

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

อังกฤ ฝักร

นางสาวอังกฤ ฝักร

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สิริบุญวงศ์, D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 28 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2554

อังกฤษ ฝรั่งเศส

นางสาวอังกฤษ มีจักร

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทน์โมลี, ส.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์อจรรพร สี่หรีญวงศ์, D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณีนันท์ ธีระวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ เสียสละทุ่มเทเวลาและให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความซาบซึ้งมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามิ และรองศาสตราจารย์ ดร.อัคราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมสองท่านที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริย์ จันทรโมลี ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่มีประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ และให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ พิทยา ด้านกุลชัย อาจารย์ประจำภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยช่วยให้การทำวิจัยดำเนินไปได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ที่ให้สติปัญญา ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจเสมอมา รวมทั้งพี่ๆเพื่อนๆและน้องๆทุกท่านที่ให้กำลังใจมาโดยตลอด จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ประโยชน์และคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้ที่มีพระคุณทุกท่านด้วยความเคารพยิ่ง

อังกฤษ มีจักร

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH THE HEAD AND NECK CANCER RECEIVING RADIOTHERAPY

อังกฤษ มีจักร 4936378 PHPH/M

วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: มณีรัตน์ ชีระวัฒน์ Ph.D., นิรัตน์ อิมามิ Ph.D., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ D.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และมารับการฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตัวอย่างรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประสิทธิภาพการเจ็บป่วย ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 โดยพฤติกรรมการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาพบในระดับสูงเป็นอันดับแรก ร้อยละ 92.0 รองลงมาได้แก่ การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ร้อยละ 80.7 การดูแลความสะอาดปากและฟัน ร้อยละ 74.7 การพักผ่อนนอนหลับ ร้อยละ 70.0 และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ และพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ($r=0.955$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา($p\text{-value}>0.05$)

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดบริการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปากและฟัน และเรื่องอาหาร และควรจัดให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยดูแลสนับสนุนผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งศีรษะและคอ / รังสีรักษา / พฤติกรรมการดูแลตนเอง

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH THE HEAD AND NECK CANCER RECEIVING RADIOTHERAPY

ANGKRIT MEEJAK 4936378 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE: MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D.,
NIRAT IMAMEE, Ph.D., ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.**ABSTRACT**

This study is descriptive research aiming to assess the relationship between perceived self-efficacy to perform self-care behavior, receiving social support, and self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck who received radiotherapy. The sample comprised 150 new patients who were diagnosed with cancer of the head and neck who received only radiotherapy at Siriraj Hospital. The research instrument used was an interview schedule developed by the researcher and has been checked for its content validity by experts. The reliability of the instrument was found at a level that was acceptable. The data were collected by interviewing the sample patients individually. The data regarding demographic data, illness experiences, level of perceived self-efficacy, social support, and self-care behaviors were analyzed by computing statistics in regard to percentages, arithmetic mean, and standard deviation. In addition, the relationship analysis between perceived self-efficacy, receiving social support, and self-care behaviors was completed by using the Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results showed that a high percentage of the sample were males (85.3%) while 14.7 percent were females. About half of the samples were between the ages of 41-60 years old. Most of them were married (76.0%) and 79.3 percent resided in up-country areas. There were 55.3 percent of the samples that had a 'moderate' level of perceived self-efficacy in self-care during receiving radiotherapy; almost all of them received a 'high' level of social support (94.0%). Most of the samples had a 'high' level of each kind of self-care behavior in regard to caring for the skin area that received radiotherapy (92.0%), oral and dental hygiene (74.7%), consumption of food and water (80.7%), rest and sleep (70.0%), and muscle exercise in the area that received radiation (53.3%). A significant relationship was found to have a significantly positive relationship at a 'high' level between perceived self-efficacy and self-care behaviors ($r=0.955$) ($p\text{-value} < 0.001$). However, social support was not found to have a relationship with self-care behaviors of the patients with cancer of the head and neck who received radiation ($p > 0.05$).

The recommendations are that the related hospitals and organizations should provide services for promoting self-care behaviors of the cancer patients who received radiotherapy. In regard to exercising the muscles that received radiation, it is recommended to have relatives or caretakers participate in the learning process in order to provide care and support to the patients.

KEY WORDS: CANCER OF HEAD AND NECK / RADIOTHERAPY/SELF-CARE BEHAVIOR

149 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์	6
ขอบเขตการวิจัย	7
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
นิยามตัวแปรในการวิจัย	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
ความรู้เรื่องมะเร็งศีรษะและลำคอ	10
แนวคิด ทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย	
ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)	24
แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
รูปแบบการวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
สถานที่ศึกษาวิจัย	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม	49
ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความถูกต้องของพฤติกรรม การดูแลตนเอง	60
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย	71
อภิปรายผลการวิจัย	76
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	81
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	96
บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	118
ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	119
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์	135
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	145
ประวัติผู้วิจัย	149

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	50
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	51
4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา	53
4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอ	54
4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอด้วยการฉายรังสีและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา	56
4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ	59
4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา	61
4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	64
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับตามพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา	66
4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างได้รับรังสีรักษา	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี	120
4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี	121
4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี	122
4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี	123
4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถ ในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ	125
4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ	129
4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่าง ได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ	133

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	25
2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น	25
2.3 กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ ในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	35
3.1 การให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช	39

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 6 ล้านคนในปี พ.ศ.2537 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุกๆปี องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคนและโดยการตายดังกล่าวจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคนเนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550: 1)

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยสูงเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากอัตราป่วยและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ.2544 - 2548 พบสถิติการตายด้วยโรคมะเร็งดังนี้ ปีพ.ศ.2544 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 42,497 ราย คิดเป็นอัตรา 68.4 ปีพ.ศ.2545 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 45,834 ราย คิดเป็นอัตรา 73.3 ปีพ.ศ.2546 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 49,682 ราย คิดเป็นอัตรา 78.9 ปีพ.ศ.2547 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 50,818 ราย คิดเป็นอัตรา 81.3 และปีพ.ศ.2548 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 50,622 ราย คิดเป็นอัตรา 81.4 (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ในประเทศไทยโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคที่มีสถิติการป่วยในอันดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมด ซึ่งอัตราการเกิดโรคจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอายุมากกว่า 50 ปี โดยเฉลี่ยและพบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง (สาวตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541: 201) มะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่พบบ่อยในคนไทย ได้แก่ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งโพรงจมูก (สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ, 2548: 266) เป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน

มีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งในการที่จะใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว หรือหลายวิธีร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคและการลุกลามของโรค (อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540: 13-14) การใช้รังสีรักษาเป็นวิธีที่ใช้กันมากวิธีหนึ่งในการรักษามะเร็ง คือ ร้อยละ 60 - 80 ของผู้ป่วย (ไพรัช เทพมงคล, 2536: 47) โดยเฉพาะมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เพราะส่วนใหญ่เป็นเนื้อเยื่อชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) ถึงร้อยละ 95 (Shirley E. Otto, 1994: 221-225) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีความไวต่อรังสีจึงตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี (Baird, 1991: 567) ดังนั้นรังสีรักษาจึงถูกนำมาใช้รักษาโรคมะเร็ง เพื่อให้หายขาดในระยะเริ่มต้นและบรรเทาอาการในระยะของโรคที่เป็นมากแล้ว (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 37)

แม้ว่าในปัจจุบัน การรักษาด้วยรังสีจะมีวิวัฒนาการมากขึ้น มีการปรับปรุงเทคนิคการฉายรังสีโดยลดบริเวณที่ลำรังสีผ่าน เพื่อลดการทำอันตรายต่อเซลล์ปกติของร่างกาย แต่ก็ยังพบว่าการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีผลข้างเคียงก่อให้เกิดความไม่สบายหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการบวมแดงเกิดแผลบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวด มีอาการปากและคอแห้ง มีแผลในปากจากการอักเสบของเยื่อภายในปาก มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารได้ลำบาก สูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร ปริมาณน้ำลายจะลดลงจนหมดไป ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือรับประทานไม่ได้เลย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซีด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่าย (สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2537: 2) ในส่วนของผลที่มีต่อจิตใจนั้น เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องได้รับการฉีดเส้น บ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสีไว้บนศีรษะ ใบหน้า คอ ตลอดระยะเวลาการรักษา ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องหมายที่แสดงถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งให้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย สูญเสียภาพลักษณ์และความรู้สึกเป็นที่ดึงดูดแก่ผู้พบเห็น (ไพรัช เทพมงคล, 2527: 45) ซึ่งความรุนแรงของผลกระทบดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาและปริมาณของรังสีที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาเป็นเวลาประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ จึงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพการงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ส่วนใหญ่พบมากในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาระรับผิดชอบที่ต้องสร้างความมั่นคงแก่ครอบครัว ต้องการความก้าวหน้าและความสำเร็จในอาชีพการงาน ซึ่งสุขภาพที่ทรุดโทรมลงนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความปลอดภัย ขาดความมั่นคงในชีวิต คับข้องใจ วิตกกังวล เครียด หงุดหงิด ท้อแท้ ไม่แน่ใจในผลการรักษา อีกทั้งยังมีผลกระทบในด้านรายได้ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ทำให้ขาดความพึงพอใจในชีวิตจะเห็นได้ว่าผลกระทบต่างๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี เห็นได้จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งย้อนหลังในช่วง ปีพ.ศ. 2543 – 2548 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ดังนี้ ปีพ.ศ.2543 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3,865 ราย ปีพ.ศ.2544 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3,981 ราย ปีพ.ศ.2545 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 4,293 ราย ปีพ.ศ.2546 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 4,663 ราย ปีพ.ศ.2547 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 4,940 ราย และปีพ.ศ.2548 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5,720 ราย ตามลำดับ (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2543-2548: 1) สำหรับมะเร็งศีรษะและคอจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อย เมื่อศึกษาสถิติย้อนหลังในช่วงปีพ.ศ. 2543 - 2548 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดังนี้ ปีพ.ศ.2543 จำนวน 324 ราย ปีพ.ศ.2544 จำนวน 331 ราย ปีพ.ศ.2545 จำนวน 361 ราย ปีพ.ศ.2546 จำนวน 364 ราย ปีพ.ศ.2547 จำนวน 363 ราย และปีพ.ศ.2548 จำนวน 389 รายตามลำดับ (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2543-2548: 3) ตามลำดับ

การวางแผนการรักษาของแพทย์จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคและระยะของโรค ซึ่งประกอบด้วยขนาดของก้อนเนื้องอก การกระจายของเนื้องอกไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง และการกระจายออกไปยังบริเวณอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคในระยะต้นๆ มักจะมีอาการไม่ค่อยชัดเจนและจากการตรวจร่างกายอาจจะไม่พบความผิดปกติหรือพบความผิดปกติเพียงเล็กน้อย จนอาจจะวินิจฉัยไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยส่วนมากจึงมาพบแพทย์เฉพาะทางเมื่อโรคอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคนั้น เช่น เสียงแหบ กลืนอาหารลำบาก กลืนอาหารแล้วมีอาการเจ็บ ไอเป็นเลือด เป็นต้น มะเร็งบางชนิดอาจจะไม่แสดงอาการในระยะต้นจนผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตแล้ว (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541: 205-206) ดังนั้นการตรวจร่างกายของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็น ต้องตรวจเช็บบริเวณศีรษะและคอ คือ โปรงจมูก หลังโพรงจมูก ช่องปาก ช่องคอ และกล่องเสียง รวมทั้งการตรวจเส้นประสาทสมองทุกเส้น ฟังและคลำทั้งสองมือ (สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ, 2548: 267) บริเวณใต้คางและต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอทั้งหมด (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541: 206) นอกจากการตรวจร่างกายแล้ว แพทย์จะทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตัดชิ้นเนื้อจากหลายๆจุดที่สงสัยว่าจะผิดปกติไปตรวจด้วย เพื่อให้เกิดความชัดเจนของข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของก้อนเนื้องอกและขอบเขตของโรค (สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ, 2548: 267-268)

ด้านการรักษาเป็นการดูแลร่วมกันหลายสาขา แพทย์ต้องพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การรักษา (สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ, 2548: 269) ซึ่งการรักษาหลักของมะเร็งกลุ่มนี้คือ การรักษาด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษา บทบาทของเคมีบำบัดใช้ในกรณีที่มีการแพร่กระจายของโรคหรือเมื่อโรคกลับคืนมาใหม่ (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541: 207) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระยะที่ 1

และ 2 การรักษาหลักคือ การผ่าตัดหรือให้รังสีรักษา ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้สูงมาก ร้อยละ 80 และร้อยละ 60 ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 มักจะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะ 3 และ 4 แล้ว ซึ่งการรักษาหลักคือ การผ่าตัดและรักษาต่อด้วยการให้รังสีรักษา (สาวิตรี เมาพิกุล ไพโรจน์, 2541: 207) จะเห็นได้ว่ารังสีรักษานั้นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษา แต่สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากการรักษาด้วยรังสีคือภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงจากรังสี เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บคอ รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนการวางแผนการรักษาเสมอ ในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยทั่วไป โรคประจำตัวและยาประจำที่ผู้ป่วยต้องใช้อยู่ ด้านสภาวะทางโภชนาการเนื่องจากถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการขาดอาหารและไม่ได้รับการแก้ไขจะมีผลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านการดูแลช่องปากและฟันเป็นขั้นตอนแรกthatผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลให้เรียบร้อยก่อนการรักษาด้วยรังสีในเรื่องฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ การใช้ฟันปลอมที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการดูแลช่องปากและฟันขณะรับรังสีรักษาด้วยเพราะจะช่วยลดและบรรเทาอาการข้างเคียงจากรังสีได้ สุดท้ายคือการประเมินหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการรักษา (สาวิตรี เมาพิกุล ไพโรจน์, 2541: 208) ซึ่งในการประเมินนี้ต้องประกอบด้วยแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เป็นการหาแนวทางการรักษาร่วมกันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาและเลือกวิธีการรักษาแล้ว ระหว่างการรักษาผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่แนะนำในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำสมาธิ นอกจากนี้ญาติหรือคนใกล้ชิดก็มีส่วนสำคัญในการดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องของจิตใจ โดยผู้ป่วยที่มีญาติคอยดูแลและให้กำลังใจมักจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องต่อสู้โรคมะเร็งด้วยตนเอง หลายต่อหลายครั้งที่พบว่าผู้ป่วยท้อแท้หมดกำลังใจที่จะรักษา แต่ส่วนใหญ่ก็จะมารับการรักษาต่อเนื่องด้วยกำลังใจของญาติผู้ป่วย ความรู้สึกร่วมในการมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีที่พึ่ง ที่ระบาย ที่บอกกล่าวเกี่ยวกับโรคของตัวเอง ทำให้ลดความตึงเครียดทางจิตใจ ดังนั้นจะเห็นว่าการรักษาจะได้ผลดีและประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน คือ ตัวผู้ป่วยที่ตระหนักเห็นความสำคัญของการรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ญาติที่มีส่วนกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่คอยให้คำแนะนำดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ

จากที่ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2550 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและญาติของผู้ป่วย จำนวน 15 ราย ที่โรงพยาบาลศิริราชแผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 ประกอบด้วยผู้ป่วย เพศชาย 14 ราย และหญิง 1 ราย มีอายุระหว่าง 32-92 ปี ส่วนมาก

ประกอบอาชีพรับจ้าง-ทำสวน ร้อยละ 80 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการฉายรังสี ร้อยละ 100 โดยได้จากการควิสิโอและคู่มือการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 93 มีการบ้วนปาก ด้วยน้ำเกลือตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ เพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี มีเพียงร้อยละ 6 ที่ไม่บ้วนปากทั้งที่มีความรู้และเคยเข้ารับการฉายรังสีมาก่อนหน้านี้ในตำแหน่งอื่นของร่างกาย และมีผู้ป่วยร้อยละ 13.33 ที่ต้องหยุดการรักษาระหว่างฉายรังสีเนื่องจากอ่อนเพลียมาก ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง มีญาติเป็นบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือ เช่น ผสมน้ำเกลือให้ไว้ใช้บ้วนปาก พามาฉายรังสี เป็นต้น และมีผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 93 เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือที่ได้รับคำแนะนำไป ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำยังไม่พบการเกิดแผลในช่องปาก พบเพียงแต่อาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก น้ำลายเหนียว เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะสามารถช่วยบรรเทาอาการได้ จากการสอบถามเจ้าหน้าที่พบว่า เจ้าหน้าที่มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายก่อนรับการฉายรังสี โดยจัดให้ชมวิดีโอเรื่องการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี พร้อมทั้งแจกเอกสารประกอบคำแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปอ่านต่อที่บ้าน

จากความสำคัญของปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยพิเศษ ตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งที่ศีรษะและคอ เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด โดยการรักษาด้วยรังสีเป็นทางเลือกที่แพทย์ผู้ให้การรักษาเลือกใช้มากควบคู่กับการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นหรือไปยังต่อมน้ำเหลือง และสิ่งที่คุณวิจัยประสบในการดูแลผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยจะได้รับอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสี โดยผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีลอกหลุด เป็นแผล มีแผลในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อยลง เจ็บคอ เจ็บปาก น้ำหนักลด ท้องผูก และยังส่งผลกระทบต่อการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และญาติที่ดูแลในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัว

การช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง หรือรู้จักดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น รวมทั้งรู้จักปรับอารมณ์และความนึกคิดจึงจำเป็นต้องทราบปัจจัยต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ฉะนั้นการให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาด้วยการฉายรังสีทราบข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งแนวทางในการดูแลตนเองระหว่างฉายรังสี นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้แล้ว ยังจะช่วยลดอาการข้างเคียง ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรักษาต่อไป

จากความสำคัญของปัญหาและเหตุผลดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เพื่อจะได้ทราบและเข้าใจถึงการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย การเลือกกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับระหว่างที่รับรังสีรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแผนการให้สุขศึกษาและให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสิ่งของ ด้านความช่วยเหลือบริการเป็นอย่างไร
3. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติและเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติและเจ้าหน้าที่
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้นหรือปัจจัย ได้แก่

1. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ระหว่างได้รับรังสีรักษา
2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวญาติ และเจ้าหน้าที่ในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสิ่งของ และบริการระหว่างได้รับรังสีรักษา

ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

นิยามตัวแปรในการวิจัย

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กระทำระหว่างการได้รับรังสีรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดอาการข้างเคียงของรังสี และหรือบรรเทาอาการเจ็บปวด หรือทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำราและงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้แก่การปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

1. การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี หมายถึง การทำความสะอาดและดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีตามปกติ งดเว้นหรือหลีกเลี่ยงการขัดถูใช้โคล การถูสบู่ ในการทำความสะอาดผิวหนัง หลังการทำความสะอาดใช้ผ้านุ่มๆซับน้ำให้แห้ง หลีกเลี่ยงการทาแป้ง ใช้ครีมหรือยาต่างๆ ทาบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี สวมใส่เสื้อผ้าเนื้ออ่อนนุ่มเพื่อลดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ในกรณีที่มีแผลให้ใช้น้ำเกลือหรือเบตาดีน (Betadine) ทาแผล

2. การดูแลความสะอาดปากฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันและใช้น้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกครั้ง ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์รสไม่จัด งดสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ หมาก พลุ

3. การรับประทานอาหารและดื่มน้ำโดยรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม รสจัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารขณะที่ยังร้อนหรืออุ่น และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

4. การพักผ่อนนอนหลับในช่วงเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

5. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสีโดยการอ้าปากและหุบปากบ่อยๆ บริหารโดยการอมท่อพลาสติกหรือจุกไม้ก๊อกที่สะอาด พร้อมหันหน้าไปทางซ้ายจนสุดและค่อยๆ หันไปทางขวาจนสุด ก้มศีรษะจนคางชิดคอแล้วค่อยๆ แหงนศีรษะจนสุด การหมุนศีรษะไปทางซ้ายและขวา

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก หรือความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำราและงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และแบ่งการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าสามารถการทำความสะอาดร่างกายได้ตามปกติ และมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการขัดถูผิวคล การถูสบู่ การใช้ครีมหรือยาต่างๆ และการทาแป้งได้ มั่นใจว่าสามารถหาเสื้อผ้าที่นุ่มสวมใส่ได้

2. การดูแลความสะอาดปากฟันโดยผู้ป่วยรับรู้และมั่นใจว่าจะดูแลความสะอาดปากฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันและใช้น้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกครั้ง ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์รสไม่จัด งดสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ หมาก พลุได้

3. การรับประทานอาหารและดื่มน้ำโดยผู้ป่วยรับรู้และมั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม รสจัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารตอนร้อนๆ หรืออุ่นๆ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วได้

4. การพักผ่อนนอนหลับโดยผู้ป่วยรับรู้และมั่นใจว่าสามารถพักผ่อนนอนหลับในช่วงเวลากลางคืนได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

5. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสีโดยผู้ป่วยรับรู้และมั่นใจว่าสามารถอ้าปากและหุบปากบ่อยๆ สามารถอมท่อพลาสติกหรือจุกไม้ก๊อกที่สะอาด หันหน้าไปทางซ้ายจนสุดและค่อยๆ หันไปทางขวาจนสุด ก้มศีรษะจนคางชิดคอแล้วค่อยๆ แหงนศีรษะจนสุด การหมุนศีรษะไปทางซ้ายและขวาได้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านกำลังใจ สิ่งของ เงินทอง ที่พัก หรือข้อมูลข่าวสารเป็นต้น ซึ่งในการ ศึกษาวิจัยนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง การที่ผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ ในระหว่างได้รับรังสีรักษา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำการแบ่งชนิด ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (1988) มาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งการได้รับการสนับสนุนเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือบริการ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมระหว่างได้รับรังสีรักษาจาก เจ้าหน้าที่และครอบครัว และได้รับการอำนวยความสะดวก การช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ต่างๆจากเจ้าหน้าที่และครอบครัวระหว่างได้รับรังสีรักษา
2. ด้านอารมณ์และจิตใจ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ความรักใคร่ห่วงใย ความมั่นใจ ความรู้สึกว่ามีที่พึ่งจากเจ้าหน้าที่และครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรัก มีคนคอยเอาใจใส่ดูแล ระหว่างได้รับรังสีรักษา
3. ด้านสิ่งของ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ ระหว่างได้รับรังสีรักษาจากครอบครัว

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสร้างกรอบแนวคิดและวางแผนการศึกษาวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งศีรษะและคอ
2. แนวคิด ทฤษฎีที่ประยุกต์ในการวิจัย
 - 2.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)
 - 2.2 แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.1 การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
 - 3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

1. ความรู้เรื่องมะเร็งศีรษะและคอ

โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันพบผู้ป่วยร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด พบมากในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี ตำแหน่งของมะเร็งกลุ่มนี้แบ่งตามลักษณะทางกายวิภาค ได้แก่ มะเร็งโพรงจมูก (Nasal cavity) มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) มะเร็งช่องปาก (Oral cavity) มะเร็งหลอดคอ (Oropharynx) มะเร็งกล่องเสียง (Larynx) และมะเร็งคอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx) มะเร็งต่อมน้ำลาย (Salivary glands) มะเร็งต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) ลักษณะส่วนใหญ่ของเซลล์เป็นชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) ถึงร้อยละ 95 (Shirley E. Otto, 1994: 221-225)

สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคนี้คือบุหรี่ยาสูบประมาณ 80-85% ของผู้ป่วย มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่จัด ซึ่งสุราและบุหรี่มีผลเสริมกันในการกระตุ้นให้เกิดมะเร็ง (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547: 40) และพบว่าผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งศีรษะและคอบอกมากกว่า ผู้ที่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ถึง 15 เท่า (Shirley E. Otto, 1994: 221) นอกจากนี้ยังพบว่าการเคี้ยวหมากร่วมกับใบยาสูบก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดมะเร็งช่องปากโดยเฉพาะบริเวณ กระพุ้งแก้ม (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547: 40)

ส่วนปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ การขาดสารอาหาร เช่น การขาดธาตุเหล็ก ขาดวิตามินเอ เป็นต้น (สาวิตรี เมาพิกุลไพโรจน์, 2541: 202) ความผิดปกติทางพันธุกรรม การติดเชื้อไวรัสเอ็บสไตน์-บาร์ ไวรัส (Epstein-Barr Virus) สัมพันธ์กับมะเร็งหลังโพรงจมูก การติดเชื้อไวรัส human papilloma (HPV) สายพันธุ์ 16 และ 18 สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547: 41) ส่วนการสัมผัสกับฝุ่นไม้หรือขี้เลื่อย อุตสาหกรรมเครื่องหนัง โรงถลุงนิเกิล โรงงานปฏิกรณ์นิวเคลียร์ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อ มะเร็งจมูกและไซนัสเช่นกัน ส่วนการสัมผัสกับกัมมันตภาพรังสีและลักษณะทางพันธุกรรมบาง ลักษณะก็มีโอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งไทรอยด์ได้ (สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ, 2548: 267)

อาการและการแสดงของมะเร็งศีรษะและคอ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มาพบแพทย์ด้วยอาการและการแสดงต่างๆกัน อาการและการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคนั้น เช่น (ประยุทธ์ โรจน์พร ประดิษฐ์, 2544: 65)

มะเร็งช่องปาก ผู้ป่วยมักจะมาหาแพทย์ด้วยแผลเรื้อรัง ในระยะแรกๆมักไม่มีอาการปวดแต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดมากเฉพาะที่แสดงว่ามะเร็งนั้นลุกลามลึกลงไปในส่วนนั้นๆ หรือลุกลามไปตามเส้นประสาทหรือกระดูก ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-45 จะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งหลอดคอ อาการที่พบบ่อยคือ อาการเจ็บคอ กลืนเจ็บและปวดหู ผู้ป่วยที่เป็นมาก อาจมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ พูดไม่ชัด และหายใจหอบได้ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 44-76 จะมาด้วยอาการของต่อมน้ำเหลืองโต

มะเร็งสายเสียง ผู้ป่วยจะมีอาการเสียงแหบเป็นอาการสำคัญ เมื่อมะเร็งเป็นมากแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอ เจ็บในหู หรือบริเวณไทรอยด์

มะเร็งส่วนเนื้อเยื่อสายเสียง ในระยะแรกมักจะมีอาการกลืนเจ็บหรือผู้ป่วยมักบอกว่ามีอาการเจ็บคอ ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกรู้สึกว่ามีก้อนในลำคอ เมื่อมะเร็งเป็นมากแล้วผู้ป่วยจะมีอาการเสียงแหบ เจ็บในหู มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต หายใจมีกลิ่นเหม็น กลืนลำบากหรือกลืนลำบาก

มะเร็งคอหอยส่วนล่าง มักมาด้วยอาการกลืนเจ็บและปวดหู เมื่อมะเร็งเป็นมากแล้วจะมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ และส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งหลังโพรงจมูก ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหูอื้อ นอกจากนี้อาจมาด้วยอาการอื่นๆ เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เลือดออกทางจมูก หรือความผิดปกติของเสียง ประสาทตาเป็นต้น

มะเร็งต่อมน้ำลาย มักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการบวมหรือมีก้อนที่บริเวณต่อมน้ำลาย นอกจากนี้อาจจะปวดที่ก้อนหรือปวดที่บริเวณใบหน้า กดเจ็บ หรืออาจมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

การกำหนดระยะของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

การกำหนดระยะของโรคมะเร็งมีประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา การติดตามผลการรักษา อัตราอยู่รอด และความสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคด้วย การกำหนดระยะ โรคมะเร็งจะใช้ข้อมูลต่างๆ เช่น การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจแบบวิธีส่องกล้องและตรวจทางรังสีมาประกอบกัน ระบบ TNM classification คือ tumor, node, metastasis เป็นระบบที่นิยมใช้กัน (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544: 70)

Staging system for head and neck cancer (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541: 208)

Tx หมายถึง ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้

T0 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง

Tis หมายถึง มะเร็งในระยะเริ่มต้น

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 2 เซนติเมตร

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 4 เซนติเมตร

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 4 เซนติเมตร

T4 หมายถึง มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง

T หมายถึง มีระยะการเกิดจุดเริ่มต้นที่ต่างกัน

Nx หมายถึง ตรวจไม่พบต่อมน้ำเหลือง

N0 หมายถึง ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโต 1 ก้อนขนาดเล็กลงกว่า 3 เซนติเมตร

N2 หมายถึง ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโต 1 ก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 6 เซนติเมตร หรือตรวจพบต่อมน้ำเหลืองหลายต่อม มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร

a หมายถึง ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโต 1 ก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 6 เซนติเมตร

b หมายถึง ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโตหลายต่อม มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร

c หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้งสองข้างโต หรือต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามกับก้อนมะเร็งโต

N3 หมายถึง ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองมีขนาดใหญ่ เส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 6 เซนติเมตร

Mx หมายถึง ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 หมายถึง ตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 หมายถึง ตรวจพบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Clinical stage การแบ่งระดับการดำเนินโรคทางคลินิก

Stage 0 Tis No M0 คือ มะเร็งในระยะเริ่มต้นยังไม่มี การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Stage I T1 N0 M0 คือ มะเร็งระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 2 เซนติเมตรยังไม่มี การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Stage II T2 N0 M0 คือ มะเร็งระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 4 เซนติเมตรยังไม่มี การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Stage III T3 N0 M0 คือ มะเร็งระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 4 เซนติเมตรยังไม่มี การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

T1-3 N1 M0 คือ มะเร็งระยะที่3 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 2 เซนติเมตรจนถึงมากกว่า 4 เซนติเมตร ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโต 1 ก้อนขนาดเล็กกว่า 3 เซนติเมตรและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Stage IV T4 N0-1 M0 คือ มะเร็งระยะที่4 มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโต 1 ก้อนขนาดเล็กกว่า 3 เซนติเมตรและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

any T N2-3 M0 คือ มะเร็งระยะที่4 ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งโต 1 ก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 6 เซนติเมตร หรือตรวจพบต่อมน้ำเหลืองหลายต่อม มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร หรือตรวจพบต่อมน้ำเหลืองมีขนาดใหญ่ เส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 6 เซนติเมตรและตรวจไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

any T any N M1 คือ มะเร็งระยะที่4 ตรวจพบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ ประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการรักษาหรือหลายวิธีร่วมกัน โดยมีจุดประสงค์ของการรักษา 3 แนวทาง ได้แก่ รักษาเพื่อให้หายขาด รักษาเพื่อควบคุมโรค และรักษาแบบประคับประคอง (Shirley E. Otto, 1994: 226) โดยการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆคือ ผลการรักษา ผลทางด้านการทำงานของอวัยวะต่างๆ ความสวยงาม และความต้องการของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการผ่าตัดและรังสีรักษาเป็นมาตรฐานการรักษาในโรคมะเร็งศีรษะและคอ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544: 78)

โดยทั่วไปมะเร็งระยะที่ 1และ2 จะรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการฉายรังสีอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้พิจารณาเป็นระยะๆ ตามระยะโรคและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง

มะเร็งระยะลุกลามที่ยังไม่มีการกระจายออกนอกบริเวณศีรษะและคอ (ระยะที่3 และระยะที่4) ให้การรักษาด้วยการผ่าตัดและตามด้วยการฉายรังสี หรือการฉายรังสีแล้วทำการผ่าตัด หรือในกรณีที่ผ่าตัดไม่ได้จะใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (กุลธร เทพมงคล, 2549; 1)

การใช้รังสีรักษาในโรคมะเร็ง

รังสีรักษานั้นเป็นวิธีการที่มีบทบาทสำคัญที่สุด ทั้งในด้านการรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด หรือในด้านการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งรังสีรักษาจะมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ (วรชัย ตั้งวรพจน์ชัย, 2532: 32) เนื่องจากมะเร็งบริเวณนี้มีแนวโน้มที่ไวต่อรังสี จึงตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี (Baird, 1991: 567)

การใช้รังสีรักษาในโรคมะเร็งมีเป้าหมายหลักทางการรักษา 2 ประการ คือ (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 37)

1. การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้โรคหายขาด (Radical or Curative Treatment) หมายถึง การรักษาด้วยรังสีเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ซึ่งอาจจะเป็นการรักษาโดยใช้รังสีรักษาเพียงวิธีเดียว หรือร่วมกับการรักษาอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนน้อยลง

1.1 การใช้รังสีรักษาเพียงวิธีเดียว มีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1.1.1. ต้องเป็นเซลล์มะเร็งชนิดที่ไวต่อรังสี เช่น squamous cell carcinoma เป็นต้น

1.1.2. ต้องเป็นมะเร็งซึ่งอยู่ในภาวะไวต่อรังสี กล่าวคือ ขนาดของก้อนมะเร็งไม่ควรโตเกิน 6 ซม. หรือลุกลามเข้ากระดูก หรือมีลักษณะเป็น infiltrative หรือ ulcerative หรือ necrosis เพราะภาวะดังกล่าวมักสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของเซลล์ (hypoxic cell) ซึ่งเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดการดื้อต่อรังสี รังสีรักษาจึงไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

1.1.3. ต้องเป็นมะเร็งของอวัยวะซึ่งเนื้อเยื่อปกติทนต่อรังสีรักษาได้ดี เช่น เนื้อเยื่อปกติในส่วนของศีรษะและลำคอจะทนต่อรังสีรักษาได้สูงถึงประมาณ 7000 เซนติเกรย์/7 สัปดาห์ ดังนั้นมะเร็งของอวัยวะในส่วนนี้จึงใช้รังสีรักษาเพียงวิธีการเดียวก็สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้

1.1.4. ต้องเป็นมะเร็งซึ่งมีลักษณะการดำเนินโรคเป็น loco-regional ทั้งนี้เพราะไม่สามารถจะให้รังสีรักษาเพื่อการหายขาดในลักษณะเป็น systemic therapy ได้ เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งที่ไวต่อรังสีรักษาอย่างมาก แต่ก็ไม่สามารถใช้รังสีรักษาเพียงวิธีเดียวเพื่อการหายขาดได้เพราะโรคมียลักษณะเป็น systemic disease การรักษาจึงต้องใช้ยาเคมีเป็นหลัก

1.1.5. โรคยังจำกัดอยู่ในระยะซึ่งไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

1.2 การใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด การรักษาวิธีนี้จะพิจารณาจากเกณฑ์ต่างๆดังต่อไปนี้

1.2.1. ต้องเป็นโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 Mo ได้แก่ มะเร็งในระบบศีรษะ ลำคอ และหู คอ จมูก ซึ่งถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่แล้วแต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ อีก (distant metastasis) เรียกว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 Mo มะเร็งพวกนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้

1.2.2. ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบ loco-regional disease

1.2.3. มีข้อจำกัดทางการผ่าตัด เช่น ตำแหน่งของมะเร็งไม่สามารถตัดเอาก้อนมะเร็งทั้งหมดออกได้ เพราะจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย หรือเสี่ยงต่อผลข้างเคียงขั้นรุนแรง เช่น มะเร็งสมอง เป็นต้น ดังนั้นการรักษาจึงเพียงผ่าตัดเท่าที่จะทำได้ และตามด้วยการฉายรังสีหลังผ่าตัด

1.2.4. มีข้อจำกัดทางรังสีรักษา กล่าวคือ เป็นมะเร็งของอวัยวะที่ไวต่อรังสี, เป็นมะเร็งชนิดที่ต่อต้านรังสี, ก้อนมะเร็งอยู่ในภาวะต่อต้านรังสี

1.2.5. ผู้ป่วยต้องมีสภาพร่างกายสมบูรณ์พร้อมสำหรับการรักษาใหญ่ทั้ง 2 วิธี

1.2.6. ต้องมีความร่วมมือและเข้าใจขั้นตอนการรักษาเป็นอย่างดีในระหว่างแพทย์สาขาต่างๆ ที่ร่วมมือกันให้การรักษารวมทั้ง ตัวผู้ป่วยเองและญาติของผู้ป่วย เพราะในการใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกันนั้นจึงหวั่นระยะเวลาของการใช้วิธีการต่างๆ ร่วมกันจะเป็นเรื่องสำคัญมาก รวมทั้งการให้การรักษายาบาลประคับประคองสนับสนุน เพื่อให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยสมบูรณ์เพียงพอต่อการรักษาให้ดำเนินไปด้วยดี

1.3 การใช้รังสีรักษาร่วมกับยาสารเคมี มีข้อบ่งชี้ในกรณีต่างๆ ร่วมกันดังต่อไปนี้

1.3.1. ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ทำให้มีข้อจำกัดสำหรับการใช้รังสีรักษา และ/หรือการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องเพิ่มวิธีการรักษาเป็น multimodality

1.3.2. มะเร็งเป็นชนิดที่มีลักษณะการดำเนินโรคเป็น micrometastasis ตั้งแต่เมื่อแรกวินิจฉัยโรคได้

1.3.3. มะเร็งเป็นชนิดที่มีการตอบสนองต่อรังสีและยาสารเคมีอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

1.3.4. เป็นมะเร็งที่ไม่ใช่การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษา อาจเพราะตำแหน่งของโรคผ่าตัดไม่ได้

1.3.5. ต้องการเก็บอวัยวะนั้นไว้จึงไม่ผ่าตัด

1.3.6. ผู้ป่วยต้องมีสภาพร่างกายสมบูรณ์ ทนต่อการรักษาที่

2 วิธีได้เป็นอย่างดี

1.3.7. ต้องมีความสัมพันธ์และความเข้าใจกันเป็นอย่างดีถึงผลการรักษา ผลข้างเคียง วิธีการรักษา ขั้นตอนการรักษา ทั้งนี้ในระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ

ในการใช้รังสีรักษาร่วมกับยาสารเคมีนั้น อาจให้ยาสารเคมีนำก่อน หรือให้รังสีนำก่อน หรือให้สลับกันไปมาก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง และอาการนำของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.4 การใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดและยาสารเคมี มีข้อบ่งชี้ในการใช้วิธีนี้ คือ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534: 84-89)

1.4.1. โรคยังจำกัดอยู่ในระยะ 1-4 Mo

1.4.2. ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากเกินไปจนจะใช้วิธีการเดียวรักษาให้หายขาดได้

1.4.3. มีข้อจำกัดของทั้ง 3 วิธีการ คือ ถ้าไม่ใช้ทั้ง 3 วิธีการแล้วโรคจะมีโอกาสกลับคืนสูง (recurrent) ทั้งนี้พิจารณาจากลักษณะการดำเนินโรค ขนาดของก้อนมะเร็ง ตำแหน่งที่เป็นโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง และการตอบสนองต่อรังสีรักษาและยาสารเคมี

1.4.4. ผู้ป่วยต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์

1.4.5. ต้องมีความร่วมมืออย่างดีในระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติในเรื่องต่างๆ

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative Treatment) หมายถึง การใช้รังสีรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค โดยจะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ระยะของโรคเป็นมากแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาวิธีนี้มีได้มุ่งหวังจะยืดอายุผู้ป่วย แต่ต้องทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 37-38)

2.1 บรรเทา หรือระงับอาการเลือดออกจากก้อนมะเร็ง

2.2 บรรเทาอาการเจ็บปวด

2.3 บรรเทาอาการก้อนมะเร็งกดทับ เช่น กดทับเส้นประสาท กดทับหลอดเลือด กดท่อไต เป็นต้น

2.4 บรรเทาอาการอุดตัน เช่น ก้อนมะเร็งอุดตันหลอดเลือด อุดตันลำไส้ เป็นต้น

2.5 ลดกลิ่นเหม็นจากภาวะการเน่าเปื่อยของมะเร็ง เช่น มะเร็งปากมดลูก
ในระยะลุกลาม

ปริมาณรังสีในการรักษาโรค จะมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534: 89-90)

1. ชนิดของเซลล์มะเร็ง ถ้าไวต่อรังสีปริมาณรังสีจะน้อยกว่า เช่น ในมะเร็งต่อมน้ำเหลืองปริมาณรังสีเพียง 4000 เซนติเกรย์ ก็สามารถควบคุมโรคได้ แต่ถ้าเป็น squamous cell ปริมาณรังสีต้องสูงตั้งแต่ 6000 เซนติเกรย์ขึ้นไป เป็นต้น
 2. ระยะของโรค ในระยะต้นปริมาณรังสีที่ใช้จะต่ำกว่าโรคในระยะหลัง
 3. เนื้อที่การฉายรังสี ถ้าครอบคลุมเนื้อที่การรักษากว้างขวาง ปริมาณรังสีจะน้อยลง เพื่อลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง
 4. ตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง ถ้าอวัยวะที่เป็นมะเร็งทนต่อรังสีได้น้อย การฉายรังสีก็ต้องให้ปริมาณต่ำ
 5. การรักษาอื่นๆ เช่น ถ้าร่วมกับการผ่าตัดปริมาณรังสีอาจเพียง 5000 เซนติเกรย์ ในขณะที่ถ้าเป็นรังสีรักษาวิธีเดียวปริมาณรังสีจะสูงถึง 7000 เซนติเกรย์ เป็นต้น
 6. บริเวณนั้นเคยมีการรักษาทางรังสีมาก่อนหรือไม่ ถ้าเคยได้รังสีมาก่อนปริมาณรังสีครั้งที่ 2 ก็ถูกจำกัดด้วย normal tissue tolerance
- ดังนั้น ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับจึงไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังกล่าว

ผลของรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติ

ผลของรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติก็คือ ผลข้างเคียงจากรังสี Rubin P และ Cassarett GW ได้แบ่งผลจากรังสีเป็น 4 ระยะ คือ acute period ได้แก่ ผลข้างเคียงซึ่งเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา subacute ได้แก่ ผลซึ่งเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนหลังของปีแรก chronic ได้แก่ ผลซึ่งเกิดขึ้นในช่วง 2-5 ปี หลังการรักษาและ late period คือ ผลที่เกิดขึ้นหลังจาก 5 ปีไปแล้ว แต่ในทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แบ่งผลข้างเคียงออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ซึ่งนับจากการรักษาจนถึงภายใน 8 สัปดาห์หลังครบรังสีรักษา และระยะยาว คือ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลัง 8 สัปดาห์ไปแล้ว (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534: 90)

ในระยะเฉียบพลันจะพบผลข้างเคียงได้ 2 ลักษณะ คือ อาการข้างเคียงเฉพาะที่ และอาการข้างเคียงทั่วไป

อาการข้างเคียงเฉพาะที่

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในระหว่างรับรังสีรักษานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นจะขึ้นกับระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เมื่อฉายรังสีได้ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ผิวหนังอาจมีลักษณะบวม แดง คล้ำแห้งเป็นขุย คัน และอาจลอก หรือตกสะเก็ดได้ ผมหรือขนอาจหลุดร่วง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยอย่างมาก ถ้ารุนแรงมากจนทำให้ผิวหนังชั้นบนสุดหลุดลอก แดกเป็นแผล ผู้ป่วยอาจต้องพักการฉายรังสีชั่วคราวจนกว่าแผลจะหาย จึงจะทำการฉายรังสีต่อได้ (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 46)

ความรุนแรงที่เกิดบริเวณผิวหนังแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่1 อาการผิวหนังแดงร้อน (Erythema) จะเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกของการฉายรังสี ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ ซึ่งส่วนมากจะสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับรังสีในปริมาณ 1,000-2,000 เซนติเกรย์

ระยะที่2 อาการผิวหนังคล้ำขึ้นจากการมีสารสีจับผิวหนัง (Hyperpigmentation) ผลของรังสีจะทำให้ผิวหนังเป็นสีคล้ำเมื่อได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น ผิวหนังส่วนอื่นในบริเวณที่ฉายรังสีจะค่อยๆคล้ำขึ้นและอาจลอกเป็นสะเก็ดได้ จะเกิดเมื่อผิวหนังได้รับปริมาณรังสีประมาณ 3,000 เซนติเกรย์

ระยะที่ 3 อาการผิวหนังแห้งเป็นขุย และหลุดลอกเป็นสะเก็ด หรือแผ่นบางๆ (Dry Desquamation) การหลุดลอกของผิวหนังเป็นการเปลี่ยนแปลงของหนังกำพร้าชั้นนอกสุด ในกรณีที่ผู้ป่วยเกา หรือมีการเสียดสีของผิวหนังจะทำให้เซลล์หลุดลอกมากขึ้น และอาจเกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันเมื่อได้รับรังสีจะมีความสามารถผลิตเหงื่อและน้ำมันลดลงเรื่อยๆทำให้ผิวหนังแห้งมากขึ้นและเกิดอาการคัน ถ้าผู้ป่วยเกาจะยิ่งทำให้ผิวหนังมีการหลุดลอกมากขึ้นและแตกเป็นแผลได้ง่าย ซึ่งจะพบเมื่อได้รับปริมาณรังสี 3,000 เซนติเกรย์

ระยะที่ 4 ผิวหนังแตกเป็นแผลและมีน้ำเหลืองซึม (Moist Desquamation) เกิดเนื่องจากเซลล์ของผิวหนังและหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น มักเกิดเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนร่วมด้วย ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังระดับนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดพักการฉายรังสี

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังดังกล่าว สามารถควบคุมไม่ให้รุนแรงถ้าได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งมีหลักการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีดังนี้ (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 47-48)

1. การทำความสะอาดร่างกาย แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ แต่ต้องระวังไม่ขัดถูผิวโคล หรือใช้สบู่บริเวณที่ฉายรังสี หลังจากนั้นจึงใช้ผ้านุ่มๆซับให้แห้ง
2. หลีกเลี่ยงการใช้ครีมหรือยาต่างๆ เช่น ครีมบำรุงผิว ครีมกันแดด ยาหม่อง เป็นต้น ทาบริเวณที่ฉายรังสี
3. ห้ามใช้แป้งทาผิวบนบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากแป้งอาจจะมีโลหะหนักผสมอยู่ เมื่อฉายรังสีจะทำให้ปฏิกิริยาต่อผิวหนังรุนแรงขึ้น
4. ป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี โดยไม่สวมเสื้อผ้าคับ หรือมีเนื้อหยาบกระด้าง ซึ่งจะเสียดสีผิวหนังทำให้เกิดแผลและมีการติดเชื้อได้
5. ห้ามวางกระป๋องน้ำร้อนหรือน้ำแข็งบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสีและระวังไม่ให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกความร้อนหรือแสงแดดจัดๆ โดยตรงในช่วงกลางวันเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้
6. การทำแผลที่เกิดจากปฏิกิริยาของรังสีชนิด Moist Desquamation ซึ่งมีลักษณะเป็นแผลเปื่อย คล้ายแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ให้ทำแผลทุกวันโดยใช้ 0.9% NSS เช็ดทาเบาๆด้วย Gentian Violet แล้วเปิดแผลไว้ แต่ถ้าแผลกว้างมากการใช้ Gentian Violet จะทำให้แผลแห้งคันและเจ็บมาก อาจใช้ Betadine ทาแทน
7. แผลมะเร็งใช้ 0.9% NSS เช็ดแล้วทาด้วย Gentian Violet หรือ Betadine เช่นกัน ห้ามใช้น้ำยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อผิวหนัง เช่น แอลกอฮอล์ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เป็นต้น
8. การปิดแผล ห้ามใช้พลาสติกปิดลงบนผิวหนังบริเวณที่แพทย์ขีดเส้นไว้ ให้ใช้ผ้าก๊อศคลี่เป็นแผ่นบางๆคลุมผิวหนังภายในเส้นให้มิด แล้วใช้พลาสติกยาวปิดพาดให้ผิวหนังส่วนที่ไม่โดนรังสีเท่านั้นที่แตะกับพลาสติก

2. เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) จะเกิดเมื่อผู้ป่วยฉายรังสีได้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการที่พบระยะแรก คือ อาการบวม แดง เจ็บ ต่อมาจะเห็นเป็นฝ้าขาว เมื่อลอกหลุดจะเจ็บปวดมาก และกลายเป็นแผลมีเลือดออก และอาจเกิดการติดเชื้อตามมา ฉะนั้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี อาการอักเสบจะคงอยู่เพียงเล็กน้อยตลอดระยะเวลาของการฉายรังสี แต่ถ้าดูแลไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะรักษาความสะอาดของปากและฟันไม่เพียงพอ จะทำให้อาการเป็นมากขึ้นและยังติดเชื้อในช่องปากได้ง่ายโดยเฉพาะเชื้อรา ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดังนี้ (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 48-49)

2.1 ดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟันเป็นพิเศษ ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขนอ่อนนุ่ม เพื่อลดการระคายเคืองต่อเยื่อต่างๆ แปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง

หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้า และก่อนนอน ในกรณีที่เยื่อช่องปากอักเสบ ควรใช้ผ้าสะอาด พันนิ้วมือเช็ดทำความสะอาดฟัน เหงือก และซอกฟัน แทนการแปรงฟัน

2.2 ควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์สไมจัด ร่วมกับใช้น้ำยา บ้วนปากหลังอาหารทุกครั้ง

2.3 ถ้ามีการอักเสบของริมฝีปาก ห้ามใช้เจนเทิลไวโอเลต(ยาสีม่วง)ทา เพราะจะทำให้ริมฝีปากแห้งมากขึ้นและจะยิ่งลุกลามเป็นแผลแตก ควรใช้วาสลีนหรือลิปติกชนิด มันแทน แต่ถ้าเป็นการอักเสบของเยื่อในช่องปาก เช่น กระพุ้งแก้ม ลิ้น หรือเพดานสามารถใช้ยา เจนเทิลไวโอเลต ทั้งยังช่วยป้องกันการติดเชื้อราด้วย

2.4 ถ้ามีการอักเสบของเยื่อช่องปากมากจนกลายเป็นแผลลึก มีลักษณะ คล้ายแผลอักเสบ มักเกิดบริเวณด้านข้างทั้งสองด้านของลิ้นที่ติดอยู่กับฟัน หรือกระพุ้งแก้มที่กดติด กับส่วนของฟันกราม ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป

2.5 งดสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ หมาก พลุ

2.6 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว

2.7 รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม ไม่ต้องเคี้ยวมากและมีรสจืด ควรทิ้ง อาหารไว้ให้เย็นเสียก่อนแล้วจึงรับประทาน อย่ารับประทานตอนร้อนๆ หรืออุ่นๆ เพราะจะระคาย ทำให้เจ็บมาก

3. อาการปากแห้ง (Xerostomia) เมื่อฉายรังสีไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมี อาการปากและคอแห้ง ซึ่งเกิดจากผลของรังสีต่อต่อมน้ำลาย จะทำให้น้ำลายเหนียวข้นและมีฤทธิ์ เป็นกรด ผู้ป่วยจะกลืนอาหารและรับประทานอาหารไม่อร่อย ถ้าน้ำลายน้อยและเหนียว สามารถ ปฏิบัติตัวเพื่อทุเลาอาการได้โดย (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 49-50)

3.1 จิบน้ำบ่อยๆ วันละ 8-10 แก้ว และควรนำขวดน้ำติดตัวขณะเดินทาง

3.2 อมลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่มีรสเปรี้ยวแต่ไม่หวานจัดเพื่อกระตุ้น ต่อมน้ำลาย

3.3 หลีกเลียงเหล้า บุหรี่

3.4 หลีกเลียงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ ระคายเคืองและปากแห้งมากขึ้น

3.5 บางรายแพทย์อาจช่วยโดยสังน้ำลายเทียมให้ผู้ป่วยพ่นในปากบ่อยๆ จะช่วยให้ในปากชุ่มชื้นและบรรเทาอาการลงได้

4. การรับรู้ของรสเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงและสูญเสียรสชาติของอาหาร มักจะ เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ เนื่องจากรังสีได้ทำลายตุ่มรับ

รสและค่อมน้ำลายในปาก จึงทำให้ค่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป การเสื่อมจะมากขึ้นเรื่อยๆตามปริมาณรังสีที่ได้รับ โดยอาการนี้จะค่อยๆดีขึ้นเรื่อยๆภายใน 2-3 เดือนเมื่อหยุดฉายรังสี ดังนั้นผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวดังนี้ (ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง และคณะ, 2540: 19)

- 4.1 ดูแลเรื่องความสะอาดปากและฟัน แปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร
- 4.2 จัดอาหารให้ดูน่ารับประทาน เปลี่ยนรายการอาหารไม่ให้ซ้ำกันบ่อยๆ
- 4.3 ควรรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยแกงจืด หรืออาหารเหลวจะช่วยให้กลืนสะดวก ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง
- 4.4 รับประทานอาหารเสริมระหว่างมือ เช่น นมสด น้ำผลไม้
- 4.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศที่ชวนรับประทานอาหาร
- 4.6 ใส่เครื่องปรุงแต่งรสอาหารที่ชอบ เช่น ซอส เนย น้ำมันกระเทียมเจียว
- 4.7 ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูงเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติเร็ว

5. อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (Trismus) เป็นผลจากการได้รับรังสีบริเวณกล้ามเนื้อมากเกินไป ทำให้อ้าปากได้แคบกว่าปกติ การแก้ไขภาวะนี้ ถ้าเกิดขึ้นแล้วจะรักษาให้กลับคืนสู่ปกติไม่ได้ แต่สามารถป้องกันได้ด้วยการฝึกบริหาร ดังนี้ (ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง และคณะ, 2540: 22)

- 5.1 อ้าปากกว้างๆและหุบปาก ประมาณ 20 ครั้ง ควรทำบ่อยๆและทุกครั้งที่นึกได้
- 5.2 อมท่อพลาสติก หรือจุกไม้ก๊อกที่สะอาด ครั้งละ 1 นาที อย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง ท่อพลาสติกหรือจุกไม้ก๊อกมีขนาดใหญ่ทำให้อ้าปากกว้างได้เต็มที่และควรเพิ่มขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ
- 5.3 หันหน้าไปทางซ้ายจนสุด และค่อยๆหันไปทางขวาจนสุด ทำซ้ำๆประมาณ 20 ครั้ง ควรทำบ่อยๆและทุกครั้งที่นึกได้
- 5.4 ก้มศีรษะจนคางชิดอกแล้วค่อยๆแหงนศีรษะจนสุด ทำซ้ำๆหลายๆครั้ง
- 5.5 หมุนศีรษะไปทางซ้าย 3 รอบ และขวา 3 รอบ สลับกันไป ทำวันละหลายๆครั้ง

6. อาการระคายเคืองของตาจากรังสีรักษา โดยทั่วไปจะมีการป้องกันตาขณะรับรังสีรักษา เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแต่อาจมีอาการระคายเคืองได้บ้างเพียงเล็กน้อย เช่น อาการอักเสบ ตาแดง บวม คัน อาจปวดตา หรือมีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งจะทำให้เกิดความรำคาญและเจ็บปวดได้

ถ้าเลนส์ตาได้รับรังสีประมาณ 750-1,000 เซนติเกรย์ อาจทำให้เกิดต้อกระจกได้ภายหลัง (Ogi, 1978: 144 อ้างใน สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2537: 24)

7. อาการระคายเคืองของหูจากรังสีรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณหูจะมีการบวมของแก้วหู ทำให้หูอื้อ มีเสียงในหู ปวดหู ต่อมาอาจมีการอักเสบของหูน้ำหนวก ถ้าเป็นนานๆ กระดูกหูจะถูกทำลาย ซึ่งจะทำให้การได้ยินเสียไปและอาจมีการตีบตันของรูหูได้ (ไพรัช เทพมงคล, 2520: 103)

อาการข้างเคียงต่างๆ ไประหว่างได้รับรังสีรักษา

1. ความต้านทานโรคต่ำ ซีด และเลือดออกง่าย การฉายรังสีจะก่อกำเนิดการทำงานของไขกระดูก ซึ่งมักจะเกิดจากการฉายรังสีบริเวณกระดูกที่มีการสร้างเม็ดเลือดมาก ดังนั้นจึงควรดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ติดเชื้อ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น มีไข้สูง อ่อนเพลียมาก มีเลือดออกผิดปกติ (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 48)

2. อาการอ่อนเพลีย เป็นอาการที่พบได้ระหว่างการฉายรังสี (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 48) มักเกิดจากการได้รับปริมาณรังสีมากๆ และมีบริเวณกว้าง อาจเกิดภายหลังรับรังสีรักษาแล้ว ในช่วงเวลานั้น วันนั้น หรือหลายๆวันผ่านไป ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และปริมาณรังสีที่เนื้อเยื่อได้รับขณะนั้น (สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2537: 25) นอกจากอาการอ่อนเพลียแล้วยังพบอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแรง ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการสะสมของของเหลวที่คั่ง (End-product) เนื่องจากการแตกของเซลล์ในกระแสเลือด ที่ถูกทำลายด้วยรังสีรักษา ซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่างกาย หรือ จากการที่ร่างกายเสียความสมดุล เมื่อเผชิญความเครียดขณะรับรังสีรักษา ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานสำรองที่เก็บสะสมในร่างกาย จึงรู้สึกอ่อนเพลีย (Ogi, 1978: 145 อ้างใน สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2537: 25) ดังนั้นจึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนเพิ่มขึ้นวันละ 1-2 ชั่วโมงในช่วงเวลากลางวัน รับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือด (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548: 48) สอดคล้องกับ เฮย์ล็อก และฮาร์ท (Hay lock & Hart, 1979: 461 อ้างใน สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2537: 25) เสนอว่า ผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ จำเป็นจะต้องได้รับการประเมินสถานะทางโภชนาการ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร การพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะลดอาการอ่อนเพลียได้ อาการเบื่ออาหาร จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ขาดสารอาหารได้ อาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการรับรส การลดลงของน้ำลาย การอักเสบในช่องปาก ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงเฉพาะที่

นอกจากนั้นการฉายรังสียังมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ โดยผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งส่วนมากจะเกิดความวิตกกังวลมาก และเกิดอาการซึมเศร้า เกิดความกังวลต่อความเจ็บป่วย กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัววิธีการรักษา กลัวถูกทอดทิ้ง หมดหวังในชีวิตและกลัวตาย เกิดความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ห่วงหน้าที่การทำงานและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบทุกข้อใจ

อาการข้างเคียงที่กล่าวมาจากรังสีรักษามีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากทั้งร่างกายและจิตใจ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงตนเองที่ดีก็จะช่วยลดอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้โดยเฉพาะอาการข้างเคียงด้านร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมแสดงตนเองจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในที่นี้หมายถึง บุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ที่คอยให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

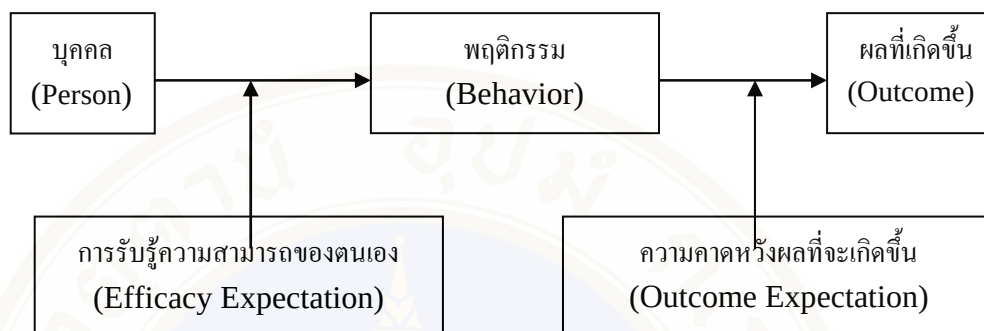
2.แนวคิด ทฤษฎีที่ประยุกต์ในการวิจัย

2.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ผู้ศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน โดยพัฒนาขึ้นมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แบนดูรา มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพของกิจกรรมที่ทำแตกต่างกันได้ หากพบว่าบุคคล 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่างกัน ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่ละสภาพการณ์ต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ต่างกันเช่นกัน แบนดูรา พบว่า ความสามารถของคนเรานั้นเป็นสิ่งไม่ตายตัว สามารถยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆนั่นเอง กล่าวคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evan, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 57-58)

แบนดูรา ได้แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจ

ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura, 1977 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม Theories and Techniques in Behavior Modification. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 2.2

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

แผนภูมิที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura, 1978 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม Theories and Techniques in Behavior Modification. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

จากแผนภูมิที่ 2.2 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยหรือมีการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ เบนคูรา ยังได้กล่าวถึงบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงอีกว่า บุคคลเหล่านี้มักจะมีความคาดหวังในผลการกระทำนี้สูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ จะมีความคาดหวังในผลการกระทำในระดับปานกลางหรือต่ำเช่นกัน

วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำได้ 4 วิธี คือ (สุปรียา ดันสกุล, 2548: 59-60)

1. การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Mastery Experience) หากบุคคลลงมือทำพฤติกรรมใดแล้วทำสำเร็จ ก็จะช่วยเสริมความสามารถตนเอง ซึ่งเบนคูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด การสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถจึงต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอในการกระทำนั้นๆ เนื่องจากประสบการณ์ตรงของความสำเร็จที่เกิดขึ้นจะช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่น มีความพอใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่เขากระทำและรู้ว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขายอมรับว่า เขามีความสามารถจะกระทำพฤติกรรมเช่นนั้นได้ จะนำไปสู่การเพิ่มความมั่นใจว่าเขาสามารถที่จะใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้จะไร้ง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ (Vicarious Experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่าง ตัวแบบ หรือรูปแบบ การที่บุคคลได้เห็นตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับเขาประสบความสำเร็จ และได้รับผลกระทบที่น่าพอใจ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าหากตัวเขาทำพฤติกรรมเช่นตัวแบบก็จะทำได้สำเร็จและได้รับผลของการกระทำนั้นเช่นเดียวกับตัวแบบ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) บุคคลที่ได้รับการบอกจากบุคคลอื่นว่า “เธอทำได้” สามารถจูงใจกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การพูดชักจูงแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตน ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน หากบุคคลถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น วิตกกังวล ความเครียด ความกลัว จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถตนต่ำลง ในทางตรงกันข้าม การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความสุข เป็นกันเอง ก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้น

เห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ อย่างมั่นใจ แนวโน้มของการกระทำพฤติกรรมจะมีสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีเป็นอย่างไรในเรื่อง การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี และเพื่อศึกษาว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอย่างไรในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาแผนการให้สุขศึกษาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยาจึงได้มีการพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการพื้นฐานที่ว่า คนเราเกิดมาไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอ การติดต่อกันจึงทำให้รู้จักกัน เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคนจนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้น เครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง การได้ติดต่อกันและการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน ดังนั้นการสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2548: 25-26)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกันไป ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-314) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn, 1979: 85) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

นอร์เบค (Norbeck, 1982: 22-29) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

ทอยท์ส (Thoits, 1982: 145-159) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลหรือกลุ่มต่างๆของสังคม ประกอบด้วย การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับและเห็นคุณค่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ เงินทองและแรงงาน รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เพื่อช่วยให้สามารถแก้ปัญหาและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทิศทางที่ผู้ได้รับต้องการคือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981 cited by Cohen & Syme, 1985: 94-103) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 257-259) แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Groups) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Groups) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตและประสบความสำเร็จในการปรับตัว มีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Groups) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์การทางวิชาชีพ (Organized Support Groups of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กันและกัน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็จะสามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภท

ไวส์ (Weiss, 1974 cited by Diamond & Jones, 1983: 235-236) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ดูแล เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร รวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อหน่ายการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่องและชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดแรงสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่นเมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

เฮาส์ (House, 1981 cited by Tilden, 1985: 201) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 257) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไร จึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหารหรือช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

เชฟเฟอร์และคณะ (Schawfer, et al. cited in Tilden 1985: 201) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรักหรือได้รับการเอาใจใส่ดูแล

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาหรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของและการบริการ

สมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988: 13) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่

2. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและการปฏิบัติของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้การบริการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประยุกต์รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับตามแนวคิดของสมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988) และศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะครอบคลุมในด้านการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ, ด้านข้อมูลข่าวสาร, ด้านวัตถุประสงค์ของการเงินและการดูแลทั่วไป รวมถึงด้านความช่วยเหลือบริการต่างๆจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่สำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวนั้นสามารถที่จะลดความเครียด ความวิตกกังวลทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ได้รับรังสีรักษาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถที่จะปฏิบัติตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีดังนี้

3.1 งานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ จำนวน 60 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐาน และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพ

ชีวิตขณะได้รับรังสีน้อยกว่าหลังได้รับรังสีครบอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของบัวร เวชพันธ์ (2548) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้และระยะเวลาที่ป่วย ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า รายได้ ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเองและปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Mika Kobayashi et al. (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในตัวเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและความตึงเครียดทางภาวะจิตใจ พบว่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีความมั่นใจในตัวเองสูงกับกลุ่มที่มีความมั่นใจในตัวเองต่ำ โดยกลุ่มที่มีความมั่นใจในตัวเองสูงจะมีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามาน้อยกว่ากลุ่มที่มีความมั่นใจในตัวเองต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 งานวิจัยที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 100 ราย พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Quirine C.P. Ledeboer et al. (2008) ที่ศึกษาหาวิธีการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการช่วยเหลือสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตสังคมเป็นหลัก อีกทั้งการศึกษาของสุภาพร องค์กริยานนท์ (2536) ที่ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถสร้างความคาดหวังในความสามารถของตัวเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีให้เกิดขึ้นได้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่าก่อนเข้าอบรม และยังพบอีกว่า ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่การรับรู้กับระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของชฎาพร คงเพชร (2529) ที่ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการฉายแสงและการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าเมื่อฉายแสงครบ 4 และ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้เรื่องการฉายแสง การดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

การสังเคราะห์จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษามีองค์ประกอบ 3 ส่วนด้วยกัน คือ

1. ตัวผู้ป่วยที่ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความมั่นใจ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงและต้องมีการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วยจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ดี ที่ถูกต้อง ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษาได้

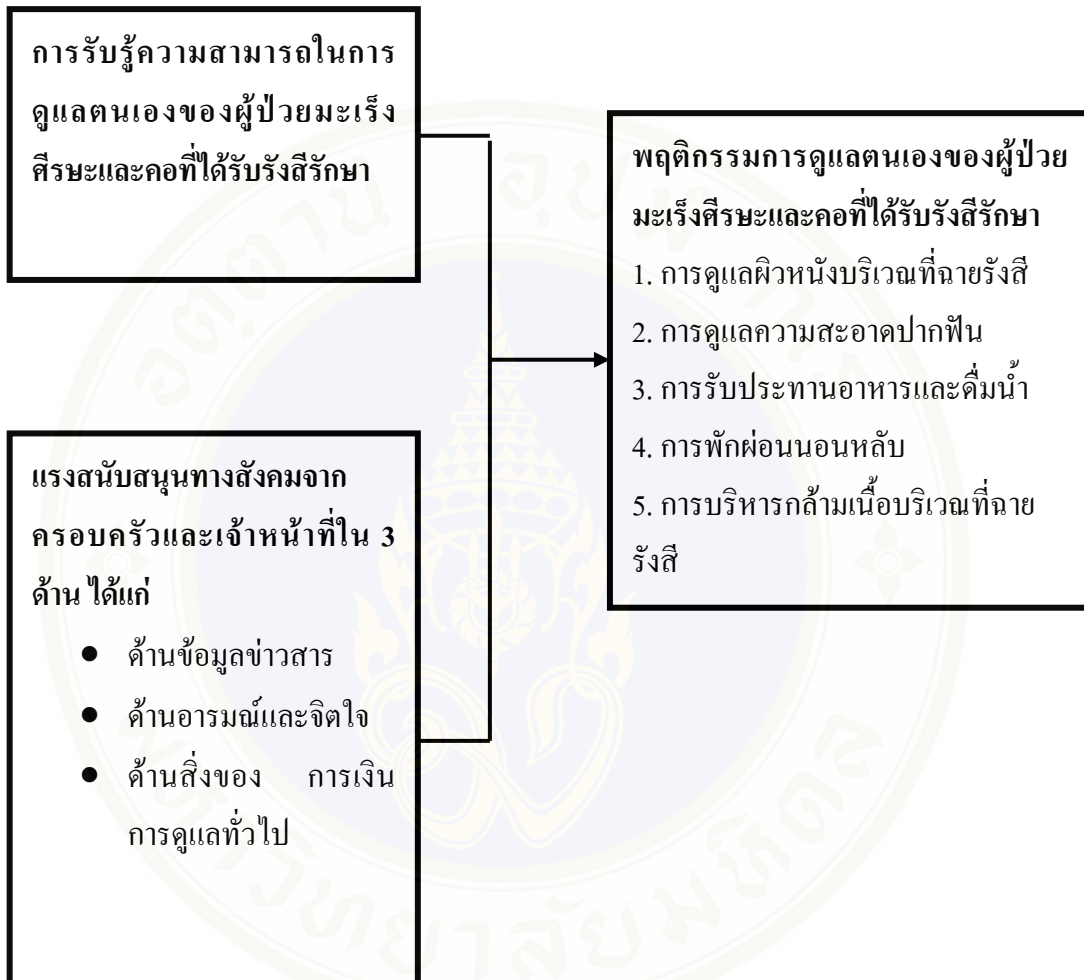
2. บุคคลในครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆตาม que ผู้ป่วยต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการให้การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของการเงิน การให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างที่รักษาด้วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ความเครียด มีกำลังใจที่จะดูแลตัวเองต่อไป

3. เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนสำคัญไม่ต่างจากบุคคลในครอบครัวเช่นกัน ที่คอยให้ความช่วยเหลือบริการต่างๆ ให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทุกๆปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างที่รับการรักษาได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ บุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาศึกษาในครั้งนี้ และนำเสนอเป็นกรอบแนวคิด ดังแผนภูมิที่ 2.3

ตัวแปรต้นหรือปัจจัย

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวญาติและเจ้าหน้าที่กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช แผนกรังสีรักษา มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลด้วยตัวเอง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 14 เดือน (ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2553)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และมารับการฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และมารับการฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน ซึ่งมีขั้นตอนในการคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรที่ใช้ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณสัดส่วนของประชากร คือ (สุรินทร์ นิยมางกูร, 2546: 55)

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}} \quad \text{และ} \quad n_0 = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = จำนวนผู้ป่วยใหม่ะเร็งศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษา ในปี พ.ศ. 2549

Z = ค่าสถิติมาตรฐานได้ไ้คงปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ โดยอ่านค่าได้ดังนี้

$$\alpha = 0.05, \alpha/2 = 1.96$$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับ 0.05

P = สัดส่วนของสิ่งที่สนใจ

$$Q = 1 - P$$

แต่เนื่องจาก P เป็นค่าที่กำลังจะทำการประมาณค่า จึงยังไม่ทราบค่าของ P ดังนั้นจะไม่ทราบค่าของ Q ด้วย ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ $P = 0.5$ จะได้ว่า $Q = 0.5$ ด้วย จะทำให้ $PQ = 0.25 = 1/4$ ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุดของ PQ และจะทำให้ค่าของ n_0 ที่คำนวณได้จากสูตรนี้ จะไม่น้อยกว่าค่าที่ควรจะเป็น ซึ่งจะไม่ทำให้ค่าของความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นเกินกว่าที่กำหนดไว้

แทนค่าในสูตร

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{d^2} = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.5)^2} = 384.16$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}} = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16 - 1}{227}} = 142.92 \sim 143 \text{ คน}$$

สรุปจากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันข้อผิดพลาดในขณะเก็บข้อมูลและความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 150 คน

ขั้นที่ 2 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยนอก รายใหม่ ที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอ และได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว
2. เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปของแผนการรักษา
4. ไม่มีโรคประจำตัวที่จะมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี คือ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน
5. ผู้ป่วยสมัครใจและยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจากการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา และไม่สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้
2. กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และขอถอนตัวออกจากการวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิตระหว่างการรักษา

สถานที่ศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการศึกษา ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการรังสีรักษาแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในบางส่วนที่ต้องการการรักษาที่จำเป็น การให้บริการรังสีรักษาจะทำทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย ก่อนรับการฉายรังสีจะได้ชมวิดีโอเรื่องการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี พร้อมทั้งได้รับเอกสารประกอบคำแนะนำกลับไปอ่านที่บ้านต่อด้วย

ซึ่งแผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ได้มีการจัดเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีช่วงระยะเวลาให้ข้อมูลดังนี้

ครั้งที่ 1 - วันที่ 1 ของการนัดฉายรังสี ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย และอธิบายแผนการรักษา จากนั้นก็จะไปพบพยาบาลที่ห้องสุศึกษาเพื่อรับคำแนะนำและซักถามปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีซึ่งเป็นครั้งแรกที่ได้รับความรู้เรื่องการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวระหว่างการฉายรังสี โดยให้ดูวิดีโอและแจกคู่มือให้กลับไปอ่านที่บ้าน

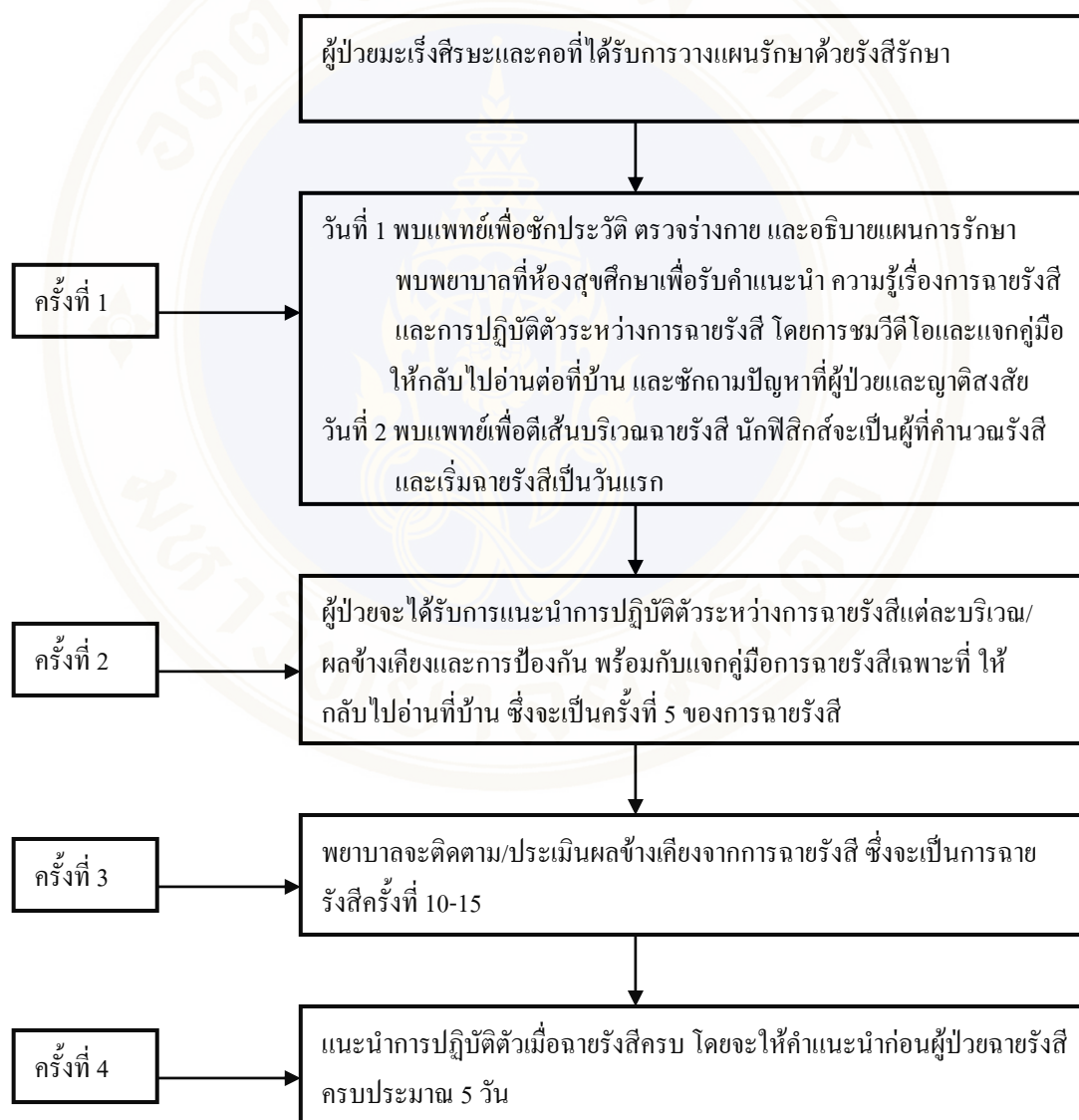
- วันที่ 2 ของการฉายรังสี พยาบาลจะเช็คข้อมูลผลการตรวจต่างๆก่อนพบแพทย์ และพบแพทย์เพื่อตีเส้นบริเวณฉายรังสี โดยนักฟิสิกส์จะเป็นผู้ที่คำนวณรังสีและเริ่มฉายรังสีเป็นวันแรก

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจะพบพยาบาลหน้าห้องฉายรังสี เพื่อแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างการฉายรังสีแต่ละบริเวณ/ผลข้างเคียงและการป้องกัน พร้อมกับแจกคู่มือการฉายรังสีเฉพาะที่ให้กลับไปอ่านที่บ้าน ซึ่งจะเป็นครั้งที่ 5 ของการฉายรังสี

ครั้งที่ 3 พยาบาลจะติดตาม/ประเมินผลข้างเคียงจากการฉายรังสี และให้คำแนะนำ ซึ่งจะเป็นการฉายรังสีครั้งที่ 10-15

ครั้งสุดท้าย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อฉายแสงครบ โดยจะให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยฉายรังสีครบประมาณ 5 วัน

โดยสรุปผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีจะใช้เวลาในการฉายรังสีโดยเฉลี่ย 6-8 สัปดาห์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป เนื่องจากเป็นช่วงที่เริ่มมีอาการข้างเคียงต่างๆของรังสีเกิดขึ้นและผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและพัฒนาการทักษะการดูแลตนเอง รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแล้วในระดับหนึ่ง โดยสรุปเป็นแผนภูมิการให้คำแนะนำได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 3.1 การให้คำแนะนำผู้ป่วยลงทะเบียนและขอที่ได้รับการฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา

ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำ ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสัมภาษณ์และบางข้อมูลของอนุญาติศึกษาจากข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ก่อนที่จะเก็บข้อมูล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบผสมมีทั้งปลายปิดมีตัวเลือกให้ตอบ และแบบปลายเปิดให้เติมข้อมูลลงในช่องว่าง มีข้อคำถามรวม 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี มีข้อคำถามรวม 22 ข้อ ดังนี้

การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา	ข้อ 1-5
การดูแลความสะอาดปากฟัน	ข้อ 6-11
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ	ข้อ 12-17
การพักผ่อนนอนหลับ	ข้อ 18
การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี	ข้อ 19-22

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าความคิดเห็นให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจน้อย มั่นใจน้อยมาก โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความคิดเห็นต่อ 1 คำถาม คำถามส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 22-88 คะแนน คำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมดโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความคิดเห็นดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง ผู้ป่วยมั่นใจหรือเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากที่สุดหรือทุกวัน
มั่นใจมาก	หมายถึง ผู้ป่วยมั่นใจหรือเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้เป็นส่วนมากหรือสัปดาห์ละ 4-6 วัน
มั่นใจน้อย	หมายถึง ผู้ป่วยมั่นใจหรือเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือสัปดาห์ละ 1-3 วัน
มั่นใจน้อยมาก	หมายถึง ผู้ป่วยมั่นใจหรือเชื่อว่าไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้เลยหรือไม่เคยปฏิบัติแม้วันเดียว

ระดับความคิดเห็น	การให้คะแนนข้อความเชิงบวก
มั่นใจมากที่สุด	4
มั่นใจมาก	3
มั่นใจน้อย	2
มั่นใจน้อยมาก	1

การประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา ใช้แบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนตามแบบสัมภาษณ์	ระดับความรู้
80-100	74-88	สูง
60-79	62-73	ปานกลาง
0- 59	22-61	ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988) และศึกษาจากตำราและงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะครอบคลุมความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารการให้ความช่วยเหลือบริการของเจ้าหน้าที่ การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และจิตใจ และการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงิน การดูแลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวหรือญาติ โดยมีข้อคำถามรวม 19 ข้อ ดังนี้

ด้านข้อมูลข่าวสารการให้ความช่วยเหลือบริการของเจ้าหน้าที่ ข้อ 1-12

การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และจิตใจ ข้อ 13-16

การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงิน การดูแลทั่วไป ข้อ 17-19

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าความคิดเห็นให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้รับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความคิดเห็นต่อ 1 คำถาม คำถามส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 0-57 คะแนน คำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมดโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความคิดเห็นดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิด
ขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุดหรือทั้งหมด

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิด
ขึ้นกับผู้ป่วยเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิด
ขึ้นกับผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิด
ขึ้นกับผู้ป่วยเลย

ระดับความคิดเห็น

การให้คะแนนข้อความเชิงบวก

เป็นประจำ

3

บ่อยครั้ง

2

นานๆครั้ง

1

ไม่ได้รับ

0

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ ใช้แบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนตามแบบสัมภาษณ์	ระดับความรู้
80-100	46-57	สูง
60-79	34-45	ปานกลาง
0- 59	0-33	ต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำราและงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี มีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ดังนี้

การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา	ข้อ 1-7
การดูแลความสะอาดปากฟัน	ข้อ 8-13
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ	ข้อ 14-20
การพักผ่อนนอนหลับ	ข้อ 21-22
การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี	ข้อ 23-25

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีความถี่ในการปฏิบัติให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนานๆครั้ง และไม่เคยทำ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกต่อ 1 คำถาม คำถามส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 0-75 คะแนน คำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความคิดเห็นดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวัน
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนมากหรือสัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง
ทำนานๆครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้งหรือสัปดาห์ละ 1-3 วัน
ไม่เคยทำ	หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ความถี่ในการปฏิบัติ

การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทำเป็นประจำ	4	1
ทำบ่อยครั้ง	3	2
ทำนานๆครั้ง	2	3
ไม่เคยทำ	1	4

การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา ใช้แบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนตามแบบสัมภาษณ์	ระดับความรู้
80-100	61-75	สูง
60-79	45-60	ปานกลาง
0- 59	0-44	ต่ำ

การสร้างแบบสัมภาษณ์

ในส่วนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวทางการกำหนดกรอบโครงสร้างแบบสัมภาษณ์เบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจาก ตำรา ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารต่างๆตลอดจนการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์

2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของประเด็นและเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

3. สร้างข้อคำถามแต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ ความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเชิงโครงสร้างและเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปตรวจสอบ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางพฤกษศาสตร์ 2 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะ

2. หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือในด้านความบกพร่องของภาษา และเทคนิคในการสัมภาษณ์ เพื่อสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยกลุ่มตัวอย่างและคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach 's Alpha Co-efficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช อยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความเที่ยงของความสอดคล้องกันภายในสูง ซึ่งสะท้อนความสามารถของแบบสัมภาษณ์ในการวัดเนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อคำถาม โดยข้อคำถามที่ได้ค่าความเที่ยง 0.6 ขึ้นไป จะนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ และเลือกข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item total correlation ที่ติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ออก หรือปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิเคราะห์แต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ ได้ผลดังนี้

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างรับรังสีรักษา ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7521

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8673

พฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างรับรังสีรักษา ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7378

3. จากการวิเคราะห์คุณภาพด้านต่างๆของแบบสัมภาษณ์ และได้นำมาปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและรูปแบบ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้นแล้วผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงใหม่ไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งแล้วจัดทำฉบับสมบูรณ์และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปถึงหัวหน้าภาควิหารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความ

ร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล นักรังสีเทคนิค แผนกรังสีวิทยา ดึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ในการเก็บข้อมูลในเวลาราชการ

ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อกับหัวหน้าพยาบาลของห้องตรวจโรค ดึก 72 ปี ชั้น 1 ภาควิหารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว โดยจะทำการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 ของการรับรังสีรักษาเป็นต้นไปเพราะเป็นช่วงที่เริ่มมีอาการข้างเคียงต่างๆของรังสีเกิดขึ้น และผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองรวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแล้วระดับหนึ่ง โดยการเก็บข้อมูลมีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยที่มารับรังสีรักษาและทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. หลังจากนั้นติดต่อผู้ป่วยตามบัญชีที่สำรวจไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดต่างๆในการศึกษาครั้งนี้และขอความร่วมมือและคำยินยอมในการทำวิจัยโดยให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิความเป็นบุคคลและการรักษาความลับจากผู้วิจัยและนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยหรือญาติอ่านโดยละเอียดอีกครั้ง

3. หลังจากผู้ป่วยตอบรับยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

4. ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยรับการฉายรังสีเสร็จเรียบร้อยแล้วในวันนั้นเนื่องจากผู้ป่วยจะได้ไม่มีความกังวลและมีเวลามากพอที่จะให้ข้อมูล และเชิญผู้ป่วยมาให้ข้อมูลบริเวณโรงได้ดึก 72 ปี ชั้น 1 เพราะเป็นบริเวณที่เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวนและสนทนากับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ โดยจะสัมภาษณ์ในข้อมูลส่วนบุคคลก่อน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ตอบได้ง่าย ไม่คุกคามผู้ป่วยและยังเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับการตอบ เมื่อผู้ป่วยให้ข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลตนเองแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

5. ในขณะที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือคำอธิบายในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยในคำถาม รวมทั้งรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยอยากพูดคุย อยากระบาย

6. ระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการรักษาที่ได้รับ

7.เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้อีกครั้งหนึ่ง

8.นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ทั้งหมดมาทำการใส่รหัสและบันทึกลงคอมพิวเตอร์และทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่และร้อยละ

1.2 ระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ไค-สแควร์ (Chi-Square)

2.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้นำมากำหนดระดับของความสัมพันธ์ (รวัชชัย งามสันติวงศ์, 2538: 23) ได้ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.00 ถึง 0.19 หมายถึง ความสัมพันธ์ต่ำที่สุด

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.39 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.40 ถึง 0.59 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.60 ถึง 0.79 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.80 ถึง 1 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับสูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ แผนกรังสีรักษา ดึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่พักรักษาระหว่างการรักษา และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำ

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษา
ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและ บุคคลที่
ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำ**

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ภูมิลำเนา เพศ อายุ สถานภาพสมรส ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4.1 มีรายละเอียดดังนี้

ภูมิลำเนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 79.3 และมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 20.7

เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.3 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 14.7

อายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 48.0 รองลงมาอายุเท่ากับหรือมากกว่า 61 ปี และเท่ากับหรือน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 46.7 และ 5.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 59.31 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.2 ปี

สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 76.0 และมีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 24.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	31	20.7
ต่างจังหวัด	119	79.3
เพศ		
ชาย	128	85.3
หญิง	22	14.7
อายุ		
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 40 ปี	8	5.3
41-60 ปี	72	48.0
มากกว่า หรือ เท่ากับ 61 ปี	70	46.7
อายุเฉลี่ย 59.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.2 ปี		
อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 90 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.3
คู่	114	76.0
หม้าย/ หย่า/ แยก	34	22.7

ข้อมูลคุณลักษณะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากการศึกษาพบข้อมูลดังตารางที่ 4.2 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.4 รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 12.0 9.3 และ 8.7 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 48.0 รองลงมาได้แก่ เกษตรกรรม รับราชการ และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 24.0 14.7 และ 13.3 ตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 36.7 และ 23.3 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 7,578.70 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9,459.3 บาท

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.3
ประถมศึกษา	80	53.4
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	18	12.0
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	11	7.3
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	12	8.0
ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	14	9.3
ปริญญาตรี	13	8.7
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	20	13.3
เกษตรกร	36	24.0
รับจ้าง	55	36.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	17	11.3
รับราชการ	22	14.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	60	40.0
ต่ำกว่า 5,000 บาท	18	12.0
5,001-10,000 บาท	37	24.7
10,001-15,000 บาท	6	4.0
15,001-20,000 บาท	17	11.3
มากกว่า 20,000 บาท	12	8.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 7,578.7 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9,459.3 บาท		

ในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล ผลกระทบด้านการเงินในครอบครัว บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน จำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือต่อเดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.3 ดังนี้

สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 54.7 รองลงมาได้แก่ เบิกจากต้นสังกัด ประกันสังคม และรักษาด้วยเงินตัวเอง ร้อยละ 30.0 10.0 และ 5.3 ตามลำดับ

ผลกระทบด้านการเงินในครอบครัว จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าไม่มีผลกระทบด้านการเงินในครอบครัว ร้อยละ 35.5 รองลงมาพบว่ามีผลกระทบปานกลาง มีผลกระทบมาก และมีผลกระทบเล็กน้อย ร้อยละ 24.7 21.3 และ 18.7 ตามลำดับ

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตร ร้อยละ 55.0 รองลงมาได้แก่ ใช้เงินเก็บส่วนตัว สามี/ภรรยา และญาติ ร้อยละ 21.7 18.3 และ 5.0 ตามลำดับ

จำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเงินช่วยเหลือต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 73.4 รองลงมาได้รับเงินช่วยเหลือต่อเดือน 5,001-10,000 บาท และมากกว่าหรือเท่ากับ 10,001 บาท ร้อยละ 18.3 และ 8.3 ตามลำดับ โดยมีจำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,033.3 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10,309.6

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ใช้สิทธิบัตรทอง	82	54.7
เบิกจากต้นสังกัด	45	30.0
ใช้สิทธิประกันสังคม	15	10.0
รักษาด้วยเงินตัวเอง	8	5.3
ผลกระทบต่อการเงินในครอบครัว		
ไม่มี	53	35.3
มีเล็กน้อย	28	18.7
มีปานกลาง	37	24.7
มีมาก	32	21.3
บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
ใช้เงินเก็บส่วนตัว	13	21.7
สามี/ภรรยา	11	18.3
บุตร	33	55.0
ญาติ	3	5.0
จำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	44	73.4
5,001-10,000 บาท	11	18.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001 บาท	5	8.3
ค่าเฉลี่ย 5,033.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10,309.6		

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย ระยะของโรค ตำแหน่งของโรคที่เป็น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.4 ดังนี้

ระยะเวลาที่ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคนี้นานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ร้อยละ 46.0 รองลงมา ได้แก่ 7-12 เดือน และมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 40.6 และ 13.4 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาที่ป่วยโรคนี้น้อยกว่า 10.3 เดือน

ระยะของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในระยะที่ 3 ร้อยละ 52.0 รองลงมาได้แก่ ระยะที่ 2 ระยะที่ 4 และระยะที่ 1 ร้อยละ 25.3 18.7 และ 4.0 ตามลำดับ

ตำแหน่งของโรคที่เป็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบริเวณกล่องเสียง ร้อยละ 40.0 รองลงมาได้แก่ ลิ้น คอหอย ช่องปาก และหลอดคอ ร้อยละ 26.7 10.0 8.0 และ 6.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอ

ภาวะการเจ็บป่วย	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	69	46.0
7-12 เดือน	61	40.6
มากกว่า 12 เดือน	20	13.4
ค่าเฉลี่ย 10.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.5		
ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	6	4.0
ระยะที่ 2	38	25.3
ระยะที่ 3	78	52.0
ระยะที่ 4	28	18.7
ตำแหน่งของโรคที่เป็น		
กล่องเสียง	60	40.0
ลิ้น	40	26.7
คอหอย	15	10.0
ช่องปาก	12	8.0
หลอดคอ	10	6.7
จมูก	6	4.0
ต่อมน้ำลาย	6	4.0
ขากรรไกร	1	0.6

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยการฉายรังสี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรักษาแบบรังสีรักษา จำนวนรังสีรักษาที่จะต้องได้รับ จำนวนวันที่ต้องรับรังสีรักษาต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.5 ดังนี้

การรักษาแบบรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในอดีตไม่เคยได้รับการรักษาแบบรังสีมาก่อน ร้อยละ 96.7 มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่เคยได้รับการรักษาแบบรังสีมาก่อน และบริเวณที่เคยได้รับรังสีรักษาทั้งหมด คือ กล่องเสียง

จำนวนรังสีรักษาที่จะต้องได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรังสี 33 ครั้ง ร้อยละ 31.3 รองลงมาได้แก่ 35 ครั้ง และ 30 ครั้ง ร้อยละ 26.7 และ 25.3 ตามลำดับ

จำนวนวันที่ต้องรับรังสีต่อสัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องได้รับรังสีรักษา 5 วันต่อสัปดาห์

จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรังสีรักษามาแล้ว 21-25 ครั้ง ร้อยละ 32.0 รองลงมาได้แก่ 16-20 ครั้ง 26-35 ครั้ง และ 1-15 ครั้ง ร้อยละ 30.0 25.3 และ 12.7 ตามลำดับ

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเจ็บคอ ร้อยละ 46.7 รองลงมาได้แก่ น้ำลายน้อยลง เจ็บภายในช่องปาก เบื่ออาหาร กลืนอาหารลำบาก อ่อนเพลีย และเยื่อช่องปากอักเสบ ร้อยละ 42.0 33.3 30.0 26.0 25.3 และ 22.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วย
การฉายรังสีและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยการฉายรังสี และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
การได้รับรังสีรักษาในอดีต		
ไม่เคย	145	96.7
เคย	5	3.3
จำนวนครั้งของการได้รับรังสีรักษา		
30	2	40.0
33	3	60.0
ตำแหน่งที่ได้รับรังสีรักษา		
กล่องเสียง	5	100.0
จำนวนครั้งของรังสีรักษาที่ต้องได้รับ (ครั้ง)		
25	9	6.0
30	38	25.3
31	4	2.7
32	3	2.0
33	47	31.3
34	9	6.0
35	40	26.7
จำนวนวันที่ต้องรับรังสีรักษา/สัปดาห์		
5 วัน	150	100.0
จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล (ครั้ง)		
1-15	19	12.7
16-20	45	30.0
21-25	48	32.0
26-35	38	25.3

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาแบบรังสีรักษา และ
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา (ต่อ)

การรักษาแบบรังสีรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ็บภายในช่องปาก	50	33.3
เยื่อช่องปากอักเสบ	33	22.0
เจ็บคอ	70	46.7
กลืนอาหารลำบาก	39	26.0
เจ็บคอมากเวลากลืนอาหาร	9	6.0
น้ำลายน้อยลง	63	42.0
ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเป็นแผล	4	2.7
อ่อนเพลีย	38	25.3
นอนไม่หลับ	15	10.0
เบื่ออาหาร	45	30.0
คลื่นไส้	13	8.7
อาเจียน	23	15.3
อื่นๆ ได้แก่		
เสมหะเยอะ	6	4.0
ไอ	5	3.3
น้ำลายเหนียว	5	3.3
น้ำลายเยอะ	7	4.7
คอแห้ง	9	6.0

ข้อมูลที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาบุคคลที่มาเป็นเพื่อนหรือมาคอยดูแลเมื่อมารับรังสีรักษา บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน บุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล บุคคลที่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำขณะรับรังสีรักษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.6 ดังนี้

ที่พักอาศัยระหว่างการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านของตนเองหรือบุตร ร้อยละ 54.0 รองลงมา ได้แก่ บ้านญาติ และบ้านเช่า ร้อยละ 21.3 และ 16.0 ตามลำดับ

บุคคลที่มาเป็นเพื่อนหรือมาคอยดูแลเมื่อมารับรังสีรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรมาเป็นเพื่อน ร้อยละ 42.0 รองลงมา ได้แก่ สามี/ภรรยา และไม่มีใครมาเป็นเพื่อนต้องมาคนเดียว ร้อยละ 32.7 และ 20.0 ตามลำดับ

บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 52.0 รองลงมา ได้แก่ บุตร ญาติ และดูแลตนเอง ร้อยละ 30.7 8.7 และ 8.0 ตามลำดับ

บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่โรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 40.0 รองลงมา ได้แก่ สามี/ภรรยา ดูแลตนเอง และญาติ ร้อยละ 36.7 15.3 และ 7.3 ตามลำดับ

บุคคลที่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำขณะรับรังสีรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ร้อยละ 95.3 รองลงมา ได้แก่ แพทย์ และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา ร้อยละ 68.7 และ 22.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามที่พักอาศัยระหว่างการรักษา และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ

ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาด้วยรังสี		
บ้านของตนเองหรือนุตร	81	54.0
บ้านญาติ	32	21.3
บ้านเช่า	24	16.0
บ้านพักของสถาบันมะเร็ง/บ้านพักสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย	12	8.0
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	1	0.7
บุคคลที่มาเป็นเพื่อนหรือมาคอยดูแลเมื่อมารับรังสีรักษา		
ไม่มี	30	20.0
สามี/ภรรยา	49	32.7
บุตร	63	42.0
ญาติ	8	5.3
บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน		
สามี/ภรรยา	78	52.0
บุตร	46	30.7
ญาติ	13	8.7
ดูแลตนเอง	12	8.0
จ้างผู้ดูแล	1	0.6
บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่โรงพยาบาล		
สามี/ภรรยา	55	36.7
บุตร	60	40.0
ญาติ	11	7.3
ดูแลตนเอง	23	15.3
จ้างผู้ดูแล	1	0.7
บุคคลที่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำขณะรับรังสีรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์	103	68.7
พยาบาล	143	95.3
เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา	34	22.7

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา มีข้อคำถามในการประเมินทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ การแสดงความคิดเห็น ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามระดับความมั่นใจ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจน้อย และมั่นใจน้อยมาก ค่าพิสัยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 22-88 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 69.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.3 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 34.7 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี มีรายละเอียดดังนี้

การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาเท่ากับ 18.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.7 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 20.0 และ 7.3 ตามลำดับ

การดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลความสะอาดปากและฟันเท่ากับ 16.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 34.7

การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำเท่ากับ 18.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.0 ตามลำดับ

การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการพักผ่อนนอนหลับเท่ากับ 3.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.7 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.3 รองลงมา ได้แก่ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 43.4 และ 11.3 ตามลำดับ

การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงเท่ากับ 12.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.8 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมา ได้แก่ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 24.7 และ 22.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
โดยภาพรวม		
สูง	52	34.7
ปานกลาง	80	53.3
ต่ำ	18	12.0
คะแนนเฉลี่ย 69.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.3		
คะแนนต่ำสุด 22 คะแนน คะแนนสูงสุด 88 คะแนน		
ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา		
สูง	109	72.7
ปานกลาง	30	20.0
ต่ำ	11	7.3
คะแนนเฉลี่ย 18.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8		
คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน		
ด้านการดูแลความสะอาดปากและฟัน		
สูง	0	0.0
ปานกลาง	98	65.3
ต่ำ	52	34.7
คะแนนเฉลี่ย 16.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5		
คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 24 คะแนน		

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา (ต่อ)

ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ		
สูง	0	0.0
ปานกลาง	123	82.0
ต่ำ	27	18.0
คะแนนเฉลี่ย 18.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9		
คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 24 คะแนน		
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ		
สูง	68	45.3
ปานกลาง	65	43.4
ต่ำ	17	11.3
คะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.7		
คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนสูงสุด 4 คะแนน		
ด้านการบริหารกลัมน้ำบริเวณที่ฉายรังสี		
สูง	80	53.3
ปานกลาง	37	24.7
ต่ำ	33	22.0
คะแนนเฉลี่ย 12.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.8		
คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน		

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

มีข้อคำถามในการประเมินทั้งหมดจำนวน 19 ข้อ การแสดงความคิดเห็น ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามระดับการได้รับ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับนานๆครั้ง และไม่ได้รับ ค่าพิสัยของแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 0-57 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 54.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.0 เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.0 เมื่อพิจารณาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป จากการศึกษาพบข้อมูลดังนี้

ด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวเท่ากับ 34.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9 เมื่อจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.3

ด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 11.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 เมื่อจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.3 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 12.0 และ 2.7 ตามลำดับ

ด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปเท่ากับ 8.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0 เมื่อจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 8.7 และ 1.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
โดยภาพรวม		
สูง	141	94.0
ปานกลาง	9	6.0
ต่ำ	0	0.0
คะแนนเฉลี่ย 54.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.0		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 57 คะแนน		
ด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัว		
สูง	148	98.7
ปานกลาง	2	1.3
ต่ำ	0	0.0
คะแนนเฉลี่ย 34.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 36 คะแนน		
ด้านอารมณ์และจิตใจ		
สูง	128	85.3
ปานกลาง	18	12.0
ต่ำ	4	2.7
คะแนนเฉลี่ย 11.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 12 คะแนน		
ด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป		
สูง	135	90.0
ปานกลาง	13	8.7
ต่ำ	2	1.3
คะแนนเฉลี่ย 8.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 9 คะแนน		

พฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ประเมินจากข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามระดับการปฏิบัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ค่าพิสัย ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 0-75 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเท่ากับ 62.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.0 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.3 และ 0.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี มีรายละเอียดดังนี้

การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาเท่ากับ 2.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.2 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0

การดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลความสะอาดปากและฟันเท่ากับ 2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.7 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.7 รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำ และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.0 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ

การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารและดื่มน้ำเท่ากับ 2.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.7 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การพักผ่อนนอนหลับเท่ากับ 2.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 26.7 และ 3.3 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการบริหารกล้ำเนื้อบริเวณที่ฉายแสง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริหารกล้ำเนื้อบริเวณที่ฉายแสงเท่ากับ 2.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.8 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการบริหารกล้ำเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมา ได้แก่ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.4 และ 23.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับตามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
โดยภาพรวม		
สูง	105	70.0
ปานกลาง	44	29.3
ต่ำ	1	0.7
คะแนนเฉลี่ย 62.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.0		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 75 คะแนน		
ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา		
สูง	138	92.0
ปานกลาง	12	8.0
ต่ำ	0	0.0
คะแนนเฉลี่ย 2.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.2		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 21 คะแนน		
ด้านการดูแลความสะอาดปากและฟัน		
สูง	112	74.7
ปานกลาง	11	7.3
ต่ำ	27	18.0
คะแนนเฉลี่ย 2.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.7		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 18 คะแนน		

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างได้รับรังสีรักษา (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ		
สูง	121	80.7
ปานกลาง	20	13.3
ต่ำ	9	6.0
คะแนนเฉลี่ย 2.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 21 คะแนน		
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ		
สูง	105	70.0
ปานกลาง	40	26.7
ต่ำ	5	3.3
คะแนนเฉลี่ย 2.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 6 คะแนน		
ด้านการบริหารกล้ำมเนื้อบริเวณที่ฉายแสง		
สูง	80	53.3
ปานกลาง	35	23.4
ต่ำ	35	23.3
คะแนนเฉลี่ย 2.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.8		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 9 คะแนน		

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบความสัมพันธ์ ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r= 0.759$) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r= 0.390$) ด้านการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r= 0.328$) ด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r= 0.651$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเช่นกัน

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r= 0.955$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r= 0.227$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างได้รับ
รังสีรักษา

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์(r)	p-value
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้าน		
การดูแลผิวหนัง	0.151	0.065
การดูแลความสะอาดปากฟัน	0.759	<0.001
การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม	0.390	<0.001
การพักผ่อนนอนหลับ	0.328	<0.001
การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง	0.651	<0.001
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม	0.955	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน		
ข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัว	0.227	0.005
อารมณ์และจิตใจ	0.055	0.503
การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป	0.030	0.713
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.139	0.091

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลด้วยตัวเอง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 14 เดือน (ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2553) เนื่องจากมีข้อจำกัดคือกลุ่มตัวอย่างหายาก มีจำนวนน้อยใน 1 วันสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้เพียง 1-3 ราย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด และทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานในการวิจัย สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ มีข้อเสนอแนะดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 79.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 48.0 รองลงมาคืออายุเท่ากับหรือมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 46.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 24.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 36.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา ร้อยละ 54.7 ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอในระยะที่ 3 ร้อยละ 52.0 ตำแหน่งที่พบมากคือ บริเวณกล่องเสียง ร้อยละ 40.0 เมื่อมารับรังสีรักษาส่วนใหญ่มีบุตรมาเป็นเพื่อน หรือมากอยดูแล ร้อยละ 42.0 ส่วนบุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้านส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 52.0 และโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาจากพยาบาล ร้อยละ 95.3 รองลงมา ได้แก่ แพทย์ และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา ร้อยละ 68.7 และ 22.7 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.3 และ 0.7 ตามลำดับ พิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านได้ดังนี้

2.1 การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0 โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา เช่น ไม่ฟอกสบู่ ไม่ใช้ครีม หรือไม่ทาบริเวณที่รับรังสี แต่ยังมีการปฏิบัติตัวบางส่วน ร้อยละ 54 ที่มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการดูแลผิวหนัง เช่น การปล่อยให้ผิวหนังบริเวณที่รับรังสี ใช้น้ำฟอก และขัดถูผิวบริเวณที่ฉายรังสี

2.2 การดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.7 รองลงมาคือพฤติกรรมการดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับต่ำ และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.0 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ มีการแปรงฟันและบ้วนปากหลังอาหาร ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มในการแปรงฟัน ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรส

ไม่จัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ รวมถึงมีการจิบน้ำหรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆเมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง อีกทั้งยังมีการสังเกตอาการผิดปกติในช่องปากเวลาแปรงฟันบ้วนปากด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีฟันจะใช้วิธีการบ้วนปากและใช้ผ้าพันนิ้วมือเช็ดในช่องปากทุกครั้งหลังอาหารหรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้งแทนการแปรงฟัน

2.3 การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.7 รองลงมา มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี คือ รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม รสจืด งดรับประทานอาหารประเภททอด ย่าง มันๆหรือแกงกะทิ ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีฟันจะรับประทานอาหารประเภทข้าวต้มหรือโจ๊กเนื่องจากเป็นอาหารอ่อน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องให้อาหารทางสายยางจมูกหรือทางหน้าท้อง อาหารที่ได้รับเป็นประเภทนม อาหารเสริมแบบผง อาหารปั่นตามสูตรโภชนาการแนะนำ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการดื่มน้ำเปล่าสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ดื่มนม น้ำผลไม้เป็นอาหารเสริมระหว่างวันด้วย

2.4 การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมา มีพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 26.7 และ 3.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดี คือ นอนหลับในเวลากลางคืนได้ 6-8 ชั่วโมงโดยไม่ต้องรับประทานยานอนหลับ และมีเพียงร้อยละ 10 ที่ต้องรับประทานยานอนหลับช่วยจึงจะสามารถนอนหลับในเวลากลางคืนได้ 6-8 ชั่วโมงซึ่งพบได้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายจากโรคที่เป็นมากขึ้นจนทำให้มีผลกระทบต่อการพักผ่อนนอนหลับ

2.5 การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.4 และ 23.3 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 70 ขึ้นไปมีการบริหารกล้ามเนื้อในส่วนกล้ามเนื้อปากและคอเกือบทุกวัน และมีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ไม่ยอมบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นมากอยู่แล้วจึงไม่ยอมบริหารกล้ามเนื้อ เพราะการบริหารเหมือนเป็นการเพิ่มความเจ็บปวดให้มากขึ้นกว่าเดิม

3. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 34.7 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้าน พบได้ดังนี้

3.1 การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.7 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 20.0 และ 7.3 ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 ยังมีความไม่มั่นใจว่า ขณะอาบน้ำจะสามารถระวังหรือป้องกันไม่ให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายแสงได้ แต่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาในด้าน การใช้สบู่ การใช้ครีมหรือยาทาผิวหนังบริเวณที่รับรังสี รวมถึงการอดทน ไม่เกา หรือ ถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี แม้จะมีอาการคันด้วย

3.2 การดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถการดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.7 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีการรับรู้ความสามารถด้านการเลือกซื้อแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม เลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และมีรสไม่จัดในการแปรงฟัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ความสามารถในการแปรงฟันหลังอาหารได้ทุกครั้ง หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน รวมถึงสามารถใช้น้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกครั้งร่วมกับการแปรงฟันได้และมีการรับรู้ความสามารถในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เชื้อราช่องปากอักเสบ, ลิ้นเป็นฝ้าขาวเป็นต้นได้ด้วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีความมั่นใจกว่าถึงแม้จะมีเชื้อราช่องปากอักเสบหรือเป็นแผล ก็จะสามารถทำความสะอาดช่องปากและฟันได้ทุกวัน โดยไม่กลัวเจ็บ เช่นกัน

3.3 การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.0 และมีการรับรู้ความสามารถการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.0 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถด้านการเลือกอาหารที่ควรรับประทานก่อนข้างสูง เช่น ควรรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่มสาคิด งดรับประทานอาหารประเภททอด หรือย่าง หรืออาหารมันๆ เช่น ไก่ทอด หมูทอด หรือ แกงกะทิ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการเลือกอาหารทดแทนหรืออาหารเสริมได้ หากรับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่สามารถรับประทานอาหาร

อาหารเหมือนเช่นเคยได้ อีกทั้งยังมีการรับรู้ความสามารถว่าควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือ ดื่มน้ำผลไม้หรือขนมระหว่างมื้อได้เช่นกัน

3.4 การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.3 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 43.4 และ 11.3 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าสามารถนอนหลับเวลากลางคืนได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อคืน โดยไม่ต้องรับประทานยานอนหลับ

3.5 การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 24.7 และ 22.0 ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 ที่มีความมั่นใจสูงว่าสามารถบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงในแต่ละส่วนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ทุกวัน เช่น กล้ามเนื้อบริเวณปาก และคอ อย่างน้อย 20 ครั้ง/วัน เป็นต้น และมีเพียงร้อยละ 30 ที่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงได้ทุกวัน

4. แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับระหว่างได้รับรังสีรักษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.0 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.0 เมื่อพิจารณาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบได้ดังนี้

4.1 ด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.7 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.3 ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูล คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก่อนรับรังสีรักษา รวมถึงได้เอกสารแผ่นพับให้กลับไปอ่านต่อที่บ้านด้วย อีกทั้งเจ้าหน้าที่จะมีการประเมิน ติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆเป็นระยะๆ ซึ่งถ้าพบอาการผิดปกติก็จะให้การช่วยเหลือ ในส่วนของบุคคลในครอบครัวก็มีส่วนช่วยในการดูแลเป็นอย่างมาก เช่น จัดหาข้อมูลหนังสือมาให้ คอยดูแล ทักทายเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง รวมถึงคอยเตือนเรื่องการมาตรวจตามแพทย์นัด และพากลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติอันเนื่องมาจากการฉายรังสี

4.2 ด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.3 รองลงมา ได้แก่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 12.0 และ 2.7 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความห่วงใย ความใส่ใจ จากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก และรู้สึกได้ว่าบุคคลในครอบครัวรักกันมากขึ้นมากกว่าเดิมที่เคยเป็นมา โดยบุคคลในครอบครัวจะคอยดูแลให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่อง ให้ความสนใจ สอบถามอาการเจ็บป่วยเป็นระยะ และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่รับรังสีรักษา ซึ่งบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมากที่สุดส่วนใหญ่คือสามี/ภรรยา และบุตร

4.3 ด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 8.7 และ 1.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในด้านการเงินเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานต้องหยุดประกอบอาชีพระหว่างที่รับการรักษา บางรายเป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ ขาดรายได้ในช่วงเวลานั้นไป ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กลุ่มตัวอย่างต้องบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุกวัน บุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยดูแล ช่วยผสมน้ำเกลือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างไว้ใช้บ้วนปาก ด้านการปรุงอาหาร เช่น การทำอาหารให้รับประทานทุกมื้อ การเตรียมอาหารปั่น หรืออาหารเสริมแบบซองที่ต้องให้ทางสายยางจมูกหรือหน้าท้อง ด้านการซักผ้า การจัดหาอาหารเสริมให้ เป็นต้น

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r=0.955$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงเช่นกัน

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r=0.759$) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r=0.390$) ด้านการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมี

ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.328$) ด้านการบริหารกล้ำเนื้อบริเวณที่ฉายแสงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.651$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ การบริหารกล้ำเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีเช่นกัน

6. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติและเจ้าหน้าที่ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา($p\text{-value} > 0.05$) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.227$) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการช่วยเหลือสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา($p\text{-value} > 0.05$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.955$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งเบนคูว์เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล กล่าวคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา โดยคนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evan, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 57-58) และวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทำได้ 4 วิธี คือ 1. การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง 2. การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ 3. การใช้คำพูดชักจูง และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (สุปรียา ต้นสกุล, 2548: 59-60) จากการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำมาได้เพื่อที่ตนเองจะได้มีสุขภาพที่ดีระดับหนึ่งในระหว่างรับการรักษา หรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและถ้าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ให้น้อยที่สุดโดยความมั่นใจเหล่านั้นเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้กระทำด้วยตนเองแล้วเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำ ร่วมกับการได้พูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ทราบถึงข้อเท็จจริงต่างๆ จึงเกิดความเข้าใจ ความตระหนัก เห็นคุณค่าของสิ่งที่กระทำ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีระหว่างรับการรักษา และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านมาที่สามารถกล่าวได้ว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลดี ประโยชน์ในสิ่งที่กระทำและมีความมั่นใจว่าสามารถทำได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร องค์กรสุริยานนท์ (2536) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาสามารถสร้างความคาดหวังในความสามารถของตัวเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีให้เกิดขึ้นได้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี

จากผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value}>0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r=0.227$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value} > 0.05$) กล่าวคือ ถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2548: 25-26) ซึ่งเฮาส์ (House, 1981 cited by Cohen & Syme, 1985: 94-103) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่มตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ 1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง 2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988: 13) และเชฟเฟอร์และคณะ (Schawfer, et al. cited in Tilden 1985: 201) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้ความสำคัญให้ความมั่นใจ ความรู้สึกพึงพอใจไว้วางใจผู้อื่น และทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่ดูแล 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและการปฏิบัติของบุคคล 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ และจากการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นส่วนใหญ่ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลมีระบบการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีที่ชัดเจนเป็นรูปแบบเปิดวิดีโอให้ดูและแจกแผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติตัวให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปอ่านต่อที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้นี้เจ้าหน้าที่พยาบาลจะให้ความรู้เป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วยผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างและญาติ รวมทั้งได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัยหลังการชมวิดีโอและการอธิบายให้ความรู้ด้วย อีกทั้งระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างมารับรังสีรักษามีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาติดตามสอบถามอาการ ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเป็นระยะตลอดช่วงระยะเวลาที่รับรังสีรักษารวมทั้งหมด 4 ครั้ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของบัวธร เวชพันธ์ (2548) พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการศึกษาของชญาพร คงเพ็ชร (2529) พบว่า เมื่อฉายแสงครบ 4 และ 6 สัปดาห์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้เรื่องการฉายแสงและการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ การช่วยเหลือสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น จากการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลสามารถอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ การช่วยเหลือสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างยังได้รับไม่มากพอที่จะเป็นสิ่งที่เสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี อาจเนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบนอกบ้านด้วย เพื่อที่จะนำเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้มีเวลาไม่เต็มที่ที่จะดูแล กระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้กระทำพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องมาพักอาศัยอยู่บ้านเช่า บ้านอยู่ระหว่างการรักษาในวันจันทร์-ศุกร์ กลับไปพักบ้านตนเองเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ทำให้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวไม่ค่อยใกล้ชิดสนิทสนมกันเท่าที่ควร ทำให้ไม่ทราบปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้มีการตอบสนองความต้องการให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ไม่ตรงกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Quirine C.P. Ledebor et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตสังคมเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำก่อนการรับรังสีรักษาและมีการติดตามให้คำแนะนำระหว่างที่รักษาจากเจ้าหน้าที่พยาบาลอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบวิธีการให้คำแนะนำที่ชัดเจน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ มีความรู้และทราบถึงข้อควรปฏิบัติที่จะต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาที่จะเกิดขึ้น ฉะนั้นจึงควรนำแนวทางและรูปแบบการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาลไปขยายผลในการปฏิบัติงานในที่อื่นๆที่มีกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันมารับการรักษา เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างต่อไป
2. ส่งเสริมกระบวนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้กับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว นำเอาความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติมาเป็นตัวนำที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี
3. โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดบริการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปากและฟัน และเรื่องอาหาร และควรจัดให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยดูแลสนับสนุนผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างรับรังสีรักษาที่เป็นรูปแบบจากเจ้าหน้าที่พยาบาล กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแต่ไม่เป็นรูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆที่ได้รับรังสีรักษา
2. ศึกษาปัจจัยความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านใดที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องการจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดระหว่างรับรังสีรักษา ที่จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างหายาก มีจำนวนน้อยที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือก และในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง สามารถสัมภาษณ์ได้เพียงวันละ 1-3 รายเท่านั้น
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจใช้วิธีการนี้ไม่ได้ในโรงพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ แต่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงสามารถใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH THE HEAD AND NECK CANCER RECEIVING RADIOTHERAPY

อังกฤษ มีจักร 4936378 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ Ph.D., นิรัตน์ อิมามี Ph.D.,
อัจฉราพร สิริบุญวงศ์ D.N.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุกๆ ปี และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคนและโดยการตายดังกล่าวจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550; 1)

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยสูงเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากอัตราป่วยและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ.2544 - 2548 พบสถิติการตายด้วยโรคมะเร็งดังนี้ ปีพ.ศ.2544 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 42,497 ราย คิดเป็นอัตรา 68.4 ปีพ.ศ.2545 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 45,834 ราย คิดเป็นอัตรา 73.3 ปีพ.ศ.2546 มีจำนวน

ผู้เสียชีวิต 49,682 ราย คิดเป็นอัตรา 78.9 ปีพ.ศ.2547 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 50,818 ราย คิดเป็นอัตรา 81.3 และปีพ.ศ.2548 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 50,622 ราย คิดเป็นอัตรา 81.4 (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในประเทศไทยโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคที่มีสถิติการป่วยในอันดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอายุมากกว่า 50 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541; 201) มะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่พบบ่อยในคนไทย ได้แก่ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งโพรงจมูก (สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ, 2548; 266)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน มีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งในการที่จะใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว หรือหลายวิธีร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและการลุกลามของโรค (อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540; 13-14) การใช้รังสีรักษาเป็นวิธีที่ใช้กันมากวิธีหนึ่งในการรักษามะเร็ง คือ ร้อยละ 60 - 80 ของผู้ป่วย (ไพรัช เทพมงคล, 2536; 47) โดยเฉพาะมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เพราะส่วนใหญ่เป็นเนื้อเยื่อชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) ถึงร้อยละ 95 (Shirley E. Otto, 1994; 221-225) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีความไวต่อรังสีจึงตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี (Baird, 1991; 567) ดังนั้นรังสีรักษาจึงถูกนำมาใช้รักษาโรคมะเร็ง เพื่อให้หายขาดในระยะเริ่มต้นและบรรเทาอาการในระยะของโรคที่เป็นมากแล้ว (ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548; 37) แม้ว่าในปัจจุบัน การรักษาด้วยรังสีจะมีวิวัฒนาการมากขึ้น เพื่อลดการทำอันตรายต่อเซลล์ปกติของร่างกาย แต่ก็ยังพบว่าการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการบวมแดง เกิดแผลบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวด มีอาการปากและคอแห้ง มีแผลในปากจากการอักเสบของเยื่อภายในปาก มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารได้ลำบาก สูญเสียความสามารถในการรับประทานอาหาร ปริมาณน้ำลายจะลดลงจนหมดไป ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือรับประทานไม่ได้เลย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซีด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่าย (สุภาพร องค์สุริยานนท์, 2537; 2) ในส่วนของผลที่มีต่อจิตใจนั้น เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องได้รับการฉีดเส้น บ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสีไว้บนศีรษะ ใบหน้า คอ ตลอดระยะเวลาการรักษา ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องหมายที่แสดงถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งให้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย สูญเสียภาพลักษณ์และความรู้สึกเป็นที่ดึงดูดแก่ผู้พบเห็น (ไพรัช เทพมงคล, 2527; 45) ซึ่งความรุนแรงของผลกระทบดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาและปริมาณของรังสีที่ได้รับ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาเป็นเวลาประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ จึงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ เช่น การทำ

กิจกรรมประจำวัน การประกอบอาชีพการงาน จะเห็นได้ว่ารังสีรักษานั้นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษา แต่สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากการรักษาด้วยรังสีคือภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงจากรังสี ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนการวางแผนการรักษาเสมอ (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541; 208) ซึ่งในการประเมินนี้ต้องประกอบด้วยแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาแนวทางการรักษา ร่วมกันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาและเลือกวิธีการรักษาแล้ว ระหว่างการรักษาผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่แนะนำในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำสมาธิ นอกจากนี้ญาติหรือคนใกล้ชิดก็มีส่วนสำคัญในการดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องของจิตใจ โดยผู้ป่วยที่มีญาติคอยดูแลและให้กำลังใจมักจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องต่อสู้โรคมะเร็งด้วยตนเอง

ดังนั้นจะเห็นว่าการรักษาจะได้ผลดีและประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน คือ ตัวผู้ป่วยที่ตระหนักเห็นความสำคัญของการรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ญาติที่มีส่วนกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง และแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่คอยให้คำแนะนำดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ การช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง หรือรู้จักดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม จัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากความสำคัญนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติและเจ้าหน้าที่
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ระหว่างได้รับรังสีรักษา
2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสิ่งของ และบริการระหว่างได้รับรังสีรักษา

ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในเรื่อง การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และมารับการฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และมารับการฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1. เป็นผู้ป่วยนอกที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอและได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว
2. เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปของแผนการรักษา

4. ไม่มีโรคประจำตัวที่จะมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี คือ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน

5. ผู้ป่วยสมัครใจและยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา และไม่สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้

2. กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และขอถอนตัวออกจากการวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิตระหว่างการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณลักษณะทางสังคม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวญาติ และเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

การดำเนินการวิจัย

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปถึงหัวหน้าภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล นักรังสีเทคนิค แผนกรังสีวิทยา ดึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ในการเก็บข้อมูลในเวลาราชการ

ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อกับหัวหน้าพยาบาลของห้องตรวจโรค ดึก 72 ปี ชั้น 1 ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว โดยจะทำการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปของการรับรังสีรักษาเพราะเป็นช่วงที่เริ่มมีอาการข้างเคียงต่างๆของรังสี

เกิดขึ้น และผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองรวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแล้วระดับหนึ่ง โดยการเก็บข้อมูลมีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยที่มาเข้ารับรังสีรักษาและทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. หลังจากนั้นติดต่อผู้ป่วยตามบัญชีที่สำรวจไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดต่างๆในการศึกษารั้งนี้และขอความร่วมมือและคำยินยอมในการทำวิจัยโดยให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิความเป็นบุคคลและการรักษาความลับจากผู้วิจัยและนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยหรือญาติอ่านโดยละเอียดอีกครั้ง

3. หลังจากผู้ป่วยตอบรับยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

4. ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยมาในบริเวณที่เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวนและสนทนากับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ โดยจะสัมภาษณ์ในข้อมูลส่วนบุคคลก่อน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ตอบได้ง่าย ไม่คุกคามผู้ป่วยและยังเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับการตอบ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองแล้วจึงตามด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

5. ในขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือคำอธิบายในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยในแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยอยากพูดคุย อธิบาย

6. ระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการรักษาที่ได้รับ

7. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้อีกครั้งหนึ่ง

8. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ทั้งหมดมาทำการใส่รหัสและบันทึกลงคอมพิวเตอร์และทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่พิกาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่และร้อยละ

1.2 ระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ไค-สแควร์ (Chi-Square)

2.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.3 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 14.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 48.0 รองลงมาคืออายุเท่ากับหรือมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 46.7 อายุเฉลี่ย 59.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 และมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 79.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 24.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 40.0 รองลงมาไม่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 36.7 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 7,578.7 บาท

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 54.7 ด้านผลกระทบต่อการเงินในครอบครัวส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าไม่มีผลกระทบด้านการเงินในครอบครัว ร้อยละ 35.5 รองลงมาพบว่ามีผลกระทบปานกลาง ร้อยละ 24.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ส่วนใหญ่ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตร ร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ ใช้เงินเก็บส่วนตัว ร้อยละ 21.7 และจำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 73.4 จำนวนเงินที่ได้รับความช่วยเหลือเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,033.3 บาท

ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคนีมา 1 ปี ร้อยละ 31.3 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคนีเฉลี่ย 10.3 เดือน และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอในระยะที่ 3 ร้อยละ 52.0

ตำแหน่งที่พบมากคือบริเวณกล่องเสียง ร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในอดีตไม่เคยได้รับการรักษาแบบรังสีมาก่อน ร้อยละ 96.7 มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่เคยได้รับการรักษาแบบรังสีมาก่อน และบริเวณที่เคยได้รับรังสีรักษาคือ กล่องเสียง ร้อยละ 100.0 ส่วนจำนวนรังสีรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับทั้งหมดในการรักษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 33 ครั้ง ร้อยละ 31.3 และทุกคนต้องได้รับรังสีรักษา 5 วันต่อสัปดาห์ และในวันสัมภาษณ์เก็บข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรังสีรักษามาแล้ว 21-25 ครั้ง ร้อยละ 32.0 ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บคอมากที่สุด ร้อยละ 46.7

ระหว่างรับรังสีรักษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านของตนเองหรือบุตร ร้อยละ 54.0 พบว่าเมื่อมาฉายรังสี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรมาเป็นเพื่อน ร้อยละ 42.0 รองลงมา ได้แก่ สามี/ภรรยา และไม่มีใครมาเป็นเพื่อนต้องมาคนเดียว ร้อยละ 32.7 และ 20.0 ตามลำดับ ส่วนบุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้านส่วนใหญ่ คือ สามีหรือภรรยา ร้อยละ 52.0 รองลงมา ได้แก่ บุตร ธิดา และดูแลตนเอง ร้อยละ 30.7 8.7 และ 8.0 ตามลำดับ และเมื่ออยู่โรงพยาบาล บุตรจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแล มากที่สุดร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 36.7 เกือบทุกคนให้ข้อมูลว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาจากพยาบาล ร้อยละ 95.3 รองลงมา ได้แก่ แพทย์ และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา ร้อยละ 68.7 และ 22.7 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 34.7 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.0 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.3 และ 0.7 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ระยะของโรค ตำแหน่งของโรคที่เป็น จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน และบุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) จากการศึกษาพบว่า เพศ ระยะเวลาที่ป่วย ตำแหน่งของโรคที่เป็น จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่า $p\text{-value} > 0.005$ ส่วน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค บุคคลที่คอยดูแลให้

การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน และบุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.005$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม ด้านภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการรักษาแบบรังสีรักษามาแล้วและจำนวนครั้งที่หมดทั้งหมัดที่ต้องรับรังสีในครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p>0.05$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เรื่องการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p<0.005$, $r=0.227$) การรับรู้ความสามารถด้านการดูแลความสะอาดปากฟันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p<0.001$, $r=0.759$) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p<0.001$, $r=0.390$) ด้านการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p<0.001$, $r=0.328$) ด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง($p<0.001$, $r=0.651$)

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา และมีการติดตามสอบถามอาการ แนะนำให้ความรู้เป็นระยะๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์ (2544) ที่พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาของบัวธร เวชพันธ์ (2548) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$) แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอายุมากกว่า ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ถูกต้องมาก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา เตะชะโชควิวัฒน์ (2544) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากกว่า และการศึกษาของอุไร ขลุ่ยนาถ (2540) พบว่า อายุของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วย

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันด้วยเช่นกัน จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ถูกต้องมาก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 24 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ลำพุทธา (2548) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีสถานภาพสมรสต่างกัน จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันเป็นส่วนใหญ่ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุกัญญา เตะชะโชควิวัฒน์ (2544) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม ไม่ว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยก ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.015$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำเนินการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูง จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงยังคงมีผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ถูกต้องมาก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าสอดคล้องกับ สุกัญญา เตะชะโชควิวัฒน์ (2544) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำเนินการและการศึกษาของอรัญญา ลำพุทธา (2548) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษาแตกต่างกันเกือบทุกประเด็น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุภาพร องค์กรสุริยานนท์ (2536) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสี

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ รับจ้างและไม่ได้ทำงานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกรกรรม ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสุกัญญา เตชะโศกวัฒน์ (2544) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ไม่ว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาชีพใดหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิต

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ แสดงว่ารายได้เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดี สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้ซึ่งขาดโอกาส ขาดปัจจัยในการแสวงหาสิ่งที่ดีให้กับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของบัวธร เวชพันธ์ (2548) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กล่าวคือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีรายได้มากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้น้อย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอุไร ขลุ่ยนาถ (2540) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ระยะเวลาที่ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value} = 0.809$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการป่วยต่างกันแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ต้องมากไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัวธร เวชพันธ์ (2548) พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา เตชะโศกวัฒน์ (2544) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.028$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคในระยะแรกมีการดูแลตนเองที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคในระยะสุดท้ายหรือเกือบสุดท้าย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะที่ 1-2 ร้อยละ 30 อยู่ในระยะที่ 3-4 ร้อยละ 70 ฉะนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคในระยะที่ 3-4 ความรุนแรงของโรคได้มีการลุกลามมากขึ้นบวกกับ เมื่อมารับการรักษาด้วยรังสีจะต้องได้รับภาวะแทรกซ้อนจากรังสีร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมี ภาวะสุขภาพที่แย่ลงจากเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคในระยะที่ 1-2 ที่ยังไม่ มีการลุกลามของโรคมานัก เมื่อได้รับภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาจึงยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอุไร ขลุ่ยนาถ (2540) พบว่า ระยะของโรคไม่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ตำแหน่งของโรคที่เป็น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value} = 0.121$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งของโรค ต่างกันแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ถูกต้องมากไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ไม่ว่ากลุ่ม ตัวอย่างจะเป็น โรคมะเร็งบริเวณใด ก็สามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้เหมือนกัน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เตชะ โขควิวัฒน์ (2544) พบว่า ตำแหน่งที่เป็นมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง จึงสรุปได้ ว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นมะเร็งที่ตำแหน่งใด ก็ย่อมที่จะแสวงหาสิ่งต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง ร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value} = 0.678$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรังสีต่างกันแต่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฉายรังสีน้อยครั้ง หรือมากครั้งก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษาซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาน้อยจะมีการปรับตัวได้ดี แต่ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับรังสียาวนานจะมีการปรับตัวไม่ดี

บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.006$) จาก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลคอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองในระดับที่ถูกต้องมาก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีใครดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยบุคคลที่ให้การ ดูแลช่วยเหลือมากที่สุด ได้แก่ สามี/ภรรยา ร้อยละ 52.0 และบุตร ร้อยละ 30.7 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างอยู่ในภาวะเจ็บป่วยต้องการกำลังใจ ต้องการบุคคลที่คอยดูแล เมื่อมีใครคอยอยู่ดูแลเมื่อ เจ็บป่วยจึงทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคที่พบเจอได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคนคอยดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ลำพุทธา (2548) พบว่า ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุดใน

ครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองขณะได้รับรังสีแตกต่างกัน ซึ่งถ้าผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้

บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การมีบุคคลคอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.013$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลคอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในระดับที่ถูกต้องมาก โดยบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือมากที่สุด คือ บุตร ร้อยละ 40.0 อภิปรายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนสูงอายุความคล่องตัวในด้านต่างๆ ลดลง จึงต้องการบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้มาด้วยเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจึงมีบุตรมาคอยให้การดูแลช่วยเหลือ ติดตามประสานงานดำเนินการให้

ภาวะเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value} > 0.05$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการรักษาแบบรังสีรักษามาแล้วและจำนวนครั้งทั้งหมดที่ต้องรับรังสีในครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในครั้งนี้ แม้กลุ่มตัวอย่างจะเคยมีประสบการณ์ในการรักษาแบบรังสีมาก่อนแต่ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในครั้งนี้ รวมถึงจำนวนครั้งทั้งหมดที่ต้องรับรังสีในครั้งนี้ด้วย ซึ่งไม่ว่าจำนวนครั้งที่ต้องรับรังสีจะมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์ (2544) พบว่า วิธีการดูแลตนเองในอดีตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีวิธีการดูแลตนเองในอดีตแบบใดก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิต

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.955$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ยังคงมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูง กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในสิ่งที่กระทำและมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำได้ ก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.759$) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กัน

ในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.390$) ด้านการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.328$) ด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.651$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสียังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ เหนือคลอง (2534) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา

แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value} > 0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.227$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนรับรังสีและระหว่างรับรังสี มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว รับรู้ว่าการปฏิบัติอย่างไรเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากรังสีรักษา จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของบัวพร เวชพันธ์ (2548) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเองและปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาของอรัญญา ลำพุทธา (2548) พบว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาและเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 41 ปีขึ้นไป) และมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำก่อนรับรังสีรักษา และมีการติดตามให้คำแนะนำระหว่างที่รักษาด้วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ มีความรู้และ

ทราบถึงข้อควรปฏิบัติที่จะต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาที่จะเกิดขึ้น ฉะนั้นจึงน่าจะนำแนวทางการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาลไปขยายผลในการปฏิบัติงานในที่อื่นๆที่มีกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันมารับการรักษา เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2. โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดบริการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในเรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปากและฟัน และเรื่องอาหาร และควรจัดให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยดูแลสนับสนุนผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาถึงปัญหาและความต้องการสิ่งสนับสนุนหรือบุคคลที่ต้องการให้ช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาและความของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและจะได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND
SELF-CARE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH THE HEAD AND NECK CANCER
RECEIVING RADIOTHERAPY

ANGKRIT MEEJAK 4936378 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL
SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE: MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D.,
NIRAT IMAMEE, Ph.D., ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problems

Cancer is a chronic disease which is one important problem of public health problems and one obstacle of socio-economic development of the country. Due to the fact that cancer is a disease that needs a long period of time to cure and a higher cost of treatment in comparison to other types of illnesses, this caused a large amount of socio-economic loss. At present, cancer is a cause of death, approximately 13 percent of all deaths, and with about 9 million new cases each year. According to the estimation of the World Health Organization, in the year 2020, 11 million of people worldwide will die from cancer and among those deaths, more than 7 million will occur in developing countries. This is due to the fact that there are many factors that are cancer-producing factors (Division of Plan and Statistics, National Cancer Institute 2007:1).

In Thailand, cancer is an important public health problem since it is the leading cause of death. When the consideration was made about the morbidity rate and mortality rate per 100,000 people by the important causes of illnesses and deaths during the years 2001-2005, the following statistics about cancer were found: in the year 2001, there were 42,497 deaths from cancer (68.4%); in the year 2002, there were

45,834 deaths from cancer (73.3%); in the year 2003, there were 49,682 deaths from cancer (78.9%); in the year 2004, there were 50,818 deaths from cancer (81.3%); and in the year 2005, there were 50,622 deaths from cancer (81.4%) (Health Information Group, Institute of Policy and Strategy, 2005) From the data mentioned, it revealed that the number of deaths due to cancer increased continuously every year. In Thailand, cancer of the head and neck was found to be the fourth in rank among all cases of cancer. Most of the patients aged over 50 years and male were higher than the female cases (Sawittree Moureekulpairoje, 1998: 201). The types of the head and neck cancer that were found most frequently were cancer of the oral cavity, cancer of the lymph glands (lymphoma), and cancer of the nasal cavity (Surasakdi Puthanuparp, 2005: 266).

At present, there are many methods of cancer treatment, for example, chemotherapy, surgery, radiotherapy, and the combination of various methods. However the treatment depends on the stage of the disease and the metastasis (Urai Khuynak; 1997: 13-14). Radiotherapy is the therapy method that was mostly used for cancer treatment, about 60-80 percent of cancer patients (Pairuch Tepmongkol) especially the cancer of the head and neck because 95 percent of the tissues found were squamous cell carcinoma (Shirley E. Otto, 1994: 221-225). Whereas this type of tissues is sensitive to the radiation so it responded better with this treatment (Baird, 1991:567). Therefore, radiotherapy has been used with newly diagnosed cancer patients as a permanent cure and to relieve symptoms for cancer patients in the severe stages (Siriwan Winijorn et al., 2005: 37). Even though radiotherapy has developed greatly and lowers the damage of the normal cells of the body, it was found that patients receiving radiotherapy had a great deal of side effects which caused many uncomfortable conditions. For example, in regard to physical conditions, the patients may have swelling and red skin in the area receiving radiation which caused pain, dry mouth and esophagus, ulcers in the oral cavity due to inflammation in oral tissues, pain in the mouth, trachea, difficulty swallowing, loss of taste, lowering amount of saliva or no saliva at all. Other side effects include the inability to eat, loss of appetite, nausea and vomiting, fatigue, pallor, and the risk of infection (Supaporn Ongsuriyanond, 1994”2). In regard to the effects on mental health, the areas of radiation were given to the affected parts of the body such as the head, face, and neck,

for the entire duration of the treatment. This resulted in patients feeling ashamed, less attractive, and changes in their personal image (Pairuch Tepmongkol, 1984:45). The severity of these effects vary in accordance to the number of times and amount of radiation received. On average patients receive radiotherapy for 6-8 weeks. This treatment created health problems that affected patients' daily routine and work schedule, etc. It is evident that radiotherapy plays a very important role in cancer treatment but the complications and side effects are unavoidable. Therefore, it is necessary to assess the patients before setting the training plan (Sawittree Moureekulpairoje, 1998: 208). The assessment team must be composed of physician, patient, and relatives in order to find the guideline for the treatment together and promote the cooperation for the patient's treatment. After the patient had received suggestions about the guidelines of the treatment, the method of treatment will be selected. During the treatment, the patient has to comply with the suggestions from the physician or medical personnel in regard to food consumption, exercise, and methods of relaxation such as meditation. The patient's relatives or any individuals that are close to and help take care of the patient will contribute to their quality of life especially the psychological aspects. Generally, the patients whose relatives and loved ones took good care and provided the necessary psychological support were found to have better treatment outcomes than those patients who fought cancer by themselves.

Therefore, it was recognized that the outcome of the treatment depends on many factors. These include the patient's awareness of the side effects of the treatment, self-care behaviors in order to lower complications from radiation, relatives who can care for, support, and encourage the patient to follow the appropriate self-care behaviors. In addition other factors include the physician or staff who provides the patient and relatives suggestions and assistance when helping the patients to follow the appropriate self-care behaviors in order to prevent complications or the necessary route if complications occur. It was evident that perceived self-efficacy and social support were essential and extremely helpful for the patient and contributed to effective self-care. Therefore, the researcher was interested in studying perceived self-efficacy to perform self-care behaviors, receiving social support, and self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck that received radiotherapy. The study was aimed towards gathering information regarding the problems and needs of

the patients in order to develop a nursing plan and provide patients the appropriate and most effective assistance.

Research Objectives

To study:

1. Self-care behavior of the patients with cancer of the head and neck that received radiotherapy.
2. Perceived self-efficacy of the patients with cancer of the head and neck that received radiotherapy.
3. Receiving social support from family members, relatives, and health personnel.
4. The relationship between perceived self-efficacy, receiving social support, and self-care behaviors of the patients with cancer of the head and neck that received radiotherapy.

Research Variables

Independent Variables

1. Perceived self-efficacy to perform self-care behavior during radiotherapy treatment.
2. Receiving social support from family members, relatives, and health personnel who provided information, as well as emotional and psychological support, materials, and services while receiving radiotherapy.

Dependent Variables:

Self-care behaviors in regard to caring for the skin area that received radiation, oral and dental hygiene, consumption of food and water, rest and sleep, and exercising the muscles during radiation treatment.

Scope of the Research

This study was carried out with patients who were diagnosed with cancer of the head and neck by physicians and who received only radiotherapy at the Department of Radiology, Siriraj Hospital.

Research Methods

Research Design

This study was a cross-sectional descriptive research.

Population and Samples

The population of this study consisted of patients who were diagnosed with cancer of the head and neck and who were only receiving radiotherapy at the Department of Radiology, 72 Year-Building, First Floor, Siriraj Hospital.

The samples consisted of 72 patients who were diagnosed with cancer of the head and neck and were only receiving radiotherapy at the Department of Radiology, 72 Year-Building, First Floor, Siriraj Hospital.

Inclusion Criteria

1. Those who were patients that were diagnosed with cancer of the head and neck and receiving radiotherapy only.
2. Both males and females.
3. Those patients who received radiotherapy at the 2nd week and until the end of the treatment plan.
4. Those who did not have concomitant illness that would affect their self-care regime in regard to caring or the skin area that received radiation, including heart disease, hypertension, and diabetes mellitus.
5. Those who were willing to volunteer to give information.

Exclusion Criteria

1. Those who had side effects from radiation and could not give information through an interview.
2. Those who were uncomfortable, unhappy, and wanted to withdraw from the study.
3. Those who moved and received treatment from another hospital or who died during the treatment.

Research Instrument

The instrument used in this study for collecting data was the interview schedule developed by the researcher in accordance with the research conceptual framework and objectives. The instrument was divided into 4 parts as follows:

- Part 1: Personal characteristics and social characteristics
- Part 2: Perceived self-efficacy to perform self-care behaviors during radiotherapy treatment
- Part 3: Receiving social support from family members, relatives, and hospital staff
- Part 4: Self-care behaviors during radiotherapy treatment

Research Procedures

After the approval has been issued by the Ethical Committee, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, the researcher collected data by himself, by doing the following stages:

Preparatory Stage

The researcher got the introducing letter from the School of the Graduate Studies, Mahidol University and submitted the letter to the head Department of Radiology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University in order to inform all participants of the research project. The letter asked for the cooperation of

the physicians, nurses, and the radiologists, of the Department of Radiology, 72-Year Building, First Floor, Siriraj hospital, to collect data during the official allotted time.

Implementation Stage

The researcher contacted the head nurse of the Medical Check-up Room, 72-Year Building, First Floor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital in order to inform her of the details of the research project and to ask her permission to collect information from the cancer patients who received radiotherapy at the 2nd week and until the end of the treatment plan.. The reason for this specific week is during this period of time, the patients will suffer the most severe side effects. The goal is for patients to be prepared and participate in skills training regarding self-care in addition to receiving the necessary moral support. The steps in data collection were performed as follows:

1. The researcher checked the patients' health records in order to see who received radiotherapy and afterwards developed the name-list of the patients who met the inclusion criteria.
2. The patients, in accordance with name-list, have been contacted by the researcher in order to inform them about the research objectives and the details of the research procedures. This includes receiving the consent from the patients to participate in the project as well as providing the confidence that their rights will be protected and the data will be kept confidential. The written documents stating the research details were distributed to the selected patients /relatives.
3. After the patients agreed to participate in the research project, the written consent forms were then signed by the patients/relatives. The appointments were made with the patients for an interview.
4. In interviewing the samples, a private and quiet place was set in order to provide an atmosphere for a positive relationship which was necessary to establish before starting the interview. The part of the interviewing schedule on personal data was asked first because it was easy for the interviewees to answer; then, the parts on self-care behavior and perceived self-efficacy, and social support respectively were to follow.

5. During the interview, if the interviewees had questions about the questions in the interview schedule, the researcher would provide suggestions or explanations including listening to the problems that the patients wanted to ask or to express their opinions.

6. During the interview, if the interviewees did not feel comfortable to answer the questions, they could refuse to provide the information or withdraw from the research project with no effects on the patients' treatment services.

7. At the end of the interview, the completeness of the interview schedules was checked again.

8. The data from the interview schedules were coded and recorded in the computer for statistical analysis.

Data Analysis

After the data were collected and checked for the completeness and correctness, the data were coded and analyzed by using the programmed computer. The statistics were computed as follows:

1. Descriptive Statistics

1.1 The data regarding personal and social characteristics, treatment cost, illness status of cancer of the head and neck, place of residence while getting treatment, and the care-providers who provided assistance and suggestions, were analyzed by computing frequency and percentage.

1.2 Level of perceived self-efficacy of performing self-care behavior, social support and self-care behaviors were analyzed by computing frequency, percentage, and standard deviation.

2. Analytical Statistics

2.1 The relationship between personal and social characteristics and self-care behaviors was tested by using Chi-square test.

2.2 The relationship between perceived self-efficacy to perform self-care behavior, social support, and self-care behaviors were tested by using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Research Results

It was found that: most of the samples were males (85.3%) and 14.7 percent were females; aged between 41-60 years (48.0%) and 46.6% aged 60 years and over; most of them were married (7.0%) and resided in up-countries (79.3%); 53.3 percent finished primary school; 48.0 percent were traders/had personal business while 24.0 percent were agriculturists; 40.0 percent did not have any income while 36.7 percent had monthly income of 10,000 baht and less, and the average monthly income was found to be 7,578 baht.

Most of the respondents had medical insurance through the Golden Medical Card ((54.7%). In regard to the impacts of their illness on the family's financial situation, 35.5 percent responded that their illness did not have any impact on their financial situation while 24.7 percent mentioned that their illness affected on their financial situation at a 'moderate' level. There were 52.0 percent of the patients who had the 3rd stage cancer of the head and neck and the area that was affected most by cancer was larynx (40.0%). Most of the samples had never received radiotherapy, of whom, most of them had the affected area at the larynx. There were 31.3 percent of the samples had to receive 33 times of radiotherapy treatment, and all of them have to receive radiotherapy 5 days a week. At the day of interview, 32.0 percent of the samples have received radiotherapy for 2-25 times. In regard to complications from radiotherapy, 46.7 percent had sore- throat.

During receiving radiotherapy, most of the sampled patients stayed at their own houses/children's houses (54.0%) and 42.0 percent had their children accompanied them when they came to get radiotherapy while 32.7 percent and 20.0 percent mentioned that their husbands/wives accompanied them, and they came by their own, respectively. In regard to the caretakers at home, 52.0 percent mentioned husbands/wives, while 30.7 percent, 8.7 percent and 8.0 percent mentioned their children, relatives, and themselves respectively. While they were at the hospital, the highest percentage of them mentioned their children took care of them (40.0%) and the next group was husbands/wives (36.7%). Almost all of them indicated that they received suggestions about self-care while receiving radiotherapy from nurses (95.3%) whereas the next were physicians, and staff of Radiology Unit (68.7% and 22.7% respectively).

Most of the respondents had a 'moderate' level of perceived self-efficacy to perform self-care behaviors while receiving radiotherapy (53.3%) while 34.7 percent and 12.0 percent had a 'high' and 'low' levels of perceived self-efficacy respectively.

The highest percentage of the samples received a 'high' level of social support (94.0%) while 6.0 percent had received a 'moderate' level of social support. Most of the samples were found to have 'high' level of self-care behaviors while 29.3 percent and 0.7 percent had a 'moderate' and a 'low' level of self-care behavior respectively.

The results of the relationship analysis between personal and social characteristics in regard to sex, age, marital status, educational level, occupation, monthly income, time duration of having illness, disease stage, the affected location, times of receiving radiotherapy, and self-care behaviors among the patients with cancer of the head and neck, by using Chi-square test, showed that:- there was no significant relationship between sex, time duration of having illness, the affected location, the time of receiving radiotherapy on the day of interview and self-care behavior ($p\text{-value} > 0.005$).

Discussion

Personal and Social Characteristics

Sex. No significant relationship was found between sex and self-care behaviors of the sampled cancer patients. This finding should be due to the fact that both male and female samples, before getting radiotherapy, had been educated about self-care behaviors while receiving radiotherapy by staff nurses. Following-up activities had also been done to take care of patients' symptoms and to provide assistances periodically. Therefore, no significant relationship was found between males and females in regard to self-care behaviors. This finding was agreed with the study of Sukunya Tachachokewiwatna (2001) who found that there was no relationship between sex and the total self-care behaviors and quality of life of cancer

patients, and the study of Buawasara Wechapun (2005) also showed no relationship between sex and self-care ability of cancer patients who received radiotherapy.

Age. Significant relationship was found between the age and self-care behaviors among patients with cancer of the head and neck ($p\text{-value}=0.005$). It revealed that the younger cancer patients would have better self-care behaviors than older patients. According to the result of this study, the samples aged lower than 60 years were found to practice better self-care behaviors than those whose age was over 60 years. This finding agreed with the study of Sukunya Tachachokewiwatna (2501) who discovered that there was a negative relationship between the age and the total self-care behaviors of the cancer patients. Younger cancer patients were found to practice better self-care behavior than the older ones. A similar study was found in the study of Urai Khuynak (1997), where the age of patients with cancer of the head and neck did not relate significantly with their adjustment.

Marital Status. Significant relationship was found between marital status and self-care behaviors of the sampled cancer patients ($p\text{-value}=0.010$). This finding revealed that the samples with different types of marital status had performed different self-care behaviors. The result of this research showed that 76.0 percent of the married sampled patients had a “high” level of correct self-care behaviors compared to those who were single/widowed/divorced/separated (24.0%). This finding was congruent with the study of Arunya Lumputha (2005) who found that the patients with cervical cancer who had different marital statuses had different self-care behaviors. In contrast, the study of Sukunya Tachachokewiwatna (2001) showed that there was no relationship between marital status and the total self-care behavior. Whether the status was married/single/divorced/widowed/or separated, it did not affect the total self-care behaviors and quality of life of the patients with cervical cancer.

Educational Level. Significant relationship was found between educational levels and self-care behaviors of the patients with cancer of the head and neck ($p\text{-value}=0.015$). This revealed that the samples with a low level of education would have a ‘low’ level of self-care behavior while the samples with a high educational

level would have a 'high' level of self-care behavior. The result of the study found that the samples with a 'high' educational level would have greater success following the correct self-care behavior compared to those who were not well educated. This finding was supported by a study by Sukunya Tachachokewiwatna (2005) who found that education related significantly with total self-care behaviors. Ultimately those patients who had higher degrees of education followed the self-care protocol better than those who had a low level of education. The study of Arunya Lumputha (2005) found that the different levels of education affected the self-care behaviors of cancer patients while receiving radiotherapy in almost all dimensions. However, this finding was contradictory to the study of Supaporn Ongsuriyanond (1993) who found that there was no relationship between educational level and self-care behavior of the patients with cancer of the head and neck.

