

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

อังกฤษ มีจักร¹ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์²

นิรัตน์ อิมามี³ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบชะตา (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพ

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวและมารับการฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น ตามเกณฑ์เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตัวอย่างรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.0) โดยพฤติกรรมดูแลตนเองในบริเวณที่รับรังสีรักษาพบในระดับสูงเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 92.) รองลงมา ได้แก่ การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ (ร้อยละ 80.7) การดูแลความสะอาดปากและฟัน (ร้อยละ 74.7) การพักผ่อน นอนหลับ (ร้อยละ 70.0) และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง (ร้อยละ 53.3) ตามลำดับ และพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ($r=0.955$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ($p\text{-value}>0.05$)

ขอเสนอแนะ โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของควรจัดบริการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปากและฟัน และเรื่องอาหารและควรจัดให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยดูแลสนับสนุนผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งศีรษะและคอ / รังสีรักษา / พฤติกรรมดูแลตนเอง

Relationship Between Perceived Self-efficacy, Social Support, and Self-care Behavior of Patients with The Head and Neck Cancer Receiving Radiotherapy

Angkrit Meejak Manirat Therawiwat
Nirut Imamee Acharaporn Seeherunwong *

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 were analyzed by computing statistics in regard to percentages, arithmetic mean, standard deviation, 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 -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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุกๆ ปี และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็ง มากกว่า 11 ล้านคนและโดยการตายดังกล่าวจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็ง¹

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยสูงเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากอัตราป่วยและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2544-2548 พบสถิติการตายด้วยโรคมะเร็งดังนี้ปี พ.ศ.2544 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 42,497 ราย คิดเป็นอัตรา 68.4 ปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 45,834 ราย คิดเป็นอัตรา 73.3 ปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 49,682 ราย คิดเป็นอัตรา 78.9 ปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 50,818 ราย คิดเป็นอัตรา 81.3 และปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 50,622 ราย คิดเป็นอัตรา 81.4¹ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ในประเทศไทยโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคที่มีสถิติการป่วยในอันดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมดผู้ป่วยส่วนมากจะมีอายุมากกว่า 50 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง² มะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่พบบ่อยในคนไทย ได้แก่ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งโพรงจมูก³

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน มีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งในการที่จะใช้วิธีการรักษาวิธีเดียว หรือหลายวิธีร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคและการลุกลามของโรค⁴ การใช้รังสีรักษาเป็นวิธีที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งมากวิธีหนึ่ง⁶ โดยเฉพาะมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เพราะส่วนใหญ่เป็นเนื้อเยื่อชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) ถึงร้อยละ 95⁶ ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีความไวต่อรังสีจึงตอบสนอง ต่อการรักษาเป็นอย่างดี⁷ ดังนั้นรังสีรักษาจึงถูกนำมาใช้รักษาโรคมะเร็งเพื่อให้หายขาดในระยะเริ่มต้นและบรรเทาอาการในระยะของโรคที่เป็นมากแล้ว⁸ แม้ว่าการรักษาด้วยรังสีจะมีวิวัฒนาการมากขึ้นเพื่อลดการทำอันตรายต่อเซลล์ปกติของร่างกาย แต่ก็ยังพบว่าการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีผลข้างเคียงและก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹⁰ ความรุนแรงของผลกระทบดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาและปริมาณของรังสี ที่ได้รับโดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาเป็นเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์จึงก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนการ

วางแผนการรักษาเสมอ² ซึ่งในการประเมินนี้ ต้องประกอบด้วยแพทย์ ผู้ป่วยและญาติเพื่อหา แนวทางการรักษาร่วมกันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยหลังจากที่ผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา และเลือกวิธีการรักษาแล้ว ระหว่างการรักษา ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวตามที่แพทย์หรือ เจ้าหน้าที่ที่แนะนำในเรื่องการเลือกรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การทำสมาธิ นอกจากนี้ญาติหรือคนใกล้ชิดก็มีส่วนสำคัญ ในการดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็น อย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องของจิตใจ ผู้ป่วย ที่มีญาติคอยดูแลและให้กำลังใจมักจะทำให้ผล การรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องต่อสู้โรคมะเร็ง ด้วยตนเอง

จากความสำคัญนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและ คอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อจะได้ทราบข้อมูล เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และนำไปสู่ การวางแผนการพยาบาล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ รังสีรักษา
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว ญาติและเจ้าหน้าที่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความ สามารถในการดูแลตนเอง การได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรดูแล ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ รังสีรักษา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษา เฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ศิริราช แผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและได้รับ รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิง พหุภวณาศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและ คอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และมารับ การฉายรังสี ณ แผนกรังสีรักษา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คำนวน ขนาดตัวอย่างจากประชากรได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม การวิจัย

1. เป็นผู้ป่วยนอกที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วย เป็นโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอและให้การ รักษาโดยรังสี เพียงอย่างเดียว

2. เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารังสีในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปของแผนการรักษา
4. ไม่มีโรคประจำตัวที่จะมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีคือ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน
5. ผู้ป่วยสมัครใจและยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะทางสังคม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ SI 445/2009

ขั้นเตรียมการ

ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปถึงหัวหน้าภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือจากแพทย์พยาบาล นักรังสีเทคนิค แผนกรังสีวิทยา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ในการเก็บข้อมูลในเวลาราชการ

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยที่มารับรังสีรักษาและทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. หลังจากนั้นติดต่อผู้ป่วยตามบัญชีที่สำรวจไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้และขอความร่วมมือและคำยินยอมในการทำวิจัย

3. หลังจากผู้ป่วยตอบรับยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย และนัดหมายวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

4. ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยมาในบริเวณที่เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวนและสนทนากับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ โดยจะสัมภาษณ์ในข้อมูลส่วนบุคคลก่อน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ตอบได้ง่าย ไม่คุกคามผู้ป่วยและยังเป็นการ

เตรียมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับการตอบ
หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมและการดูแลตนเองแล้วจึงตามด้วยแบบ
สัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแล
ตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

5. ในขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์
ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือคำอธิบายใน
กรณีที่มีข้อสงสัยในแบบสัมภาษณ์
รวมทั้งรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยอยากพูดคุย
อยากระบาย

6. ระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยรู้สึก
อึดอัด ไม่สบายใจ ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการ
ให้สัมภาษณ์และยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดย
ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการรักษาที่ได้รับ

7. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการ
ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้อีกครั้งหนึ่ง

8. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ทั้งหมดมา
ทำการใส่รหัสและบันทึกลงคอมพิวเตอร์และ
ทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2
ส่วนดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล
และลักษณะทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษา
ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความ
ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลคำแนะนำ วิเคราะห์
ด้วยค่าสถิติ ความถี่และร้อยละ

1.2 ระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถ
ในการดูแลตนเอง ระดับคะแนนแรง
สนับสนุนทางสังคมและระดับคะแนนพฤติกรรม
การดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทาง
สังคม กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยใช้
ไคสแควร์ (Chi-Square)

2.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างการ
รับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรง
สนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการดูแล
ตนเองโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ
เพียร์สัน (Pearson's Product Moment
Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและ
ลักษณะทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-
60 ปี ร้อยละ 48.0 รองลงมาคืออายุเท่ากับหรือ
มากกว่า 61 ปี ร้อยละ 46.7 มีสถานภาพสมรสคู่
ร้อยละ 76.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 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
61 ปี หรือมากกว่า	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
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
เกษตรกรรวม	36	24.0
รับจ้าง	55	36.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	17	11.3
รับราชการ	22	14.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 24.0 รายได้

เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 36.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	60	40.0
ต่ำกว่า 5,000 บาท	18	12.0
5,001-10,000 บาท	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 7578.7 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9459.3 บาท		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งศีรษะและคอในระยะที่ 3 ร้อยละ 52.0 ตำแหน่งที่พบมากคือบริเวณกล่องเสียง ร้อยละ 40.0 ดังตารางที่ 2

เมื่อมารับรังสีรักษาส่วนใหญ่มีบุตรมาเป็นเพื่อน หรือมาคอยดูแล ร้อยละ 42.0 ส่วนบุคคลที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่

ที่บ้าน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสามีหรือภรรยา เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 52.0 และโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา จากพยาบาล ร้อยละ 95.3 รองลงมา ได้แก่ แพทย์ และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา ร้อยละ 68.7 และ 22.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา
ระยะของโรคและตำแหน่งของโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
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
ช่องปาก	12	8.0
คอหอยและหลอดคอ	25	16.7
จมูก	6	4.0
ต่อมน้ำลายและขากรรไกร	7	4.6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ

ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
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
บุคคลที่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำขณะรับรังสีรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์	103	68.7
พยาบาล	143	95.3
เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา	34	22.7

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 62.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.0 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.3 และ 0.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา การดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี มีรายละเอียดดังนี้

การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาเท่ากับ 2.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.2 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0

การดูแลความสะอาดปากและฟัน
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลความสะอาดปากและฟันเท่ากับ 2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.7 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลความสะอาดปากและฟันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.7

รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำ และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.0 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ

การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มน้ำเท่ากับ 2.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.7 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

การพักผ่อนนอนหลับ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับเท่ากับ 2.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมา ได้แก่วระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 26.7 และ 3.3 ตามลำดับ

พฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงเท่ากับ 2.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.8 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมาได้แก่วระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.4 และ 23.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างได้รับรังสีรักษา

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
โดยภาพรวม		
สูง	105	70.0
ปานกลาง	44	29.3
ต่ำ	1	0.7
ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา		
สูง	138	92.0
ปานกลาง	12	8.0
ต่ำ	0	0.0
ด้านการดูแลความสะอาดปากและฟัน		
สูง	112	74.7
ปานกลาง	11	7.3
ด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ		
สูง	121	80.7
ปานกลาง	20	13.3
ต่ำ	9	6.0
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ		
สูง	105	70.0
ปานกลาง	40	26.7
ต่ำ	5	3.3
ด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง		
สูง	80	53.3
ปานกลาง	35	23.4
ต่ำ	35	23.3

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีพบความสัมพันธ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน ($r=0.759$) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน ($r=0.390$) ด้านการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน ($r=0.328$) ด้านการบริหารกล่อมเนื้อบริเวณที่ฉายแสงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน ($r=0.651$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่าง

ที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ การบริหารกล่อมเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเช่นกัน

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

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน ($r=0.227$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างได้รับรังสีรักษา

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(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

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.001 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอยู่ในทิศทางเดียวกัน($r = 0.955$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดปากฟัน ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายแสง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งแบนด์ูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล กล่าวคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา โดยคนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศเวลาไม่ทอดทิ้ง และจะประสบความสำเร็จในที่สุด¹¹ และวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองทำได้ 4 วิธี คือ 1. การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง 2. การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ 3. การใช้คำพูดชักจูง และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์¹² จากการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ เชื่อว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำมาได้เพื่อที่ตนเองจะได้มีสุขภาพที่ดีระดับหนึ่งในระหว่างรับการรักษา หรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและจะเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ให้น้อยที่สุดโดยความมั่นใจเหล่านั้นเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้กระทำด้วยตนเองแล้วเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำ ร่วมกับการได้พูดคุยกับกลุ่มผู้ช่วยด้วยกันเอง พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ทราบถึงข้อเท็จจริงต่างๆ จึงเกิดความเข้าใจ ความตระหนัก เห็นคุณค่าของสิ่งที่กระทำ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีระหว่างรับการรักษา และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านมาก็สามารถกล่าวได้ว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้

ถึงผลดี ประโยชน์ในสิ่งที่กระทำและมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร อังค์สุริยานนท์⁹ ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาสามารถสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีให้เกิดขึ้นได้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี

จากผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value}>0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอยู่ในทิศทางเดียวกัน ($r=0.227$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี ($p\text{-value}>0.05$) กล่าวคือ ถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย¹³ ซึ่งเฮาส์¹⁴ ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะ

ความสัมพันธ์ คือ 1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง 2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล¹⁵ และเซฟเฟอร์และคณะ¹⁶ ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้ความสำคัญให้ความมั่นใจ ความรู้สึกพึงพอใจไว้วางใจผู้อื่น และทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่ดูแล 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและการปฏิบัติ ของบุคคล 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้การบริการ และจากการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นส่วนใหญ่ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลมีระบบการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีที่ชัดเจนเป็นรูปแบบเปิดวิดีโอให้ดูและแจกแผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติตัวให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปอ่านต่อที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้นี้เจ้าหน้าที่พยาบาลจะให้ความรู้เป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วยผู้ป่วยหรือกลุ่ม

