

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเอกสารและตำราเพื่อประกอบการศึกษาดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
2. การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด
3. อันตรายของเคมีบำบัด
4. ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ
6. พฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด
7. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎี PRECEDE – PROCEED FRAMEWORK
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

เป็นที่ทราบกันดีว่ามะเร็งเป็นโรคที่มีความร้ายแรง ทำลายชีวิตมนุษย์ไปเป็นจำนวนมากในปีหนึ่งๆ ในประเทศไทยนั้น มะเร็งจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรไทย (อาคม เขียวศิลป์, 2531, หน้า 1) และองค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก ในปี ค.ศ. 1997 โดยจัดให้โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกเฉลี่ย 6.3 ล้านคนต่อปี ให้อยู่ในอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวโน้มในปี ค.ศ.2020 จะมีประชากรโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างน้อย 15 ล้านคน (WHO, 1997)

โรคมะเร็งเกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารบางอย่างหรือถูกกระตุ้นโดยสารที่เรียกว่า สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิก (DNA) ซึ่งเป็นโปรตีนที่

เกี่ยวข้องกับการรวบรวม และถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมทุกอย่างของเซลล์ของสิ่งมีชีวิต เมื่อ DNA มีการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ได้ เป็นผลให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์อย่างรวดเร็ว เซลล์เหล่านี้จะแทรกแซงเบียดเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบด้านอย่างไม่มีระเบียบ และสามารถย้ายที่ (Metastasis) จากส่วนหนึ่งของร่างกายไปยังส่วนที่ไกลออกไปได้ โดยกระจายไปตามกระแสโลหิต ทำให้เกิดเป็นมะเร็งเนื้อร้ายในบริเวณใหม่ขึ้น เซลล์มะเร็งเหล่านี้จะขยายออกไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มจะถึงแก่ความตายในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องมาจากเซลล์ต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ลดลงจนถึงไม่ทำงานเลย (บุษบา อธิกชัย, 2536, หน้า 1)

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เซลล์ปกติเปลี่ยนไปเป็นเซลล์มะเร็งนั้น ยังไม่รู้แน่ชัดแม้ว่าเซลล์มะเร็งจะเป็นเซลล์ผิดปกติเพียงเซลล์เดียวก็ตาม แต่การสกัดกั้นไม่ให้เซลล์เจริญเติบโตเป็นเซลล์ปกติ เป็นการเปลี่ยนในระดับที่ไม่สามารถจะตรวจสอบได้ (Micro-environment) ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เซลล์มะเร็งคงสภาพเป็นเซลล์มะเร็งต่อไป สิ่งดังกล่าวถ้ารู้ก็จะสามารถดำเนินการป้องกันและให้การรักษาได้ผลดี ดังเช่นโรคอื่นๆ เป็นเวลานานที่แพทย์และนักวิจัยได้พยายามศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และพบว่าอัตราการเกิดมะเร็งในคนส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการดำรงชีวิตแบ่งออกเป็น 2 สภาวะ คือ (อาคม เขียวศิลป์, 2531, หน้า 1)

1. สิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่กระทบต่อมนุษย์โดยตรงและโดยอ้อม ทั้งทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ เช่น

1.1 แสงเอกซเรย์ รังสีอัลตราไวโอเลต สารกัมมันตรังสี

1.2 สารเคมี ซึ่งอยู่ในเครื่องอุปโภค บริโภค และที่กระทบโดยตรง เช่น คนงานที่ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีในโรงงานอุตสาหกรรม สารเคมีที่ระเหยในอากาศ (Air pollution) สารพิษเคมีที่ละลายอยู่ในน้ำ (Water pollution) ตัวอย่างสารเคมีเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง (บุษบา อธิกชัย, 2536, หน้า 2) เช่น อัฟลาทอกซิน (Aflatoxin), อาร์เซนิก (Arsenic), แอสเบสตอส (Asbestos), เบนซีน (Benzene), แคดเมียม (Cadmium), โครเมียม (Chromium) ทาร์ (Tars)

1.3 ยาฮอร์โมนที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้น

1.4 เชื้อรา พยาธิ ไวรัส และสารก่อมะเร็งที่พบได้ในชีวิตประจำวัน เช่น รังสีเอกซเรย์ และแสงอัลตราไวโอเลต เส้นใยแอสเบสตอส สารเคมีที่ใช้ผสมในอาหาร ยาปราบศัตรูพืช ยาบางชนิด สารอินทรีย์ และสารอนินทรีย์ โดยยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งก็เป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญ

โดยเฉพาะกลุ่ม Alkylating agents เช่น ไซโคลฟอสฟาไมด์ ในโตรเจนมีสตาร์ดอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้ (OSHA, 1996, p.1670)

ลักษณะอาการของผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก

มะเร็งระยะเริ่มแรกไม่มีอาการ ลักษณะของอวัยวะไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ด้วยตาเปล่า ผู้ที่เป็นจึงไม่ทราบว่าเป็นมะเร็ง แต่สิ่งที่เป็นสัญญาณความผิดปกติของสารเกิดโรคมะเร็ง มีดังนี้คือ

- (1) เป็นตุ่ม ก้อน หรือแผลที่ผิวหนัง ผิวหน้า ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม หรือที่ลิ้นโตขึ้นผิดปกติ
- (2) ตกขาวหรือมีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางทวารหนัก
- (3) เป็นแผลเรื้อรังไม่รู้จักหายหรือโตขึ้น
- (4) ท้องอืด เบื่ออาหาร และผอมลงมาก หรือกลืนลำบาก
- (5) หูดหรือปานที่โตขึ้นผิดปกติ
- (6) เสียงแหบอยู่เรื่อยๆ ไอที่หาสาเหตุไม่ได้
- (7) การเปลี่ยนแปลงในการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะที่ผิดปกติ

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Diagnosis)

การวินิจฉัยโรคเป็นเรื่องสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งขบวนการที่จะช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว การวินิจฉัยโรคมะเร็งอาศัยจาก (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536, หน้า 1-2)

1. การตรวจร่างกาย แพทย์จะวินิจฉัยจากอาการที่บ่งชี้ถึงโรคมะเร็งโดยดูจากลักษณะอายุ เพศของผู้ป่วย ร่วมกับประวัติอื่นๆ เช่น ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติการทำงานเกี่ยวข้องกับสารก่อมะเร็ง ประวัติมะเร็งในครอบครัว เป็นต้น

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเม็ดเลือด การตรวจการทำงานของตับ อาจช่วยในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาได้

3. การตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเซลล์ หรือการตรวจชิ้นเนื้อ เพราะจะสามารถบอกการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้ และในปัจจุบันนี้ยังมีความสำคัญ ในแง่การตรวจยีนส์มะเร็ง การตรวจทูเมอร์ มาร์คเกอร์จากชิ้นเนื้อด้วย

4. อาการและอาการแสดง ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ ได้แก่

4.1 อาการจำเพาะ (Specific symptoms) ได้แก่ การมีก้อนเฉพาะที่ อาการเสียงแหบ เจ็บคอเรื้อรัง อาการไอเรื้อรัง ร่วมกับมีเลือดออก

4.2 อาการที่ไม่จำเพาะ (Vague symptoms) ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การเปลี่ยนแปลงในการขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

4.3 การมี early signs ของ cancer จากการตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่ม เช่น จากการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยการทำ Pap smear พบลักษณะเซลล์ผิดปกติ Class III หรือ IV หรือจากการตรวจ Mammography พบ Calcification ที่บ่งถึงลักษณะมะเร็งเต้านม หรือการตรวจพบลักษณะเลือดออกซ่อนเร้นจากการตรวจอุจจาระ (Occult blood) บ่งถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

การรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งตามแนววิธีการสมัยใหม่ เริ่มขึ้นเมื่อประมาณศตวรรษที่ 20 ซึ่งในอดีต ปี ค.ศ.1990 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายได้เพียง 2-3 คนเท่านั้น และเป็นที่ยอมรับและรู้จักกันดีในวงการรักษาโรคมะเร็งว่าอุบัติการณ์ต่อไปนี้ มีประโยชน์ต่อการพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งมาก ดังนี้คือ (อาคม เขียวศิลป์, 2531, หน้า 15)

1. การพัฒนาการในด้านศัลยกรรมมะเร็งเต้านม (Radical mastectomy) โดย Halsted
2. การค้นพบ X - rays โดย Roentgen
3. การปลูกฝังหรือเพาะเลี้ยงมะเร็งในสัตว์ (Transplantable animal tumors in syngenetic hosts) โดย Clowes
4. การค้นพบแนวทางเกี่ยวกับการรักษาทางเคมีบำบัด (Potentials for Chemotherapy) โดย Huggins, Rhoads และ Faiber เป็นต้น

ด้วยวิวัฒนาการในทางเทคนิคของวงการแพทย์ เช่น ศัลยกรรม เครื่องฉายแสง วิชาการทางวิสัญญี การให้หรือถ่ายเทเลือด รวมถึงการค้นพบยารักษาโรคมะเร็งและยาปฏิชีวนะต่างๆ ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีโอกาสรักษาให้หายได้เพิ่มจากเดิม 20% ในปี ค.ศ.1930 เป็น 33% ในปี ค.ศ.1955 จากนั้นอัตราการหายจากโรคมะเร็งได้ลดลงเพราะว่ามีการกลับคืนของโรคมะเร็งขึ้นมาอีกในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปแล้ว (Resectable cancer) ทั้งนี้เนื่องจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า (Micrometastasis) เกิดขึ้นนอกบริเวณที่ทำการผ่าตัดอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งอุบัติการณ์นี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าการรักษาโรคมะเร็งที่จะได้ผลดีสมบูรณ์นั้น ต้องการการรักษาทุกระบบ (Systemic treatment) ร่วมด้วย เช่น การรักษาทางเคมีบำบัด ฮอร์โมน และภูมิคุ้มกันบำบัด ปัจจุบันนี้การรักษามะเร็งที่ถูกต้องสมบูรณ์นั้น ควรจะให้การรักษาแบบผสมผสานระหว่างการรักษาเฉพาะที่ (ได้แก่ ศัลยกรรม รังสีรักษา) ร่วมกับการรักษาทุกระบบ (Systemic treatment) เช่น เคมีบำบัด

ฮอริโมน และอิมมูโนบำบัด ซึ่งเรียกโดยทั่วไปว่า “การรักษาแบบผสมผสาน” (Multidisciplinary Approach) (นรินทร์ วรวิทย์, 2539, หน้า 14) และควรเป็นการร่วมมือระหว่างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการรักษาและจัดการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแต่ละราย หลังจากที่ทำหัตถ์วินิจฉัย (Histological Diagnosis) และระยะของโรค (Staging) แล้ว โดยทั่วไปแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งจะประกอบด้วย ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และอายุรศาสตร์โดยเฉพาะ Medical Oncologist ในทางปฏิบัตินิยมที่จะมีการประชุมเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่จัดเป็น Tumor Clinic หรือ Tumor Board ในแต่ละโรงพยาบาล ในบางครั้งอาจมีการขอความเห็นในการรักษาโรคจากแพทย์ที่มีความชำนาญจากที่อื่นเรียกว่า Second Opinion เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยในแต่ละรายได้ผลดีที่สุดและมีผลแทรกซ้อนน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

วิธีการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันเนื่องจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้า ระยะของโรคมีตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็ง (Premalignant lesion) ระยะที่เป็นเฉพาะที่ (Localized Tumor) จนถึงระยะแพร่กระจายไปสู่อวัยวะข้างเคียง (Local regional invasion) หรือกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ (Distant Metastasis) ดังนั้นการรักษาจึงต้องมีหลายวิธีเพื่อให้เหมาะสมกับชนิดและระยะของโรคที่เป็น ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีทั้งที่ใช้เป็นการรักษามาตรฐาน และยังเป็นงานวิจัยทางคลินิกเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาให้ดีขึ้น

การรักษา (Treatment)

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันนี้ทำได้ 4 วิธี คือ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536, หน้า 3)

1. การผ่าตัด ใช้เพื่อวินิจฉัย (Biopsy) และการรักษา ซึ่งการผ่าตัดอาจเป็นวิธีหลักร่วมกับการรักษาแบบอื่น หรืออาจใช้ในกรณีที่มียุทธศาสตร์ในการลดขนาดของก้อน เช่น มะเร็งรังไข่ เป็นต้น
2. รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาซึ่งใช้ได้ดี ในกรณีที่มะเร็งนั้นอยู่เฉพาะที่ยังไม่แพร่กระจาย พบว่าพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็งมีบทบาทต่อการรักษาด้วย มะเร็งบางชนิดจะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยรังสีรักษา เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลังโพรงมดลูก เป็นต้น แต่ผลเสียของการรักษาด้วยรังสีรักษา คือ มีผลต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ประสาทไขสันหลัง, ตับ, ไต, ลำไส้ ฯลฯ เป็นต้น
3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีการรักษาซึ่งนำมาใช้ ในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย แต่มีข้อควรระวังและผลข้างเคียงหลายอย่าง นอกจากนี้เคมีบำบัดยังใช้เป็นการรักษาเสริม (Adjuvant Chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้ยานำ (Neoadjuvant Chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือฉายแสงด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ปัจจุบันนิยมนำยาเดี่ยวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน

ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดขนาดของยาแต่ละชนิดลง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น รวมทั้งลดการดื้อยาของโรคมะเร็งด้วย

4. การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันเริ่มมีการนำสารชีวภาพมาใช้ในการรักษามะเร็งมากขึ้น เช่น การใช้สารซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นเม็ดเลือดขาว (Granulocyte colony stimulating factor) ร่วมกับการใช้เคมีบำบัด เพื่อลดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และหวังผลในแง่สามารถเพิ่มขนาดยา โดยคาดหวังว่าเมื่อเพิ่มขนาดยาเคมีบำบัดให้สูงขึ้น ผลการรักษาน่าจะดีขึ้น

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคมะเร็ง

1. การรักษาให้หายขาด (Curative Intent) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้เท่ากับคนปกติ (เพศ และอายุกลุ่มเดียวกัน) ที่ไม่เป็นมะเร็ง ซึ่งโรคมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยเคมีบำบัด แม้ว่าโรคจะอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว ได้แก่

Choriocarcinoma	Follicular mixed lymphoma
Acute lymphocytic leukemia	Testicular cancer
(In children and adults)	Acute myelogenous leukemia
Wilm's tumor	Ewing's sarcoma
Burkitt's lymphoma	Peripheral neurocithelioma
Embryonal rhabdomyosarcoma	Neuroblastoma
Hodgkin's disease	Small cell cancer of the lung
Diffuse large cell lymphoma	Ovarian cancer
Lymphoblastic lymphoma in children and adult	

มะเร็งซึ่งสามารถรักษาให้หายได้เมื่อให้เคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมหลังผ่าตัด

Breast cancer	Soft tissue sarcoma
Osteogenic sarcoma	Colorectal cancer

2. การรักษาเพื่อทุเลาอาการ (Palliate Intent) เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อทุเลาอาการที่เกิดจากโรคมะเร็งที่เป็น โดยที่การรักษาดังกล่าวไม่จะเป็นการรักษาด้วยยาหรือรังสีรักษาไม่สามารถจะมีฤทธิ์พอที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่เป็นได้ แต่อาจจะช่วยลดปริมาณของเซลล์มะเร็ง และทุเลาอาการที่เกิดจากโรคนี้ได้เช่น อาการปวดกระดูกจากมะเร็งแพร่ไปกระดูก เป็นต้น (Fdey KM,

1994, pp.2417-48, อ้างใน นรินทร์ วรฤทธิ, 2539, หน้า 21) มะเร็งซึ่งสามารถรักษาให้อาการดีขึ้น แต่โรคไม่หาย เมื่อโรคอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536, หน้า 5) ได้แก่

Bladder cancer	Head and neck cancer
Chronic myelogenous leukemia	Endometrial cancer
Chronic lymphocytic leukemia	Adrenocortical carcinoma
Hairy cell leukemia	Medulloblastoma
Multiple myeloma	Polycythemia rubra vera
Follicular small - cleaved cell	Prostate cancer
Lymphoma	Glioblastoma multiforme
Gastric carcinoma	Insulinoma
Cervical carcinoma	Breast cancer
Soft tissue sarcoma	Carcinoid tumors

3. การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive care) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ได้ เช่น เคมีบำบัด การฉายแสงรังสี หรือการผ่าตัด เนื่องจากโรคเป็นมากเกินกว่าที่จะรักษา ต้องการการรักษา สภาพของผู้ป่วยไม่เหมาะสม หรือมีปัญหาอื่นๆ ที่ทำให้รักษาไม่ได้ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ยาแก้ปวด การให้การดูแลทางจิตใจ การดูแลทางโภชนาการ เป็นต้น

4. การเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและการกลับเป็นซ้ำของโรค (Prolonged Survival and disease free Survival)

5. การเพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ในการให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งควรเลือกวิธีการรักษาที่จะสามารถลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากโรคที่เป็น และลดอาการของผู้ป่วยลงโดยที่การรักษาไม่มีผลข้างเคียงที่มากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา จนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสียไป

จะเห็นว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่อันตรายและร้ายแรงโรคหนึ่ง และสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรค คือ จากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนไปด้วยสารก่อมะเร็ง ซึ่งทางการแพทย์ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือรักษาแบบประคับประคองเพื่อยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวได้ โดยวิธีการรักษาผสมผสานหลายๆ แบบ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด และเคมีบำบัดเป็นวิธีหนึ่งทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งอย่างได้ผล

การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapeutic Agents Treatment)

เคมีบำบัดหรือยาต้านมะเร็งได้ถูกนำเข้ามาใช้รักษาผู้ป่วยตั้งแต่สมัยปี ค.ศ. 1940 เป็นต้นมา วิวัฒนาการเกี่ยวกับการค้นพบเคมีบำบัดชนิดใหม่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยา เกสซ์วิทยาของยาแต่ละตัว ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ตลอดจนถึงผลการรักษาแต่ละชนิด ได้มีการปรับปรุง แก้ไข ศึกษาเพิ่มเติมมาโดยตลอด จนกระทั่งในปัจจุบันนี้มีเคมีบำบัดซึ่งใช้กันอยู่ทั่วไปเป็นจำนวนมาก เคมีบำบัดส่วนใหญ่มีคุณสมบัติเด่น คือ การไปขัดขวาง, ทำลายการทำงานของเอนไซม์ หรือสารซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้าง DNA ของเซลล์ เซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มีการสังเคราะห์ DNA เกือบตลอดเวลา ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายได้ง่ายกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเซลล์ปกติในร่างกาย (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536, หน้า 106)

เคมีบำบัดต่างจากการรักษาโรคโดยวิธีอื่นๆ เพราะเป็นการรักษาไปทั่วทุกระบบของร่างกาย การรักษาทางเคมีบำบัดได้มีวิวัฒนาการสูงชันเป็นลำดับ และแนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งก็เปลี่ยนไปจากเดิมที่ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ปัจจุบันนี้เคมีบำบัดสามารถรักษามะเร็งบางชนิดให้หายได้ หรืออย่างน้อยก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวต่อไปได้อีกเกิน 5 ปีขึ้นไป จากการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว หรือใช้ร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา เช่น การรักษามะเร็งของมดลูก รังไข่ เต้านม ลูกอ้นทะ มะเร็งของเม็ดเลือดขาวบางชนิด มะเร็งของไตในเด็ก เป็นต้น ผลดีของการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายให้แก่ผู้ป่วยได้ร้อยละหนึ่ง ก่อนจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยช่วยให้มีความทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ปัจจุบันจะเห็นว่าการใช้เคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็งนั้นวันจะมีเพิ่มมากขึ้น และพบว่ามียาเคมีบำบัดกว่า 80 ชนิดที่ใช้ได้ผลในการต่อต้านมะเร็ง (Golden, 1975, p.280, อ้างใน พวงแก้ว จักรพันธ์, 2537, หน้า 9)

จะเห็นว่า เคมีบำบัดมีบทบาทที่สำคัญยิ่ง ในการรักษามะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ร่วมกับการผ่าตัด การฉายแสงและนับวันที่จะมีบทบาทมากขึ้นทุกวัน แม้แต่ในผู้ป่วยบางรายที่คล้ยแพทย์ไม่สามารถผ่าตัดก่อนมะเร็งได้เพราะโรคเป็นมากแล้วหรือบางชนิดรักษาทางรังสีไม่ได้ผล เคมีบำบัดได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้คล้ยแพทย์ทำการผ่าตัดได้ หลังจากที่ยามีผลทำให้ก้อนมะเร็งยุบลง รวมทั้งการให้ยาร่วมกับรังสี ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น เคมีบำบัดใช้เป็น Adjuvative treatment ร่วมกับการผ่าตัดและรังสีรักษาในมะเร็งหลายชนิด นอกจากนี้ยังเป็นที่ยังอันดับสุดท้ายได้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาหรือบรรเทาอาการได้ด้วย วิธีการรักษาแบบอื่นๆ จึงนับว่าเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญยิ่ง

ความหมายของเคมีบำบัด

มีผู้ให้ความหมายของเคมีบำบัดดังนี้

เคมีบำบัด หมายถึง การใช้สารเคมีเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการรักษาอาจใช้เคมีบำบัดด้วยวิธีเดียวหรือใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆ (บุษบา อธิกชัย, 2536, หน้า 5)

เคมีบำบัด (Cancer Chemotherapy) คือ การนำบำบัดรักษาโรคมะเร็งด้วยยา (อาคม เขียรศิลป์, 2531, หน้า 1 อ้างใน พวงแก้ว จักรพันธ์, 2537)

เคมีบำบัด (Chemotherapy) คือ การใช้ยารักษาโรคมะเร็งโดยการนำสารที่ทำลายเซลล์ (Cytotoxic product) เข้าไปสัมผัสกับเซลล์มะเร็งในวงจรการแบ่งตัวของเซลล์ ซึ่งสารนี้สามารถรวมเข้ากับสารยับยั้งการเจริญเติบโต (Cytostatic product) และถูกทำลายโดยสารชนิดนั้น (สุนทรี ภาณุทัต, 2532, หน้า 302)

ข้อบ่งชี้ในการใช้เคมีบำบัด

การใช้เคมีบำบัดมีข้อบ่งชี้ในการใช้ดังต่อไปนี้

1. เมื่อมีการกระจายของมะเร็งจากจุดเริ่มต้นไปยังอวัยวะอื่นๆ (Metastatic cancer) หรือในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก (Advanced cancer) จนไม่สามารถที่จะให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้

2. เพื่อลดอุบัติการณ์ของการกลับคืนของโรค (Decrease incidence of relapse) ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น (Prolong survival) การใช้ยาในกรณีนี้เรียกว่า Adjuvant chemotherapy

หลักในการพิจารณาใช้เคมีบำบัด

ในการใช้เคมีบำบัด จะยึดหลักในการพิจารณาดังนี้

1. ภูมิต้านทานและระยะของมะเร็ง ถ้ามะเร็งนั้นรักษาด้วยวิธีอื่นหรือรักษาแล้วได้ผลค่อนข้างมาก ก็พิจารณาใช้เคมีบำบัด

2. ภูมิต้านทานของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาพอ่อนแอมาก ไม่ควรให้ยาแต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับว่าสภาพของผู้ป่วยขณะนั้น เกิดจากมะเร็งเป็นสาเหตุโดยตรงหรือไม่ เช่น ถ้าผู้ป่วยหมดสติ และหากการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่สมอง ถ้ารอให้สภาพดีขึ้นผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการรักษา

3. รู้จักใช้ยา โดยให้ยาที่ทราบว่าได้ผลในการรักษามาก่อนหรือใช้ยาทดลองใหม่ ภายหลังทราบคุณสมบัติของเภสัชวิทยาแล้ว และควรทราบถึงข้อควรระวังของการใช้ยาพิษและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนวิธีแก้ไขปัญหานั้นด้วย

4. ผู้ป่วยยินยอมให้รักษา สำคัญมากเพราะถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจดี การร่วมมือในการรักษาพยาบาลจะมีดีกว่าที่ไม่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ

ชนิดหรือประเภทของเคมีบำบัด

เคมีบำบัดเป็นยาหรือสารเคมีที่มีออกฤทธิ์ทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่ง เทเนนบัม (Tenanbuam, 1989, pp.43-45 อ้างใน รัตนาวดี บุญญประภา และสาคร พุทธปวน, 2535; หน้า 5-6) ได้จัดหมวดหมู่ของเคมีบำบัดไว้เป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. Alkylating agents กลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการทำให้โมเลกุล DNA แตกสลายและขัดขวางการสร้าง DNA ขึ้นมาซ้ำซ้อน (replication) ตัวอย่างของเคมีบำบัดประเภทนี้ได้แก่ ไนโตรเจนมัสตาร์ด (Nitrogen mustard) และคลอแรมบูซิล (Chlorambucil) ไอฟอสฟาไมด์ (Ifosfamide)

2. Nitrosoureas อาจจัดได้ว่าเป็น Alkylating agents ประเภทหนึ่งเพราะออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเคมีบำบัดประเภทนี้ได้แก่ คาร์มูสติน (Carmustin) โลมุสติน (Lomustin) และ สเตรปโตโซซิน (Streptozocin)

3. Plant alkaloids ออกฤทธิ์โดยการไปจับกับสารที่มีความจำเป็นในการแบ่งตัวของเซลล์ ตัวอย่างของเคมีบำบัดประเภทนี้ได้แก่ วินคริสติน (Vincristine) และวินบลาสติน (Vinblastine)

4. ยาปฏิชีวนะที่ต้านการเกิดเนื้องอก (Antitumor antibiotics) ออกฤทธิ์โดยการไปจับกับ DNA จึงสามารถยับยั้งการสังเคราะห์ DNA และ RNA ตัวอย่างของเคมีบำบัดประเภทนี้ได้แก่ แอคทิโนไมซิน ดี (Actinomycin-D) และอะเดรียมัยซิน (Adriamycin)

5. ยาต้านเมตาบอลิซึม (Antimetabolites) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสังเคราะห์ DNA ตัวอย่างเคมีบำบัดประเภทนี้ได้แก่ ไฟว์เอฟยู (5-FU) ซัยโตซาร์ (Cytosar) และเมโทเทรกเซท (Methotrexate)

6. สารฮอร์โมน (Hormonal Agents) ฮอร์โมนที่ใช้เป็นเคมีรักษา ได้แก่ กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) เอสโตรเจน (Estrogens) สารโปรเจสติน (Progestational agents) แอนติเอสโตรเจน (Antiestrogens) แอนโดรเจน (Androgens) และ โกลนาโดโทรปิน (Gonadotropin)

7. เคมีบำบัดกลุ่มเบ็ดเตล็ด (Miscellaneous cancer chemotherapeutic agents) ตัวอย่าง เช่น โปรคาร์บาซีน (Procarbazine) :

วิธีการให้เคมีบำบัด (Method of drug administration)

ในการให้เคมีบำบัดสามารถให้ได้หลายทางและหลายวิธีทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยา ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และการกระจายของยา ในเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยทั่วไปมักจะให้ยาเป็นระยะๆ คือ จะให้ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือนระยะหนึ่งโดยให้นานถึง 1-5 วัน หรือหลีกเลี่ยงภาวะของ Chronic immunosuppression ระยะเวลาที่ให้ทั้งหมดก็แตกต่างกันไป อาจจะ 6-24 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและสภาวะของผู้ป่วย

วิธีให้ยาแก่ผู้ป่วยที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ

1. Systemic chemotherapy ได้แก่ การให้เคมีบำบัดโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (Intravenous administration) ส่วนการให้เคมีบำบัดโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ซึ่งอาจฉีดได้ 2 แบบ (อาคม เสิร์ศิลป์, 2537, หน้า 2) คือฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง และผลยาเข้ากับน้ำเกลือแล้วค่อยหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับชนิดของยา วิธีนี้ใช้ได้เฉพาะยาบางตัวเท่านั้น เช่น บลิโอมัยซิน (Bleomycin) ซิโตซิน (Cytosine) เมทโทเทรกเซท (Methotrexate) อะเล็กซาน (Alexan) เป็นต้น และวิธีให้เคมีบำบัดโดยการรับประทาน วิธีนี้นิยมใช้ในรายที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และระยะของโรคไม่รุนแรง เช่นผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia

2. Regional chemotherapy ได้แก่ Intracavitary chemotherapy หมายถึงการใส่สารเคมีบำบัดเข้าสู่ช่องท้องหรือช่องปอด ในกรณีที่หวังผลเฉพาะที่ เช่น ต้องการลดจำนวนทั้งในช่องท้อง (Ascitic fluid) และน้ำในช่องปอด (Pleural effusion) เป็นต้น

3. Intraarterial chemotherapy หมายถึงการให้สารเคมีบำบัดเข้าสู่เส้นเลือดแดงเฉพาะเส้นที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งเท่านั้น เพื่อให้ยาเมื่อผลต่อเซลล์มะเร็งโดยตรงก่อนที่จะถูกทำลาย (Metabolize) ในร่างกายเป็นการลดผลข้างเคียงของยาลงด้วย

การตอบสนองของโรคมะเร็งต่อเคมีบำบัด

หลังจากได้รับเคมีบำบัด ผลการรักษาสามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การตอบสนองแบบสมบูรณ์ (Complete response) หมายถึงโรคหายไปหมดจากการมาตรวจ 2 ครั้ง และทั้ง 2 ครั้งนี้ห่างกันไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ โดยนับระยะเวลาดังแต่ครั้งแรกที่ได้รับการตอบสนองแบบสมบูรณ์ไม่เกิดการคืนกลับของโรค

2. การตอบสนองบางส่วน (Partial response) หมายถึงโรคหายไปน้อยกว่าร้อยละ 50 หรือมีโรคเกิดเพิ่มขึ้นมาน้อยกว่าร้อยละ 25

3. โรคคงดำเนินต่อไป (Progression) แสดงถึงโรคเกิดขึ้นมากกว่าเดิมมากกว่าร้อยละ 25 หรือว่ามีโรคเกิดขึ้นใหม่อีกระยะเวลาเช่นเดียวกับการตอบสนองแบบสมบูรณ์

เคมีบำบัดเป็นยาหรือสารเคมีที่ยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งแบ่งได้หลายกลุ่มตามการออกฤทธิ์ของยา การพิจารณาให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยหลักเกณฑ์หลายอย่างประกอบกัน เช่น สภาพร่างกายของผู้ป่วย ประเภทของเคมีบำบัดที่ใช้ได้ผลดีกับมะเร็งแต่ละชนิด เป็นต้น และวิธีการบริหารเคมีบำบัดมีอยู่หลายรูปแบบ แต่ที่นิยมมากที่สุดคือทางหลอดเลือดดำ ในลักษณะของการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยตรง หรือการผสมกับน้ำเกลือหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งลักษณะการบริหารเคมีบำบัดดังกล่าว จะเห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในการทำหน้าที่บริหารเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็ง

อันตรายของเคมีบำบัด

แม้ว่าเคมีบำบัดจะมีบทบาทที่สำคัญในการใช้รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งระยะแรกและระยะที่มีการกระจาย แต่เคมีบำบัดก็มีอันตรายต่อผู้ป่วยมากด้วยเช่นกัน เนื่องจากเคมีบำบัดเป็นยาที่มีดัชนีในการรักษาต่ำ (Low therapeutic index) กล่าวคือ เคมีบำบัดแทบทุกชนิดมิได้ทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่จะทำลายเซลล์ปกติอื่นๆ อีกด้วย เซลล์ปกติที่มีอัตราการแบ่งตัวเร็วก็ยิ่งจะถูกทำลายได้โดยง่าย เช่น เซลล์ของไขกระดูก เซลล์สืบพันธุ์ เซลล์รากผม และเซลล์เยื่อเมือกในลำไส้ เป็นต้น (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2527, หน้า 153) นอกจากนี้เคมีบำบัดจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้ว เคมีบำบัดยังเป็นอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องด้วย นั่นคืออันตรายที่สำคัญของการใช้เคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็ง อาจแบ่งได้ 2 ประเด็น คือ อันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยตรง และ อันตรายที่เกิดกับบุคลากรทางการแพทย์

อันตรายเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีโอกาสอย่างมากที่จะได้รับอันตรายหรือผลข้างเคียงของเคมีบำบัดตลอดเวลา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของผลข้างเคียงเคมีบำบัด (Side effects หรือ toxicities) ไว้ดังนี้ (ศรีชัย ครุสินธุ์, 2533, หน้า 52)

Grade O	No side effect
I	Mild side effects with no effect on dosage and duration of chemotherapy No decrease of the Karnofsky performance status
II	Moderate side effects ; decrease of the Karnofsky performance status and/or dosage reduction is required
III	Considerable side effects. Treatment should be interrupted or postponed
IV	Serious side effects. Patient must be hospitalized due to iatrogenic complications
V	Death due to chemotherapy

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การรักษาด้วยเคมีบำบัดต้องใช้เวลาานาน ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ของร่างกายดังต่อไปนี้ (บุญสม ชัยมงคล และคณะ, 2527, หน้า 67, สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536, หน้า 14-15; บุชบา อธิกชัย, 2536, หน้า 27-50 : Otto E. Shirley, 1994, pp.499-501)

1. ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) เป็นระยะที่ถูกรบกวนโดยเคมีบำบัดมากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ปากเป็นแผล เมื่ออาหาร หลอดอาหารอักเสบ อาจเกิดอาการอักเสบจากทางเดินอาหารจากปาก ลำไส้ไปถึงทวารหนักได้ ท้องผูก ท้องเดิน ทำให้ดื่บอักเสบ หรือดื่บอ่อนอักเสบได้ และในรายที่อาเจียนมากและรุนแรง แพทย์จะให้ยา Metoclopramide หรือยาแก้อาเจียนในขนาดสูง (1-3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) จะได้ผลดี ส่วนผลในระบบทางเดินอาหารนั้นส่วนใหญ่อาการจะหายได้เอง แต่ในรายที่รุนแรง เช่น แผลในปาก อาจจะต้องใช้ยาชาเฉพาะที่ เช่น Xylocaine viscous อมเพื่อลดความเจ็บปวด

2. ผลต่อระบบห่อหุ้มร่างกาย (Integumentary system) ผลของเคมีบำบัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อผิวหนังที่พบบ่อยได้แก่

2.1 มีการอักเสบของผิวหนัง ผิวหนังจะแห้งและคัน มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว โดยจะมีสีคล้ำขึ้น (Hyperpigmentation) เล็บสีคล้ำขึ้น เพราะเคมีบำบัดจะมีผลทำให้เยื่อผิวหนังมีการแบ่งตัวออกมา เกิดการแพ้และระคายเคือง แต่ถ้ายาที่ฉีดออกนอกเส้นเลือดก็จะมีผลเฉพาะที่ทำให้เกิดการอักเสบจนถึงเกิดเนื้อตาย (Necrosis) ได้

2.2 ผมร่วง (Alopecia) คนปกติทั่วไปจะมีเส้นผมประมาณ 1 แสนเส้น โดย 10-15% จะอยู่ในระยะ Resting stage ที่เหลือนอกนั้นจะอยู่ในระยะ Actively growing stage ฉะนั้นเคมีบำบัดจึงมักมีผลต่อผมเสมอ เพราะยาที่มีผลทำลายรุ่มขนทำให้รากผมอ่อนแอ โดยทั่วไปเคมีบำบัดที่ทำให้ผมร่วงได้แก่กลุ่ม Alkylating agents, Antimetabolites, Antibiotics และ Alkaloids การให้เคมีบำบัดเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจทำให้ขนร่วงเร็ว ขนตามแขนขา และที่อวัยวะเพศหลุดร่วงได้ด้วย เคมีบำบัดทำให้ผมร่วงมากได้แก่ Adriamycin (Doxorubicin) Nitrosoureas Cyclophosphamide เพราะยาเหล่านี้ถูกขับออกจากร่างกายช้า อาการผมร่วงโดยทั่วไปจะเริ่มปรากฏให้เห็นประมาณ 1-2 สัปดาห์ หลังให้เคมีบำบัด และร่วงเต็มที่ประมาณ 1-2 เดือน

3. ผลต่อระบบการสร้างเม็ดเลือด (Reticulo-endothelial system) ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกคนที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบสร้างเม็ดเลือด โดยสารนี้จะไปลดการทำหน้าที่ของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดต่างๆ ลดลง ซึ่งการกดไขกระดูกมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับประทุษร้ายประมาณ วันที่ 7-14 ผลที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดที่พบบ่อย มีดังนี้

3.1 เม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) เกิดเนื่องจากเคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูก ในส่วนที่สร้างเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะ Granulocytes และ Neutrophils ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อตามมา สามารถเกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ ค่าปกติของเม็ดเลือดขาวประมาณ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ถ้าหากเม็ดเลือดขาวลดลงประมาณ 2,500-3,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ต้องลดขนาดยาลงหรือหยุดยา ระยะเวลาที่เม็ดเลือดขาวลดลงมักจะเกิดขึ้นวันที่ 7-14 หลังใช้ยา ระยะเวลาฟื้นตัวจะอยู่ระหว่าง 4-6 สัปดาห์

3.2 เม็ดเลือดแดงต่ำหรือโลหิตจาง (Anemia) เป็นภาวะที่เม็ดเลือดแดง ฮีโมโกลบิน (Hb) และฮีมาโตคริต (Hct) ในกระแสเลือดมีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากเคมีบำบัดจะมีฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติไป และยังมีการทำลายเม็ดเลือดแดงด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะโลหิตจาง ปวดศีรษะ มึนงง เป็นลมง่าย หน้าซีด เหนื่อยง่าย หรือหนาวง่าย ถ้ามี Hct ต่ำกว่า 18 gm% ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบาย หายใจเด่น ใจสั่น ถ้ารุนแรงมากอาจจะมีควมดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจตายได้

4. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary system) เคมีบำบัดส่วนใหญ่จะถูกขับถ่ายทางปัสสาวะ และเนื่องจากเคมีบำบัดจะทำลายไต ทำให้เกิดเลือดฝอยของไตตายชนิดเฉียบพลัน (Acute

tubular necrosis) และทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (hemorrhagic cystitis) จะพบว่าปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อหรือปัสสาวะเป็นเลือด อาการอักเสบจะลดลงได้ถ้าผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะมากๆ การให้สารน้ำหรือ fluid มากๆ ร่วมกับยาขับปัสสาวะ (Osmotic diuretic) เช่นยา Mannitol จะช่วยลดอาการข้างเคียงนี้ได้

5. ผลกระทบต่อระบบประสาททกล้ามเนื้อ เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลทำลายประสาทส่วนปลายของร่างกาย มักเกิดจากยากกลุ่ม Vinca alkaloids โดยเฉพาะ Vincristine ถ้าผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีร่วมด้วยจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น อาการที่พบได้แก่ ชาตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บปวด การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ อาจสูญเสียการทรงตัว สูญเสียการได้ยิน ท้องผูก ชี้นิ้วเท้า หลังจากหยุดยาแล้วระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะกลับคืนสู่สภาพปกติใน 4-6 สัปดาห์

6. ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต (Cardiopulmonary system) ผลของเคมีบำบัดบางตัวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตดังนี้

6.1 Cardiac output ลดลง เนื่องจากยามีผลโดยตรงต่อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Progress congestive heart failure) มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ยากลุ่ม Doxorubicin และ high dose cyclophosphamide สามารถทำให้เกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้ ซึ่งอาการเริ่มต้นคือ ใจสั่น

6.2 การทำงานของปอดลดลง หรือพิษต่อปอด (Pulmonary toxicity) พบไม่บ่อยนักยาในกลุ่ม Methotrexate, Cytarabine Procarbazine และยากกลุ่ม Alkylating agents สามารถทำให้เกิดผลเสียต่อปอดได้ ยา Bleomycin เป็นยาที่ทำให้เกิด Pulmonary fibrosis ได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งได้รับ Bleomycin เป็นจำนวนสูงมากกว่า 400 units ขึ้นไป

6.3 ผนังหลอดเลือดอักเสบง่าย เคมีบำบัดอาจทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบและมีหลอดเลือดอุดตัน (Thrombophlebitis) ได้ง่าย

7. ผลต่อการทำหน้าที่ของตับอ่อน (Pancreatic toxicity)

ภาวะ Acute pancreatitis สามารถพบได้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับ L - asparaginase หรือ Corticosteroids หรือเกิดร่วมกับภาวะ Tumor lysis syndrome ใน Malignant lymphoma ได้ และยาเมโทเทรกเซท (Methotrexate) แอคตินโนมัยซิน ดี (Actinomycin D) และ 5 - FU จะทำให้เกิด Hepatitis และ Fibrosis ทำให้ตับโตได้ นอกจากนี้ยังทำให้ระดับ Bilirubin สูงขึ้นได้

8. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ (Reproductive system)

ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดอาจจะทำให้ไม่มีประจำเดือน ทำให้ขาดเอสโตรเจน จึงทำให้ขาดประจำเดือนอาจทำให้เป็นหมัน กามตายด้าน ในระยะตั้งครรภ์อาจทำให้แท้ง คลอดก่อนกำหนด หรือทารกพิการได้

9. อาการทั่วไป เช่น ไข้ หนาวสั่น อาจเกิดหลังจากให้เคมีบำบัดวันที่ถึง 6 ชม. และจะสิ้นสุดภายใน 24 ชั่วโมง อาการอ่อนเพลีย ล้า ไม่มีแรง อาจนานถึง 1 สัปดาห์หรือนานกว่านี้

10. ผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีความรู้สึกเศร้าโศก สูญเสีย วิตกกังวล กลัวจะไม่หายจากโรค อาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลสบาย อารมณ์หงุดหงิด เปลี่ยนแปลงง่าย

อันตรายของเคมีบำบัดต่อบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ย่อมมีโอกาสสัมผัสกับเคมีบำบัดได้เสมอ โดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด มีโอกาสได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หากปฏิบัติไม่ถูกต้องตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมยา ผสมยา หรือวิธีการบริหารยา จากรายงานหลายฉบับพบว่า มีสารก่อกลายพันธุ์ (Mutagen) ในปัสสาวะของบุคลากรเหล่านี้ และยังมีผู้รายงานพบว่าความผิดปกติของโครโมโซมในเม็ดเลือดของพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดอีกด้วย สถาบันต่างๆ หลายแห่งในต่างประเทศ จึงพยายามค้นหาวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับเข้าสู่ร่างกาย (จวีวรรณ โพธิ์ศรี, 2527, หน้า 254)

โดยทั่วไปวิธีการให้เคมีบำบัดที่สำคัญมี 2 วิธี คือ โดยการรับประทานและโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง หรือผสมกับสารละลายแล้วค่อยๆ หยดเข้าทางเส้นเลือดดำที่ละเอียด ส่วนวิธีอื่นๆ ก็อาจจะมีการฉีดเข้าในช่องท้อง เป็นต้น ซึ่งไม่ว่าจะโดยการให้รับประทานหรือโดยการฉีด ผู้ที่เตรียมและผสมเคมีบำบัดย่อมมีโอกาสได้รับยาหรือสารเคมีเข้าไปในร่างกายขณะปฏิบัติงานได้ (รัตนวดี บุญญประภา และสาคร พุทธปวน, 2535, หน้า 6)

ปัจจุบันมีเคมีบำบัดมากกว่า 50 ชนิดที่ทางแพทย์นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการศึกษาและทดลองทางห้องปฏิบัติการ ในการพิสูจน์ถึงอันตรายของเคมีบำบัดว่าเป็นเป็นสารก่อกลายพันธุ์ สารก่อมะเร็งหรือสารที่ทำให้เป็นหมันได้ในมนุษย์และสัตว์ และในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดก็อาจได้รับอันตรายจากเคมีบำบัดทั้งระยะเฉียบพลัน และผลที่เกิดในระยะเรื้อรังหรือยาวนาน

โดยอาจทำให้เกิดป่วยเป็นโรคมะเร็งอื่นๆ ตามมาด้วย (Baker S. Ellen & Connor H. Thomas, 1996, p.2713)

จากการที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องและสัมผัสกับเคมีบำบัดอยู่เสมอ และทางสถาบันที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของเภสัชกรของอเมริกาหรือ American society of Health-System Pharmacists (ASHP) ได้มีการกำหนดคุณสมบัติทางเคมีบำบัดว่าเป็นยาอันตราย สามารถทำให้เกิดผลดังนี้คือ (ASHP, 1990, p. 1033-49)

- (1) อันตรายหรือมีพิษต่อยีนส์ หรือสารพันธุกรรม (Genotoxicity)
- (2) สารก่อมะเร็ง (Carcinogenicity)
- (3) สารก่อให้เกิดการเป็นหมัน (Teratogenicity or fertility impairment)
- (4) ผลต่ออวัยวะอื่น ๆ หรือผลเสียต่อผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยอื่นๆ เกี่ยวกับอันตรายของเคมีบำบัดว่ามีพิษหรือมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ของมนุษย์และสัตว์ด้วย โดยเฉพาะในบุคลากรที่สัมผัสกับเคมีบำบัดโดยขาดการป้องกันที่ถูกต้อง ดังการศึกษาของ ซอร์ทริดจ์ และคนอื่นๆ (Shortridge A. Linda, Lemasters Kawas Grace, Valanis Barbare & Hertzbery Vicki, 1995, p.439) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานสัมผัสกับเคมีบำบัดกับความผิดปกติของวงจรการมีประจำเดือน พบว่า กลุ่มอายุ 30-45 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรสและเดวิส (Rose DOP & Devis TE, 1977, pp. 1174-6) พบว่า ในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนานๆ เคมีบำบัดมีผลหลายอย่างต่อหน้าที่การทำงานของรังไข่ และผลต่อรอบเดือนโดยพบแนวโน้มความถี่ที่เพิ่มขึ้นของการมีประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือการขาดหายของประจำเดือน และมีอาการของการหมดประจำเดือนได้แก่ อาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย นอนไม่หลับ หงุดหงิดโมโหง่ายและความต้องการทางเพศลดลง

ในระยะ 5 ทศวรรษที่ผ่านมา วงการแพทย์ได้มีการใช้เคมีบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งมากขึ้นเรื่อยๆ และตระหนักดีว่าเคมีบำบัดมีอันตรายต่อบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะพยาบาล เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ทำงานสัมผัสกับเคมีบำบัด (Labuhn, et al., 1997, p.80) ดังนั้นรายงานเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลเสียหรืออันตรายของเคมีบำบัด จึงมีมากขึ้นเรื่อยๆ เริ่มจากซอร์ซา และคนอื่นๆ (Sorsa, M, Hemminki K & Vanio H, 1985, pp.135-49) ได้ศึกษาถึงกลไกการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัดพบว่าตัวยาจะออกฤทธิ์โดยการไปจับกับสารพันธุกรรมในนิวเคลียสของเซลล์หรือมีผลต่อการสังเคราะห์ของโปรตีนในเซลล์ โดยที่เคมีบำบัดนั้นไม่สามารถแยกแยะเซลล์มะเร็ง

และเซลล์ปกติออกจากกันได้ ทำให้เซลล์ที่เจริญเติบโตและเซลล์สืบพันธุ์ของร่างกายได้รับอันตรายจากเคมีบำบัดด้วย และมีการศึกษาในสัตว์ทดลองก็พบว่า เคมีบำบัดเป็นสารก่อมะเร็ง สายก่อกลายพันธุ์ และมีผลต่อการสืบพันธุ์ของสัตว์ทดลอง ซึ่งทางสถาบันวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ หรือ International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้มีการวิจัยพบว่า เคมีบำบัดในกลุ่ม Alkylating agents เช่น ยาไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ไนโตรเจนมัสตาร์ด (Nitrogen mustard) เป็นสารก่อมะเร็งที่รุนแรงและอันตรายที่สุด (OSHA, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวนิทและซเลท (Venitt & Sleight 1983 : 1-3 อ้างใน บรรจง คำหอมกุล, 2539, หน้า 320) ศึกษาพบว่าเคมีบำบัดที่เป็นสารก่อกลายพันธุ์ ได้แก่ อะโดเรียมัยซิน (Adriamycin), บีซีเอ็นยู (BCNU), บลีโอมัยซิน (Bleomycin) คลอแรมบูซิล (Chlorambucil), ซีซีเอ็นยู (CCNU), ซิสพลาติน (Cisplatin), ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide), ดาคาบาซิน (Dacabacin), ไฟว์เอฟยู (5-FU), เมลฟาเลน (Melfalan), เมโทเทรคเซท (Methotrexate), ไนโตรเจน มัสตาร์ด (Nitrogen Mustard) และโปรคาร์บาซีน (Procarbazine) ส่วนเคมีบำบัดที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ ได้แก่ คลอแรมบูซิล ไซโคลฟอสฟาไมด์ เมลฟาเลน และเอ็มโอพีพี (MOPP)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกมากมายเกี่ยวกับเคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งที่เป็นชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เมื่อมีการสัมผัสกับเคมีบำบัด (Valanis G Barbara, Labuhn T. Karen, Vollmer M. William & Glass G. Andrew, 1993, pp.455-62) ผลเฉียบพลันเมื่อสัมผัสกับเคมีบำบัดคือ ผิวหนังอักเสบ, ผื่นคัน, ลมพิษตามร่างกาย, คลื่นไส้ อาเจียนและเวียนศีรษะ ซึ่งพบในพยาบาลและเภสัชกร (Reynold S, et al., 1982 p.1825, อ้างใน Baker S. Ellen and Conner H. Thomas, 1996, p.414) เช่นเดียวกับการศึกษาของวาลานิสและคนอื่นๆ (Valanis, et al., 1993, pp.455-62) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของบุคลากรทางสุขภาพที่ทำงานสัมผัสกับเคมีบำบัดบ่อยๆ พบว่า บุคลากรเหล่านี้มีอาการที่ผิดปกติไปจากกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานสัมผัสกับเคมีบำบัด เช่น มีอาการไอ, ท้องเสีย และอาเจียนบ่อยครั้งมาก