Occupation. Significant relationship was found between occupation and self-care behavior of the patients with cancer of the head and neck ($p < 0.001$). The study showed that samples who earned their living as government officers, laborers, in addition to unemployed individuals had higher levels of self-care behaviors than traders/personal business people/agriculturists. The study by Sukunya Tachachokewiwatna (2001) disagreed with the above findings and states that there was no relationship between occupation and the total self-care behavior and quality of life. In other words, this study did not find any connection between the occupation or unemployment status of cancer patients and their chosen self-care behavior and quality of life.

Average Monthly Income. Significant relationship was found between the average monthly income and self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck ($p\text{-value} < 0.001$). It was found that the samples that had income performed the proper self-care behavior compared to those who had no income. The study revealed that income was the factor that affected self-care behavior of the sampled group. This was due to the fact that income influences people's lifestyles in regard to responses to basic needs. Therefore the high-income group has a better chance to provide for themselves than those making less income or no income at all.

This finding was supported by the study of Buasara Wechapun (2005) who in addition found that there was a connection between income and self-care behaviors of cancer patients. Ultimately those high income cancer patients had better self-care behaviors than low income patients. This study was not supported by the research of Urai Khluinak (1997) who found that there was no significant relationship between the average monthly income and self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck who were receiving radiotherapy.

Time Duration of Illness. There was no significant relationship between time duration of illness and self-care behaviors of the sampled patients ($p\text{-value}=0.809$). The data showed that there were no differences among patients who had different lengths of illness and their self-care behaviors. This finding was supported by the study of Buasara Wechapun (2005) who found that there was no relationship between the length of time cancer patients were ill receiving chemotherapy and their self-care behaviors. There was a similar finding in the study of Sukunya Tachachokewiwatna (1999) who found that there was no relationship between the duration of being ill and the total self-care behavior have any effect on their total self-care behavior and quality of life.

Stage of the Disease. Significant relationship was found between the stage of cancer and the self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck who received radiotherapy ($p\text{-value}=0.028$). The data revealed that the patients with the first stage of cancer had performed better self-care behavior than those who were in the last stage of cancer. 30 percent of the patients were in stages 1-2 and 70 percent were in stages 3-4. Therefore, among the patients in stages 3-4, the severity of the illness increased along with the side effects from the radiotherapy. These patients were in the worst state of health, especially compared to the cancer patients in stages 1-2. This is because the illness had not spread through the body and therefore they suffered fewer side effects from the radiotherapy. This statement was not supported by the study of Urai Khluinak (1996) who found that the stages of illness did not related with the self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck who received radiotherapy.

The Affected Area. There was no significant relationship between the affected area and self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck (p -value=0.121). It was found that cancer patients with different affected areas of cancer did not have different self-care behaviors. This indicated that no matter the affected area, it is always possible to perform the proper health-care behaviors. This finding was supported by the study of Sukunya Tachachokewiwatna (2001) who found that there was no relationship between the affected cancerous area and the total self-care behavior and quality of life of cancer patients. In conclusion no matter the affected area, cancer patients may suffer from various physical and psychological effects but there is no direct connection to their self-care behaviors.

Number of Times to Receive Radiotherapy. There as no significant difference found between the number of times radiotherapy treatment was received and the self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck (p -value=0.678). It was found that the self-care behaviors of patients who received various numbers of radiotherapy treatment did not differ. This finding was not supported by the study of Urai Khluinak (1997) who found that the number of times receiving radiotherapy directly affected the self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck in a negative manner. This specific study showed that if there were fewer sessions of radiotherapy had a better time adjusting to the treatment; therefore those receiving a greater number of radiotherapy treatments had a more difficult time.

Caretakers at Home. Significant relationship was found between the caretakers at home and self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck (p =0.006). The data showed that the samples that had caretakers at home had a 'high' level of correct self-care behaviors; especially in comparison to those who did not have anyone to care for them at home. Caretakers who provided care at home include: husbands/wives (52.0%) and children (30.7%). This study shows that when the cancer patients had the necessary psychological support and encouragement, they had the strength and ability to cope with the many obstacles they faced. Their ability cope was far greater than those who did not have any caretakers. This finding was

parallel to the study of Arunya Lumputha (2005) who specifically found that as long as the patient respected their caretaker, they performed better self-care behaviors.

Caretakers at the hospital. It was found that caretakers at the hospital had a significant effect on the self-care behaviors of patients with cancer of the head and neck ($p\text{-value}=0.013$). It was found that the samples who had individuals to care for them during their stay in the hospital, they had better self-care behaviors. Those who gave the highest percentage of care were their children (40.0%). This finding was due to the fact that most of the samples were older patients. Therefore older patients are less active and need assistance in attending services at the hospital.

Previous Illness. There was no relationship between patients' previous illnesses and self-care behaviors among patients with cancer of the head and neck. The samples who received radiotherapy and the number of times they had treatment did not relate to their self-care behaviors. The data showed that even though patients received radiotherapy, the amount of therapy did not affect their self-care behaviors. This finding was supported by the study of Sukunya Tachachokewiwatna (2001) who found that no matter the previous self-care methods, it did not relate with the quality of life of cancer patients. In other words, previous self-care behaviors did not relate with their total health care behavior and quality of life.

Perceived Self-Efficacy During Radiotherapy. Significant relationship was found between perceived self-efficacy in performing self-care behaviors and the actual self-care behaviors of the cancer patients at the level of $p\text{-value}<0.001$, with a 'high' positive relationship ($r=0.955$). The data showed that the sampled patients with a 'high' level of perceived self-efficacy were found to perform a 'high' level of self-care behaviors. When the sampled patients acknowledged the benefits of the necessary self-care behaviors, they felt confidently that they could and therefore would successfully perform the proper care for themselves. When considering the specific dimensions concerning the proper care, a significant relationship was found between perceived self-efficacy and the following self-care behaviors: oral and dental hygiene ($p<0.001$); food and water consumption ($p<0.001$), with the 'low' and positive

relationship ($r=0.390$); rest and sleep ($p<0.001$) with a 'low' and positive relationship ($r=0.651$); and exercising the affected muscles that received radiation ($p<0.001$) with 'high' and positive relationship ($r=0.651$). This finding means that the samples who had a 'high' level of perceived self-efficacy in regard to oral and dental hygiene, food and water consumption, rest and sleep, and exercise for the affected muscles during radiation treatment, performed the proper self-care behaviors. This finding was supported by the study of Worawan Nuaklong (2000) who stated that there was a positive relationship between perceived self-efficacy and the quality of life of cancer patients while receiving radiotherapy.

Social Support. No significant relationship was found between social support and self-care behaviors of the sampled patients ($p\text{-value}>0.05$). But after careful consideration, the specific types of social support regarding information about self-care behavior ($p\text{-value}<0.005$) with the positive low relationship ($r=0.227$). It was found the samples who received information about self-care behavior were found to perform correct self-care behaviors. This finding revealed that after the patients received information about the proper self-care behaviors from nurses before and after radiation, it helped them gain the knowledge on what to do. This resulted in fewer complications from radiotherapy which relates then directly with correct self-care behaviors. This study was supported by the research of Buasara Wechapun (2005) who found that factors regarding self-care and social support of health personnel had a positive relationship with self-care behaviors of cancer patients who received chemotherapy. A similar finding was also found in the study of Arunya Lumputha (2005) who discovered that social support in regard to information gathered from family members and health personnel affected the patient's self confidence during treatment and allowed for better self-care behaviors.

Recommendations from Research Results

1. As it was found that the sampled patients had a 'high' level of perceived self-efficacy even though the high percentage of the samples were adults (aged 41 years and over) with a low educational level, this factor was not an obstacle in the self-

care performances. This finding was due to the fact that the samples had received recommendations about the proper self-care behaviors before and during the radiotherapy treatment; in addition to understanding the correct self-care behaviors in order to have fewer side effects. By following these guidelines and acknowledging the recommendations by the nursing staff, patients who suffer from various illnesses should also follow the necessary protocol in order to maximize the benefits for patients and their families.

2. The other related hospitals and organizations should provide services for promoting self-care behaviors for the patients who received radiotherapy in regard to exercise for the affected areas, oral and dental care, and proper food and water consumption. In addition relatives and caretakers of patients should participate in the learning process towards understanding the necessary care and support for the patient.

Recommendations for Furthering Research

The qualitative research should be carried on by using in-depth interviews with patients with cancer of the head and neck who received radiotherapy in order to understand the real problems and obstacles the patients face. The data will be beneficial for promoting a better quality of life for cancer patients.

บรรณานุกรม

- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. สถิติการตายตามสาเหตุที่สำคัญ. [วันที่อ้างถึง 30 สิงหาคม 2550]. ที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- กุลธร เทพมงคล [อินเทอร์เน็ต]. มะเร็งศีรษะและลำคอ (Squamous cell carcinoma of Head and Neck). [วันที่อ้างถึง 9 ธันวาคม 2549]. ที่มา: <http://22mhtech.dmh.moph.go.th>.
- ชญาพร คงเพ็ชร. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529.
- ธวัชชัย งามสันติวงศ์. หลักการและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ 21 เซ็นจูรี จำกัด; 2538.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
- บัวธร เวชพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2548.
- ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง, จิราภรณ์ ทองสุโชติ, นิตยา สุทธิยุทธ์ และคณะ. โครงการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี. งานการพยาบาลรังสีรักษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. 2540.
- ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์. Head and neck cancer. ใน. วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงศ์ และชนวิรัตน์ เทศะวิบูล (บรรณาธิการ). **Manual of Radiation Oncology**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

- ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. สถิติโรคมะเร็ง. [วันที่อ้างถึง 30 กันยายน 2550]. ที่มา: http://www.hoanngoc-th.com/index.php?lay=boardshow&ac=webboard_show&Category=hoanngoc-thcom&thispage=1&N0=279024
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และจิระภา ตันนันทน์. **ตำรารังสีรักษา ฟิสิกส์ ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด; 2534.
- พรชัย โอเจริญรัตน์. Diagnostic evaluation and staging. ใน. ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ (บรรณาธิการ). **Head Neck and Breast Surgery vol. IV Head Neck**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด; 2547.
- ไพรัช เทพมงคล. **รวมเรื่องการบรรยายในการอบรมการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยมะเร็งสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเพื่อสถาบันมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช; 2520.
- ไพรัช เทพมงคล. **จะปฏิบัติอย่างไรเมื่อฉายแสง**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2527.
- ไพรัช เทพมงคล. **Hormonal therapy ในการรักษาโรคมะเร็ง**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. ทฤษฎีและโมเดลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม. ใน. สุปรียา ตันสกุล (บรรณาธิการ). **โครงการตำราเล่มที่1 ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์; 2548.
- วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย. **รังสีรักษา : โรคมะเร็งของศีรษะและลำคอ**. หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2532.
- วรวรรณ เหนือคลอง. **ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
- ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ, พัสมณห์ คุ่มทวีพร. **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ การตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ฮายานุสะ กราฟฟีก; 2548.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม Theories and Techniques in Behavior Modification**. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2549.

- สาวิตรี เมาฟีกุลไพโรจน์. Head and neck cancer. ใน. วรชัย รัตนธรราร (บรรณาธิการ). **ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2 Textbook of medical oncology 2**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮลิสติก แพบลิชชิงจำกัด; 2541.
- สุกัญญา เตชะโศกวัฒน์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาศาสาธาณสุข. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
- สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีปัญญาสังคม Social cognitive theory. ใน. สุปรียา ตันสกุล (บรรณาธิการ). **โครงการตำรา เล่มที่1 ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทร์การพิมพ์; 2548.
- สุภาพร องค์สุริยานนท์. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
- สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ. มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ Carcinoma in Head and Neck. ใน. กริธา ม่วงทอง และคณะ (บรรณาธิการ). **ตำราโรค หู คอ จมูก**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: นวัตกรรมการพิมพ์; 2548.
- สุรินทร์ นิยมมางกูร. **เทคนิคการสูมตัวอย่าง**. พิมพ์ครั้งที่5 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.
- อรัญญา ลำพูททา. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
- อุไร ขลุ่ยนาค. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540. Baird, S.B. et al. **Cancer Nursing A Comprehensive Text Book**. Philadephia: W.B.Saunders Company; 1991.

- Bloom, B.S. Mastery learning. In J. H. Block (Ed), **Mastery learning: Theory and practice.** (pp.47-63). New York: Holt, Rinehart and Winsto; 1971.
- Cobb, S. Social Support as a moderated of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38 September-October;1976.
- Cohen, S., & Syme, S.L. Issues in the study and application of social support. In Cohen, S. & Syme S.L. (Eds), **Social support and health Orlando:** Academic Press; 1985
- Dimond, M., & Jones,S.L. Social support : A review and the oritical integration. In P.L.chin(Ed.), **Advances in Nursing Theory Development Meryland:** An Aspen Publication; 1983.
- Kahn, R.L. **Aging and social support.** In aging from birth to death: Interdisciplinary perspective Corolado: WestviewPress; 1979
- Mika Kobayashi, Taro Sugimoto, Ayako Matsuda, Eisuke Matsushima, & Seiji Kishimoto. Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer : A pilot study. **Head and neck jounal for the sciences and specialties of the head and neck.** 30 (October); 2008.
- Norbeck, K. The use of social support in clinical practice. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science**, 20 (December); 1982.
- Pender, N.J. **Health promotion in nursing practice.** USA: Appleton and Lange; 1996.
- Quirine C.P. Ledebouer, Marinella P. J. Offerman, Lilly-Ann van der Velden, Maarten F. de Boer, & Jean F. A. Pruyn. Experience of palliative care for patients with head and neck cancer through the eyes of next of kin. **Head and neck jounal for the sciences and specialties of the head and neck.** 30 (April); 2008.
- Shirley E. Otto. Oncology nursing. (2nd ed). United States of America: maple-vail book mfg.group; 1994.
- Somchit Hanucharurnkul. **Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.** A dissertation of the requirements for the degree of doctor of philosophy(nursing). In the Graduate School of Wayne State University; 1988.
- Thoit, P.A. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health Social Behavior**,23; 1982.

Tilden, V.P. Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health*. 8 (June); 1985.

Tumour Registry Siriraj Cancer Center. **Statistical Report 2000-2005**. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิชการพิมพ์





ภาคผนวก ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) มีรายละเอียดดังนี้

เพศ จากการศึกษพบว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p\text{-value}=0.272$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

อายุ จากการศึกษพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.005$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่า สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.010$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยก

ระดับการศึกษา จากการศึกษพบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.015$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่สูง มีผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี (n=150)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ ลักษณะทางสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง				X ²	df	p
	ถูกต้อง		ถูกต้อง				
	น้อยและปานกลาง		มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	36	28.1	92	71.9	1.461	1	0.272
หญิง	9	40.9	13	59.1			
อายุ							
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 40 ปี	2	25.0	6	75.0	10.497	2	0.005
41-60 ปี	13	18.1	59	81.9			
มากกว่า หรือ เท่ากับ 61 ปี	30	42.9	40	57.1			
สถานสมรส							
โสด/หม้าย/ หย่า/ แยก	17	47.2	19	52.8	6.690	1	0.010
คู่	28	24.6	86	75.4			
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน หรือ ประถมศึกษา	32	39.0	50	61.0	8.328	2	0.015
ระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช	10	24.4	31	75.6			
ปวส หรือ ปริญญาตรี	3	11.1	24	88.9			

อาชีพ จากการศึกษาพบว่า อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ รับจ้างและไม่ได้ทำงานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกร

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี (n=150)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ ลักษณะทางสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง				X ²	df	p
	ถูกต้อง		ถูกต้อง				
	น้อยและปานกลาง		มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อาชีพ							
ไม่ได้ทำงาน	4	20.0	16	80.0	34.673	4	<0.001
เกษตรกรกรรม	24	66.7	12	33.3			
รับจ้าง	10	18.2	45	81.8			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	35.3	11	64.7			
รับราชการ	1	4.5	21	95.5			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							
ไม่มีรายได้	30	50.0	30	50.0	19.202	2	<0.001
น้อยกว่าหรือเท่ากับ10,000 บาท	10	18.2	45	81.8			
10,001-40,000 บาท	5	14.3	30	85.7			

ระยะเวลาที่ป่วย จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ป่วยของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (p-value=0.809) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการป่วยต่างกันแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดีไม่แตกต่างกัน

ระยะของโรค จากการศึกษาพบว่า ระยะของโรคของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.028) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคในระยะที่1-3 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคในระยะที่4

ตำแหน่งของโรคที่เป็น จากการศึกษาพบว่า ตำแหน่งของโรคที่เป็นของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (p-value=0.121) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งของโรคต่างกันแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดีไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับรังสีของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p\text{-value}=0.678$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรังสีต่างกันแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($n=150$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะทางสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง				X ²	df	p
	ถูกต้อง น้อยและปาน กลาง		ถูกต้อง มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะเวลาที่ป่วย							
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	19	27.5	50	72.5	0.425	2	0.809
7-12 เดือน	20	32.8	41	67.2			
มากกว่า 12 เดือน	6	30.0	14	70.0			
ระยะของโรค							
ระยะที่ 1-2	13	29.5	31	70.5	7.118	2	0.028
ระยะที่ 3	18	23.1	60	76.9			
ระยะที่ 4	14	50.0	14	50.0			
ตำแหน่งของโรคที่เป็น							
จมูก ขากรรไกร ลิ้น ต่อมไทรอย	16	30.2	37	69.8	6.467	4	0.121
กล่องเสียง	11	18.3	49	81.7			
ช่องปาก หลอดคอ คอหอย	14	37.8	23	62.2			
จำนวนครั้งที่ได้รับรังสี ณ วันเก็บข้อมูล							
1-15 ครั้ง	3	15.8	16	84.2	4.227	6	0.678
16-20 ครั้ง	13	28.9	32	71.1			
21-25 ครั้ง	16	33.4	32	66.7			
26-35 ครั้ง	9	23.7	29	76.3			

บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.006$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลคอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี โดยบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือมากที่สุด ได้แก่ สามี/ภรรยา และบุตร

บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.013$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลคอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่โรงพยาบาล มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดี โดยบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือมากที่สุด ได้แก่ สามี/ภรรยา รายละเอียดดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($n=150$)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ ลักษณะทางสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง				X ²	df	p
	ถูกต้อง		ถูกต้อง				
	น้อยและปานกลาง		มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน							
สามี/ภรรยา	17	21.8	61	78.2	12.413	3	0.006
บุตร	17	37.0	29	63.0			
ญาติ/จ้างผู้ดูแล	9	64.3	5	35.7			
ดูแลตนเอง	2	16.7	10	83.3			
บุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่โรงพยาบาล							
สามี/ภรรยา	9	16.4	46	83.6	10.729	3	0.013
บุตร	22	36.7	38	63.3			
ญาติ/จ้างผู้ดูแล	7	58.3	5	41.7			
ดูแลตนเอง	7	30.4	16	69.6			

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความสามารถ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษารายชื่อ

2.1 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 ยังมีความไม่มั่นใจว่า ขณะอาบน้ำจะสามารถระวังหรือป้องกันไม่ให้น้ำถูกผิวหนังบริเวณที่ฉายแสงได้ แต่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาในด้าน การไม่ใช้สบู่ ไม่ใช้ครีมหรือยาทาผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี

ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลความสะอาดปากฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีการรับรู้ความสามารถด้านการเลือกซื้อแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม เลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และมีสไมล์จัดในการแปรงฟัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ความสามารถในการบ้วนปากและการสังเกตอาการผิดปกติที่มีความถี่สูงเช่นกัน

ด้านการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถด้านการเลือกอาหารที่ควรรับประทานก่อนข้างสูง เช่น ควรรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่มรสจืด หรือดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ดื่มน้ำผลไม้หรือนมระหว่างมือได้

ด้านการรับรู้ความสามารถในการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าสามารถนอนหลับเวลากลางคืนได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อคืนโดยไม่ต้องรับประทานยานอนหลับ

ด้านการรับรู้ความสามารถในการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจสูงว่าสามารถบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงในแต่ละส่วนได้ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณปาก และคอ เป็นต้น ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด		มั่นใจมาก		มั่นใจน้อย		มั่นใจน้อยมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา								
1. ขณะอาบน้ำ สามารถระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำ	82	54.7	22	14.7	24	16.0	22	14.7
2. ขณะอาบน้ำ จะไม่ขัดถู หรือไม่ใช้สบู่บริเวณที่ฉายรังสีได้	139	92.7	3	2.0	0	0.0	8	5.3
3. จะไม่ใช้ครีมหรือยาทาบรรเทาอาการแฉะมีอาการคัน หรือปวดแสบปวดร้อนผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี	150	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. สามารถอดทน ไม่เกา หรือ ถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี แม้จะมีอาการคัน	107	71.3	39	26.0	0	0.0	4	2.7
5. สามารถดูแลเส้นที่ขีดไว้ที่ผิวหนังแสดงบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้ลบบายไปได้	128	85.3	20	13.3	2	1.3	0	0.0
การดูแลความสะอาดปากฟัน								
6. สามารถหาซื้อแปรงสีฟันที่มีขนาดเล็ก ขนแปรงอ่อนนุ่มเพื่อใช้แปรงฟันได้	0	0.0	113	75.3	8	5.3	29	19.3
7. สามารถเลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และไม่มีรสเย็นจัดได้	0	0.0	111	74.0	6	4.0	33	22.0
8. สามารถแปรงฟันหลังอาหารได้ทุกครั้ง หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน	0	0.0	131	87.3	0	0.0	19	12.7
9. สามารถใช้น้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกครั้งร่วมกับการแปรงฟันได้	0	0.0	139	92.7	5	3.3	6	4.0
10. สามารถสังเกตอาการผิดปกติ หลังการฉายรังสีได้ เช่น เชื้อราช่องปากอักเสบ ลิ้นเป็นฝ้าขาว ฟันผุ เหงือกอักเสบ	0	0.0	125	83.3	18	12.0	7	4.7
11. แม้จะมีเชื้อราช่องปากอักเสบหรือเป็นแผล สามารถทำความสะอาดช่องปากและฟันได้ทุกวัน โดยไม่กลัวเจ็บ	0	0.0	134	89.3	10	6.7	6	4.0

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด		มั่นใจมาก		มั่นใจน้อย		มั่นใจน้อยมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ								
12. แม้จะรู้สึกเจ็บคอ ก็สามารถรับประทานอาหาร โดยเลือกอาหารที่อ่อนนุ่ม รสจืดได้ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก	0	0.0	126	84.0	3	2.0	21	14.0
13. สามารถรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ทุกมื้ออาหารได้	0	0.0	105	70.0	18	12.0	27	18.0
14. สามารถรับประทานอาหารประเภททอด หรือย่าง หรืออาหารมันๆ ได้ เช่น ไก่ทอด หมูทอด หรือ แกงกะทิ	0	0.0	136	90.7	7	4.7	7	4.7
15. สามารถจิบ/ดื่มน้ำ หรือน้ำผลไม้ได้บ่อยๆ แม้จะรู้สึกเจ็บคอ	0	0.0	115	76.7	20	13.3	15	10.0
16. สามารถดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วได้	118	78.7	28	18.7	0	0.0	4	2.7
17. ระหว่างที่รอฉายแสง หากรู้สึกกระหายน้ำ สามารถหาน้ำดื่มได้ที่	141	94.0	9	6.0	0	0.0	0	0.0
การพักผ่อนนอนหลับ								
18. สามารถนอนหลับสนิทในเวลากลางคืนได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ	68	45.3	65	43.3	12	8.0	5	3.3

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด		มั่นใจมาก		มั่นใจน้อย		มั่นใจน้อยมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริหารกลัมน้ำบริเวณที่ฉายรังสี								
19. สามารถบริหารกลัมน้ำปาก โดยอ้าปากกว้างๆ และหุบปากบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 20 ครั้งได้	83	55.3	33	22.0	23	15.3	11	7.3
20. สามารถบริหารกลัมน้ำปากโดยขยับปากขึ้นลง และทำปากเบี้ยวมาทางซ้ายและทำปากเบี้ยวมาทางขวา อย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง	83	55.3	34	22.7	22	14.7	11	7.3
21. สามารถบริหารกลัมน้ำคอโดยหันหน้าไปทางซ้ายสุดและค่อยๆ หันไปทางขวาสุด ทำซ้ำๆ ประมาณ 20 ครั้งต่อวันได้	78	52.0	36	24.0	25	16.7	11	7.3
22. สามารถบริหารกลัมน้ำคอโดยก้มศีรษะจนคางชิดอก แล้วค่อยๆ แหงนศีรษะขึ้นจนสุดได้	78	52.0	36	24.0	25	16.7	11	7.3

2.2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างได้รับรังสีรักษา

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างได้รับรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการปฏิบัติตัวระหว่างรับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูล คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก่อนรับรังสีรักษารวมถึงได้เอกสารแผ่นพับให้กลับไปอ่านต่อที่บ้านด้วย อีกทั้งเจ้าหน้าที่จะมีการประเมิน ติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆเป็นระยะๆ ซึ่งถ้าพบอาการผิดปกติก็จะให้การช่วยเหลือ ในส่วนของบุคคลในครอบครัวก็มีส่วนช่วยในการดูแลเป็นอย่างมาก เช่น จัดหาข้อมูลหนังสือมาให้ คอยดูแล ทักเตือนเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความห่วงใย ความใส่ใจ จากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยบุคคลในครอบครัวคอยดูแล ให้ความสนใจ เป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่รับรังสีรักษา

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในด้านการเงิน การทำกิจวัตรประจำวัน การปรุงอาหาร การซักผ้า การจัดหาอาหารเสริม เป็นต้น ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ

ข้อความ	เป็นประจำ		บ่อยครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับรังสีรักษา								
1. ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพก่อนฉายรังสีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ด้วยวิธีการพูดคุย หรืออธิบายจนเข้าใจ	150	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2. ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพหลังฉายรังสีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ด้วยวิธีการพูดคุย หรืออธิบายจนเข้าใจ	150	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. ได้รับแจกเอกสาร แผ่นพับ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	148	98.7	2	1.3	0	0.0	0	0.0
4. เจ้าหน้าที่สอบถามอาการและเน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่ต้องทุกครั้งที่มาฉายรังสี	135	90.0	15	10.0	0	0.0	0	0.0
5. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี เช่น ให้น้ำเย็นปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ	145	96.7	5	3.3	0	0.0	0	0.0
6. เจ้าหน้าที่ติดต่อหรือแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อพบว่ามีอาการแทรกซ้อนมากจากการฉายรังสี	129	86.0	21	14.0	0	0.0	0	0.0
7. แพทย์ให้คำแนะนำและให้การรักษาทุกครั้งที่พบภาวะแทรกซ้อน	144	96.0	6	4.0	0	0.0	0	0.0
8. บุคคลในครอบครัวใช้เวลาทุกครั้งเมื่อต้องการพูดคุยเรื่องสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	116	77.3	33	22.0	1	0.7	0	0.0
9. บุคคลในครอบครัวจัดหาหนังสือหรือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมาให้อ่านเป็นประจำ	79	52.7	52	34.7	18	12.0	1	0.7

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	เป็นประจำ		บ่อยครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. บุคคลในครอบครัวให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติง เมื่อปฏิบัติไม่เหมาะสม เช่น เกา ถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี	114	76.0	35	23.3	0	0.0	1	0.7
11. บุคคลในครอบครัวคอยเตือนเป็นประจำเรื่องการมาตรวจรักษาตามที่หมอนัด	127	84.7	21	14.0	2	1.3	0	0.0
12. บุคคลในครอบครัวพามาพบแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติบริเวณที่ฉายรังสี หรือเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการฉายรังสี	132	88.0	16	10.7	0	0.0	2	1.3
การให้ความช่วยเหลือดูแลด้านอารมณ์และจิตใจระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา	128	85.3	22	14.7	0	0.0	0	0.0
13. ได้รับการรักความห่วงใย การเอาใจใส่ ปลอบโยนจากบุคคลในครอบครัว ตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา	125	83.3	25	16.7	0	0.0	0	0.0
14. บุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป	128	85.3	22	14.7	0	0.0	0	0.0
15. บุคคลในครอบครัวเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยและคอยช่วยเหลือให้ได้รับความสะดวกสบายทั้งกายและใจ	128	85.3	18	12.0	4	2.7	0	0.0
16. บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจสอบถามอาการ และสุขภาพเมื่อได้รับการฉายรังสี	128	85.3	18	12.0	4	2.7	0	0.0

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	เป็นประจำ		บ่อยครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ								
การเงิน การดูแลทั่วไป								
17. บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือทางการเงินเมื่อเริ่มป่วย และได้รับรังสีรักษา	135	90.0	15	10.0	0	0.0	0	0.0
18. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้เองหรือทำไม่สะดวก เช่น การอาบน้ำสระผม การปรุงอาหาร การซักผ้า เป็นต้น	135	90.0	13	8.7	0	0.0	2	1.3
19. บุคคลในครอบครัวจัดหาอาหารเสริมหรือ อาหารบำรุงร่างกายมาให้รับประทานระหว่างที่รับรังสีรักษา	135	90.0	13	8.7	2	1.3	0	0.0

2.3. พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา เช่น ไม่ฟอกสบู่ ไม่ใช้ครีม หนือไม่เกาบริเวณที่รับรังสี แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน ร้อยละ 54 ที่มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการดูแลผิวหนัง เช่น การปล่อยให้ผิวหนังบริเวณที่รับรังสี

พฤติกรรมการดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ มีการแปรงฟันและบ้วนปากหลังอาหาร ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มในการแปรงฟัน บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปาก อีกทั้งยังมีการสังเกตอาการผิดปกติในช่องปากเวลาแปรงฟันบ้วนปากด้วย

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี คือ รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่มรสจืด งดรับประทานอาหารประเภททอด ย่าง มันๆหรือแกงกะทิ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการดื่มนม น้ำผลไม้เป็นอาหารเสริมระหว่างวันด้วย

พฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดี คือ นอนหลับในเวลากลางคืนได้ 6-8 ชั่วโมงโดยไม่ต้องรับประทานยานอนหลับ

พฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการบริหารกล้ามเนื้อในส่วนกล้ามเนื้อปากและคอเกือบทุกวัน ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่าง
ได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ

ข้อความ	เป็นประจำ		บ่อยครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่เคยทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา								
1. เวลาอาบน้ำปล่อยให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำ	32	21.3	14	9.3	23	15.3	81	54.0
2. ใช้สบู่ฟอก และขัดถูขี้ไคลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี	6	4.0	2	1.3	0	0.0	142	94.7
3. ใช้ครีมบำรุงผิว หรือยา ทาบริเวณที่ฉายรังสี	0	0.0	0	0.0	0	0.0	150	100.0
4. เกา ถู หรือขี้นผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เวลาเกิดอาการคัน	4	2.7	0	0.0	43	28.7	103	68.7
5. ปล่อยให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกความร้อน หรือถูกแสงแดดจัดเป็นเวลานานๆ	0	0.0	0	0.0	2	1.3	148	98.7
6. สวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ นุ่มนวล ไม่ให้ระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี	140	93.3	10	6.7	0	0.0	0	0.0
7. สังเกตเส้นที่ขีดไว้ แสดงบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้ลบหายไป	133	88.7	12	8.0	5	3.3	0	0.0
การดูแลความสะอาดปากฟัน								
8. ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มในการแปรงฟัน	110	73.3	8	5.3	0	0.0	32	21.3
9. แปรงฟันวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอน	126	84.0	0	0.0	0	0.0	24	16.0
10. ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และไม่มีรสเย็นจัดในการแปรงฟัน	111	74.0	6	4.0	0	0.0	33	22.0
11. ใช้น้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปาก หลังอาหารทุกมื้อร่วมกับการแปรงฟัน	137	91.3	5	3.3	0	0.0	8	5.3
12. เวลาแปรงฟันสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เยื่อช่องปาก หรือเหงือกอักเสบ ลื่นเป็นฝ้าขาว	122	81.3	18	12.0	9	6.0	1	0.7
13. จิบน้ำบ่อยๆ หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง	137	91.3	10	6.7	3	2.0	0	0.0

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่าง
ได้รับรังสีรักษาเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	เป็นประจำ		บ่อยครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่เคยทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ								
14.รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม รสจืด เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก เป็นต้น	126	84.0	3	2.0	2	1.3	19	12.7
15.รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุกมื้ออาหาร	105	70.0	18	12.0	7	4.7	20	13.3
16.รับประทานอาหารประเภททอด ย่าง เช่น ไก่ทอด หมูทอด ปลาทอด เป็นต้น	1	0.7	0	0.0	9	6.0	140	93.3
17.รับประทานอาหารแกงกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงมัสมั่น เป็นต้น	0	0.0	0	0.0	3	2.0	147	98.0
18.งดรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำ เมื่อรู้สึกเจ็บคอ	20	13.3	20	13.3	21	14.0	89	59.3
19.ดื่มนม หรือน้ำผลไม้ หลังอาหาร หรือระหว่างมื้ออาหาร	125	83.3	18	12.0	2	1.3	5	3.3
20.ดื่มน้ำเปล่าสะอาดอย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว	4	2.7	120	80.0	26	17.3	0	0.0
การพักผ่อนนอนหลับ								
21.นอนหลับเวลากลางคืนได้ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	68	45.3	76	50.7	6	4.0	0	0.0
22.เวลากลางคืนทานยานอนหลับ ก่อนนอน	5	3.3	9	6.0	29	19.3	107	71.3
23. การบริหารกล้ามเนื้อปาก								
23.1 อ้าปาก กว้างๆ และหุบปากบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง	0	0.0	114	76.0	23	15.3	13	8.7
23.2 ขยับปากขึ้นลงทำปากเบี้ยวมา ทางซ้ายแล้วทำปากเบี้ยวมาทางขวา อย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง	0	0.0	115	76.7	22	14.7	13	8.7
24. การบริหารกล้ามเนื้อคอโดยหันหน้าไป ทางซ้ายสุด และค่อยๆหันไปทางขวา สุด ทำซ้ำๆประมาณ 20 ครั้งต่อวัน	0	0.0	112	74.7	25	16.7	13	8.7

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งคำตอบของท่านไม่มีผลต่อการได้รับบริการจากสาขารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการสุขภาพและการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในโอกาสต่อไป ขอขอบคุณท่านที่ให้ข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด มี 12 หน้า แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่	จำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา	จำนวน 25 ข้อ

นางสาวอังกฤ มัจฉกร

นักศึกษาปริญญาโทสาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเขียนข้อความลงในช่องว่างตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบ

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ ปี
3. ภูมิลำเนา () 1 กรุงเทพมหานคร
() 2 ต่างจังหวัด
4. สถานภาพสมรส
() 1 โสด () 2 คู่ () 3 หม้าย / หย่า () 4 แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
() 1 ไม่ได้เรียน () 2 ประถมศึกษา
() 3 มัธยมศึกษาตอนต้น () 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย
() 5 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ () 6 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
() 7 ปริญญาตรี () 8 สูงกว่าปริญญาตรี
() 9 อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ
() 1 รับราชการ () 2 พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() 3 รับจ้าง () 4 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
() 5 เกษตรกรรม () 6 ไม่ได้ทำงาน
() 7 อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (* ถ้ามีผู้ตอบว่าไม่มีรายได้ ให้เขียนว่าไม่มี)
8. (ถามเฉพาะผู้ตอบว่าไม่มีรายได้ในข้อที่ 7) โดยส่วนใหญ่ท่านได้รับเงินเพื่อใช้จ่ายส่วนตัวจากใคร
ระบุ..... เป็นเงินประมาณ.....บาทต่อเดือน

9. ท่านชำระค่ารักษาพยาบาลโดยวิธีใด

- () 1 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากต้นสังกัด () 2 จ่ายค่ารักษาด้วยเงินตัวเอง
 () 3 ใช้สิทธิประกันสังคม () 4 บัตรทอง
 () 5 สังคมสงเคราะห์ () 6 อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. ความเจ็บป่วยและการรักษาก่อให้เกิดปัญหาการเงินในครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด

- () 1 ไม่มีเลย () 2 มีบ้างเล็กน้อย
 () 3 มีปานกลาง () 4 มีมาก

11. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคนี้ นาน.....ปี ระยะของโรคที่เป็น.....

12. ตำแหน่งของโรคที่เป็น.....

13. ท่านเคยรับการรักษาแบบรังสีรักษามาก่อนหรือไม่

- () 1 ไม่เคย
 () 2 เคย จำนวน.....ครั้ง

ตำแหน่งที่ได้รับรังสี () 1 หลอดคอ () 2 จมูก () 3 ขากรรไกร () 4 ลิ้น
 () 5 ช่องปาก () 6 กล่องเสียง () 7 ต่อมน้ำลาย () 8 คอหอย () 9 ต่อมน้ำลาย

14. ระยะเวลาที่แพทย์ระบุให้รับรังสีรักษาในครั้งนี้รวม.....สัปดาห์

และท่านต้องได้รับรังสีรักษาสัปดาห์ละ.....วัน

15. ณ วันที่สัมภาษณ์ท่านได้รับรังสีเป็นครั้งที่.....

16. ระหว่างรับรังสีรักษา ท่านพักอาศัยกับใคร

- () 1 บ้านของตนเอง หรือบุตร
 () 2 บ้านญาติ (ระบุความสัมพันธ์).....
 () 3 บ้านคนรู้จัก หรือเพื่อนฝูง
 () 4 บ้านพักสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย / หรือบ้านพักของสถาบันมะเร็ง
 () 5 อื่นๆ โปรดระบุ.....

17. บุคคลที่มาโรงพยาบาลกับท่านเพื่อเป็นเพื่อนหรือคอยดูแลท่านหลังจากท่านได้รับรังสีรักษาคือใคร

- () 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ.....

18. ระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา บุคคลใดที่คอยดูแลและให้การช่วยเหลือท่านมากที่สุด

- 1) บุคคลที่ดูแลท่านมากที่สุดเมื่ออยู่ที่บ้าน คือ
- 2) บุคคลที่ดูแลท่านมากที่สุดเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล คือ

19. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาจากใครบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| () 19.1 แพทย์ | () 19.2 พยาบาล |
| () 19.3 เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา | () 19.4 อื่นๆ โปรดระบุ..... |

20. ท่านมีอาการแทรกซ้อนจากการฉายรังสีอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| () 1 เจ็บภายในช่องปาก | () 2 เชื้อในช่องปากอักเสบ |
| () 3 เจ็บคอ | () 4 กลืนอาหารลำบาก |
| () 5 เจ็บคอมากเวลากลืนอาหาร | () 6 น้ำลายน้อยลง |
| () 7 ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเป็นแผล | () 8 อ่อนเพลีย |
| () 9 นอนไม่หลับ | () 10 เบื่ออาหาร |
| () 11 คลื่นไส้ | () 12 อาเจียน |
| () 13 อื่นๆ..... | |

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อความ	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ น้อยมาก
การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา				
1. ขณะอาบน้ำ ท่านสามารถระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำ				
2. ขณะอาบน้ำ ท่านจะไม่ขัดถู หรือไม่ใช้สบู่ บริเวณที่ฉายรังสีได้				
3. ท่านจะไม่ใช้ครีมหรือยาทาบรรเทาอาการ แม้จะมีอาการคันหรือปวดแสบปวดร้อนผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี				
4. ท่านสามารถอดทน ไม่เกา หรือ ถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี แม้จะมีอาการคัน				
5. ท่านสามารถดูแลเส้นที่ขีดไว้ที่ผิวหนังแสดงบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้ลบหายไป				
การดูแลความสะอาดปากฟัน				
6. ท่านสามารถหาซื้อแปรงสีฟันที่มีขนาดเล็กและขนแปรงอ่อนนุ่มเพื่อใช้แปรงฟันได้				
7. ท่านสามารถเลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และไม่มีรสเย็นจัดได้				
8. ท่านสามารถแปรงฟันหลังอาหารได้ทุกครั้ง หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน				
9. ท่านสามารถใช้น้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อร่วมกับการแปรงฟันได้				
10. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติ หลังการฉายรังสีได้ เช่น เชื้อราช่องปากอักเสบ, ลิ้นเป็นฝ้าขาว, ฟันผุ, เหงือกอักเสบ				
11. แม้จะมีเชื้อราช่องปากอักเสบหรือเป็นแผล ท่านสามารถทำความสะอาดช่องปากและฟันได้ทุกวัน โดยไม่กลัวเจ็บ				
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ				
12. แม้จะรู้สึกเจ็บคอ ท่านก็สามารถรับประทานอาหาร โดยเลือกอาหารที่อ่อนนุ่ม และรสจืดได้ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก				
13. ท่านสามารถรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ทุกมื้ออาหารได้				

ข้อความ	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ น้อยมาก
14. ท่านสามารถ รับประทาน อาหารประเภททอด หรืออย่าง หรืออาหารมันๆ ได้ เช่น ไก่ทอด หมูทอด หรือ แกงกะทิ				
15. ท่านสามารถจิบ/ดื่มน้ำ หรือน้ำผลไม้ ได้บ่อยๆ แม้จะรู้สึกเจ็บคอ				
16. ท่านสามารถดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วได้				
17. ระหว่างที่รอฉายแสง หากรู้สึกกระหายน้ำ ท่านสามารถ หาน้ำดื่มได้ทันที				
การพักผ่อนนอนหลับ 18. ท่านสามารถนอนหลับสนิทในเวลากลางคืนได้ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ				
การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี 19. ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อปาก โดยอ้าปากกว้างๆ และ หุบปากบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 20 ครั้งได้				
20. ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อปากโดยขยับปากขึ้นลง และ ทำปากเบี้ยวมาทางซ้าย แล้วทำปากเบี้ยวมาทางขวา อย่าง น้อยวันละ 20 ครั้งได้				
21. ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อคอโดยหันหน้าไปทางซ้าย สุดและค่อยๆหันไปทางขวาสุด ทำซ้ำๆประมาณ 20 ครั้ง ต่อวันได้				
22. ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อคอโดยก้มศีรษะจนกลาง ซดอก แล้วค่อยๆแหงนศีรษะขึ้นจนสุดได้				

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้รับ
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับรังสีรักษา				
1. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพก่อนฉายรังสีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ด้วยวิธีการพูดคุย หรือ อธิบายจนเข้าใจ				
2. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพหลังฉายรังสีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ด้วยวิธีการพูดคุย หรือ อธิบายจนเข้าใจ				
3. ท่านได้รับแจกเอกสาร แผ่นพับ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล				
4. เจ้าหน้าที่สอบถามอาการและเน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับท่านทุกครั้งที่มาฉายรังสี				
5. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเมื่อท่านมีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี เช่น ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ				
6. เจ้าหน้าที่ติดต่อหรือแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อพบว่าท่านมีอาการแทรกซ้อนมากจากการฉายรังสี				
7. แพทย์ให้คำแนะนำและให้การรักษาแก่ท่านทุกครั้งที่พบภาวะแทรกซ้อน				
8. บุคคลในครอบครัวให้เวลาท่านทุกครั้งเมื่อท่านต้องการพูดคุยเรื่องสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่				
9. บุคคลในครอบครัวจัดหาหนังสือ หรือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านมาให้อ่านเป็นประจำ				
10. บุคคลในครอบครัวให้ข้อเสนอแนะ หรือ ท้วงติงเมื่อท่านปฏิบัติไม่เหมาะสม เช่น เคา ดูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี				
11. บุคคลในครอบครัวคอยเตือนท่านเป็นประจำเรื่องการมาตรวจรักษาตามที่หมอนัด				

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้รับ
12. บุคคลในครอบครัวพาท่านมาพบแพทย์ เมื่อเกิดอาการ ผิดปกติบริเวณที่ฉายรังสี หรือเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการฉายรังสี				
การให้ความช่วยเหลือดูแลด้านอารมณ์และจิตใจระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา				
13. ท่านได้รับความรักความห่วงใย การเอาใจใส่ ปลอบโยนจากบุคคลในครอบครัว ตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา				
14. บุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจให้ท่านในการดำเนินชีวิตต่อไป				
15. บุคคลในครอบครัวเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของท่านและคอยช่วยเหลือให้ท่านได้รับความสะดวกสบายทั้งกายและใจ				
16. บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจ สอบถามอาการ และสุขภาพของท่านเมื่อท่านได้รับการฉายรังสี				
การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป				
17. บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือท่านทางด้านการเงินเมื่อท่านเริ่มป่วย และได้รับรังสีรักษา				
18. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันที่ท่านไม่สามารถทำได้เองหรือทำไม่สะดวกเช่น การอาบน้ำสระผม การปรุงอาหาร การซักผ้า เป็นต้น				
19. บุคคลในครอบครัวจัดหาอาหารเสริม หรือ อาหารบำรุงร่างกายมาให้ท่านรับประทานระหว่างที่รับรังสีรักษา				

ส่วนที่ 4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ
การดูแลผิวหนังขณะที่ได้รับรังสีรักษา				
1. เวลาอาบน้ำ ท่านปล่อยให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำ				
2. ท่านใช้สบู่ฟอก และขัดถูผิวเคลือบบริเวณที่ฉายรังสี				
3. ท่านใช้ครีมบำรุงผิว หรือยา ทาบริเวณที่ฉายรังสี				
4. ท่าน เกา ถู หรือขยี้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เวลาเกิดอาการคัน				
5. ท่านปล่อยให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกความร้อน หรือถูกแสงแดดจัดเป็นเวลานานๆ				
6. ท่านสวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ นุ่มๆ ไม่ให้ระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี				
7. ท่านสังเกตเส้นที่ขีดไว้ แสดงบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้ลบหายไป				
การดูแลความสะอาดปากฟัน				
8. ท่านใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มในการแปรงฟัน				
9. ท่านแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน				
10. ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และไม่มีรสเย็นจัดในการแปรงฟัน				
11. ท่านใช้น้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากหลังอาหาร ทุกมื้อร่วมกับการแปรงฟัน				
12. เวลาแปรงฟัน ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เชื้อบูชองปาก หรือเหงือกอักเสบ, ลิ้นเป็นฝ้าขาว				
13. ท่านจิบน้ำบ่อยๆ หรือน้ำยาบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เมื่อมีอาการปากแห้ง คอแห้ง				

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ
การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ				
14. ท่านรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม รสจืด เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก เป็นต้น				
15. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุกมื้ออาหาร				
16. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด ย่าง เช่น ไก่ทอด หมูทอด ปลาทอด เป็นต้น				
17. ท่านรับประทานอาหารแกละกะทิ เช่น แกละเขียวหวาน แกละมันฝรั่ง เป็นต้น				
18. ท่านงดรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำเมื่อรู้สึกเจ็บคอ				
19. ท่านดื่มนม หรือน้ำผลไม้ หลังอาหาร หรือระหว่างมื้ออาหาร				
20. ท่านดื่มน้ำเปล่าสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว				
การพักผ่อนนอนหลับ				
21. ท่านนอนหลับเวลากลางคืนได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง				
22. เวลากลางคืนท่านทานยานอนหลับก่อนนอน				
การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ขายรังสี				
23. การบริหารกล้ามเนื้อปาก				
23.1 ท่านอ้าปาก กว้างๆ และหุบปากบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง				
23.2 ท่านขยับปากขึ้นลงทำปากเบี้ยวมาทางซ้ายแล้วทำปากเบี้ยวมาทางขวา อย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง				
24. การบริหารกล้ามเนื้อคอ				
24.1 ท่านหันหน้าไปทางซ้ายสุด และค่อยๆ หันไปทางขวาสุด ทำซ้ำๆ ประมาณ 20 ครั้งต่อวัน				

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 445/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม
การดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

รหัสโครงการ : 227/2552(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอังคณา มีจักร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่วิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
5. แบบสัมภาษณ์ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 14 กันยายน 2552

วันหมดอายุ : 13 กันยายน 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศอรชรขอมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

17 กันยายน 2552

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ ภูมินานนท์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

22 กันยายน 2552

วันที่

Page 1 of 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY

Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 445/2009

Protocol Title : The relationship between self-efficacy perception, social support and self care behavior among head and neck cancer patients receiving radiotherapy

Protocol number : 227/2552(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Angkrit Meejak
Faculty of Public Health, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form Amendment 1
2. Proposal
3. Participant Information Sheet Amendment 1
4. Informed Consent Form Amendment 1
5. Interview Form Amendment 1
6. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : September 14, 2009

Expired date : September 13, 2010

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

.....
(Prof. Jariya Lertakyamane, M.D.)
Chairperson

September 17, 2009
date

.....
(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

September 22, 2009
.....
date

Page 1 of 2

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่ออายุ)

หมายเลข SI 445/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา

รหัสโครงการ : 227/2552(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอังคณา มีจักร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
5. แบบสัมภาษณ์ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่ต่ออายุ (1) : 14 กันยายน 2553

วันหมดอายุ : 13 กันยายน 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศอรวงษ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

23 สิงหาคม 2553
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

25 สิงหาคม 2553
วันที่

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY

Since 1889

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval (Renewal)

COA no.Si 445/2009

Protocol Title : The relationship between self-efficacy perception, social support and self care behavior among head and neck cancer patients receiving radiotherapy

Protocol number : 227/2552(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Angkrit Meejak
Faculty of Public Health, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

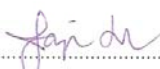
Approval includes :

1. SIRB Submission Form Amendment I
2. Proposal
3. Participant Information Sheet Amendment I
4. Informed Consent Form Amendment I
5. Interview Form Amendment I
6. Principle Investigator's curriculum vitae

Renewal date (1st) : September 14, 2010

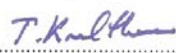
Expired date : September 13, 2011

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jariya Lertakyamanee, M.D.)
Chairperson

August 23, 2010

date


.....
(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

August 25, 2010

date

Page 1 of 2

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวอังคณ มีจักร
วัน เดือน ปีเกิด	14 ธันวาคม 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541-2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2553 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 5 ถนนพรมานน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 086-3674310 E-mail : eng_mee@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและ สถานที่ทำงาน	พยาบาลปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยใน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02-4194140-1 E-mail : eng_mee@hotmail.com