ตัวอย่างและญาติ รวมทั้งได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัย หลังการชมวิดีโอและการอธิบายให้ความรู้ด้วยอีกทั้งระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างมารับรังสีรักษามีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาติดตามสอบถามอาการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเป็นระยะตลอดช่วงระยะเวลาที่รับรังสีรักษาทั้งหมด 4 ครั้ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของบัวชร เวชพันธ์¹⁷ พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและการศึกษาของชฎาพร คงเพชร¹⁸ พบว่าเมื่อฉายแสงครบ 4 และ 6 สัปดาห์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้เรื่องการฉายแสงและการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองนั้น จากการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลสามารถอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ การช่วยเหลือสิ่งของ การเงิน การดูแลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างยังได้รับไม่มากพอที่จะเป็นสิ่งเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี อาจเนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบนอกบ้านด้วย เพื่อที่จะนำเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้มีเวลาไม่เต็มที่ที่จะดูแล กระตุ้น ส่งเสริมสนับสนุนกลุ่ม

ตัวอย่างให้กระทำพฤติกรรมที่ถูกต้องได้นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องมาพักอาศัยอยู่บ้านเช่า บ้านญาติระหว่างการรักษาในวันจันทร์-ศุกร์ กลับไปพักบ้านตนเองเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ทำให้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวไม่ค่อยใกล้ชิดสนิทสนมกันเท่าที่ควร ทำให้ไม่ทราบปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้มีการตอบสนองความต้องการให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ไม่ตรงกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Quirine C.P. Ledebor et al.¹⁹ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตสังคมเป็นหลัก

โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดบริการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสี โดยเน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและให้ฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ บริเวณที่ฉายรังสี การดูแลความสะอาดปาก และฟัน และเรื่องอาหาร และควรจัดให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพื่อช่วยดูแลสนับสนุนผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเชิงทดลอง ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย
2. ศึกษาปัจจัยความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านใดที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องการจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด

ระหว่างรับรังสีรักษา ที่จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. สถิติการตายตามสาเหตุที่สำคัญ. [วันที่อ้างถึง 30 สิงหาคม 2550]. ที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
2. สาวิตรี เมฆพิฑูลไพโรจน์. Head and neck cancer. ใน. วรชัย รัตนธรรมา (บรรณาธิการ). ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2 Textbook of medical oncology 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฮลิติก พับลิชชิง จำกัด; 2541.
3. สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ. มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ Carcinoma in Head and Neck. ใน. กิริธา ม่วงทอง และคณะฯ (บรรณาธิการ). ตำราโรค หู คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2548.
4. อุไร ชลฺยนาถ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
5. ไพรัช เทพมงคล. Hormonal therapy ในการรักษาโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร:

- ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
6. Shirley E. Otto. Oncology nursing. (2nd
ed). United States of America: maple-
vail book mfg.group; 1994.
 7. Baird, S.B. et al. Cancer Nursing A
Comprehensive Text Book. Philadelphia:
W.B.Saunders Company; 1991.
 8. ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ,
พัสมนต์ คุ้มทวีพร. คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วย
รังสีเคมีบำบัด. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร:
สยามบุษราคัม; 2548.
 9. สุภาพร องค์สุริยานนท์. ประสิทธิภาพของ
โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุน
ทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
สุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
 10. ไพรัช เทพมงคล. จะปฏิบัติอย่างไร
เมื่อฉายแสง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
อักษรสมัย; 2527.
 11. สมโภชน์ เข้มสุภาชาติ. ทฤษฎีและ
เทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม Theories
and Techniques in Behavior Modifica-
tion. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2549.
 12. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีปัญญาสังคม
Social cognitive theory. ใน. สุปรียา
ตันสกุล (บรรณาธิการ). โครงการตำรา
เล่มที่1 ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์
ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์ยุทธินท์การพิมพ์; 2548.
 13. รุ่งโรจน์ พุ่มวิ้ว. ทฤษฎีและโมเดลที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม. ใน สุปรียา ตันสกุล
(บรรณาธิการ). โครงการตำรา เล่มที่1
ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงาน
สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์ยุทธินท์การพิมพ์; 2548.
 14. 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
 15. 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.
 16. 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.

17. บัณฑิต เวชพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2548.
18. ชฎาพร คงเพชร. ผลการสนทนอย่่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529.
19. Quirine C.P.Ledeboer, Marinella P. J. Offerman, Lilly-Ann van der Velden, Maarten F. de Boer, & Jean F. A. Pruy. Experience of palliative care for patients with head and neck cancer through the eyes of next of kin. Head and neck journal for the sciences and specialties of the head and neck. 30 (April); 2008.