ในด้านที่เกิดผลระยะยาวหรือเรื้อรังนานๆ เมื่อมีการสัมผัสกับเคมีบำบัดนั้น โซตานิเอมิและคนอื่นๆ (Sotaniemi, et al., 1983, p.181-9 อ้างใน Baker S. Ellen & Conner H. Thomas 1996, p.2714) ได้ศึกษาพบว่า มีพยาบาลแผนกมะเร็ง 3 คน มีการทำงานของตับผิดปกติจนถึงสูญเสียหน้าที่ ซึ่งเขาสันนิษฐานว่าโรคตับที่เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากพยาบาลกลุ่มนี้ปฏิบัติงานสัมผัสกับเคมีบำบัดมานานหลายปี

ส่วนเลวินและคนอื่นๆ (Levin Lt, Holley EA & Seward Jp, 1993, pp.1089-90 อ้างใน Baker S. Ellen & Conner H. Thomas, 1996, p.2714) ศึกษาพบมีการป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะใน เกสเซอร์หญิงอายุ 39 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ทำงานเกี่ยวกับการเตรียมเคมีบำบัดมาก่อน โดยปราศจากการ ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่นเดียวกับกาเบรียลและคนอื่นๆ (Gabriele, et al., 1993, pp.29-153) ได้ศึกษา พบว่าการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียงในพยาบาล 1 รายที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดมา 7 ปี โดย ปราศจากการใช้เครื่องป้องกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับผลระยะยาวของเคมีบำบัดต่อสุขภาพ ของบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (Slimowitz R & Mitrik LJ, 1993, pp.1862-3)

จากอันตรายต่างๆ ที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเคมีบำบัดมีโอกาสได้รับนั้น ทางสถาบันต่างๆ จึง ได้พยายามค้นหาวิธีการทำงานที่ปลอดภัยและวิธีการที่ป้องกันไม่ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ทั้งนี้เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมี บำบัดโดยตรง โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ต้องมีการสัมผัสกับเคมีบำบัดมากที่สุด สมควรที่ จะได้รับการดูแลและเฝ้าระวังทางด้านสุขภาพจากหน่วยงาน เพราะอันตรายของเคมีบำบัดนั้นหากมี การสัมผัสโดยตรงทางผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ ก็อาจมีอาการระคายเคืองหรือแพ้ได้ง่าย แต่อันตรายที่ แฝงอยู่นั้นยังไม่มีใครรับประกันได้ว่าจะเกิดความรุนแรงมากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการปฏิบัติงาน ในด้านนี้โดยตรงนานๆ เช่น อาจป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือระบบโครโมโซมของร่างกายอาจเกิดการเปลี่ยน แปลงได้ ซึ่งอันตรายเหล่านี้เป็นอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน แต่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต ดังนั้นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ควรมีการตระหนักถึงอันตราย และมีการ ป้องกันตนเองทุกครั้งเมื่อมีการสัมผัสกับเคมีบำบัด ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายดังกล่าวที่อาจจะเกิดขึ้นได้

แนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยจากงานปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด

เนื่องจากเคมีบำบัดหลายชนิดดังได้กล่าวมาแล้ว เป็นสารก่อมะเร็งและบางชนิดอาจเป็นสาร ก่อมะเร็งในผู้ป่วย ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดตั้งแต่การเตรียมยา ผสมยา บริหารยาบำบัด มะเร็ง จึงมีโอกาสได้รับยาในขนาดต่ำเข้าสู่ร่างกายได้ที่สำคัญมี 3 ทาง คือ การสูดดมละอองฝอยของ เคมีบำบัด การดูดซึมผ่านทางผิวหนัง หรือสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง และการรับประทานจากการที่เคมี บำบัดปนเปื้อนในอาหาร เครื่องดื่ม การป้องกันหรือลดการสัมผัสกับเคมีบำบัดก็ควรกระทำตามการได้ รับเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย (Gullo M. Shirley, 1988, pp.596-97)

สำหรับแนวทางในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดอย่างปลอดภัยนั้นสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงาน

1.1 ควรมีสภาพแข็งแรง สมบูรณ์ และตรวจสุขภาพก่อนทำงาน โดยเฉพาะตรวจเซลล์เม็ดเลือด เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และควรตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี แต่ถ้าสัมผัสกับยาโดยตรงที่ผิวหนังอย่างมาก หรือมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ไอ คัน รู้สึกไม่สบายอาการคล้ายหวัด ก็ให้ตรวจสุขภาพเร็วกว่านี้ การตรวจร่างกายทุกครั้งควรตรวจพิเศษที่ผิวหนัง เยื่อช่องปาก ช่องจมูก เซลล์เม็ดเลือด เป็นต้น

1.2 ต้องได้รับการฝึกฝนให้มีความชำนาญในวิธีการเตรียมยาอย่างถูกต้อง รวมถึงการบริหารยา การใช้ การเก็บรักษา การทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ

1.3 หากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดตั้งครุฑควรดเว้น การทำหน้าที่เตรียมเคมีบำบัด และบริหารเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดทำให้เกิดความผิดปกติที่โครโมโซม จึงเสี่ยงต่อการได้บุตรที่มีความผิดปกติได้

2. สถานที่ปฏิบัติ

2.1 สถานที่เตรียมเคมีบำบัดต้องไม่เล็กหรือแคบเกินไป มีการระบายอากาศดี ถ้าเป็นไปได้ควรใช้เครื่องช่วยระบบอากาศร่วมด้วย ทั้งนี้จากรายงานของฮาร์ริสัน (Harrison, 1981, p.1686-1693) พบว่าพยาบาลที่เตรียม และบริหารยาเคมีบำบัดในห้องแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวกมีอาการข้างเคียงคือ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอกจากนี้สถานที่เตรียมเคมีบำบัดต้องสะอาด จัดวางเครื่องใช้อย่างมีระเบียบ ไม่เป็นที่ที่ผู้คนเดินผ่านไปมา มาก พื้นห้องควรปูด้วยสารป้องกันการซึมผ่าน พิธีซีฟ้าน้ำ เพดาน โตะ ฯลฯ พื้นต้องเรียบไม่มีรอยแตกทำความสะอาดง่าย ไม่ควรให้มีถังหรือชั้นจำนวนมาก มีอ่างน้ำปิดเปิดด้วยข้อศอก สบู่ฟอกมือติดฝาน้ำปิดเปิดด้วยข้อศอกหรือเท้า กระดาษเช็ดมือข้างอ่างหยิบใช้ได้ง่าย มีถังขยะที่รองด้วยพลาสติก และมีที่ปิดเปิดด้วยเท้า

2.2 ควรเตรียมเคมีบำบัดใน Vertical laminar air - flow hood ซึ่งเป็นตู้ที่มีการเคลื่อนที่ของอากาศจากบนลงล่าง กล่าวคือ อากาศที่เข้ามาตู้จะผ่านการกรองก่อน และเมื่ออากาศออกจากตู้ก็จะผ่านการกรองอีกครั้ง จึงไม่มีฝอยละอองผ่านออกมาในอากาศนอกตู้ การเตรียมในตู้ชนิดนี้มีการวิจัยพบว่า การตรวจพบสารก่อมะเร็งในปัสสาวะของบุคลากรที่สัมผัสกับ เคมีบำบัดลดลงหรือลดระดับละอองฝอยของเคมีบำบัดในอากาศ หรือสิ่งแวดล้อมได้ (Mc Diarmid MA, Egon T & Furio M., 1988, pp.1942-5)

2.3 บริเวณที่เตรียมเคมีบำบัดควรแยกเฉพาะ จากบริเวณที่เตรียมยาอื่นๆ ควรอนุญาตให้เฉพาะบุคคลที่มีหน้าที่บริหารยา เกี่ยวข้องกับการเตรียมยาเข้า-ออก เท่านั้น ไม่ควรนำอาหาร เครื่องดื่ม กาแฟ มารับประทานในบริเวณที่เตรียมยา รวมทั้งห้ามสูบบุหรี่ด้วย

3. วิธีปฏิบัติในการเตรียมยาเคมีบำบัด

3.1 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อน และหลังการเตรียมเคมีบำบัด ควรล้างด้วย Providone - iodine หรือ Chlohexidine โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนรับประทานอาหาร ดื่มชา กาแฟ (Ott E. Shirey, 1994, p.504)

3.2 การสวมถุงมือทุกขั้นตอนของการเตรียม ตลอดจนการนำเคมีบำบัดไปฉีดให้กับผู้ป่วย รวมทั้งการหยิบจับภาชนะบรรจุปัสสาวะของผู้ป่วย ถุงมือที่ใช้เป็นถุงมือป้องกันการซึมผ่านได้ ถุงมือนั้นควรมีความหนาเป็นพิเศษ และมีความยาวที่สามารถคลุมแขนเสื้อคลุมได้ (OSHA, 1995, p.1675) ถ้าเป็นไปได้ควรสวมถุงมือ 2 ชั้น เพราะถุงมือชั้นเดียวมีโอกาสรั่วได้ตลอดเวลา (ASHP, 1990, p.1033-49) และถุงมือนั้นควรเป็นชนิดใช้แล้วทิ้งไม่ควรนำกลับมาใช้อีก

3.3 ควรสวมเสื้อกาวน์หรือเสื้อคลุมแบบปิดด้านหน้าเปิดด้านหลัง แขนยาว และมียางยึดที่ข้อมือ เสื้อกาวน์ไม่ควรสวมออกไปนอกบริเวณอื่นๆ และถ้าเป็นไปได้ควรใช้เสื้อกาวน์ชนิดครั้งเดียวแบบถุงมือ

3.4 ควรสวมผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันการสูดดมยาหรือฝอยละอองยาเคมีบำบัด เมื่อใช้แล้วควรปลดแช่น้ำยา ไม่ควรปลดมาแขวนไว้ที่คอ แม้ว่าสถาบัน ASHP กล่าวว่า ผ้าปิดปากและจมูกที่สวมในห้องผ่าตัดหรือ Surgical masks ไม่สามารถป้องกันฝุ่นผง หรือละอองฝอยของเคมีบำบัดได้ก็ตาม (ASHP, 1990, p.1042)

3.5 หากไม่มีตู้ชนิด Vertical laminar air - flow hood ควรมีเครื่องป้องกันตาอาจเป็นแว่นตา เพื่อ ป้องกันตาไม่ให้ถูกน้ำยาซึ่งอาจจะเข้าตาได้ขณะไล่อากาศ หรือน้ำยาส่วนที่เกินออกจากกระบอกฉีดยา

3.6 บริเวณที่เตรียมเคมีบำบัด ควรรองด้วยกระดาษซับ ด้านล่างของกระดาษซับควรบุด้วยพลาสติก เพื่อดูดซับยาที่หก ป้องกันการฟุ้งกระจายและสะดวกในการทำความสะอาด ควรเปลี่ยนกระดาษทุกครั้งที่ยกหรือหยด และหลังจากเปลี่ยนเวร ยาที่เตรียมเรียบร้อยแล้วจะฉีดควรใส่ภาชนะที่มีพลาสติกรองด้วย เพื่อสะดวกในการทำความสะอาด

วิธีการเตรียมและให้เคมีบำบัด

1. การเตรียมเคมีบำบัดจากหลอด (Ampule)

- 1.1 เคาะยาที่อยู่เหนือหลอดให้ลงมาอยู่ด้านล่างของหลอดให้หมดด้วยมือ ไม่ใช่ปากคีบเคาะ
- 1.2 เช็ดรอบๆ คอคอดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% และทิ้งไว้ให้แห้ง
- 1.3 ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% รองรับคอคอดก่อนที่จะหักหลอดยา เพื่อดูดซับฝอยละอองที่อาจเกิดขึ้น และป้องกันแก้วจากหลอดบาดมือ ซึ่งจะเป็นทางให้ยาเข้าสู่ร่างกาย
- 1.4 หักคอคอดของหลอดยาออกจากตัวโดยระมัดระวัง ไม่ให้น้ำยากระเด็นไม่หักขวดยาใกล้ใบหน้า
- 1.5 ดูดยาจากหลอดโดยค่อยๆ สอดปลายเข็มฉีดยาลงไป พยายามไม่ให้ปลายเข็มสัมผัสกับด้านข้างหรือคอคอด
- 1.6 เมื่อดูดยาเพียงพอแล้วหรือยาหมดหลอดแล้ว ใช้ปลอกเข็มปิดเข็มไว้

2. การเตรียมยาฉีดจากขวด (Vial)

- 2.1 การเช็ดจุกขวดและบริเวณรอบๆ ด้วยสำลีและแอลกอฮอล์ 70% และทิ้งไว้ให้แห้ง
- 2.2 ในทุกขั้นตอนของการผสม ดูดยาออกจากขวดยา ควรทำให้ความดันในขวดยาน้อยกว่าในบรรยากาศ เพื่อป้องกันไม่ให้อากาศดันยาออกจากขวด ตามรอยแทงเข็มโดยปฏิบัติดังนี้
 - 2.2.1 หลังจากผสมเคมีบำบัดด้วยน้ำกลั่นบริสุทธิ์ หรือ 5% Dextrose in water ก่อนดึงเข็มออกจากขวดให้ดูดยาอากาศที่อยู่ในขวดออกก่อนเขย่าขวด
 - 2.2.2 เมื่อต้องการดูดยาออกจากขวดไม่ควรใส่อากาศเข้าไปในขวด ถึงแม้ว่าการใส่อากาศเข้าไปจะทำให้ความดันในขวดยาเพิ่มขึ้น สะดวกต่อการดูดยา แต่อย่างไรก็ตามถ้าปริมาณยาในขวดเหลือน้อยมาก ทำให้ยากต่อการดูดออก และจำเป็นต้องใส่อากาศเข้าไปก็ควรใส่อากาศเข้าป้อนน้อยกว่าปริมาณยาที่จะดูดออก
 - 2.2.3 ภายหลังจากดูดยาออกจากขวดแล้ว ควรจะดึงลูกสูบถอยหลังก่อนที่จะดันไปข้างหน้า เพื่อไล่อากาศ ทั้งนี้เพื่อให้ยาที่ค้างอยู่ในเข็มลงมาอยู่ในกระบอกฉีดยาก่อน มิฉะนั้นขณะใส่อากาศยาจะหยดออกมาทางปลายเข็ม

3. การฉีดเคมีบำบัด

- 3.1 ในกรณีให้ฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ต้องเปลี่ยนเข็มไม่ใช่เข็มที่ดูดยา เพราะเข็มเดิมมีน้ำยาติดอยู่ภายนอกของเข็ม และก่อนปลดเข็มออกเพื่อเปลี่ยนเข็มใหม่ ควรดึงลูกสูบเพื่อให้น้ำยาที่

ค้างอยู่ในเข็มลงมาในกระบอกฉีดยา และเข็มใหม่ต้องมีเปลือกหุ้มปลายเข็ม เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำยาไหลออกมาทางปลายเข็ม นอกจากนี้ควรเตรียมหลอดพลาสติกเล็กๆ ที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคและสวมเข้าได้พอดีกับปลายเข็ม เพื่อประโยชน์ในการไล่อากาศออกจากกระบอกฉีดยาหรือน้ำยาเคมีบำบัดส่วนเกินทิ้ง เพื่อป้องกันยาหกหรือฟุ้งกระจาย หลอดเล็กๆ ใช้แล้วทิ้งเลย ถ้าไม่มีหลอดเล็กๆ นี้ให้ไล่อากาศหรือน้ำยาเคมีบำบัดที่เกินลงในผ้ากอซ หรือล้าที่สะอาดปราศจากเชื้อ แล้วนำไปกำจัดทิ้งด้วยวิธีการเผา

3.2 ในกรณีที่ให้เคมีบำบัดผสมสารละลายแล้วค่อยๆ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควรไล่อากาศ ออกจากสายให้สารละลายในผ้ากอซที่สะอาดปราศจากเชื้อ และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษไม่ให้มีน้ำยารั่วออกมาระหว่างรอยต่อต่างๆ เช่น ระหว่างรอยต่อของสายให้น้ำเกลือกับหัวเข็ม

4. การกำจัดวัสดุอุปกรณ์ที่เปื้อนเคมีบำบัด

เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งอาจก่อให้เกิดมลพิษ (Pollution) ต่อสิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัสดุปนเปื้อนกับยารักษามะเร็ง วัสดุเหลือใช้ในการผสมยา ดังนั้นจึงต้องมีการกำจัดวัสดุอุปกรณ์ที่เปื้อนเคมีบำบัด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของบุคลากรและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นวิธีที่จะช่วยกำจัดมลพิษจากการใช้เคมีบำบัดควรกระทำดังนี้ (ไพรัช เทพมงคล, 1988, หน้า 749-750 อ้างใน พรวาศรี สิริลอยรัตน์, 2536, หน้า 40)

4.1 สิ่งปนเปื้อนจากการผสมยาเช่น ยาที่หก หยดบนพื้นที่ผสมยา ควรเช็ดทำความสะอาดด้วย น้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ หรือ 70% แอลกอฮอล์ทันที ทิ้งไว้สักครู่จึงเช็ดด้วยผ้าชุบน้ำธรรมดาหลายครั้งจนสะอาด

4.2 สิ่งที่เหลือจากการผสมยา เช่น ล้า ี กระบอกฉีดยา ถังน้ำเกลือ ถังมือ กระดาษรองบนโต๊ะฉีดยา ควรแยกในกล่องที่มีฉลาก ช่างกล่องเขียนข้อความที่บ่งบอกว่า เป็นวัตถุอันตราย ถ้าเป็นไปได้ควรเผาทำลายขยะเหล่านี้ที่ อุณหภูมิ 1800-2000 องศาฟาเรนไฮต์ จึงจะทำให้เคมีบำบัดหมดฤทธิ์

4.3 ถาดที่ใช้ใส่ยาควรล้างให้สะอาดทุกครั้งหลังการใช้ และเมื่อบริหารยาเสร็จแล้วควรเก็บวัสดุทำความสะอาด เครื่องมือเครื่องใช้ ถอดถุงมือทิ้ง ล้างมือให้สะอาดก่อนหยิบจับสิ่งของที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการผสมยา การบริหารยา

การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการเคมีบำบัดอย่างปลอดภัยนั้น สามารถกระทำได้ ทั้งขณะเตรียมเคมีบำบัด บริหารเคมีบำบัด และเมื่อปฏิบัติงานเสร็จสิ้นลงเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อลดการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานและเพื่อความปลอดภัยต่อตัวบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้วย ซึ่งการปฏิบัติงาน

เกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดอย่างปลอดภัยนั้น บุคลากรพยาบาลควรมีการฝึกปฏิบัติให้มีทักษะ ความชำนาญ อยู่เสมอทุกขั้นตอน ทั้งการเตรียมยา การบริหารยา และการกำจัดวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นเคมีบำบัด ซึ่งความชำนาญ และการมีประสบการณ์ที่ดี ย่อมทำให้การปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดมีความ ปลอดภัยได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behaviors) พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะสังเกต ได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนก็หมายถึงปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคล แสดงออกมาอันมีทั้งพฤติกรรมภายใน (Covert Behaviors) และพฤติกรรมภายนอก (Overt Behaviors)

พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งมีทั้งรูปธรรมและนาม ธรรม ที่เป็นรูปธรรมจะสังเกตเห็นไม่ได้ แต่ก็สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าช่วย เช่น การเต้นของ หัวใจ การทำงานของปอด เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมภายในที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ซึ่งอยู่ในสมองของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมภายในไม่สามารถมองเห็นได้ และ ไม่สามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบได้

พฤติกรรมภายนอก หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา อาจเป็นการแสดง ออกขณะรู้สึกตัว หรือไม่รู้สึกตัว เช่น การละเมอขณะนอนหลับ เป็นต้น การประเมินคุณภาพของคน ก็ดูได้จากพฤติกรรมภายนอก เช่น ความสุภาพ ความแคล่วคล่องว่องไว ความตรงต่อเวลา ความ ก้าวร้าว ความเรียบร้อย ซึ่งพฤติกรรมภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ ในการจะมี ปฏิกริยากับบุคคลอื่น (พันธุทิพย์ รามสูตร, ม.ป.ป., หน้า 1-2 อ้างใน ลัดดา ดวงนา, 2538, หน้า 34)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525)

อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่มนุษย์แสดงออกถึง แม้จะสังเกต เห็นได้ หรือไม่ได้ก็ตาม และประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, อ้างใน พิมพรรณ ภูปะวะโรทัย, 2537, หน้า 36) คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถระดับต่างๆ เริ่มต้นจากการรับรู้ในระดับง่ายๆ และ เพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ลำดับขั้นของความสามารถต่างๆ ประกอบ

ด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ หรือการนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึกความชอบ (Affective domain) หมายความว่า ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติและพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ที่เป็นเป้าหมายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา และพฤติกรรมด้านทัศนคติ เป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเมื่อแสดงออกมา จะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

นอกจากนี้ เทพนม เมืองแมน และสรวง สุวรรณ (2529) ได้กล่าวถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย

(1) องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเป็นบุคคล สิ่งของเหตุการณ์ต่างๆ

(2) องค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ กระบวนการทางจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และแรงจูงใจ

อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเป็นผลมาจากการมีปฏิกริยาซึ่งกันและกัน ระหว่างทัศนคติสองชนิด คือ ทัศนคติที่มีต่อสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัตินั้นโดยตรง (Object) และทัศนคติที่มีต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (Situation) และทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำนายพฤติกรรมอนามัยของบุคคล บุคคลจะเกิดความเชื่อซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ หรือการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือ เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อการรับรู้ ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยง และลดความรุนแรงของโรคได้มากน้อยเพียงใด ตลอดจนอุปสรรคในการปฏิบัติตนมากน้อยเพียงใด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามพัฒนาการของบุคคล ซึ่งมีพัฒนาการตลอดชีพ พฤติกรรมบางอย่างจะคงที่ แต่บางพฤติกรรมอาจเปลี่ยนแปลงไป เคลแมน (Kelman) กล่าวถึงใน วาริ ระกิติ (2530) ว่ารูปแบบของการเปลี่ยนแปลงแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ เช่น สังคมใช้กฎหมายเป็นเครื่องบังคับ ถ้าไม่ทำตามจะ ถูกลงโทษ
2. การเปลี่ยนแปลงเพราะเขาแบบอย่าง โดยถือเอาตัวบุคคลเป็นแบบอย่าง เช่น การเลียนแบบ บิดา มารดา ครูอาจารย์ หรือดารา นักแสดง
3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี หรือการเปลี่ยนแปลงนี้ตรงกับแนวความคิด และ ค่านิยมของตนเอง จึงยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. พันธุกรรม เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็น อย่างมากเพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดเห็น หรือการแสดงออก ต้องอาศัยระดับสติปัญญา ซึ่งถ่วงทอดทางพันธุกรรมจากบิดามารดาหรือบรรพบุรุษของตนเอง ความเฉลียวฉลาดของบุคคล จึงมี ผลจากพันธุกรรมด้วยเช่นกัน
2. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้
3. วุฒิภาวะ เป็นการพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล วุฒิภาวะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
4. การเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยปัจจัย การเรียนรู้ ประกอบด้วยปัจจัยย่อยๆ อีกมากที่สำคัญ ได้แก่ สภาพแรงผลักดันทางร่างกาย รางวัลด และการลงโทษ การกระทำ ทศนคติ ค่านิยม กลุ่มบุคคล ข่าวสาร การจูงใจ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ถึงแม้ว่าขอบข่ายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่ได้กำหนดแน่ชัด และคำจำกัดความก็ยัง ไม่ได้กำหนดอย่างถาวรก็ตาม จากการพิจารณางานของ Gochman เมื่อ ค.ศ.1982 ได้กำหนดคำจำกัด ความของพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัตินิสัยบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ (Gochman, 1982, p.169 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 20) นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ยังรวมถึงคุณสมบัตินิสัยบุคคลต่างๆ สถาบันทางสังคม ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนถึงวิถีคิด และพฤติกรรมต่างๆ นั่นคือ พฤติกรรมสุขภาพมุ่งเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related behavior) ของบุคคลตามแนวคิดของ คาสล และคอบบ์ (Karl & Cobb, 1966, p.246 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 20) ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย เป็นการดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์และแข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อเป็นการป้องกันโรคหรือค้นหาโรค ขณะที่โรคนั้นไม่ได้แสดงอาการออกมา สำหรับพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การตรวจมะเร็ง การตรวจคลื่นหัวใจหรือการตรวจฟันเป็นระยะๆ อาจจะไม่ป้องกันความเจ็บป่วย แต่อาจจะทำให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น จะได้ทำการรักษาเสียแต่เนิ่นๆ ทำให้บุคคลนั้นได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยลดลง ลีวอล และแคริก (Leavall & Clack, 1965 อ้างใน เรณู กาวิลละ, 2537, หน้า 44-45) ได้แบ่งพฤติกรรม การป้องกันออกเป็น 3 ระดับ

1. การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการปฏิบัติตนก่อนที่จะเกิดโรค โดยการดูแลสุขภาพตนเองให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเสมอ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การฉีดวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

2. การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น โดยการค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และรีบรักษาตั้งแต่แรกพบ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี

3. การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะเวลาที่มีการเจ็บป่วยแล้ว โดยให้มีการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันความพิการ ป้องกันชีวิต

พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่า เป็นอาการของความเจ็บป่วย พยายามอธิบายหรือตีความหมายของอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อน ญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลง หรือหมดไปก่อนที่จะพบแพทย์

พฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด

เป็นที่ทราบกันดีว่าเคมีบำบัดนั้นเป็นสารที่มีอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องด้วย อันตรายที่สำคัญคือ เคมีบำบัดเป็นสารก่อกลายพันธุ์ สารก่อมะเร็ง และส่งผลต่อระบบสืบพันธุ์ อาจทำให้เป็นหมันได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายหรือลดการสัมผัสให้น้อยลงได้โดย มีการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสมตลอดเวลาที่มีการสัมผัสกับเคมีบำบัด (OSHA, 1986, อ้างใน Valanis, et al., 1991, p.571) จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดของบุคลากรทางการแพทย์ ยังถือว่ามีความปลอดภัยน้อย แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะทราบดีว่าการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดนั้นมีอันตรายต่อสุขภาพ ควรมีการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง แต่การปฏิบัติยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย เช่น หน่วยงานอาชีวอนามัยในอเมริกา หรือ OSHA ได้มีการสร้างมาตรฐานการป้องกันตนเองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ตั้งแต่ปี ค.ศ.1986 (Labuhn Karen, et al., 1997, p.80) เพื่อให้บุคลากรมีการป้องกันตนเอง เมื่อต้องมีการสัมผัสกับเคมีบำบัด สิ่งแรกสุดควรมีการสวมแว่นตาเตรียมในตัวชนิด Vertical laminar air - flow hoods สวมถุงมือ สวมเสื้อคลุม และสวมผ้าปิดปากจมูก แต่ปัญหาที่พบคือ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้ จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากเคมีบำบัดได้เสมอ ดังนั้นทาง OSHA หรือหน่วยงานอาชีวอนามัยของอเมริกา จึงได้มีการพิจารณา ปรับปรุง แก้ไข มาตรฐานเกี่ยวกับความปลอดภัย ในปี ค.ศ.1995 ซึ่งทางหน่วยงาน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลต่างๆ ก็มีการยอมรับและนำไปปฏิบัติ (Instruction TED 1.15, Section V, Ch.3, 1995 อ้างใน Baker S. Ellen and Conner H. Thomas, 1996, p.2714)

อย่างไรก็ตาม นักวิจัยที่เกี่ยวข้องก็มีการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดนั้น ยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงอยู่มาก เช่น พบว่ามีบุคลากรได้รับอุบัติเหตุโดยสัมผัสกับเคมีบำบัดอย่างไม่ตั้งใจ ซึ่งแสดงถึงการป้องกันที่หละหลวม และขาดความระมัดระวัง (Baker S. Ellen &

Conner H .Thomas, 1996, p.2714) โดยเฉพาะพยาบาลและเภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดมากที่สุด โดยเฉพาะพยาบาลนั้นต้องทำงานดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงสมควรที่จะต้องมีการระมัดระวังเป็นพิเศษ วาลานิสและคนอื่นๆ (Valanis, et al., 1991, pp. 571-6) รายงานว่าเภสัชกรมีการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย หรือมีการป้องกันตนเองได้ดีกว่าพยาบาล

สแตจิช และคนอื่นๆ (Stajich, G.V., Bernett C.W., Turner S.U. & Henderson C.A., 1986, pp.47-49) ได้ศึกษาพบว่า มีเพียงพยาบาลมะเร็ง 55% ในรัฐจอร์เจีย สหรัฐอเมริกาที่ได้รับการฝึกอบรมในด้านการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยจากเคมีบำบัด และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ มีการยอมรับและใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างปลอดภัย ส่วนเมอร์ฟี และคนอื่นๆ (Murphy, Cp. Goldspicl BR. & Koeller J., 1987, pp.788-91) ได้ทำการศึกษางบประมาณของบุคลากรโรงพยาบาลเวทเทอเรนในเนเธอร์แลนด์ พบว่า มีน้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณด้านอื่นๆ โดยเฉพาะในหน่วยงานขนาดเล็ก เช่นเดียวกับ ไนเวจ และคนอื่นๆ (Neiweg, et al., 1994, pp.501-11) ได้ศึกษาพบว่าไม่มีโรงพยาบาลใดๆ ในเนเธอร์แลนด์เลยที่มีมาตรฐานด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับเคมีบำบัดอย่างครบถ้วนและบุคลากรพยาบาลก็ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้เช่นกัน

จะเห็นว่า พฤติกรรมกับพฤติกรรมสุขภาพนั้นแตกต่างกัน โดยพฤติกรรมสุขภาพเน้นไปที่สุขภาพ โดยเฉพาะ เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ในลักษณะที่แสดงถึงการมีสุขภาพดี อันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันตนเองของบุคคลให้ปลอดภัยจากโรคต่างๆ นั้น ต้องอาศัยกระบวนการในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหลายๆ อย่าง ภายใต้เงื่อนไขของสังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ และพฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดนั้น เป็นการปฏิบัติตนก่อนที่จะเกิดโรค เป็นพฤติกรรมเชิงป้องกันของบุคคล โดยจุดประสงค์หลักเพื่อให้พยาบาลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เพราะอันตรายที่เกิดจากเคมีบำบัดนั้น เป็นอันตรายที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการเกิด ไม่เห็นผลชัดเจนในทันที ซึ่งอาจทำให้พยาบาลขาดความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ทำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองน้อย จะเห็นได้จากงานวิจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดในหน่วยงานทางสาธารณสุขต่างๆ ยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งอาจจะมีปัจจัยหลายๆ ที่มีผลทำให้เกิดจากสภาพการณ์เช่นนี้ และจะเห็นว่าผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ หรือโรงพยาบาล ยังเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน ในด้านความปลอดภัย

ในสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดอยู่น้อย ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ก็ยังไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายของเคมีบำบัดต่อสุขภาพของตนเอง ยังมีรายงานว่าพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย และงานวิจัยที่เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดอยู่อย่างต่อเนื่อง

แนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการวางแผน (PRECEDE - PROCEED FRAMEWORK)

ผู้วิจัยได้นำเอา PRECEDE-PROCEED FRAMEWORK เป็นกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม และวางแผนในการแก้ปัญหา เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยใช้รูปแบบสุขภาพศึกษาที่ได้รับการพัฒนาอย่างมีระบบ โดยลอเรนซ์ ดับบลิว กรีน และคนอื่นๆ (Lawrence W. Green, et al., 1980 อ้างใน สุจันทร์ ชันดี, 2538, หน้า 28-32) มาเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด โดยมีกรอบแนวคิดสำคัญว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องมีการดำเนินการหลายๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนด โครงการสุขภาพที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบบจำลองหรือ (Model) นี้ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE ย่อมาจาก predisposing, Reinforcing, and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยเสริม ในการวินิจฉัยและประเมินผลพฤติกรรม และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) กระบวนการในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชนว่ามีปัญหาใดบ้างที่ทำให้การดำรงชีวิตไม่สมบูรณ์ ประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตทางด้าน ระบาดวิทยาหรือ สังคมวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการแยกแยะว่าปัญหาคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 นั้น ปัญหาใดเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพ และเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการพิจารณาถึงปัญหาที่ได้รับการวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 โดยวิเคราะห์ออกมาเป็นพฤติกรรมเฉพาะหรือเอามาจัดลำดับ เพราะบางสาเหตุที่ไม่ใช่ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น เศรษฐกิจ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม แต่อาจมีอิทธิพลในทางตรงและอ้อมต่อสุขภาพได้ การวิเคราะห์เช่นนี้ทำให้สามารถตระหนักถึงแรงผลักดันทางสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้จำแนกปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

ปัจจัยนำ (predisposing Factors) ปัจจัยนำนี้ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับการจูงใจให้บุคคลหรือกลุ่มกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางมิให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ นอกจากนี้ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เช่น สถานภาพสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ และขนาดของครอบครัว ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกับปัจจัยนำ ตัวอย่างของส่วนประกอบของปัจจัยนำ เช่น

ความรู้ การเพิ่มความรู้ไม่ใช่สาเหตุที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป เพียงแต่พบว่า ความรู้และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บางครั้งจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องสุขภาพก่อน แต่พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิด บางครั้งจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องสุขภาพก่อน แต่พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดบางครั้งก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเพราะว่าบุคคลนั้นไม่ได้รับความรู้ที่มากพอที่จะทำให้ เกิดแรงจูงใจให้กระทำ หรือเกิดพฤติกรรมได้ทันที ดังนั้นความรู้จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น แต่บางทีก็เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลมากพอในการช่วยให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรม

ความเชื่อ เป็นสิ่งที่เกิดจากความศรัทธา ความเชื่อมั่นอย่างแน่วแน่ ทำให้มีความมั่นใจในเหตุการณ์นั้นว่า เป็นปรากฏการณ์ที่ถูกต้อง เป็นจริงอย่างแน่แท้และมีผลต่อตัวบุคคล จากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่ง เบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker, et al., 1974 อ้างใน เรณู กาวิลละ, 2537, หน้า 5) ได้อธิบายและทำนายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความเชื่อทางสุขภาพและคาดหมายถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของบุคคล ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อหลัก ดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยและอยู่ในภาวะอันตรายของสุขภาพ
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในด้านของความไม่สะดวกสบาย

เสียเวลา สภาวะเศรษฐกิจ

3. ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่ได้รับประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
4. ความเชื่อเป็นสัญญาณให้เกิดการกระทำและเป็นแรงที่มีผลให้บุคคลมีความรู้สึก

ต้องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่ประกอบด้วยแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรม ทรัพยากรเหล่านี้เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ โอกาสและความสามารถในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา รวมทั้งทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมสุขภาพและเกี่ยวพันกับทัศนคติและพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้อง ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ รางวัล สิ่งยั่วยวนใจ การลงโทษ ซึ่งลักษณะของปัจจัยแตกต่างกันไป ขึ้นกับชนิดของโครงการ วัตถุประสงค์โครงการ และผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์หาแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆ โดยการศึกษาค้นคว้าถึงปัจจัย 3 ประเภท ที่กล่าวมาแล้ว เพื่อที่จะได้ตัดสินใจว่าเรื่องใดสำคัญก่อน และมีแหล่งทรัพยากรใดบ้าง พอจะช่วยดำเนินการสำเร็จหรือมีอิทธิพลเหนือปัจจัยนั้นได้ เพื่อนำไปสู่การแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการกำหนดกลวิธีและดำเนินงานตามกลวิธีที่ได้จัดระบบ และพัฒนาโครงการนั้นขึ้นมา จะต้องคำนึงอยู่เสมอถึงทรัพยากรที่มีจำกัด ข้อจำกัดด้านเวลา และความสามารถ หรือใช้วิธีการผสมผสานปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยเสริมเข้าด้วยกัน ไม่ใช่แก้ไขเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ในขณะเดียวกันต้องประเมิน สภาวะปัญหาด้านการบริหาร และทรัพยากรร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลแผนงานที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนดำเนินงาน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลในแต่ละขั้นตอน จนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงาน

PRECEDE –PROCEED Model นี้สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ
2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม จำเป็นจะต้องใช้หลายวิธีการ วิธีการต่างๆเกิดขึ้นจากการผสมผสาน บูรณาการของศาสตร์/วิทยาการหลายๆแขนง เช่น ด้านการแพทย์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ การศึกษา รัฐศาสตร์ และการบริหาร PRECEDE - PROCEED Model นี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งในสภาพแวดล้อมของชุมชน โรงเรียน สถานบริการทางการแพทย์ และสถานประกอบการ/โรงงานต่างๆ

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวจะเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายๆด้านประกอบกัน การที่จะให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น ต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผน กำหนดโครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเรื่องพฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นั้น ได้มีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยนั้นๆได้มีการศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลในด้านต่างๆ ซึ่งนำกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัด ซึ่งการรับรู้ทั้ง 4 ด้านนี้อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้พยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ส่วนปัจจัยอื่นซึ่งเป็นปัจจัยที่ประกอบด้วยแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรมนั้น ได้ศึกษาในด้านความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ในการเตรียมเคมีบำบัด การจัดอบรมบุคลากร นโยบายด้านความปลอดภัย และมาตรฐานการปฏิบัติ โดยมีการประเมินว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถใช้อำนวยต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากเคมีบำบัดอย่างไร และศึกษาถึงปัจจัยเสริม โดยศึกษาถึงการสนับสนุนของผู้บริหาร และกลุ่มเพื่อนร่วมงานว่าได้ให้การสนับสนุนพยาบาลในด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดอย่างไร ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้ได้มีการวิเคราะห์และศึกษาวิจัยโดยผู้ที่มีความชำนาญในด้านพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมทั้งได้รับการยอมรับแล้วว่าแนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการวางแผน

เป็นแนวทางหลักที่จะใช้ในจัดทำโครงการหรือวางแผนงานเพื่อให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกรอบในการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ชุติมา จัตรีรุ่ง (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่อยู่ในระดับดี คือ ด้านการทำแผล การปฏิบัติเกี่ยวกับขยะ การปฏิบัติเกี่ยวกับผ้าเปื้อน การดูแลผิวหนัง และการล้างมือ ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและการติดเชื้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการฉีดยาและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเก็บสิ่งส่งตรวจ การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ การสวนปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและสิ่งเชื้ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฝึกอบรม นโยบายของหน่วยงาน และขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของพยาบาล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่พบได้แก่ การไม่มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง การจัดการอบรม หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกคน อุปกรณป้องกันมีไม่เพียงพอ นอกจากนั้นพยาบาลบางคนขาดความตระหนักต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันไม่ถูกต้อง

รวีพรรณ บุญเยี่ยม (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรล้างมือของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมกรล้างมือ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมกรล้างมือ

ในการปฏิบัติกิจกรรมเสี่ยงมากและกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ล้างมือก่อนปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลส่วนใหญ่มีการฟอกมือไม่ครบทุกส่วนของมือและข้อมือ และส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการฟอกมือไม่ถูกต้อง พยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการล้างมือโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเจตคติต่อการล้างมือ สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เครื่องใช้ในการล้างมือ และพฤติกรรมการเสริมแรงของบุคลากรในหน่วยงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือและเจตคติต่อการล้างมือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการล้างมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เครื่องใช้ในการล้างมือและพฤติกรรมการเสริมแรงของบุคลากรในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการล้างมืออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทวีศิลป์ ชัยชนะ (2541) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันของเกษตรกรในการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในชุมชนบนพื้นที่สูง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยง เผ่ามูเซอ และเผ่าม้ง บนพื้นที่สูงอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 390 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยงและเผ่ามูเซอมีพฤติกรรมป้องกันจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง และเกษตรกรเผ่าม้งอยู่ในระดับปานกลาง-สูง ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า เกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยงมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง-สูง เกษตรกรเผ่ามูเซออยู่ในระดับปานกลาง และเกษตรกรเผ่าม้งอยู่ในระดับสูง ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยง เผ่ามูเซอ และเผ่าม้ง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืชพบว่า เกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยง เกษตรกรเผ่ามูเซอ และเกษตรกรเผ่าม้ง มีพฤติกรรมป้องกันจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยง เกษตรกรเผ่ามูเซอ และเกษตรกรเผ่าม้งมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เกษตรกรเผ่ากะเหรี่ยง เกษตรกรเผ่ามูเซอ และเกษตรกรเผ่าม้ง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2539) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัย

ด้านองค์การกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รายด้าน และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรมที่มีผลคะแนนในระดับต่ำซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรได้รับการปรับปรุงให้ถูกต้อง ได้แก่ การปฏิบัติตามหลักการการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลกับผู้ป่วยทุกราย และการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสมกับกิจกรรม ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทวนกลับกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติตามหลักป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน อุปกรณ์ป้องกันร่างกายมีไม่เพียงพอ และบุคลากรละเลยการปฏิบัติเพราะคิดว่าผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งน้อย

ดิลกา ไตรโพบูลย์ (2531) ได้ศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านการอบรมกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล จำนวน 242 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านคุณลักษณะ ประชากรต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบผลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน โดยใช้ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริมเป็นตัวทำนาย ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้เรื่องกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน
2. ปัจจัยเชื้ออำนาจ ได้แก่ ระบบสนับสนุนองค์การการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีอยู่และการเข้าถึงทรัพยากรในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล ได้แก่ งบประมาณ เวลา วัสดุอุปกรณ์ นโยบาย การจัดให้มีการฝึกอบรม การประชาสัมพันธ์ ระบบที่ปรึกษา ระเบียบราชการ และโอกาสในการเสนอผลงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนบรรยากาศขององค์การไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานพยาบาล

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน (คนบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการ หัวหน้าตึก แพทย์ พยาบาล) มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล

4. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาล และสถานภาพสมรส พบว่า รายได้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน

5. ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริม สามารถอธิบายการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลได้ร้อยละ 16.3 และเมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของแต่ละปัจจัยพบว่า ปัจจัยเชื้อ อำนวยมีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยหลักและปัจจัยเสริมตามลำดับ

พิมพรรณ ภูปะวะโรทัย (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการล้างมือและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการหลักการล้างมืออยู่ในระดับต่ำ มีทัศนคติ ต่อการล้างมืออยู่ในระดับดี และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการล้างมืออยู่ใน ระดับปานกลาง พฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อย พบว่าก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อย ส่วนใหญ่ไม่ล้างมือ และร้อยละ 11.2 ล้างมือไม่ถูกต้อง และ ภายหลังทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยพบว่า ร้อยละ 6.5 ไม่ล้างมือ ร้อยละ 45.1 ล้างมือไม่ถูกต้อง สำหรับการล้างมือก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ไม่ล้างมือ และร้อยละ 32.2 ล้างมือไม่ ถูกต้อง และภายหลังทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ล้างมือไม่ถูกต้อง และพบว่า ความรู้เกี่ยว กับหลักการล้างมือ ทัศนคติต่อการล้างมือ และปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพ และไม่มีปัจจัยตัวใดสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการ ล้างมือของพยาบาลวิชาชีพได้

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมี บำบัด ยังไม่มีปรากฏ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย ที่ใกล้เคียง ดังนี้

รัตนาวดี บุญญาประภา และสาคร พุทธปวน (2535) ได้สำรวจความรู้และการปฏิบัติในการเตรียมและให้ยาเคมีบำบัด โดยศึกษาปัญหาในการเตรียมและให้ยาเคมีบำบัดของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 82 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติในการเตรียมยาและเคมีบำบัดถูกต้องตามทฤษฎีแต่ยังขาดการนำไปใช้ขณะปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วย เช่น การสวมเสื้อคลุมแขนยาวที่มียางรัดข้อมือและเปิดด้านหลัง การสวมผ้าปิดปากและจมูก การสวมถุงมือ 2 ชั้นขณะทำความสะอาดบริเวณที่ยาหก และการตรวจสุขภาพประจำปี โดยให้เหตุผลว่าของใช้ไม่เพียงพอ ไม่จำเป็นหรือหน่วยงานไม่สนับสนุน

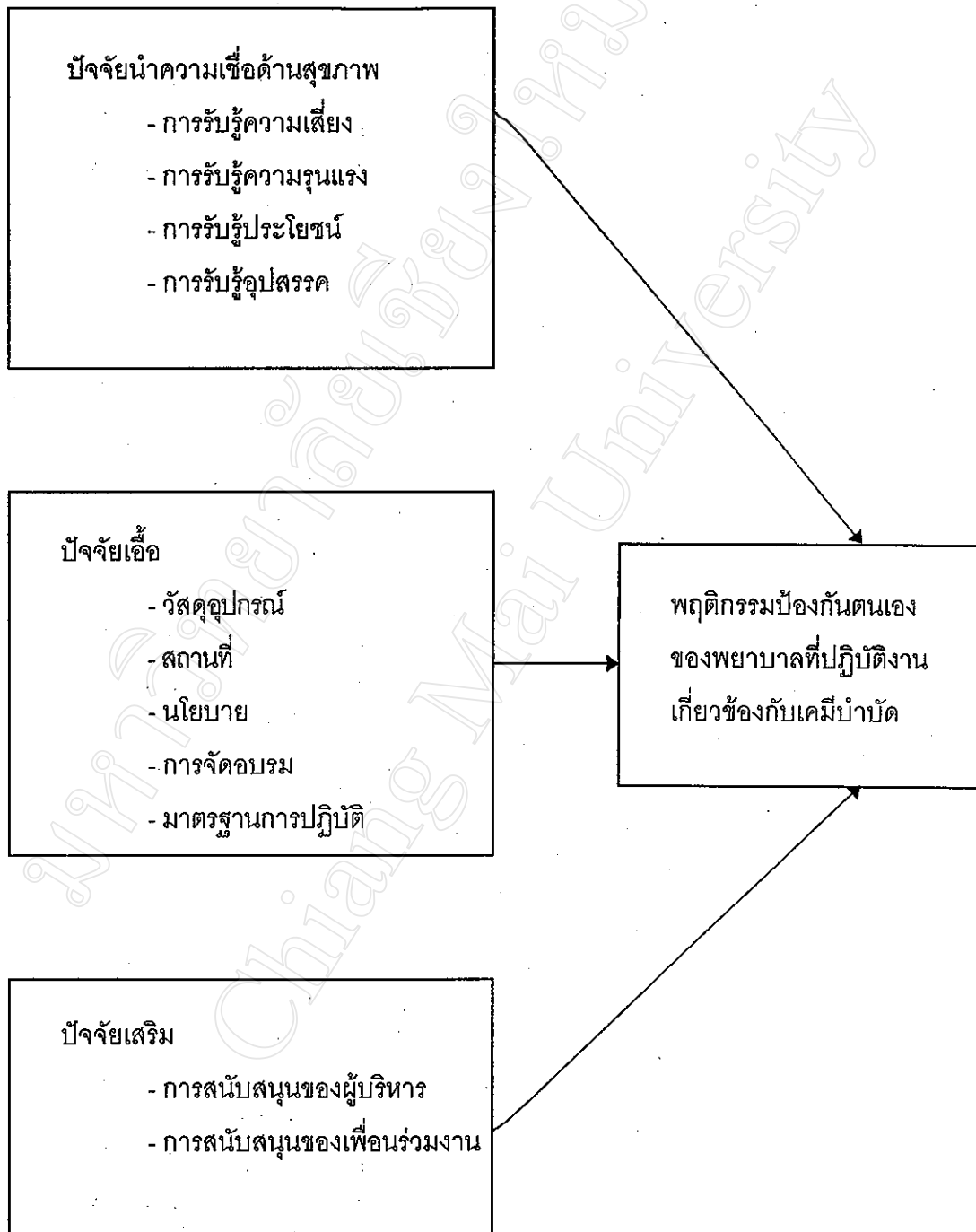
สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ อัมพรพรรณ อีรานตรี และวงศา คงดี (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการให้ยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น จำนวน 76 คน พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการปฏิบัติในแต่ละด้านอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยถึงน้อยมาก ผู้ที่มีความรู้ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง ยกเว้นด้านสถานที่วัสดุ อุปกรณ์ ในการเตรียมยาเคมีบำบัด และด้านการปฏิบัติก่อนการเตรียมยา เหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติส่วนใหญ่คิดว่าไม่จำเป็น และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้บริหารควรจะมีบทบาทในการวางแผนนโยบายและให้การสนับสนุน ผู้ปฏิบัติงานในด้านนี้ให้มากขึ้น

วิเชียร ศรีวิชัย (2541) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกหอมหัวใหญ่ ในอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอแม่วางอยู่ในระดับดี

ความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้าน อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สัมพันธ์กับปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุจันทร์ ชันดี (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะในชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เขตตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะ โดยการรับจากสถานบริการสาธารณสุข และโดยการซื้อจากร้านขายยา หรือร้านขายของชำอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำด้านความรู้ ความตระหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะ ปัจจัยเชื้ออำนาจด้านความสะดวกในการเดินทางและการรับบริการได้รับคำแนะนำและความสามารถในการใช้จ่ายเพื่อรับยาปฏิชีวนะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะ และปัจจัยเสริมด้านบุคคล มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกซื้อยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาประชาชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะทุกชนิด จากทุกแหล่งที่ได้รับยา ส่วนปัจจัยเสริมด้านการได้รับข่าวสารความปลอดภัยในการใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะทั่วไปโดยการซื้อจากร้านขายยา ร้านขายของชำ



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย