและสภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน จึงกระทำไม่ได้เหมือนกัน และสถานที่ในการออกกำลังกายในโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($X = 1.906$, $S = 1.196$)

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดโดยรวม พบว่ามีระดับการปฏิบัติบางครั้ง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันคือ บอกหรือเล่าสู่เพื่อนญาติพี่น้อง สวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิโดยการนั่งทำสมาธิแต่ไม่บ่อย บางคนก็นับถือโยเกิร์ตจะมีวิธีการเพ่งจิตแผ่รังสีที่เป็นสมาธิอีกรูปแบบหนึ่ง หรือทำงานอดิเรกเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน แต่ก็ไม่ได้กระทำประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง พบการปฏิบัติบางครั้งทุกข้อ คือผู้ป่วยใช้วิธีผ่อนคลายโดยการทำสมาธิ และเวลาว่างผู้ป่วยทำงานอดิเรก เช่นงานฝีมือ ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือหรืองานที่ใจรัก เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ระดับการปฏิบัติบางครั้ง แสดงถึงผู้ป่วยมีวิธีการผ่อนคลายจัดการความเครียดในหลาย ๆ วิธี มีการปฏิบัติบางครั้งไม่ได้ทำเป็นประจำ ซึ่งในด้านการทำสมาธิผู้ป่วยทราบประโยชน์ของการทำสมาธินั้น ร่างกายก็จะได้พักด้วย ญาติก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมด้านนี้กับผู้ป่วย ได้มีผู้ศึกษาไว้ไม่แต่จิตที่นิ่งเท่านั้น ร่างกายของเราก็จะทำงานลดลง เมตาโบลิซึมในร่างกายลดลงมาก กลิตา ชีระศิริ (2542 : 136) ได้มีการลดเมตาโบลิซึมดังจะเห็นได้จากการเต้นของหัวใจ และความดันเลือดที่ต่ำมาก ในขณะที่คนที่อยู่ในสมาธิสามารถอยู่ในท่านั่งได้อย่างสบาย ๆ ความดันโลหิต 40/0 และหัวใจเต้นเพียง 6 ครั้งต่อนาที ถ้าเป็นคนธรรมดาที่ไม่ได้อยู่ในสมาธิมีหวังต้องหามเข้าไอซียู เพราะการทำงานของร่างกายเพียงแค่นี้ ไม่อาจรับกับเมตาโบลิซึมของร่างกายยามปกติได้ สมาธิช่วยรักษาโรคมะเร็ง ที่ว่าเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายล้วนถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งถูกควบคุมโดยต่อมใต้สมองอีกทอดหนึ่ง ในทางกลับกันต่อมใต้สมองถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส ที่ถูกกระทบโดยอารมณ์ ความนึกคิด ความรู้สึกซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ การที่จิตใจเป็นสมาธิพบเซลล์เม็ดเลือดขาวแข็งแรง มีผลต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้สม่ำเสมอทั้งนี้เพราะ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบอกมีส่วนน้อยที่จะสามารถทำให้เกิดสมาธิหรือจิตนิ่งได้จริง มีองค์ประกอบเช่น

สถานที่เงียบสงบ เวลา และไม่มีอาการเจ็บปวดหรือไม่อยู่ในสภาวะที่โรคคุกคามหรือมีอาการจากผลข้างเคียงของการรักษา นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบในแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ สุดา รัตน์ วรรณสาร (2541 : 133) การจัดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธีการผ่อนคลายหรือทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 15-20 นาที และการใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก มีระดับการปฏิบัติบางครั้งเช่นกัน

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และตระหนักในคุณค่าตนเองโดยรวมพบว่าระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ คือผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติในเรื่องดูแลเอาใจใส่ตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีความหวังว่าจะหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมได้ โดยไม่ยึดติดกับบุคคลอื่นหรือสภาวะใด ๆ มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ ในเรื่องค้นหาความสามารถของตนเอง และใช้ความสามารถที่มีอยู่ก่อเกิดประโยชน์ และมีระดับการปฏิบัติบางครั้ง ในเรื่องผู้ป่วยมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตสำหรับตนเอง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยได้เผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ และการรักษา ซึ่งนับว่ารุนแรงมาจากชีวิตที่ผ่านมา กระทั่งจนถึงขวัญกำลังใจ การให้คุณค่า และจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเองที่กำลังปรับเปลี่ยน และการกระทำความเข้าใจยอมรับกับสิ่งที่เกิด การมีพฤติกรรมด้านนี้จึงปฏิบัติได้บ้างไม่ได้บ้าง ซึ่งได้พบว่ามีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ข้อในเรื่องผู้ป่วยมีการดูแลเอาใจใส่ตนเอง ให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีความหวังว่าจะหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมได้ โดยไม่ยึดติดกับบุคคลอื่นหรือสภาวะใด ๆ มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ แสดงถึงผู้ป่วยมีความหวังหรือมีจุดมุ่งหมายว่า ตนเองจะต้องหายจากโรค และมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองให้แข็งแรง กระทำเป็นประจำสม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และรับรู้ในคุณค่าตนเอง ปรับปรุงความเป็นอยู่ดูแลตนเองดีขึ้นมีความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ ก่อเกิดผลดีต่อร่างกาย เช่นจากการสัมภาษณ์คุณลุงทา คุณอินส่อง และคุณพิชัย และคนอื่น ๆ อีก ซึ่งมีความเชื่อมั่นและความหวังว่า จะสามารถรักษาและดูแลตนเองร่วมกันไปกับแพทย์ผู้รักษาให้หายขาดได้ ซึ่งผลการศึกษาลดสอดคล้องกับ Burckhardt (1985 : 11-16) และ Padilla & Grant (1985) ที่ยืนยันถึงความสำคัญของการพึ่งพาตนเองว่ามีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง อันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความสุข ก่อเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่สม่ำเสมอตามมา ได้พบว่ามีระดับการปฏิบัติบางครั้ง 1 ข้อคือผู้ป่วยมีการวางแผนการ

ดำเนินชีวิตในอนาคตสำหรับตนเองมีการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มารับการรักษา ส่วนใหญ่กำลังอยู่ระหว่างการรักษา ได้รับผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการรักษา และในปานกลางมาจากการดำเนินไปของสภาวะของโรค ที่เป็นอุปสรรค ในการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตสำหรับตนเอง เช่นจากการสัมภาษณ์คุณพรรณราย ได้บอกว่าอยู่ตัวคนเดียวมานาน ไม่ได้คาดหวังอะไรในชีวิตมากนัก ลูกก็โตแล้ว ไม่ได้เลี้ยงอยู่หอพัก เรียนอยู่ที่วิทยาลัยเกษตรสันป่าตอง การปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนี้จึงได้กระทำบ้างไม่ได้กระทำบ้าง และจากข้อมูลการสัมภาษณ์สิ่งที่ผู้ป่วยจะเลือกกระทำก่อน จะเป็นในลักษณะการดูแลตนเองที่จำเป็นหรือเฉพาะหน้าก่อน สอดคล้องกับ Orem (1985 : 35) อ้างในจารุวรรณ รัชมีเหลืออ่อน (2535 : 83) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่ว ๆ ไปลดลงเนื่องจากภาวะสุขภาพ กลับทำให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดเพิ่มขึ้น

6. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยรวม พบว่ามีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ คือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความเป็นไปของโรค พยายามดูแลและควบคุมสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ในรายด้านของการควบคุมสภาพแวดล้อมพบมีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอทุกข้อ คือในด้านผู้ป่วยมีการรักษาความสะอาดของสิ่งของเครื่องใช้ และมีการป้องกันการติดเชื้อ, หลีกเลี้ยงและระมัดระวังเมื่อเข้าไปใกล้บุคคลที่เป็นหวัด หรือโรคติดต่อ, หลีกเลี้ยงการใช้สารเคมี ยาฆ่าแมลง ภายในบ้าน, ผู้ป่วยงดเว้นหรือหลีกเลี้ยงการสูบบุหรี่ แสดงถึงผู้ป่วยได้มีการรักษาความสะอาด และไม่สูบบุหรี่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษา ขณะเมื่อมารับการรักษาหรือกลับไปอยู่บ้านมีการรับรู้ และดูแลสภาพร่างกายของตนเองดี และการที่มีพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ที่ไม่สูบบุหรี่ รักษาความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ มีการป้องกันการติดเชื้อก่อให้เกิดประโยชน์กับตัวผู้ป่วย ทำให้อาการที่จะเกิดหรืออาการข้างเคียงต่าง ๆ หลุดลงสามารถที่จะหายขาดหรือสูญเสียงบประมาณในการรักษาน้อย และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปได้ และเพราะว่าผู้ป่วยมีแรงภูมิคุ้มกันจะต่ำลงโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย การดูแลรักษาความสะอาดเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และไม่รับสารก่อมะเร็งเพิ่มเข้าไปเช่นการสูบบุหรี่ ด้านสภาพแวดล้อมจึงเป็นส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่ง ตรงกันกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษา บอกว่าเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด อย่างที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์บอกถึงพิษภัย ให้เลิกการสูบบุหรี่ และสอดคล้อง

คล่องกับไมตรี สุทธจิตต์และศิริวรรณ สุทธจิตต์ (2532 : 36-72) จากการสำรวจผู้ที่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ 20-40 มวนต่อวัน เป็นประจำมีโอกาสเป็นมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณเท่ากัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดังนี้ คือ

1. ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่พบในการวิจัยครั้งนี้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม คือ จากงานวิจัยนี้อายุของผู้ป่วยพบมากในช่วง 55 ปีขึ้นไป ซึ่งการรับรู้และการปฏิบัติเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำไม่ได้เต็มที่เหมือนกับวัยอื่น ๆ เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัสพิเศษประกอบด้วยอวัยวะ เช่น ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงการมองเห็น และการได้ยินของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบมาก มีความผิดปกติชนิดหูตึงถึงร้อยละ 50.3 (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ 2525 : 73, 84) ทำให้ผลการวิจัยไม่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้หรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความเชื่อที่ว่าวิธีการเยียวยารักษาโรค เป็นเรื่องหรือหน้าที่ของแพทย์ หรือผู้ที่อยู่ในวงการเหล่านักวิชาชีพเท่านั้น เช่น จากการสัมภาษณ์ ในเรื่องความเชื่อในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้ป่วยทั้งหมดบอกเหมือนกันว่า เชื่อและไว้วางใจแพทย์ผู้รักษา ซึ่งจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เป็นผู้ป่วยวัย 55 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนมาก และจากดังที่กล่าวข้างต้นผู้สูงอายุมีความเครียดของวัยชราเพิ่มขึ้น อยู่ในช่วงมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมเกิดขึ้นเสมอ จนมองเห็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงว่าเป็นสังขารของชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่แสดงออกย่อมเกิดได้ยากส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์สอดคล้องกับ มาลี วรทัศน์กุล (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับความบีบอัดพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกับของนวลชนิษฐ์ ติมปนวิสัย (2530) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

2. สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่พบในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับ การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม คือจากงานวิจัยนี้พบว่า มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม โดยรวมมีมาก ในลักษณะนี้เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคที่รุนแรงอย่างมะเร็ง จึงได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลต่าง ๆ สถานภาพสมรสจึงไม่มีส่วนโดยตรงที่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะได้รับกำลังใจ การรับรู้-เรียนรู้ รวมถึงการปฏิบัติจากบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่รอบข้าง เช่น ผู้ที่ดูแลใกล้ชิด ญาติพี่น้อง แพทย์และพยาบาลเป็นต้น ทั้งนี้จากสภาพดังที่กล่าวจากลักษณะของสังคม ไทยที่มีการช่วยเหลือ เอื้ออาทร ผูกพันกันในระดับครอบครัวเครือญาติอย่างแน่นแฟ้น ซึ่งมีการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการรักษาอยู่แล้ว สถานภาพสมรสจึงไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการรับรู้หรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษดา คงศิริ (2531 :95) และมาตี วรรัตนากุล (2535 : 60) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แต่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ของไฮน์เซลแมนน์ (Heinzelmann 1970 cited in Pender 1987 : 67) พบว่าความคาดหวังของคู่สมรสมีความสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และเพนเดอร์ (Pender & Pender 1986 cited in Pender :1987 :67) ศึกษาผลกระทบของทัศนคติของบุคคลและความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด ต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น พบว่าการออกกำลังกายตามปกติมีอิทธิพลต่อทั้ง 2 ปัจจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรส มีอิทธิพลที่สำคัญต่อ พฤติกรรม การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลสุขภาพใกล้ชิดหรือคู่สมรส เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ

3. ระยะของโรค กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับ การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม คือการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง ที่ยังไม่ถึงกับดี และการรับรู้ที่ไม่ดีมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือความสัมพันธ์กับระยะของโรค ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่ มีอาการมาก ซึ่งพบระยะที่ 3 มากกว่าระยะอื่นคิดเป็นร้อยละ 60.7 และพบในผู้สูงอายุคืออายุตั้งแต่

55 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมากและจากสภาพผู้ป่วยที่มีอายุมาก อย่างที่เคยกล่าวมาแล้วว่าผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากมายในชีวิต มองเห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามอาการและระยะของโรค ในลักษณะปลง ทำให้พบระยะของโรคกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุภารัตน์ วรรณสาร (2541 : 155) ที่พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ทราบผลการตรวจเลือดเป็นเอชไอวีบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรูปแบบการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างกับ นวลขนิษฐ ติมปนวัสถ์ (2530) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งพบว่าระยะเวลาการเป็นโรคแตกต่างกันมีผลทำให้การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

4. แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวม จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมโดยรวม พบว่ามีระดับแรงสนับสนุนมาก และพบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวม กับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือความสัมพันธ์ที่ออกมาในทางบวก จากแรงสนับสนุนที่ได้จากครอบครัวและสังคมมีมาก มีส่วนช่วยให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้น มีส่วนช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม มีความสัมพันธ์ในส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในลักษณะที่ครอบครัวผู้ดูแลใกล้ชิด ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและสังคม มีส่วนในการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน จนก่อเกิดการรับรู้-เรียนรู้ และความตระหนักในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ Lindsey, Dodd & Chen (1985 : 150) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในอดีต แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul , 1988) ได้ศึกษาความ

สัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2962$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและสอดคล้องกับ อริมูดี แสนศิริพันธ์ (2541) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม มีส่วนช่วยในการรับรู้เรียนรู้ของผู้ป่วย และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและสม่ำเสมอ

5. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายถึงการรับรู้ที่ดีมีส่วนส่งเสริม ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในทางบวกที่จะช่วยในการส่งเสริมกันทั้ง 2 ทางด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง มีการรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงรักษายาก เหมือนกับมีหายนะหรือความตายรออยู่ข้างหน้า ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดการตื่นกลัวตระหนักที่จะหันมาดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากงานวิจัยนี้พบ มีระดับการปฏิบัติโดยรวมสม่ำเสมอ อย่างที่ประภาพัณญ์ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า การรับรู้เป็นความรู้สึกภายในจิตใจขั้นแรก ที่จะนำไปสู่พฤติกรรม เพื่อการตอบสนองการรับรู้ นั้น และสอดคล้องกับ Pender (1987 : 64) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี ก็จะมีแนวโน้มเอียง ที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 149) พบว่า การรับรู้ต่อภาวะในอดีตสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพและ

สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตินันท์ ลิทธิชัย (2540) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุน จากคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ร้อยละ 30.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการศึกษาข้างต้น เมื่อพิจารณาตามกรอบความคิด รูปแบบการรับรู้และการส่งเสริมสุขภาพที่น่าจะของ Pender มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้สนับสนุนแนวคิดของ Pender (1987 : 60 ; Stuijbergen and Becker , 1994 : 3) ที่กล่าวว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยด้านกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ Pender (1987 : 61) การรับรู้การควบคุมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคล ในด้านความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติได้ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และสม่ำเสมอ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเมื่อได้เข้ารับการรักษามาจากแพทย์ การดูแลจากทีมพยาบาล ได้รับรู้และเรียนรู้ประกอบการตัดสินใจปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายที่จะหายจากโรคที่เป็นอยู่ มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ที่กระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ตลอดไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจสามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษา เป็นแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์ หรือปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยเน้นให้ตระหนักถึงกระบวนการทางปัญญา-การรับรู้ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านที่มีกจะขาด เช่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น สามารถจัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออยู่ในระดับปานกลาง ควรสนับสนุนให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น เช่น จัดมุมการให้ความรู้ในด้าน โรคมะเร็งศีรษะและคอ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อเกิดโรค การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์ทางเลือกกับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น และเพื่อการรับรู้และสื่อสารให้กับผู้ป่วย ญาติ หรือประชาชนผู้สนใจทั่วไป โดยอาจมีกล่องใส่จดหมาย หรือสื่อที่รับฟังความคิดเห็น หรือคำถามสามารถได้ตอบระหว่าง แพทย์ พยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทาง เป็นต้น

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่ามีระดับการรับรู้ปานกลาง และในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ ควรสนับสนุนในการให้ความรู้ด้านอาหาร สารอาหาร และการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการกับผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ อาจมีนักโภชนาการเยี่ยมผู้ป่วยในบางรายที่กำลังรับการรักษา เพื่อการศึกษาข้อมูลตรง และการวิเคราะห์วางแผนด้านโภชนาการ หรือโภชนบำบัด และการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้กับผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ต่าง ๆ เป็นต้น

3. จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนโดยรวมอยู่ในระดับบางครั้ง ควรมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในเรื่องคุณประโยชน์ ความจำเป็นของการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายเฉพาะส่วนเช่น การบริหารคอ เป็นต้น ที่สามารถทำได้ง่าย สะดวก อาจเป็นการเพิ่มสมาธิด้วยเช่น โยคะ จี๊กง เป็นต้น และการออกกำลังกาย

ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต กิจกรรมประจำวัน นอกจากนี้ควรจัดให้มีสถานที่สำหรับผู้ป่วยและผู้ฝึกสอนผู้ป่วย ในการออกกำลังกายในโรงพยาบาล

4. จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสภาพแวดล้อมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางถึงดี และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ควรสนับสนุนให้กระทำต่อไปในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีและเน้นให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วยให้ความรู้ต่าง ๆ เพิ่มเติม เกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดพิษภัยต่อสุขภาพร่างกายผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อม ส่งเสริมสุขภาพให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ซึ่งญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน

5. จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลของผู้ป่วย พบระดับการรับรู้ปานกลาง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล จากความไม่รู้ ความไม่แน่นอนของโรคและการรักษาพบมากกว่าด้านอื่น ๆ ควรให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติที่ดูแล เพิ่มเติมมากขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คำอธิบาย หรืออาจใช้สื่อต่าง ๆ ร่วมด้วย เช่น วีดีโอ แผ่นพับ บอร์ดโปสเตอร์ เป็นต้น กับผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนและขณะได้รับการรักษา หรือการได้รับรังสีรักษา, เคมีบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่าง ๆ ลง และให้การสนับสนุนเพื่อเป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วย และมีส่วนช่วยในการรักษาพร้อมกับทางแพทย์และทีมพยาบาล

6. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเองทั่วไป มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ ควรให้การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการปฏิบัติต่อ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี ส่วนในด้านที่ผู้ป่วยสนใจหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษามีการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ ควรมีการกระตุ้นและให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยการสอนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น อาจให้ผู้ป่วยที่ผ่านการฉายรังสีแล้ว หรืออาการที่พบบ่อยและแนะนำกัน หรือร่วมทำกิจกรรมเสริมอย่างอื่น และมีการสนับสนุนจัดหาสถานที่เพื่อทำกิจกรรม เช่น การฉายสไลด์ วีดีโอ การนั่งสมาธิ เป็นต้น

7. จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด มีระดับการปฏิบัติบางครั้ง ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ ญาติพี่น้องผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการเป็นขวัญกำลังใจ ไม่สร้างปัญหา อันจะนำมาสู่ความเครียดและวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ของประโยชน์ในด้านการใช้ชีวิตผ่อนคลายโดยการทำสมาธิ หรือใช้เวลาว่างทำงานที่ใจรัก เพื่อความเพลิดเพลิน ลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับโรคและอาการต่าง ๆ

8 จากพฤติกรรมส่งส่งเสริมสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและตระหนักในคุณค่าตนเอง พบว่า มีระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ ควรสนับสนุนให้การปฏิบัติพฤติกรรมที่สม่ำเสมออยู่ แล้วให้คงการปฏิบัติต่อไปให้ตลอด และสร้างความเชื่อมั่น กำลังใจ ให้กับผู้ป่วยตลอดจนแนะนำ ญาติ ร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านนี้ และในเรื่องผู้ป่วยมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต สำหรับตนเองมีระดับการปฏิบัติบางครั้ง และผู้ป่วยค้นหาความสามารถของตนเองและใช้ความสามารถที่มีอยู่ก่อให้เกิดประโยชน์มีระดับการปฏิบัติบางครั้งถึงสม่ำเสมอ ควรแนะนำและให้ โอกาสกับผู้ป่วยได้มองเห็นศักยภาพของตนเอง ว่ามีความสามารถ มีโอกาสหาย ควรมีการวางแผน สำหรับตนเองในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้และสนทนา การต่าง ๆ เป็นต้น

9. ควรให้ญาติที่ดูแลใกล้ชิดได้ร่วมรับฟัง เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ คำแนะนำจากแพทย์ และทีมสุขภาพ เพื่อจะได้ช่วยให้เข้าใจ คลายความกังวลสงสัย และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมต่าง ๆ เป็นการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะ และการนำไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งให้เกิดความเข้าใจจนเพียงพอ ที่จะรักษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นให้คงทนถาวรตลอดไป

2. ควรมีการศึกษาในแนวทางเกี่ยวกับการวิจัยนี้ นำไปใช้กับมะเร็งส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย หรือมะเร็งศีรษะและคอเฉพาะโรค เช่น มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งกล่องเสียง เป็นต้น ที่ได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัด เนื่องจากลักษณะที่แตกต่าง และในเรื่องการดูแลที่ละเอียดและซับซ้อนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง และผู้ป่วยมีการช่วยเหลือแนะนำกันเองภายในกลุ่ม ในรูปของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้ ทั้งนี้เพื่อสามารถนำผลการศึกษามาปรับปรุงพัฒนา ในการช่วยเหลือดูแล ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว และผลที่ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

4. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้นานออกไปอีกในระยะเวลาต่าง ๆ กัน เช่น 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปีหรือ 3 ปี เป็นต้น