

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็ง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีสาเหตุการเกิดสัมพันธ์กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยพบว่าร้อยละ 85-90 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ให้พลังงานสูง และบริโภคอาหารประเภทผัก ผลไม้ซึ่งเป็นอาหารที่ให้กากใยน้อยลง (Varges & Albert, 1993 อ้างใน แม้นมมา จิระจรัส, 2539) และจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สหรัฐอเมริกาพบว่า คนอเมริกันมีอุบัติการณ์ของการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 130,200 ราย/ปี และมีอัตราการตายประมาณ 15 รายต่อประชากรที่ตายด้วยโรคมะเร็ง 100 ราย/ปี (National cancer institute, 1999) ซึ่งผู้ป่วยที่พบมักพบในระยะที่สองของโรคซึ่งเป็นระยะที่การรักษาโรคได้ผลดีโดยมีอัตราการรอดของชีวิตสูงร้อยละ 50-70 ซึ่งทั้งนี้ก็เป็นเพราะผลที่ได้รับจากการรณรงค์ให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร (Steel, 1993 อ้างใน แม้นมมา จิระจรัส, 2539) รวมทั้งมีการส่งเสริมให้มีการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรกจึงทำให้แนวโน้มการรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น

สำหรับประเทศไทยอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศทั่วโลกเพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตทำให้มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมัน เนื้อสัตว์เพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้น (Vatanasapt, et al, 1993 อ้างใน แม้นมมา จิระจรัส, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในปีพ.ศ.2538 เท่ากับ 952 รายต่อประชากรแสนคนและในปี พ.ศ.2539 มีอัตราการเกิดเท่ากับ 1222 รายต่อประชากรแสนราย ในปี พ.ศ.2540 มีอัตราการเกิดเท่ากับ 1280 รายต่อประชากรแสนราย

ในปี พ.ศ. 2541 มีอัตราการตายเท่ากับ 1830 รายต่อประชากรแสนคน (กองสถิติสาธารณสุข, 2543) และสอดคล้องกับสถิติการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าในปีพ.ศ.2537 มีอัตราการเกิดมะเร็งเท่ากับ 67 รายซึ่งมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 3 รายต่อประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 100ราย และปีพ.ศ.2538 มีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 58 ราย ซึ่งมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 2.8 รายต่อประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 100ราย และปีพ.ศ.2539 มีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 62 ราย โดยมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 2.9 รายต่อประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 100ราย และในปีพ.ศ.2540 มีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 69 ราย โดยมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เท่ากับ 3.3 รายต่อประชากรทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 100ราย

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่ชัดเจนแต่มีหลายทฤษฎีชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ของการเกิดมะเร็งกับปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านอาหารและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง (ไขมันร้อยละ 40-45 ของพลังงานทั้งหมด) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งประชากรที่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงจะมีความชุกของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าประชากรที่บริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ (ไขมันประมาณร้อยละ 10-15 ของพลังงานทั้งหมด) นอกจากนั้นมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังอาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่จะมีประวัติบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และปัจจัยอื่นๆเช่น อายุ ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะสูงขึ้นหลังอายุ 40 ปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะมีอายุเกิน 50 ปี มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากเกิดจากการมี ตุ่มเนื้อ(adenoma) ในลำไส้ซึ่งความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเพิ่มขึ้นตามปริมาณและขนาดของติ่งเนื้อที่มีอยู่และจากการศึกษาพบว่า ประชากรที่บริโภคอาหารแบบชาวตะวันตกจะมีความชุกของติ่งเนื้อสูงนอกจากนั้นผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ulcerative colitis) ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2537)

อาหารมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การบริโภคอาหารที่ขาดความสมดุล นอกจากจะทำให้เป็นโรคขาดสารอาหาร โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเก๊าท์แล้วยังทำให้เกิดโรคมะเร็งได้อีกด้วยจากการวิจัยทางชีวเคมีและโภชนาการ ได้ผลรายงานออกมาจนยอมรับกันทั่วไปว่าอาหารและสารเคมีทุกชนิดที่อยู่ในอาหารมีอิทธิพลต่อการทำให้เกิดหรือ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ (ไมตรี สุทธิจิต, 2532, หน้า 125) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับการเกิดโรคเรื้อรังของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งมลรัฐแอคแลนต้าที่พบว่า ผู้หญิงที่บริโภคผัก ผลไม้และธัญพืชในปริมาณน้อย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งเต้านมสูงกว่าผู้หญิงที่บริโภคผัก ผลไม้และธัญพืชในปริมาณมากถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้การศึกษาในเชิงระบาดวิทยายังพบว่า อาหารประเภทพืชผัก ผลไม้และธัญพืชมีผลในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ถึงร้อยละ 40 (Napier, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Niazi, 2000) กล่าวว่าผักและผลไม้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันมะเร็งเพราะวิตามินที่ได้รับจากพืชผักจะทำหน้าที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระเพื่อยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งในขณะเดียวกัน ผัก และผลไม้ยังเป็นใยอาหารที่ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้มีการขับถ่ายสะดวกและลดอาการท้องผูกซึ่งส่งผลให้ลดอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ยังช่วยลดความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคหัวใจอีกด้วย ในขณะที่การบริโภคเนื้อสัตว์และอาหารที่ให้พลังงานสูงจะมีผลทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ที่มีสีแสด เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู หรือเนื้อสัตว์ที่ผ่านความร้อน โดยการปิ้งหรือย่างจะทำให้เกิดเป็นสารก่อมะเร็งได้

ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักป่วยเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงมีความต้องการทราบข้อมูลและมีข้อคำถามมากมายเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีเจตคติที่ดีต่อการรักษา ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วยก็จะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ทำให้ลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย อ่างใน จันทนา หล่อตระกูล, 2532) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา (Tagliacozzo & Ima, 1970 อ่างใน จันทนา หล่อตระกูล, 2532) นอกจากความรู้แล้วสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ผลดีเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับบริ โภคนิสัยของผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งบริ โภคนิสัยนั้นเป็นแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่สัมพันธ์กับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ และเป็นการถ่ายทอดความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ดังนั้นบริ โภคนิสัยจึงมีลักษณะเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม ปัจจัยที่มีผลต่อบริ โภคนิสัยยังประกอบไปด้วยความอุดมสมบูรณ์ทางธรรมชาติในชุมชนหรือสังคมระดับการศึกษาของผู้นำ

เกี่ยวข้องกับการมีอารมณ์ร่วมและความพึงพอใจที่ได้รับจากการปฏิบัติตามนิสัยนั้นๆด้วย (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2528 อ้างใน เทพิน คุณโลก, 2539 :7) ในขณะที่ยวกันบริโภคนิสัยยัง หมายถึงพฤติกรรมที่กระทำมาเป็นระยะเวลานานหรือเป็นประจำการณที่ได้รับมาตั้งแต่เกิด โดยได้รับอิทธิพลจาก ครอบครัว สังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติและศาสนาจึงยากที่จะมีการเปลี่ยนแปลง (อารี วัลยเสวี, 2525 ; Good, 1973 ; Rokinson & Weigley, 1978 อ้างใน พัชรารักษ์ อารีย์, 2542 :12) ดังนั้นบริโภคนิสัยของผู้ป่วยจึงขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างแต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยได้มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาหารกับมะเร็งว่าอาหารบางชนิดมีโทษทำให้เกิดสารก่อมะเร็งและอาหารบางชนิดมีผลในการป้องกันมะเร็งก็จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของเบคเคอร์และคณะ(Becker ,et al, 1977 อ้างใน จันทนา หล่อตระกูล, 2532) ที่กล่าวว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการปฏิบัติตนที่ถูกต้อถ้าไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ (อ่ำไพพรรณ สุขจิตนิรันดร์, 2535 อ้างใน สุมาลี คุณแสง, 2537) ที่พบว่า นักศึกษาในวิทยาลัย พลศึกษาที่มีความรู้ทางโภชนาการที่ดีจะมีแบบแผนในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (เทพิน คุณโลก, 2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งไขว้ไขว้ในดับที่มีความรู้ทางโภชนาการในระดับดีมีแนวโน้มที่จะมีบริโภคนิสัยที่ดี ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าในบทความต่างๆยังพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ถ้าหากสามารถค้นพบอาการและได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่เป็นไปใน ทิศทางที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องอาหารกับมะเร็งและบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้รับไปเป็นพื้นฐานในการ วางแผนการให้โภชนศึกษา แก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องอาหารกับมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารกับมะเร็งและบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารกับมะเร็งเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยมีบริโภคนิสัยเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารกับมะเร็งและบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม 2543 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2543 จำนวน 30 คน

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาหารกับมะเร็ง และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารกับมะเร็งและบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความรู้ หมายถึง ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกี่ยวกับประเภทของอาหารที่เป็นสารก่อมะเร็งและประเภทของอาหารที่ป้องกันและยับยั้งการลุกลามของมะเร็ง ซึ่งประเมินได้ด้วยการใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารกับมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

บริโภคนิสัย หมายถึง พฤติกรรมการกินของบุคคลที่กระทำเป็นประจำซึ่งมีผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับอาหารเป็นความรู้สึกละทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่ออาหารส่วนความชอบอาหาร หมายถึง ระดับความรู้สึกละทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่ออาหาร และความถี่ในการบริโภค หมายถึง ความบ่อยในการบริโภคอาหารที่ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง