



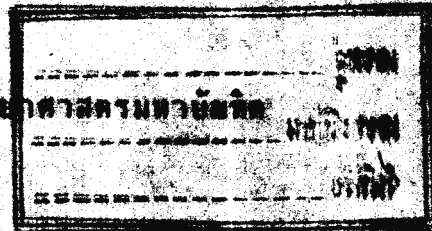
6 S.A. 2534

ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
บริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาโดย
Self Care Agency and Quality of Life in Head & Neck
Cancer Patients While Receiving and After the Completion
of Radiotherapy

อภินันทนาการ
นางสาวดารารัตน์ น. นนท์

นิเทศา ดากวีระพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของวารสารศึกษาด้านหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2534
ISBN 974-587-024-2
สงวนลิขสิทธิ์



วิทยานิพนธ์
เรื่อง

ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
บริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ


.....

นิตยา ตากวิริยะนันท์
ผู้วิจัย


.....

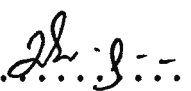
สมจิต หุจรินกุล,วท.บ.,M.S.,Ph.D.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

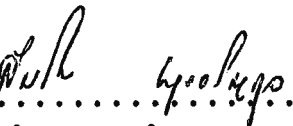
ดร.ณิ ชุณหะวัต,วท.บ.,ค.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

พวงทอง ไกรพิบูลย์,พ.บ.,ว.ว.
(รังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

มนตรี จุลสมัย,พ.บ.,Ph.D.
คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย


.....

สมจิต หุจรินกุล,วท.บ.,M.S.,Ph.D.
ประธานกรรมการประจำหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
บริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

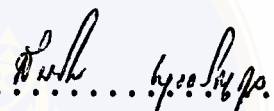
สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 25 มีนาคม 2534



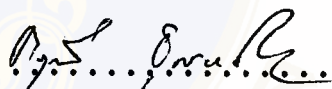
นิตยา ตากวิริยะนันท์

ผู้วิจัย



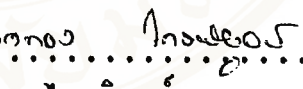
สมจิต หนูเจริญกุล,วท.บ.,M.S.,Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ดร.ณี ชุณหะวัต,วท.บ.,ค.ม.

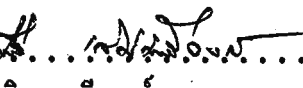
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



พวงทอง ไกรพิบูลย์,พ.บ.,ว.ว.


(รังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มาลี เลิศมาลีวงศ์,วท.บ.,M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มนตรี จุลสมัย,พ.บ.,Ph.D.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



อรรดลสิทธิ์ เวชชาชีวะ,M.B.,B.S.,

F.R.C.P.,F.R.A.C.P.,ราชบัณฑิต,อ.ว.

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนิตยา ตากวีริยะนันท์
วันเดือนปีเกิด 25 พฤศจิกายน 2502
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พศ.2521-2525:
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พศ.2527-2529:
คหกรรมศาสตรบัณฑิต (พัฒนาการเด็กและ
ครอบครัว) (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง)
มหาวิทยาลัยมหิดล พศ.2532-2534:
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ทุนการศึกษา ทุนบัณฑิตศึกษาภายในประเทศ มูลนิธิสงขลา-
นครินทร์ปี 2532
ทุนตามโครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์ ปี 2533
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ดร.ณิ ชุณหะวัณ และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิง พวงทอง ไกรพิบูลย์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น สนับสนุน ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่อง ในการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ กรุณาตรวจสอบปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะ - แพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา สถาบันมะเร็ง แห่งชาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาและเจ้าหน้าที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาล - ศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดี ตลอดมา

ท้ายที่สุดซึ่งจะขาดเสียมิได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพ่อและแม่ที่ทำให้ ผู้วิจัยมีวันนี้ วันที่ได้เข้าใจผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษาอย่างแท้จริง และ ขอบพระคุณผู้ป่วยหน่วยรังสีรักษาทุกท่านที่กรุณาสละ เวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัยอย่างยิ่ง ประโยชน์อันใดอันจะพึง เกิดขึ้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ บังเกิดผลที่ดีแก่ผู้ป่วยหน่วยรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยถือเสมือนหนึ่งอาจารย์ผู้ให้ความรู้ และประสบการณ์จริงที่ล้ำค่าที่สุดอย่างหนึ่ง

นิตยา ตากวิริยะนันท์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตใน
ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษา
และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ

ผู้วิจัย

นิตยา ตากวิริยะนันท์

ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ดรุณี ชุณหะวัต, วท.บ., ค.ม.

พวงทอง ไกรพิบูลย์, พ.บ., ว.ว. (รังสีรักษาและ
เวชศาสตร์นิวเคลียร์)

วันที่สำเร็จการศึกษา 25 มีนาคม พ.ศ. 2534

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อหาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรค ด้วยวิธีการทางสถิติ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตระหว่างได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ และ 3) เพื่อศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตตั้งแต่ป่วย ความกังวลที่เกิดขึ้น ตลอดจนสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้เกิดความรู้สึกที่จะต่อสู้กับโรคของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มาได้รับรังสีรักษา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2533-มกราคม 2534 ในหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการเก็บข้อมูลครั้งแรกในช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 ของการได้รับรังสีรักษาเลือกผู้ป่วยได้ 60 ราย และติดตามไปจนถึงการเก็บข้อมูลครั้งที่สอง คือเมื่อได้รับรังสีรักษาครบแล้ว 2-4 สัปดาห์ คงเหลือผู้ป่วย 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งผู้วิจัยคัดแปลงและสร้างขึ้น ดรรชนีคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรร ด้วยวิธีการทางสถิติ ทั้งในขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ($p < .001$) และปัจจัยทั้งสองต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ($p < .001$) นอกจากนี้ ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในขณะ ได้รับรังสีรักษา น้อยกว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการศึกษาดังกล่าวพบว่ามีผู้ป่วยทุกคนรับรู้ว่าเป็น มะเร็งและจำเป็นต้องได้รับรังสีรักษา การรับรู้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความกังวล ซึ่งแยกประเภทโดยยึดเกณฑ์ของไวส์แมน (Weisman, 1979) ได้ 6 ด้าน คือความกังวลด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเอง ด้านการงานและการเงิน ด้านครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ด้านเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน รวมทั้งด้านการมี ชีวิตอยู่แต่ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งหมดยอมรับว่ายังมี ความหวังและกำลังใจดีพอที่จะต่อสู้กับโรค

ผลการศึกษานี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีความพร้อมในการดูแล ตนเองของ โอเร็ม ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแล ตนเองและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เสนอแนวทางในการนำผลการวิจัย ไปใช้ทางคลินิก ทางการศึกษา และทางการวิจัยต่อไป

Thesis Title Self Care Agency and Quality of Life
 in Head & Neck Cancer Patients While
 Receiving and After the Completion of
 Radiotherapy

Name Nidtaya Takviriyannun

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

 Somchit Hanucharurnkul, B.Sc., M.S., Ph.D.

 Darunee Junhavat, B.Sc., M.Ed.

 Puangtong Kraiphibul, M.D., Cert. of
 Proficiency (Radiotherapy and
 Nuclear Medicine)

Date of Graduation 25 March B.E. 2534 (1991)

Abstract

This descriptive research was designed for 3 objectives. First, to examine the relationship between self care agency and quality of life in head & neck cancer patients while receiving and after the completion of radiotherapy while the selected basic conditioning factors of sex, marital status, duration of education, living arrangement and stage of cancer were statistically controlled. Second, to compare the mean scores of self care agency and quality of life between while receiving and after the completion of radiotherapy. Finally, to explore qualitative data pertained to life changes since the diagnosis and radiation treatment, areas of concern and motivation to fight against the disease.

Purposive sample of 60 head & neck cancer patients receiving radiotherapy during August 1990-January 1991 from radiotherapy outpatient clinic in Ramathibodi Hospital was obtained for the first data collection and

4

followed to the second data collection with 50 subjects remained. Self care agency was assessed by Self Care Agency Scale developed by the investigator and quality of life was measured by Quality of Life Index for cancer patients developed by Padilla & Grant (1985). In addition, qualitative data were obtained through in-depth interview by the investigator. Data were collected twice, during the third or fourth week of radiotherapy and after the completion of radiotherapy for two to four weeks.

Results of the study indicated significantly positive relationship between self care agency and quality of life while selected basic conditioning factors were statistically controlled both while receiving and after the completion of radiotherapy (all $p \leq .001$). Further analysis indicated that self care agency and quality of life contributed to each other ($p < .001$). Mean scores on both self care agency and quality of life while receiving radiotherapy were significantly lower than those of after the completion of radiotherapy (all $p \leq .01$). Furthermore, qualitative data revealed that all patients in this study knew about their diagnosis of cancer and the need for radiotherapy. Six areas of concern according to Weisman (1979) were identified. They were health concerns, self-appraisal concerns, work and financial concerns, family and significant relationships, friends and associated and existential concerns. In spite of these concerns, all of the patients were inspired by the hope and the will to fight against the cancer.

The results of this study support validity of Orem's theory of Self Care Deficit which proposes the relationship of self care agency and quality of life. Implication for practice, education, and further research are proposed.

สารบัญเนื้อเรื่อง

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญเนื้อเรื่อง	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	9
คำถามในการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
คำถามเชิงคุณภาพ	10
ขอบเขตการศึกษา	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
รังสีรักษาและผลข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ	12
ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา	14
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง	16
ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต	19
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต	24

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	26
	สถานที่ใช้ในการศึกษา	26
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	32
	การอภิปรายผล	46
	ข้อจำกัดของการวิจัย	53
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย	54
	ข้อเสนอแนะ	
	- การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	56
	- การทำวิจัยครั้งต่อไป	57
	บรรณานุกรม	58
	ภาคผนวก	70

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ จำนวนปีที่ศึกษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัยขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล ปัญหาการเงิน ตำแหน่ง และระยะของมะเร็ง	33
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ระหว่างคะแนนในขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)	36
3	เมตริกส์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ในขณะได้รับรังสีรักษา	37
4	เมตริกส์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ	38
5	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรรด้วยวิธีการทางสถิติ (Hierarchical Multiple Regression)	40
6	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรรด้วยวิธีการทางสถิติ (Hierarchical Multiple Regression)	41

สารบัญภาพ

หน้า

แผนภาพที่

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลัง
ได้รับรังสีรักษาครบ | 43 |
|---|---|----|



ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 (กองแผนงานสาธารณสุข 2533 : 12) และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (National Cancer Institute 1984 : 1) สำหรับผู้ป่วยนั้นการเป็นมะเร็ง ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความเศร้าโศก ความหมดหวัง หรือความไม่แน่นอนในชีวิต (Drettner & Ahlbom 1983 : 307 ; Burns 1982 : 279-285 ; Cohen, Cullen & Martin 1982 : 2-5) เท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย บทบาททางสังคมและฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

เนื่องจากบริเวณดังกล่าวเป็นที่ตั้งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Baker & Feldman 1987 : 293) นอกจากนั้นวิธีการรักษาด้วยรังสี ซึ่งอาจจะใช้เพียงวิธีเดียวหรือใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ (Kinzie, in Moossa, Robson & Schimpff, ed. 1986 : 677 ; Phillips, 1982 cited in Ames & Kneisl 1988 : 212) ก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่น้อย เนื่องจากก่อให้เกิดอาการข้างเคียงทั้งเฉพาะที่และทั่วไป รวมทั้งเจตคติที่ไม่ดีต่างๆแก่ผู้ป่วย (Varricchio 1981 : 336 ; Thomson 1980 : 878-879 ; Yasko 1982 : 643-644 ; Kubricht 1984 : 45 ; Peck & Boland 1977 : 180-184 ; พวงทอง โกรพิบลย์ 2520 : 45 ; อนริย์ ดันสกล 2522 : 703) ปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตกำลังได้รับความสนใจจากสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Burckhardt 1985 : 11) พยาบาลเองก็ให้ความสนใจในเรื่องนี้ไม่น้อย เพราะเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งนอกเหนือจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยลงก็คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (Padilla & Grant 1985a : 45 ; Hanucharurnkul 1988 : 2) ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยที่สำคัญและเป็นจุดเน้นของการพยาบาลก็คือการดูแลตนเองของผู้ป่วย

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในปัจจุบันยังมีจำกัด และไม่สามารถสรุปผลได้อย่างแน่นอน เนื่องจากเครื่องมือวัดตัวแปรและกรอบแนวคิดที่ใช้แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่นกับคุณภาพชีวิต ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นเป็นตัวแปรที่อาจเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การพยากรณ์โรคซึ่งมีผลต่อกำลังใจในการกระทำการดูแลตนเอง (Drettner & Ahlbom 1983 : 307) ภาวะทุกข์ทรมานจากอาการ การพึ่งพาสังคม ชั่วและกำลังใจ (Graham & Longman 1987 : 337-346) ความพึงพอใจการดูแลที่ได้รับในลักษณะของความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล และความเชื่ออำนาจภายในตนในการควบคุมสุขภาพ (Padilla & Grant 1985a : 45-60) สำหรับงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ได้อย่างใกล้เคียงที่สุด คืองานของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 106) ที่พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ถึงกระนั้น สมจิต หนูเจริญกุล ก็มีความเห็นว่า เครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ใช้ยังมีจุดอ่อน เนื่องจากคำถามบางข้อมีความซ้ำซ้อนกับแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้

แม้ว่างานวิจัยดังกล่าวมาแล้วจะสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แต่ก็พบว่ามีบางงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาแตกต่างกันออกไป เช่น พบว่าการให้ข้อมูลมีผลให้ความรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นตาม (Dodd 1984 : 43 ; Johnson, et al. 1988 : 46) หรือการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำพ (2532 : ข) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผลการศึกษาดังกล่าวจึงยังไม่สามารถสรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้อย่างเชื่อมั่น นอกจากนั้นยังพบว่า งานวิจัยที่กล่าวมาเกือบทั้งหมดยกเว้นของลัดดาวัลย์ สิงห์คำพ (2532) และของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) มิได้พิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวกับทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เช่น เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัยและระยะของโรค ทั้งที่พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (Denyes 1988 : 18 ; Hubbard, Muhlenkamp & Brown 1984 : 266-269 ; Hanucharurnkul 1988 : 106 ; Laborde & Powers 1985 : 188) และส่วนใหญ่มักเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ตัดสิน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามแนวคิดในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ ทำให้ขาดข้อมูลเชิงคุณภาพที่สำคัญสำหรับการช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ทั้งในขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ รวมทั้งเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระหว่างได้รับรังสีรักษาและหลังได้รับรังสีรักษาครบ นอกจากนี้ ยังศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยความกังวลที่เกิดขึ้นตลอดจนสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่จะต่อสู้กับโรคของผู้ป่วย

กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985) เป็นแนวทางเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ซึ่งความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดจากความสามารถที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองในแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 : 105) นั้นหมายถึงความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ซึ่งได้พัฒนาเพื่อให้บุคคลสามารถบรรลุถึงความต้องการสำหรับการดูแลควบคุมกระบวนการของชีวิต คงไว้หรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ได้ดำเนินไปจนถึงขีดสูงสุดตลอดจนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 มิติ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถที่จะตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลาง เชื่อมการรับรู้และการกระทำที่จงใจ เพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ ประกอบด้วย 1) ความสนใจเอาใจใส่ในตนเองรวมทั้งสนใจเอาใจใส่ในภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอและต่อเนื่องสำหรับการดูแลตนเอง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่านเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทสำหรับรับรู้สัมผัสทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง (Gast, et al. 1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 17-20)

ความสามารถทั้ง 3 ระดับนี้ เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งถ้าความต้องการทั้งหมดนี้ได้รับการสนองตอบ บุคคลก็จะไม่เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการคือ (สมจิต หนูเจริญกุล ใน ลือชัย ศรีเงินยาว 2533 : 132-137)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับ น้ำ อาหาร อากาศ การขับถ่าย การมีกิจกรรมหรือการพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือการอยู่คนเดียว การป้องกันอันตรายต่างๆ ตลอดจนการส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ ในช่วงชีวิตต่างๆ ทั้งในระยะปกติและระยะวิกฤติ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health deviation self-care requisites) ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 5 อย่างคือ 1) รู้จักแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และสนใจที่จะตัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ที่ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และการช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ 5) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษา ตลอดจนสามารถผสมผสานการดูแลตนเองทั้งหมดเข้าด้วยกัน

โอเร็มได้เสนอในข้อสมมติล่วงหน้า (Presupposition) ข้อหนึ่งในทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองว่า

"การดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่หรือการควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต สุขภาพ พัฒนาการของมนุษย์ และคุณภาพชีวิต" (Orem 1985 : 35)

และเนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลใช้ความสามารถที่มีอยู่กระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง (Orem 1985 : 84-103) ข้อสมมติล่วงหน้าจึงชี้ให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามข้อเสนอดังกล่าวนี้จำเป็นต้องได้รับการทดสอบในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่คุณภาพชีวิตถูกกระทบอย่างมาก เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการขยายหรือปรับปรุงทฤษฎีต่อไป

การเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอรวมทั้งต้องได้รับรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเกิดขึ้นหลายอย่าง ทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นอันเนื่องมาจากปัญหาของโรค การรักษาและอาการข้างเคียง นอกจากนี้ยังต้องปรับการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในช่วงวิกฤตที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในเรื่องอาหาร น้ำ การมีกิจกรรม การพักผ่อน การติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การอยู่คนเดียว การป้องกันอันตรายต่างๆรวมทั้งการส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดดังกล่าวได้ ก็น่าที่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คำว่า "คุณภาพชีวิต" อาจมีความหมายเช่นเดียวกับ "ความผาสุก" (Well Being) หรือ "ความพึงพอใจ" (Life Satisfaction) (Andrew & Withey, 1976 ; Campbell, 1976 ; Dalkey & Rourke, 1973 ; Liange, 1984 cited in Hanucharurnkul 1988 : 10) แต่เกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตในความคิดของแต่ละคนแตกต่างกัน (Laborde & Powers 1980 : 19-24 ; Graham & Longman 1987 : 338-346 ; Burckhardt 1985 : 11-16 ; Karnofsky, 1949 cited in Padilla & Grant 1985a : 46 ; Padilla & Grant 1985a : 49) ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มนั้น โอเร็ม (Orem 1985 : 179) ใช้คำว่า "ความผาสุก" (Well Being) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 10) มีความเห็นว่า คำว่า "คุณภาพชีวิต" มีความหมายที่เหมาะสมกว่าสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง คุณภาพชีวิตหรือความผาสุกในทัศนะของโอเร็ม (Orem 1985 : 179) นั้นหมายถึง การรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข หรือแสดงออก

โดยประสบการณ์ด้านจิตวิทยาในการบรรลุอุดมคติของตนเอง (Self-ideal) และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล (Personalization) คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย

คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ภาวะที่ปรากฏอยู่จริงของตนเอง แม้ว่าจะมีความผิดปกติของร่างกายนี้ จึงเป็นการมององค์รวมของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985a : 46-50) ที่ว่าคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Worth living) นั้นมิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับหลายๆสิ่งร่วมกัน การพิจารณาคุณภาพชีวิตในหลายมิติ (Multidimension) จึงมีความเหมาะสมกว่าการพิจารณาเพียงมิติเดียว (Unidimension) และเสนอแบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งวัดใน 6 มิติ คือความผาสุกทางร่างกายและจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์และสังคม ตลอดจนการตอบสนองการวินิจฉัยและการรักษาต่อการผ่าตัดและภาวะโภชนาการ ซึ่งครอบคลุมองค์รวมของบุคคล โดยที่แบบวัดดังกล่าวผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินค่าตอบด้วยตนเอง เนื่องจากจะสามารถบอกถึงคุณภาพชีวิตในขณะนั้นได้ถูกต้องที่สุด

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อาจมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง ขณะที่การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต โอเร็มชี้ให้เห็นว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเช่นเดียวกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้บุคคลมีการริเริ่มและคงความพยายามที่จะดูแลตนเองไว้ได้ (Orem 1985 : 121) และจากการที่ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ จึงมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เนื่องจากโอเร็มเชื่อว่าทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ (Orem 1985 : 105,179,220)

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

ปัจจัยพื้นฐานคือ ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว สังคมชนบทธรรมเนียม

ประเพณี แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ และปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ (Orem 1985 : 220) ปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาตามความจำกัดของเวลาในการศึกษาครั้งนี้คือ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรค

เพศ: เพศอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (Orem 1985 : 220) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งบริเวณดังกล่าวมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ความแตกต่างของค่านิยมต่อภาพลักษณ์ในระหว่างเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน นอกจากนี้ค่านิยมในเรื่องความอดทนต่อความทุกข์ยากต่างๆที่เพศชายมีแตกต่างจากเพศหญิง ยังมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้วย

สถานภาพสมรส: ผลการวิจัยต่างๆพบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรส (Roberts, 1988 อ้างใน ลิตดาวัลย์ สิงห์คำฟู 2532 : 10 ; Hubbard, Muhlenkamp & Brown 1984 : 266-269) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (Hanucharurnkul 1988 : 106) ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือประคับประคองการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเพียงพอและต่อเนื่องที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้

การศึกษา: การศึกษามีความสัมพันธ์กับรายได้และสถานภาพทางสังคม (Hanucharurnkul 1988 : 106) ผู้มีการศึกษาดีจึงมีรายได้และสถานภาพทางสังคมสูง ซึ่งอาจบ่งบอกคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่ง นอกจากนี้การศึกษายังอาจมีอิทธิพลต่อความสามารถในการคิด ตรวจสอบและตัดสินใจเพื่อกระทำการดูแลตนเองในการสนองตอบต่อความต้องการที่จำเป็นต่างๆ รวมทั้งมีอิทธิพลต่อโอกาสในการเลือกและหาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเรียนรู้

สภาพที่อยู่อาศัย: เนื่องจากแหล่งบริการที่ให้การรักษาด้วยรังสีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีย่อยจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลตามเมืองใหญ่ๆ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องย้ายที่อยู่อาศัยชั่วคราวเพื่อมารับการรักษา การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ดังกล่าว นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัยแล้ว ยังเป็นการเปลี่ยนจำนวนและลักษณะผู้คนที่อาศัยร่วมด้วย ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยต้องมาอาศัยรวมกันในบ้านพักรังสีรักษา ซึ่งมีจำนวนจำกัดเพียงไม่กี่แห่ง ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยพบแต่สภาพหดหู่น

ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ด้วยกันแล้ว ยังอาจทำให้ไม่สามารถได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวญาติพี่น้องได้เต็มที่เนื่องจากการจำกัดผู้คนที่อาศัย สิ่งเหล่านี้ทั้งหมดล้วนมีผลกระทบต่อความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นและคุณภาพชีวิต

ระยะของโรค: ระยะของโรคเป็นสิ่งที่บ่งถึงภาวะสุขภาพซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีระยะของโรคก้าวหน้าถึงขั้นรุนแรง นอกจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตแล้ว ยังอาจมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ ประเมิน ตรวจสอบสถานการณ์ ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติเนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นที่ตั้งของอวัยวะที่ควบคุมความสามารถดังกล่าว

เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาทั้งหมดนี้ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จึงอาจทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันโดยที่ความสัมพันธ์แท้จริงอาจมีหรือไม่มีก็ได้ การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองนี้ จึงจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรคด้วยวิธีการทางสถิติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตระหว่างได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ
3. เพื่อศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตตั้งแต่ป่วย ความกังวลที่เกิดขึ้น ตลอดจนสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่จะต่อสู้กับโรคของผู้ป่วย

คำถามในการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ แตกต่างกันหรือไม่? ถ้ามีความแตกต่าง จะแตกต่างกันอย่างไร?

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ แตกต่างกันหรือไม่? ถ้ามีความแตกต่าง จะแตกต่างกันอย่างไร?

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ เมื่อใช้สถิติควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรค

คำถามเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษารับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร การรับรู้ดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง สิ่งเหล่านั้นก่อให้เกิดความทุกข์หรือปัญหาทางเพศสัมพันธ์หรือไม่อย่างไร และในการจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น อะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นหรือทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำ?

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ กระทำในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในขณะที่ได้รับรังสีรักษาในระหว่างสัปดาห์ที่ 3-4 จำนวน 60 ราย และติดตามถึงภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ 2-4 สัปดาห์ จำนวน 50 ราย ที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก กำลังได้รับรังสีเพื่อการรักษา ไม่ใช่เพื่อบรรเทาอาการโดยจะต้องได้รับอย่างน้อย 3 สัปดาห์ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความสามารถตอบแบบสอบถาม และไม่มีโรคประจำตัวใดๆที่อยู่ในภาวะที่ควบคุมอาการไม่ได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นการพัฒนาศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์
2. เป็นแนวทางในการพิจารณาเนื้อหาการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในหลักสูตรวิชาทางการแพทย์
3. เป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกและจัดรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและความสามารถในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
4. เป็นแนวทางในการวิจัยหรือขยายขอบเขตความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง

นิยามตัวแปร

คุณภาพชีวิต	หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะสนองความต้องการของตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและความสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งวัดโดยดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Quality of Life Index) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2533) ดัดแปลงมาจากแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a)
ความสามารถในการดูแลตนเอง	หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรคมะเร็ง และรังสีรักษาที่ได้รับ วัดโดยแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ไรลีย์ (Riley, 1989) และเอเวอร์สและคณะ (Evers, et al. 1985)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยแบ่งเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้ 1)รังสีรักษาและผลข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ 2)ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 3)คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง 4)ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และ 5)ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

รังสีรักษาและผลข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

การใช้รังสีเพื่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอนั้น รังสีจะถูกแบ่งฉาย (divided doses) ให้แก่ผู้ป่วยเป็นเวลาหลายสัปดาห์ โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ (cGy) จนมีปริมาณครบเพียงพอในการรักษาประมาณ 6,000-7,000 เซนติเกรย์ (cGy) (Baker & Feldman 1987: 297) แต่ถึงแม้รังสีจะถูกแบ่งฉายในปริมาณน้อย ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดเฉพาะที่หรือทั่วไป อาการข้างเคียงที่พบได้คือ อาการอักเสบของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีซึ่งจะเป็นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณช่วงเวลา และชนิดของรังสีที่ได้รับตลอดจนคุณภาพการดูแลผิวหนังบริเวณนั้น นอกจากนี้ยังมีการอักเสบของเยื่อภายในช่องปาก เจ็บคอ (Varricchio 1981 : 336) หลอดอาหารอักเสบ ปริมาณน้ำลายและต่อมรับรสที่ลิ้นถูกทำลายอย่างถาวร ซึ่งทำให้ปากแห้ง และสูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร พันผ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น รังแค บริเวณที่ได้รับรังสี ซึ่งพบได้ไม่รุนแรงเท่าการได้รับเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณตา อาจทำให้เกิดต้อกระจกซึ่งจะต้องกินเวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปีจึงจะเกิด หรือถ้าได้รับรังสีบริเวณหู จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และเวียน นอกจากนี้ยังอาจพบอาการหายใจลำบากซึ่งพบได้นานๆ ครั้งในช่วงท้ายของการรักษา (Thomson 1980 : 878-879 ; Yasko 1982 : 643-644 ; Schreier & Lavenia 1977 : 175-179 ; Kubricht 1984 : 49)

อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือเกิดในระยะหลังก็ได้ โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 7-10 วันหลังจากเริ่มรักษา และจะมีอยู่ตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งหลังการรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko 1982 : 638) ในการศึกษาของคิงและคณะ (King, et al. 1985 : 58) ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา 25 ราย เป็นเวลาเฉลี่ย 34.84 วัน โดยได้รับรังสีเฉลี่ยทั้งหมด 6449.80 เซนติเกรย์ (cGy) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีเบื่ออาหาร เจ็บคอ ไอ น้ำลายลดลง กลืนลำบาก โดยพบว่า อาการเหล่านี้จะค่อยๆ เป็นมากขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา และจะปรากฏอาการสูงสุดเป็นส่วนใหญ่ในสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา หลังจากนั้นอาการจะลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือน และจะมีอาการน้อยลงมากในเดือนที่ 3 หลังการรักษา ยกเว้นอาการอ่อนเพลีย และการมีปริมาณน้ำลายลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 จะมีอาการคงอยู่ในระดับเดิมใกล้เคียงกับเมื่อเดือนแรกหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคัตเจค (Dudjak 1987 : 134) หรือเทคเกรเบอร์และคณะ (Teichgraeber, et al. 1986 : 963) ที่พบว่า ปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็ว แต่อาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ตลอดไป ไม่มีการกลับคืน สำหรับอาการฟันผุ ซึ่งอาจเกิดจากการลดลงของปริมาณน้ำลายนั้น ในการศึกษาเดียวกันของเทคเกรเบอร์และคณะ (Teichgraeber, et al. 1986 : 963) พบว่า แม้ปริมาณน้ำลายจะลดลงจนทำให้ปากแห้งในระดับน้อยถึงปานกลาง อาการฟันผุจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เกิดเลย สำหรับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังนั้น วาริชชิโอ (Varricchio 1981 : 336) มีความเห็นต่างจากคิงและคณะ โดยเชื่อว่ารังสีรักษามีผลในการสะสมให้เกิดอาการ (Cumulative effect) ทำให้อาการข้างเคียงต่างๆ คงอยู่ 10-14 วันหลังการรักษาครบ ซึ่งจะทำให้อาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเป็นมากกว่าเดิมอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ก่อนที่จะดีขึ้น

ส่วนปฏิกิริยาทางด้านจิตสังคมนั้นพบว่า ผู้ป่วยอีกมากที่คิดว่ารังสีรักษาเป็นสัญลักษณ์ของการรักษาที่สิ้นหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว กังวล ลังเล ซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือหลังได้รับรังสีรักษา เนื่องจากกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ หรือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา ทำให้บางคนถึงกับปฏิเสธการรักษา (ฟางทอง ไกรพิบูลย์ 2520 : 45 ; Kubricht 1984 : 45) จากการศึกษาของ เพคและโบลันด์ (Peck & Boland 1977 : 180-184) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 50 ราย พบว่า ก่อนได้รับรังสี ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการได้รับรังสี

หมายถึงก่อนเนื่องอกนั้นไม่สามารถผ่าตัดได้สมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 62 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 66 มีอาการวิตกกังวล ในระหว่างได้รับรังสี เมื่อร่างกายมีอาการเปลี่ยนแปลงจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาทั้งเฉพาะที่ และทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงในระดับน้อยถึงปานกลาง เกือบทุกคน ยกเว้นผู้ป่วยเพียงคนเดียวที่ไม่เกิดอาการดังกล่าว ส่วนภายหลังการรักษา พบว่า อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ป่วยจะมีมากกว่าก่อนการรักษา นอกจากนี้มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองแย่งและประเมินว่าการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนูรีย์ ตันสกุล (2522 : 703) ที่พบว่า ก่อนการฉายแสง ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ภายหลังได้รับรังสีครบ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 80 ยังมีความวิตกกังวล และมีมากกว่าก่อนได้รับรังสี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ สุขะตุงคะ (Sukhatunga 1981 : 29) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวล และซึมเศร้าในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ

โดยสรุปแล้วจะพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีการพัฒนาหรือปรับความสามารถในการดูแลตนเอง จึงจะสามารถสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นใหม่นี้ได้อย่างเพียงพอ

ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

จากภาวะของโรคและรังสีรักษาที่ได้รับดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่าง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ในการศึกษาของคูบริชท์ (Kubricht 1984 : 43) ซึ่งศึกษาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งในตำแหน่งต่างๆ และได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก 30 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 553 อย่าง ส่วนใหญ่เป็นการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันอันตราย รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาหาร น้ำ การพักผ่อนและการมีกิจกรรม ส่วนการทำหน้าที่และพัฒนาให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดจนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการหายใจ เป็นความต้องการอันดับถัดมาตามลำดับ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา บางอย่าง ผู้ป่วยอาจไม่ได้ตระหนักหรือตระหนักเพียงเล็กน้อย และในบางรายเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ต้องการการดูแลพิเศษ (Kubricht 1984: 49) อย่างไรก็ตามถ้ามีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น คิงและคณะ (King, et al. 1985 : 58) พบว่า ผู้ป่วยจะมีวิธีการต่างๆในการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงดังกล่าว

มีการศึกษาอยู่มากมายที่รายงานถึงวิธีการพยาบาลที่จะมีส่วนช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นในขณะเจ็บป่วย และได้รับการรักษา ดังเช่น การศึกษาต่างๆ ต่อไปนี้

เลอเออร์และคณะ (Lauer, et al. 1982 : 11) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ถึงความจำเป็นในการเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งมีการรับรู้ถึงความจำเป็นในการเรียนรู้แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจะดูแลตนเองถ้ารู้สึกว่ายาบาลเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักหรือกำลังกังวลอยู่ เข้าใจในความเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และถ้าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง

หรือการศึกษาของลัมและคณะ (Lum, et al. 1978 : 345) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลงถ้าได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานของชเรียร์และลาวีเนีย (Schreier & Lavenia 1977 : 174) ในการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาโภชนาการอันเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่พบว่า ผู้ป่วยต้องการที่จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง

นอกจากนี้พาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985b : 301) ซึ่งศึกษาผลการสอนผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อลดความไม่สุขสบายในระหว่างให้อาหารทางสายยาง พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (Sensory information) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการให้อาหารทางสายยางมากกว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา (Coping behavior) ซึ่งผลของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองนี้เองจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ต่างก็แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และต้องการมีส่วนร่วมหรือควบคุมตนเอง เพียงแต่ภาวะสุขภาพบางขณะ ไม่เอื้ออำนวยให้ความสามารถของผู้ป่วยได้ถูกนำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนาให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยให้เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกหรือคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง มีทั้งที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยกับปัญหาเรื่องเพศ (Anderson 1985 : 1835-1842 ; Rutherford 1988 : 244) ผลกระทบของการรักษาต่อผู้ป่วย (Richardson 1988 : 1746-1752 ; Burge, et al. 1975 : 621-624 ; Woods & Earp 1978 : 279-285 ; Andrykowski, Henslee & Farrall 1989 : 75-81) หรือศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาพยาบาลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต (Glimelius, et al. 1989 : 829-835 ; Nelson, et al. 1984 : 1357-1362) ในการศึกษาเรื่องผลกระทบของการเป็นมะเร็งในลักษณะของความกังวลที่เกิดขึ้นนั้น ไวส์แมน (Weisman 1979 : 72-80) พบว่าผู้ป่วยจะมีความกังวลด้านต่างๆ ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง 7 ด้านคือ 1) ความกังวลด้านสุขภาพ (Health concerns) เป็นความกังวลเรื่องสุขภาพ การดูแลรักษา ผลการรักษาและปัญหาทางกายอื่นๆ 2) ความกังวลด้านการประเมินตนเอง (Self-appraisal concerns) เป็นความกังวลที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์และจุดมุ่งหมายของตนเอง 3) ความกังวลด้านการงานและการเงิน (Work and financial concerns) 4) ความกังวลด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด (Family and Significant relationships) 5) ความกังวลด้านการปฏิบัติกิจทางศาสนา (Religion) 6) ความกังวลด้านเพื่อนและผู้ร่วมงาน (Friends and associates) และ 7) ความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Existential concerns) ซึ่งเป็นความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และความตาย ความกังวลทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่กระทบภาวะจิตสังคม (Psychosocial) ก่อให้เกิดความเสี่ยง (Vulnerability) และต้องการการแก้ไขหรือเผชิญปัญหา โดยที่ผลของการเผชิญปัญหาจะเป็นสิ่งที่ระบุถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั่นเอง

การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ในการศึกษาผลกระทบของการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอนั้น สเตาส์ (Strauss 1989 : 343) ได้ศึกษาปฏิบัติการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณปากและโหนกแก้ม 2-5 ปี 28 ราย พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเอง โชคร้ายและอาจมีอันตรายถึงตาย (Fatalism) มีความวิตกกังวลหลังผ่าตัด และต้องมีการปรับตัวอย่างมากมาย

เบิร์นส์ แชสและกูดวิน (Burns, Chase & Goodwin 1987: 8) ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 76 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ 15 เดือน และจำนวนผู้ป่วยที่มีระยะปลอดโรค 2 ปีมีร้อยละ 16 ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดจะมีค่าเฉลี่ยของการมีชีวิตรอดเท่ากับ 19.4 เดือน และมีผู้ป่วยที่มีระยะเวลาปลอดโรค 2 ปีถึงร้อยละ 29 แม้ว่าอัตราการมีชีวิตรอดทั่วไปจะดีขึ้น แต่พบว่า มีร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ในขณะที่ร้อยละ 75 มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดและการรับประทานอาหาร

การศึกษาทั้งสองนี้ ต่างชี้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเมื่อมีการเปรียบเทียบผลการรักษา ระหว่างวิธีการผ่าตัด การฉายรังสี และการผ่าตัดหลังการฉายรังสีไม่ประสบความสำเร็จ มอร์ตันและคณะ (Morton, et al. 1984 : 181) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งวัยชรา 48 ราย พบว่าการฉายรังสีจะสร้างความพิการของอวัยวะในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ขณะที่ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (Performance status) มากขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างในเรื่องภาวะซึมเศร้า อาการเจ็บปวด ความผาสุกทางจิตใจ และความพึงพอใจในชีวิตในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม

สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา มีการศึกษาไม่น้อยที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับรังสีรักษาแล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Teichgraeber, et al. 1986 : 963 ; Morton, et al. 1984 : 181 ; Suit & Miralbell 1989 : 891) สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษานั้น ในการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1988 : 46-51) ซึ่งศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในแง่ของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จากผลกระทบของรังสี เป็นเวลานาน 3 เดือน ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

84 รายที่ได้รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรกและได้รับเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดผลกระทบของความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดภาวะอารมณ์ (Profile of Mood State) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งมีอาการแปรปรวนมากกว่าสัปดาห์แรกของการรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าในขณะที่ได้รับรังสีรักษาประมาณ สัปดาห์ที่ 3-6 ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อร่างกายจะสูงสุด (King, et al. 1985 : 58) และจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและอารมณ์ในการศึกษาของจอห์นสันและคณะนี้ยังพบอีกว่า จำนวนของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเนื่องจากรังสี มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์

เช่นเดียวกัน สมจิต หนเจริญกุล และคณะ (2533 : 12) ซึ่งศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ คอ และปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา 142 ราย โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 6 มิติของพาดิลล่า และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a) พบว่าคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยสูงกว่าในระหว่างได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษาทั้งสองต่างก็สนับสนุนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นภายหลังได้รับรังสีรักษาครบเมื่อเปรียบเทียบกับในระหว่างได้รับรังสีรักษา แม้ว่าในการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1988 : 46-51) จะเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตบางส่วนเท่านั้น

สำหรับคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษานั้น เออร์วินและคณะ (Irwin, et al. 1981 : 187) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 309 ราย ที่ไม่มีอาการของโรคเป็นอีกอย่างน้อย 3 ปีเปรียบเทียบกับคนปกติ ผลปรากฏว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนปกติมีอยู่ใกล้เคียงกัน สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะบริเวณศีรษะและคอดังนั้นยังไม่พบรายงานการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างและภายหลังได้รับรังสีรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในปัจจุบันยังมีจำกัด และไม่สามารถสรุปผลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ได้อย่างแน่นอน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่นกับคุณภาพชีวิต ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อความสามารถในการดูแลตนเอง งานวิจัยเหล่านี้ศึกษาทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี (Flanagan 1982 : 56-59) และในผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้ออักเสบ (Burckhardt 1985 : 11-16 ; Laborde & Powers 1985 : 183-190) โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน (Coronary Artery Disease) รวมทั้งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) (Brown, Rawlinson & Hilles 1981 : 1136-1146) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเช่นกัน ซึ่งได้แก่ งานวิจัยต่างๆ ดังนี้

เดรทเนอร์และอาล์บอม (Drettner & Ahlbom 1983 : 307-314) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีการพยากรณ์โรคแตกต่างกัน 52 คน กับคนปกติ 104 คน โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อหลัก คำถาม 2 ข้อแรกเป็นคำถามครอบคลุมถึงสุขภาพและภาวะทางเศรษฐกิจ คำถามต่อมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนคำถามสุดท้ายเป็นชุดคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยดัชนีสุขภาพ (Health Index) ที่วัดความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็น และกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนความผาสุกทางร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า การพยากรณ์โรคมมีความสัมพันธ์กับดัชนีสุขภาพ (Health Index) และคุณภาพชีวิต โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคเลว จะมีสุขภาพไม่ดีและมีคุณภาพชีวิตต่ำและยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการจากการผ่าตัดจะไม่ค่อยทุกข์-ทรมานหรือคิดว่าสุขภาพของตนอยู่ในภาวะไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ใหม่หลังผ่าตัด และมีความพึงพอใจเมื่อรู้ว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับที่บรุคฮาร์ดท์ (Burckhardt 1985 : 11) พบว่าทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และที่ลาบอร์ด์และพาวเวอร์ (Laborde & Powers 1985 : 183) พบว่า การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ดี และมีความเชื่อมั่นในตนต่อการควบคุมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ภาวะทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom distress) การพึ่งพาสังคม (Social dependency) ตลอดจนขวัญและกำลังใจ (Behavior morale) เป็นตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เนื่องจากภาวะทุกข์ทรมานและการพึ่งพาสังคมทำให้ความสามารถในการสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ตลอดจนการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ในขณะที่ขวัญและกำลังใจทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองสูงขึ้น จากการศึกษาของกรราแฮมและลองแมน (Graham & Longman 1987 : 338-346) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมลาโนมา (Melanoma) 60 ราย โดยใช้เครื่องมือที่ประกอบด้วย แบบวัดภาวะทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom Distress Scale) แบบวัดการพึ่งพาทางสังคม (Social Dependency Scale) แบบวัดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Life Change Scale) แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Scale) และแบบวัดขวัญและกำลังใจ (Behavior Morale Scale) ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะทุกข์ทรมานจากอาการและการพึ่งพาทางสังคม จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ขณะที่ขวัญและกำลังใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

งานวิจัยของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) เป็นอีกงานหนึ่งที่สนับสนุนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอย่างมาก จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา 112 ราย วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a) วัดการดูแลตนเองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior Questionnaire) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม และวัดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ของเชเพอร์ คอยเน่ และลาซาลัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง

แม้ผลการศึกษาจะสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนที่สุด สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 78, 130, 161) ก็ยังมีความเห็นว่า แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ใช้ มีจุดอ่อนทางด้านความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิด

จากการตอบของกลุ่มตัวอย่างด้วยความเคยชิน (Response set bias) เนื่องจากลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบลึกลับ และกลุ่มตัวอย่างอาจตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากอยากให้ผู้อื่นเห็นว่าตนมีการดูแลตนเองดี นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่าการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตอาจมีความซ้ำซ้อนกัน เนื่องจากคำถามบางข้อในแบบสอบถามทั้งสองคล้ายคลึงกัน และวัดในสิ่งเดียวกัน เพราะปริมาณการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยกระทำสะท้อนให้เห็นถึงความมากน้อยของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตนั่นเอง และแนะนำในท้ายที่สุดว่างานวิจัยที่จะทำต่อไปควรปรับปรุงเครื่องมือวัดการดูแลตนเองไม่ให้ซ้ำซ้อนกับคุณภาพชีวิต และควรจะขยายการศึกษาไปเป็นลักษณะติดตามผลการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อตัดสินความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

พาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985a : 45-60) เชื่อว่า การส่งเสริมทัศนคติต่อการดูแลและการพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลตนเองจะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่านการรู้คิด กล่าวคือ การส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับซึ่งจะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ การส่งเสริมการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง และเกิดความผาสุกทางร่างกายรวมทั้งปฏิกิริยาการตอบสนองที่ดีต่อการวินิจฉัยและการรักษา พาดิลล่าและแกรนท์ ทดสอบแนวคิดนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง (Colostomies) 135 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเป็นกรณีคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ (Multidimension) ที่สร้างขึ้นเอง เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการพยาบาล และเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพชนิดหลายมิติ (Multidimensional Health Locus of Control Scale) ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจการดูแลที่ได้รับในลักษณะของความเชื่อมั่นในตัวเอง อายุ และความเชื่ออำนาจภายในตนในการควบคุมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) ส่วนความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับโชคลาง (Chance) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การศึกษานี้ แม้จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนต่อคุณภาพชีวิต แต่ก็อาจมีข้อจำกัดที่จะสรุปว่าความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งเดียวกัน เนื่องจากมีงานวิจัยอื่นๆที่พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนไม่มีความสัมพันธ์อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญผล และประคอง อินทรสมบัติ 2531 : 232 ; Kearney & Fleischer 1979 : 32 ; จอนพะจง เฟ็งจาด 2533 : 41)

นอกเหนือจากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว ยังมีรายงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาแตกต่างกันออกไป เนื่องจากการให้ความหมายของตัวแปร และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความแตกต่างกันไป เช่น การศึกษาของดอดด์ (Dodd 1984 : 43-49) ซึ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 48 ราย และวัดผลโดยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self care behavior) รวมทั้งภาวะอารมณ์ทั่วไป (Mood state) โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มแรกได้รับความรู้เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มที่สองได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มที่สามได้รับความรู้ทั้งเรื่องเกี่ยวกับยา และการดูแลจัดการเมื่อมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ส่วนกลุ่มที่สี่เป็นกลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้ใดๆ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เรื่องยาร่วมกับวิธีการดูแลจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเนื่องจากยา มีทั้งความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ในทางที่ดีขึ้น ซึ่งภาวะอารมณ์นี้อาจเป็นสิ่งที่แสดงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ เนื่องจากอารมณ์สามารถบ่งบอกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข ผลการศึกษาดังกล่าวจึงดูเหมือนว่า การมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทั้งความรู้และการปฏิบัติไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ในกรณีเช่นนี้อาจวิเคราะห์ และพิจารณาสาเหตุได้ว่า เนื่องมาจากอิทธิพลของเพดานคะแนน (Ceiling effect) ด้านภาวะอารมณ์ที่ผู้ป่วยมีอยู่สูงตั้งแต่เริ่มรักษา จึงทำให้คะแนนไม่อาจสูงเพิ่มขึ้นอีกจนเห็นความแตกต่าง ได้ชัดเจนเมื่อสิ้นสุดการรักษา ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดังกล่าวไม่สูงขึ้น

เช่นเดียวกันกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1988 : 46-51) ซึ่งศึกษาผลการให้ความรู้ในการลดผลกระทบของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก 84 ราย ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการสอนจากเทป 4 เรื่อง เรื่องแรกเป็นเรื่องเกี่ยวกับแผนการรักษา เรื่องที่สองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยจะได้ประสบเมื่อได้รับรังสีรักษา เรื่องที่สามเกี่ยวกับประสบการณ์

ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ต่างๆของการรักษา และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และ เรื่องสุดท้ายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับรังสีแล้ว ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสอนใดๆ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบวัดผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Sickness Impact Profile) และแบบวัดภาวะอารมณ์ (Profile of Mood State) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้อาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น โดยที่สาเหตุของการมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่เพิ่มขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากเหตุผลเดียวกันดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับอิทธิพลเพดานคะแนนที่มีอยู่สูงตั้งแต่เริ่มการทดลอง นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของการอ้างอิงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไปถึงความสามารถในการดูแลตนเอง แม้ว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะ เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจริงจัง ซึ่งมีความหมายเฉพาะเจาะจงมากกว่าเพียงแต่การทำกิจวัตรประจำวันเท่านั้น

ส่วนงานวิจัยของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 100 คน วัดการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมจากการใช้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตแบบมาตราส่วนขั้นบันไดของ แคนทริล (Cantril) วัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์การพึ่งพาทางสังคม ซึ่งดูความสามารถ 2 ด้าน คือความสามารถเฉพาะตนและความสามารถทางสังคม และวัดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวน์เนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง งานวิจัยนี้วัดคุณภาพชีวิตโดยรวม และมีข้อจำกัดของการวัดความสามารถในการดูแลตนเองในแง่ของความสามารถเฉพาะตนและความสามารถทางสังคม จึงเป็นการวัดเพียงบางแง่มุมไม่ครอบคลุมความสามารถในการดูแลตนเองในแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 16) ที่ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนและมีโครงสร้างถึง 3 ระดับ

งานวิจัยที่มีความแตกต่างกันเหล่านี้ รวมทั้งเป็นงานวิจัยที่ส่วนใหญ่ศึกษาเพียงปัจจัยที่จำเป็นต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีข้อจำกัดในการสรุปความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

ปัจจัยพื้นฐานอาจเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยพื้นฐานบางตัว ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรคมาศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้มีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และ/หรือคุณภาพชีวิต กล่าวคือปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและ/หรือคุณภาพชีวิต คือ เพศ (Denyes 1988 : 18 ; ทศนีย์ จินางกูร 2530 : 84) สถานภาพสมรส (Belcher, et al. 1982 : 308-312 ; Hubbard, Muhlenkamp & Brown 1984 : 266-269 ; Hanucharurnkul 1988 : 106) การศึกษา (Hanucharurnkul 1988 : 106) สภาพที่อยู่อาศัย (Cohen & Wills, 1985 cited in Hanucharurnkul 1988 : 61 ; Laborde & Powers 1985 : 188 ; Hanucharurnkul 1988 : 106) และระยะของโรค (Padilla & Grant 1985a : 56)

ในขณะเดียวกัน ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และ/หรือคุณภาพชีวิตเหล่านี้บางปัจจัยก็มิงงานวิจัยบางงานที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและ/หรือคุณภาพชีวิต ดังกล่าว เช่น ปัจจัยทางด้านเพศ (สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ 2531 : 222 ; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู 2532 : ข ; กฤษดา ตงศิริ 2531 : ข ; Cutler 1979 : 98 ; Burckhardt 1985 : 14) สถานภาพสมรส (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู 2532 : ข) การศึกษา (Denyes 1988 : 18) และระยะของโรค (Hanucharurnkul 1988 : 106) ซึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีน้อยเกินไป หรืออาจไม่มีความสัมพันธ์กันจริงก็ได้

โดยสรุปแล้ว ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ที่สัมพันธ์และ ไม่สัมพันธ์กับ
ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม เพื่อสอดคล้อง
ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และ
คุณภาพชีวิต จึงควรควบคุมปัจจัยเหล่านี้ด้วยวิธีการทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณศีรษะและคอในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ตลอดจนศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตตั้งแต่ป่วย ความกังวลที่เกิดขึ้น ตลอดจนสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดความรู้สึก ที่จะต่อสู้กับโรคของผู้ป่วย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มา รับรังสีรักษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2533-มกราคม 2534 ณ หน่วยรังสีรักษาและ เวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล การเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตาม คุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยชายหรือหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นครั้งแรก
2. กำลังได้รับรังสีรักษาและจะต้องได้รับอย่างน้อย 3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษา ไม่ใช่บรรเทาอาการ
3. สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ที่อยู่ในภาวะ ที่ควบคุมอาการไม่ได้
5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

สถานที่ใช้ในการศึกษา

หน่วยรังสีรักษาและ เวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดีซึ่ง เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ ให้บริการรังสีรักษาแก่ผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยในบางส่วนที่ต้องการการรักษาที่จำเป็น การให้บริการรังสีรักษาจะทาทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยรังสีรักษานี้จะได้รับการแจกเอกสาร และ ชมสไลด์เทปประกอบเสียง เรื่องการดูแลตนเองเมื่อรับรังสีรักษา อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งได้รับคำแนะนำปรึกษาปัญหาในเรื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วย สงสัยหรือไม่สบายใจจากแพทย์ผู้ตรวจ พยาบาลประจำหน่วย และผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ของผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ใช้ในการศึกษา ที่อยู่อาศัยขณะได้รับรังสีรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะ ของโรค และ ฯลฯ ซึ่งจะช่วยให้เห็นลักษณะของผู้ป่วยที่ศึกษา (ดูภาคผนวก ค และ ง)

2. ดรรชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) สำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งที่สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2533) ดัดแปลงให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยคนไทย จากดรรชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a) เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ วัดการรับรู้คุณภาพชีวิตใน 6 มิติคือ ความผาสุก ทางร่างกายและจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์และสังคม ตลอดจน พฤติกรรมตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่เกี่ยวกับการผ่าตัด และภาวะ โภชนาการ ในคำถาม 19 ข้อี้ จะเป็นคำถามด้านบวก 14 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะของคำตอบในคำถามแต่ละข้อจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง (Linear Analog Scale) โดยที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยค่า 2 ค่าที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนบนเส้นตรงจะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน กล่าวคือไม่มีเลย = 0 คะแนน แต่ถ้ามีเต็มที่ = 100 คะแนน ในการตอบ แบบสอบถาม ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องต่างๆตามข้อคำถาม และตอบ โดยการเขียนเครื่องหมายกากบาทพร้อมทั้ง เขียนจำนวนเลขลงบนมาตราส่วน ประเมินค่าเชิงเส้นตรงนั้น สำหรับคำถามด้านลบ คะแนนของข้อคำถามนั้นๆจะถูก กลับก่อนรวมกับคะแนนของข้อคำถามด้านบวก ทั้งนี้คะแนนรวมของแบบสอบถามจะมีค่าตั้งแต่ 0-1900 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เพื่อให้ค่าคะแนนเป็นที่เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ผู้วิจัย จึงได้เทียบค่าคะแนนทั้งหมดให้อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนนด้วยการหารค่าคะแนน รวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้ด้วยจำนวนข้อคือ 19 (ดูภาคผนวก จ)

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2533) ด้วยการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา 142 ราย คำนวณหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ 0.89 สำหรับการศึกษารังสีนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในการเก็บขณะได้รับการรังสีรักษา (N=60) = 0.91 และในการเก็บภายหลังได้รับการรังสีรักษาครบ (N=50) = 0.92

3. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) โรลีย์ (Riley, 1989) และเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) โดยวัดความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985)

แบบวัดดังกล่าวนี้ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ เป็นคำถามที่คิดคะแนนเพียง 27 ข้อ ส่วนข้อที่ 28 เป็นคำถามปลายเปิด ไม่คิดคะแนนเป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อดูแลตนเองนอกเหนือจากที่ปรากฏในแบบสอบถาม คำถามทั้งหมดจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกจะวัดความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการกับอารมณ์ โดยจะถามความเห็นของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆตามข้อความที่มีทั้งหมด 5 ข้อ ว่าผู้ป่วยเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำถามในส่วนนี้จะ เป็นแบบลิเกิร์ต (Likert scale) คะแนนที่ได้มีตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน ส่วนที่ 2 จะวัดความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและสังคมเป็นส่วนใหญ่ โดยจะวัดความบ่อยของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ลักษณะของแบบสอบถามส่วนนี้จะ เป็นแบบลิเกิร์ต (Likert scale) และแบบให้เลือกตอบ (Multiple choices) คะแนนที่ได้จะมีค่าตั้งแต่ 0-4 คะแนนเช่นเดียวกัน กล่าวคือ 0 คะแนน หมายถึงไม่เคยทำพฤติกรรมดังกล่าวเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึงทำพฤติกรรมนั้นๆเป็นประจำ

คะแนนรวมของแบบสอบถามชุดนี้จะ ได้จากการรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน ซึ่งมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 0-108 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึงมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง (ดูภาคผนวก ฉ)

เครื่องมือนี้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง 4 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 1 ท่าน เมื่อผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ได้ขอให้นักศึกษาปริญญาโททางการแพทย์ และบุคคลทั่วไปที่มีความรู้ระดับต่างๆ รวม 8 ท่าน อ่านแบบสอบถามเพื่อทำความเข้าใจของสำนวนภาษาที่ใช้ หลังจากปรับปรุงสำนวนเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายแล้ว ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) กับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ผลดังนี้

ขณะทดลองใช้	(N = 17)	=	0.84
ขณะได้รับรังสีรักษา	(N = 60)	=	0.83
ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ	(N = 50)	=	0.85

4. แบบประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย แบบประเมินนี้ผู้วิจัยจะใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 2 ข้อ ข้อแรกจะถามความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในหลายๆด้าน และ ความกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นต้นมา ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดอย่างอิสระ โดยจะมีคำถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจในการต่อสู้โรคของผู้ป่วยรวมอยู่ด้วย คำถามข้อ 2 จะเน้นปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยว่า เกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร แบบสอบถามชุดนี้ไม่มีคะแนน แต่ใช้ประกอบเพื่ออธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ดูภาคผนวก ช)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปถึงหัวหน้าหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนในการ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีในสัปดาห์ที่ 3-4 ของการรักษา เพราะเป็นช่วงที่อาการข้างเคียงต่างๆ ของรังสีเกิดสูงสุด และเก็บอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2-4 ภายหลังจากได้รับรังสีรักษาครบ เนื่องจากเป็นช่วงที่อาการต่างๆจากรังสีลดลงมาก โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการดังนี้

ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยที่มารับรังสีรักษา และทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นได้ติดต่อผู้ป่วยตามบัญชีที่สำรวจไว้ด้วยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งวิธีการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า จะได้รับการคำนึงสิทธิ ความเป็นบุคคลและการรักษาความลับจากผู้วิจัย (ดูภาคผนวก ก) หลังจากผู้ป่วยตอบรับยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ผู้วิจัยได้นัดหมายเวลาสะดวกทั้งของผู้ป่วยและผู้วิจัย เพื่อตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจทำก่อนหรือหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีในวันดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่าเวลาดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะช่วงเวลาที่ได้รับรังสีในวันดังกล่าว จะไม่มากจนกระทั่งทำให้เกิดอาการข้างเคียง หรือมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองทันทีหลังจากการรักษาด้วยรังสี

ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยมาในบริเวณที่เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวน และได้สนทนากับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลก่อน เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ตอบได้ง่าย ไม่คุกคามผู้ป่วยและยังเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับการตอบ หลังจากนั้นได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตรวจเช็คคุณภาพชีวิตแล้วจึงตามด้วยแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีอิทธิพลของคำถาม และคำตอบจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่จะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hanucharurnkul 1988 : 92) และถ้าผู้ป่วยไม่ล้าหรือเบื่อหน่ายในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งมีความไว้วางใจผู้วิจัยเพียงพอแล้ว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมหรือไม่อยู่ในสภาพที่กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง ผู้วิจัยได้เลี่ยงไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยในวันอื่นๆ ซึ่งอยู่ในระหว่างได้รับรังสีรักษาแทน

ในขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาจนผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จ เพื่อให้คำแนะนำหรือคำอธิบายในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วย

ตนเอง ซึ่งมีอยู่ 43 ราย ในการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ครั้ง ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกคำตอบด้วยตนเอง โดยการทาเครื่องหมายลงในแบบสอบถามนั้นๆ สำหรับขั้นตอนต่างๆ ยังเป็นเช่นเดิม การเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 30-45 นาทีต่อราย

เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามครั้งแรกแล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายเพื่อพบผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา เพื่อนัดหมายเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งที่สองในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดภายหลังเสร็จสิ้นการรักษาแล้ว 2-4 สัปดาห์ รวมทั้งขอที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจตามนัดในช่วงดังกล่าวได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมาตามนัด ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการเช่นเดียวกับครั้งแรกเพียงแต่ไม่ต้องตอบข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ซึ่งมีอยู่ 4 ราย ผู้วิจัยได้จัดส่งแบบสอบถามกรณีคุณภาพชีวิตและแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองพร้อมทั้งรายละเอียดในการทำแบบสอบถาม (ดูภาคผนวก ข) ไปให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ และได้รับตอบกลับภายในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยนับตั้งแต่วันที่สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา 2 ราย ส่วนอีก 2 รายติดตามไม่ได้

แบบสอบถามที่รวบรวมได้ทั้งหมด ได้รับการวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยจะ เสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผล
การตอบคำถามการวิจัย ผลการตอบสมมติฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
และผลการตอบคำถามเชิงคุณภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษารั้งนี้มีทั้งสิ้น
61 ราย ปฏิเสธ 1 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในระยะ
แรกขณะได้รับรังสีรักษา 60 ราย ในจำนวนนี้สูญหายภายหลังได้รับรังสีรักษา
ครบ โดยติดตามไม่ได้ 3 ราย 2 รายแรกเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคและ
อาการข้างเคียงของรังสีรักษามาก อีก 1 รายหายไปโดยไม่ทราบสาเหตุ และ
เนื่องจากการวิจัยนี้ได้สิ้นสุดตามระยะเวลาที่กำหนด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่
สามารถเข้าร่วมการศึกษาคือครบทั้ง 2 ครั้ง มีทั้งสิ้น 50 ราย (ร้อยละ
83.33)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1 จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
อายุเฉลี่ย 54.03 ปี และมีจำนวนปีที่ศึกษาโดยเฉลี่ย 7.03 ปี

นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีสถานภาพ
สมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน
พักบ้านตนเองขณะรับรังสีรักษา เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ไม่มีปัญหาการเงิน
เป็นภาระบริเวณโพรงหลังจมูก และระยะของโรคอยู่ในช่วงที่ 4 (รายละเอียด
ดูตารางที่ 1)



ตารางที่ 1: ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ จำนวนปีที่ศึกษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสีย ค่ารักษาพยาบาล ปัญหาการเงิน ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)		ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)	
อายุ (ปี)		ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา	จำนวน(ร้อยละ)
หีสัย	21-79	บ้านตนเอง	24(40.0)
ค่าเฉลี่ย	54.03	บ้านลูก/ญาติ/คนรู้จัก	22(36.7)
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.94	บ้านพักรังสี	8(13.3)
จำนวนปีที่ศึกษา (ปี)		อื่นๆ(บ้านเช่าชั่วคราว)	6(10.0)
หีสัย	0-16	วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล	
ค่าเฉลี่ย	7.03	เบิกได้	34(56.7)
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.82	จ่ายเอง	9(15.0)
		สังคมสงเคราะห์	17(28.3)
	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ		ปัญหาการเงิน	
ชาย	39(65)	ไม่มีเลย	33(55.0)
หญิง	21(35)	มีเล็กน้อย	14(23.3)
สถานภาพสมรส		มีปานกลาง	9(15.0)
โสด	4(6.7)	มีมาก	4(6.7)
คู่	45(75.0)	ตำแหน่งของมะเร็งศีรษะและคอ	
หม้าย/หย่า	11(18.3)	โพรงหลังจมูก	21(35.0)
อาชีพ		กล่องเสียง	13(21.7)
รับราชการ	4(6.7)	ช่องปาก	11(18.3)
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3(5.0)	อื่น ๆ	15(25.0)
ค้าขาย	9(15.0)	ระยะของมะเร็ง	
เกษตรกรกรม	10(16.7)	ระยะที่ 1	6(10.0)
รับจ้าง	14(23.3)	ระยะที่ 2	8(13.3)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20(33.3)	ระยะที่ 3	6(10.0)
(ข้าราชการบำนาญและอื่นๆ)		ระยะที่ 4	31(51.7)
รายได้ (บาท)		ไม่ทราบระยะ	9(15.0)
≤ 3000	29(48.3)		
3001-6000	7(11.7)		
6001-9000	11(18.3)		
> 9000	13(21.7)		

ผลการตอบคำถามการวิจัย

คำถามการวิจัย : 1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งบริเวณศีรษะและคอในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา ครบแตกต่างกันหรือไม่ และถ้ามีความแตกต่างจะมีความแตกต่างกันอย่างไร?

คำถามนี้ได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) เนื่องจากเป็นการศึกษาติดตามเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบในกลุ่มตัวอย่างเดิม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์มีทั้งสิ้น 50 ราย ผลการวิเคราะห์ พบว่า จากพิสัยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-108 คะแนน พบว่าในระหว่างได้รับรังสีรักษา พิสัยคะแนนในกลุ่มตัวอย่าง = 46-101 ค่าเฉลี่ย = 78.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.56 และมีการกระจายในลักษณะเบ้ซ้าย (Skewness = -.617)

ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ พิสัยคะแนนในกลุ่มตัวอย่าง = 55-101 ค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 81.46 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.42 และมีการกระจายในลักษณะเบ้ซ้าย (Skewness = -.50) แต่มีความเบ้ลดลง เนื่องจากกระจายในกลุ่มคะแนนต่ำมีมากขึ้น อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยค่อนข้างสูงทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล พบว่ามีอยู่ 16 ราย (ร้อยละ 32) ที่คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลงภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ส่วนที่เหลือคะแนนสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ($M = 78.04$) น้อยกว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ($M = 81.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(49) = -2.66, p < .01$ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายข้อ (ดูภาคผนวก ข) พบว่าทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในเรื่องการออกกำลังกายต่ำที่สุด และมีความสามารถค่อนข้างต่ำในด้านการพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น การหาความรู้ในการดูแลตนเอง การคิดทบทวนสิ่งที่ทำในแต่ละวัน การรับประทานอาหารให้ได้ครบ 5 หมู่ การทำให้ตนเองหายสงสัย หายกังวล และลดความไม่สุขสบาย ตลอดจนการขยาย

ช่องปากให้กว้าง เพื่อป้องกันอาการอ้าปากไม่ขึ้น แม้ว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ความสามารถต่างๆที่ตำแหน่งนี้จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ค่าคะแนนที่ได้ก็ยิ่งพบว่าต่ำกว่าด้านอื่นๆทั้งหมด

คำถามการวิจัย: 2.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแตกต่างกันหรือไม่ และถ้ามีความแตกต่างจะมีความแตกต่างกันอย่างไร?

คำถามนี้ได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) โดยมีจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 50 รายเช่นเดียวกัน ผลการวิเคราะห์พบว่าจากพิสัยคะแนนคุณภาพชีวิต ถ้าเทียบคะแนนให้อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างมีพิสัยคะแนน = 23.16-96.58 ค่าเฉลี่ย = 68.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.36 และมีการกระจายคะแนนในลักษณะ เบ้ซ้าย (Skewness = -.57)

ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ พิสัยคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง = 42.63-100.00 ค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น = 74.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.52 และมีการกระจายคะแนนในลักษณะ เบ้ซ้าย (Skewness = -.08) แต่มีความเบ้ลดลง เนื่องจากการกระจายในกลุ่มคะแนนต่ำมีมากขึ้น อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยค่อนข้างสูงทั้ง ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และ ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ

เมื่อพิจารณาคคุณภาพชีวิตเป็นรายบุคคล พบว่ามีอยู่ 16 ราย (ร้อยละ 32) ที่คะแนนคุณภาพชีวิตลดลงภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ส่วนที่เหลือคะแนนสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษา (M = 68.57) น้อยกว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (M = 74.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(49) = -3.21, p < .01$ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นรายข้อ (ดูภาคผนวก ๘) พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในเรื่องความอร่อยในการรับประทานอาหารทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยมีคุณภาพชีวิตต่ำรองลงไปในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (คะแนนความวิตกกังวลสูงคือ คุณภาพชีวิตด้านความวิตกกังวลต่ำ) และความสามารถในการทำงานทั้ง 2 ช่วงเวลา

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตระหว่างคะแนนในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภาย หลังได้รับรังสีรักษาครบโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

ตัวแปร	ขณะ ได้รับรังสี รักษา		ภายหลัง ได้รับ รังสีรักษาครบ		t Value
	(N=50)		(N=50)		
	M	SD.	M	SD.	
ความสามารถ ในการดูแลตนเอง	78.04	13.56	81.46	12.42	-2.66**
คุณภาพชีวิต	68.57	16.36	74.83	13.52	-3.21**

** p < .01

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา สภาพที่อยู่อาศัยและระยะของโรค ได้รับการวิเคราะห์ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยที่เพศ สถานภาพสมรส และสภาพที่อยู่อาศัยถูกตัดแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ก่อนการวิเคราะห์ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) ผลการวิเคราะห์พบว่า

ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมีทั้งหมด 3 คู่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง $r(59) = .57, p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมีทั้งหมด 4 คู่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง เช่นเดียวกันคือ $r(49) = .64, p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3: เมตริกส์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา (N=60)

	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.00						
2. สถานภาพสมรส	-.08	1.00					
3. จำนวนปีที่ศึกษา	-.15	.21	1.00				
4. สภาพที่อยู่อาศัย	.20	-.08	.22*	1.00			
5. ระยะของโรค	.00	-.21	.07	.04	1.00		
6. ความสามารถในการดูแลตนเอง	.01	.05	.01	.21	.05	1.00	
7. คุณภาพชีวิต	.15	-.06	-.29*	.13	-.04	.57***	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ค่าของตัวแปร: เพศ 1 = ชาย 2 = หญิง
 สถานภาพสมรส 1 = ไม่มีคู่สมรส 2 = มีคู่สมรส
 สภาพที่อยู่อาศัย 1 = อยู่บ้านอยู่อื่น 2 = อยู่บ้านตนเอง

ตารางที่ 4: เมตริกส์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
 ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (N=50)

	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.00						
2. สถานภาพสมรส	.01	1.00					
3. จำนวนปีที่ศึกษา	-.18	.31*	1.00				
4. สภาพที่อยู่อาศัย	.17	-.07	.13	1.00			
5. ระยะของโรค	.08	-.33**	-.01	-.05	1.00		
6. ความสามารถในการดูแลตนเอง	.15	.04	-.07	.21	.09	1.00	
7. คุณภาพชีวิต	.14	-.06	-.24*	.20	.07	.64***	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ค่าของตัวแปร: เพศ 1 = ชาย 2 = หญิง
 สถานภาพสมรส 1 = ไม่มีคู่สมรส 2 = มีคู่สมรส
 สภาพที่อยู่อาศัย 1 = อยู่บ้านอยู่อื่น 2 = อยู่บ้านตนเอง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน: ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ เมื่อใช้สถิติควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้าน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัยและระยะของโรค

สมมติฐานนี้ได้รับการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) โดยให้คุณภาพชีวิตเป็นตัวถูกทำนายและให้ตัวแปรที่ควบคุมเข้าสมการโดยยึดลำดับการเกิดของตัวแปรดังนี้ ตัวแปรที่เข้าสมการลำดับที่ 1 คือเพศ และสถานภาพสมรส ลำดับที่ 2 คือการศึกษา ลำดับที่ 3 คือสภาพที่อยู่อาศัย ลำดับที่ 4 คือระยะของโรค และลำดับสุดท้าย คือความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่า

ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย ระยะของโรค และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความผันแปรทั้งหมดในการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ $42, F(6, 53) = 6.49, p < .001$ แต่เมื่อนำความผันแปรที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐานทั้งหมดออก พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความผันแปรในการรับรู้คุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 29 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(6, 53) = 26.98, p < .001$ (Beta = .56, $t = 5.19, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

นั่นคือความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษา (ค่า Beta เป็นบวก) เมื่อใช้สถิติควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรค

ตารางที่ 5: ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษา โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรรด้วยวิธีการทางสถิติ (Hierarchical Multiple Regression) (N=60)

แหล่งของตัวแปร	ลำดับที่ การเข้า ในสมการ	Multiple R	R Square	RSQ Change	F Change	P	Beta
ตัวแปรที่ควบคุม: . เพศ	1	.14	.02	.02	.59	.56	.13
. สถานภาพสมรส							-.06
ตัวแปรที่ควบคุม: . การศึกษา	2	.31	.09	.07	4.55	.04	-.28
ตัวแปรที่ควบคุม: . สภาพที่อยู่อาศัย	3	.36	.13	.04	2.28	.14	.20
ตัวแปรที่ควบคุม: . ระยะของโรค	4	.36	.13	.00	0.01	.92	-.01
ความสามารถใน การดูแลตนเอง:	5	.65	.42	.29	26.98	.000	.56

ค่าของตัวแปร: เพศ 1 = ชาย 2 = หญิง
 สถานภาพสมรส 1 = ไม่มีคู่สมรส 2 = มีคู่สมรส
 สภาพที่อยู่อาศัย 1 = อยู่บ้านผู้อื่น 2 = อยู่บ้านตนเอง

ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพ-
 ที่อยู่อาศัย ระยะของโรค และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบาย
 ความผันแปรทั้งหมดในการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46, $F(6, 43)=6.19$,
 $p<.001$ แต่เมื่อนำความผันแปรที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน
 ทั้งหมดออก พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความผันแปร
 ในการรับรู้คุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(6, 43)=$
 $26.92, p<.001$ (Beta = .61, $t = 5.19, p<.001$) ดังแสดงใน
 ตารางที่ 6

นั่นคือความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ เมื่อใช้สถิติควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรค ดังนั้นสมมติฐานที่ตั้งไว้จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 6: ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรรด้วยวิธีการทางสถิติ (Hierarchical Multiple Regression) (N=50)

แหล่งของตัวแปร	ลำดับที่						
	การเข้า ในสมการ	Multiple R	R Square	RSQ Change	F Change	P	Beta
ตัวแปรที่ควบคุม: . เพศ	1	.16	.02	.02	.58	.56	.14
. สถานภาพสมรส							-.06
ตัวแปรที่ควบคุม: . การศึกษา	2	.26	.07	.05	2.26	.14	-.23
ตัวแปรที่ควบคุม: . สภาพที่อยู่อาศัย	3	.35	.12	.05	2.55	.12	.23
ตัวแปรที่ควบคุม: . ระยะของโรค	4	.36	.13	.01	.41	.53	.10
ความสามารถใน การดูแลตนเอง:	5	.68	.46	.33	26.92	.000	.61

ค่าของตัวแปร : เพศ 1 = ชาย 2 = หญิง
 สถานภาพสมรส 1 = ไม่มีคู่สมรส 2 = มีคู่สมรส
 สภาพที่อยู่อาศัย 1 = อยู่บ้านผู้อื่น 2 = อยู่บ้านตนเอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

เพื่อวิเคราะห์ถึงอิทธิพลซึ่งกันและกันของความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต จึงใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในรูปแบบ Cross-lag panel design พบว่าทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวเองค่อนข้างสูง เมื่อวัดระหว่างรับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ คือ $r = 0.76$ และ 0.59 ตามลำดับ ($p < .001$)

ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .48, p < .001$ พอๆกับคุณภาพชีวิตในขณะที่รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .44, p < .001$ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ในขณะที่ได้รับ
รังสีรักษา

ภายหลังได้รับ
รังสีรักษาครบ

ความสามารถใน
การดูแลตนเอง

$r = .76^{***}$

ความสามารถใน
การดูแลตนเอง



*** $p < .001$

แผนภาพที่ 1:

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (N=50)

ผลการตอบคำถามเชิงคุณภาพ

คำถามเชิงคุณภาพ: ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษารับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร การรับรู้ดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง สิ่งเหล่านั้นก่อให้เกิดความทุกข์หรือปัญหาทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ อย่างไร และในการจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น อะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นหรือทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยทุกคนทราบว่าตนเองมีก้อนหรือเนื้องอกที่จำเป็นต้องรักษาด้วยรังสี บางคนสามารถพูดคำว่า "มะเร็ง" ได้โดยไม่รู้สึกลัว ในด้านความรู้สึกของการป่วยด้วยโรคนี้อ ผู้ป่วยมีทั้งที่บอกว่ากลัวและไม่กลัวความตาย ในรายที่กลัวความตาย จะรู้สึกว่าชีวิตนี้มีกรรม ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกผิด และคิดถึงอนาคตว่าจะอยู่ต่อไปได้นานเพียงใด หรือผลการรักษาจะช่วยให้โรคดีขึ้นหรือไม่ ในรายที่ไม่รู้สึกลัวกลัวความตาย ผู้ป่วยจะบอกว่ารู้สึกเฉยๆไม่ท้อแท้ ทั้งนี้เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองอายุมากแล้ว ยอมรับสภาพความจริง ประกอบกับไม่มีเรื่องหรือภาระใดๆต้องผูกพัน เพราะชีวิตปัจจุบันอยู่ในระดับที่พอใจแล้ว สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลมีเพียงแต่กลัวความทุกข์ทรมานที่จะเกิดจากโรคมามากกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ต่างให้ความเห็นอย่างเดียวกันว่า รู้สึกเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ประกอบกับได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงทำให้เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้โรค และเกิดความพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยน้อยรายที่ยอมรับว่าได้มีโอกาสร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการวางแผนการดูแลตนเอง

สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวลนั้นพบว่า ผู้ป่วยจะกังวลในเรื่องต่างๆมากน้อยตามแต่ลักษณะของบุคคล เรื่องที่ผู้ป่วยกังวลสามารถแยกออกเป็นส่วนต่างๆโดยยึดหลักความกังวลด้านต่างๆในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมน (Weisman 1979 : 72-80) ได้ดังนี้

1. กังวลด้านสุขภาพ ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลเกี่ยวกับปัญหาทางร่างกายต่างๆที่เกิดขึ้น ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่างๆที่ลดลง ตลอดจนกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. กังวลด้านการประเมินตนเอง ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ความสามารถและคุณค่าในตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีรักษา

จะมีความกังวลด้านนี้ค่อนข้างสูง เพราะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ร่วมกับ การมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งน้ำหนักที่ลดลง ร่างกายอ่อนเพลีย และผมร่วง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง

3. กังวลด้านการงานและการเงิน พบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับ-จ้างหรือมีกิจการส่วนตัวที่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จะมีความกังวลด้านนี้สูงกว่า ผู้ที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว แม้จะได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ เรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกังวลในเรื่องการเงิน เนื่องจากยังต้องรับผิดชอบสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

4. กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยจะกังวลในเรื่อง ความเป็นอยู่ของครอบครัวว่าจะอยู่อย่างไร ในรายที่ยังมีบุตรเล็กๆ ก็จะเป็นห่วง บุตร กล่าวถึงความเจ็บป่วยจะทำให้ไม่สามารถดูแลบุตรได้เต็มที่ ส่วนในรายที่ต้องมาอาศัยพักบ้านผู้อื่น เช่น บ้านเพื่อนหรือบ้านพักรังสี จะรู้สึกว่าห่างไกลญาติพี่น้อง เหมือนถูกทอดทิ้งและขาดคนมาเยี่ยมเยียน

5. กังวลเกี่ยวกับเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยที่ตัดกล่องเสียงออก จะกังวลด้านนี้สูงกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น เพราะรู้สึกว่า การติดต่อสื่อสารเป็นไปด้วยความลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเองไม่อยากจะติดต่อกับผู้อื่นหรือผู้อื่นไม่อยากจะติดต่อกับผู้ป่วย นอกจากนี้ในรายที่ต้องมาพักอาศัยอยู่กับเพื่อนฝูงขณะรักษา จะรู้สึกเกรงใจเพื่อน ทำตัวลำบาก กลัวเพื่อนรำคาญหรือยุ่งยาก ทำให้ขาดความสุขมากขึ้น

6. กังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยจะกังวลว่าโรคนี้จะทำให้ผู้ป่วย มีชีวิตรอดอยู่ได้นานเพียงใด การรักษาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดหรือไม่ ผู้ป่วยทุกคนยอมรับว่ามีความหวัง บางรายมีความหวังที่จะหาย บางรายมีความหวังที่จะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือบางรายมีความหวังเพียงแค่ว่าไม่ต้องรับการทรมานจากโรค การสะเดาะเคราะห์ ต่อชะตา ทาบุญ และทำสมาธิ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติ เลือกที่จะปฏิบัติร่วมกับการได้รับรังสีรักษา เพราะให้ผลทางด้านจิตใจที่ทำให้รู้สึกเชื่อมั่นในผลการรักษามากขึ้น

ส่วนความกังวลด้านการปฏิบัติศาสนกิจซึ่งเป็นความกังวลอีกด้านหนึ่งที่ไวส์แมน (Weisman) ได้กล่าวไว้ นั้น ไม่พบว่ามีผู้ป่วยคนใดมีความกังวลที่ไม่ได้ปฏิบัติศาสนกิจในระหว่างป่วยและได้รับรังสีรักษาเลย แต่พบในลักษณะตรงกันข้าม กล่าวคือผู้ป่วยจะใช้หลักและข้อปฏิบัติทางศาสนาปฏิบัติให้มากขึ้น เพื่อลดความกังวลที่ผู้ป่วยมีอยู่แทน

ในเรื่องของเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีปัญหา กล่าวคือ ยังมีเพศสัมพันธ์ตามปกติแม้ว่าจะน้อยครั้งกว่าเดิมเนื่องจากความต้องการลดลง หรือไม่ได้ร่วมเพศกันมาตั้งแต่ป่วย เพราะคู่ครองเข้าใจ หรือการมารักษาตัวที่ กรุงเทพฯ ทำให้ไม่ค่อยได้มีโอกาสพบคู่ครอง การมีเพศสัมพันธ์จึงลดน้อยลง ซึ่งก็ไม่มีปัญหาในครอบครัวแต่อย่างใด

ผู้ป่วยที่อายุ 45-65 ปี หลายรายกล่าวว่าแยกกันนอนกับคู่ครองหรือยังนอนด้วยกันแต่ไม่มีเพศสัมพันธ์กันมาหลายปีก่อนที่จะป่วย เรื่องของการเจ็บป่วยจึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์แต่อย่างใด มีอยู่ 1 รายที่บอกว่ามีปัญหาในระยะแรก เพราะภรรยาไม่เข้าใจคือ กลัวการติดต่อ แต่ในระยะหลังไม่มีปัญหา เพราะภรรยาเข้าใจ และอีก 1 รายบอกว่าไม่เคยถามคู่ครองว่ารู้สึกอย่างไร แต่ไม่เคยเห็นคู่ครองมีปฏิกิริยาเมื่อผู้ป่วยไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์

การอภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย สถานภาพสมรสคู่ เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก และระยะของโรคอยู่ในช่วงที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานต่างๆเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ผ่านมา (Puribhat, et al. 1988 : 2-3 ; Million, Cassisi & Wittes, in Devita, Hellman & Rosenberg, ed. 1985 : 407 ; ไพรซ์ เทพมงคล 2524 : 154-189) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทาในโรงพยาบาลรามธิบดี (Hanucharurnkul 1988 : 68-69 ; บุญจันทร์ วงศ์สุนรัตน์ 2533 : 37-38 ; ผ่องพรรณ กาวิวงศ์ 2533 : 30-31)

ความสามารถในการดูแลตนเอง

จากคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-108 คะแนน พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ทั้งในขณะได้รับรังสีรักษา (N = 60) และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (N = 50) ในการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างสูง (M = 78.45 และ M = 81.46 ตามลำดับ) แม้ว่าจะไม่มีงานวิจัยใดที่วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาโดยตรง ผลการศึกษานี้ก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 94-95) ที่ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาแล้วพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณ ศีรษะและคอมีคะแนนการดูแลตนเองค่อนข้างสูง และการกระจายคะแนนใน ลักษณะเบ้ซ้าย ($skewness = -.51$) เช่นเดียวกันมากที่สุด เนื่องจากแบบ ประเมินทั้งสองถูกสร้างหรือปรับปรุงขึ้นตามกรอบแนวคิดของ โอเร็ม ในการวัด ความสามารถที่จะดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

การที่ผู้ป่วยรายงานความสามารถในการดูแลตนเองสูงเช่นนี้ อาจ เนื่องจากความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่เกิดขึ้น ทำให้ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความตายหรือความทุกข์ทรมาน จนเกิดแรงจูงใจที่จะ ดูแลตนเองเพื่อความอยู่รอดดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเร็มที่ว่า "การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมหรือการปรับหน้าที่เพื่อความอยู่รอด" (Orem 1985 : 35,84) ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่ จากผู้ครอง ลูกหลาน หรือญาติพี่น้องอย่างเพียงพอ ร่วมกับได้รับความรู้ในการ ดูแลตนเองเมื่อได้รับการรังสีรักษา จากสไลด์เทปโปรแกรมของหน่วยรังสีรักษาและ เวชศาสตร์นิวเคลียร์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และได้รับแรงสนับสนุนเป็น รายบุคคลจากผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาเฉพาะ และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้ ผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่รังสีรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยค่อนข้างสูงในขณะที่ได้รับการรังสีรักษา และสูงมากขึ้นจนมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติจากการที่ผู้ป่วยมีทักษะในการเรียนรู้และปฏิบัติมากขึ้น

แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจะสูงขึ้นภายหลังได้รับการรังสี รักษาครบ แต่ก็พบได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (16 ราย) ที่คะแนนลดต่ำลง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการของโรคดีขึ้นมากร่วมกับการรักษาลิ้นสุด ลง ความต้องการการดูแลตนเองในสิ่งเหล่านี้จึงลดลงด้วย ร่วมกับผู้ป่วยไม่ จำเป็นต้องมาพบแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่รังสีรักษาอย่างใกล้ชิดเหมือนเดิม ทำให้แรงจูงใจและแรงกระตุ้นจากแพทย์พยาบาลที่ช่วยในการดูแลตนเองอย่าง สม่าเสมอมาตลอดลดน้อยลงตามไปด้วย

อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงนี้ ยังอาจเนื่องมาจากมีผู้ป่วยถึง 43 รายทั้งในขณะที่ได้รับการรังสีรักษา และภายหลัง ได้รับการรังสีรักษาครบ ที่ผู้วิจัยต้องอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง และผู้ป่วยต้อง เลือกตอบต่อหน้าผู้วิจัย โอกาสที่ผู้ป่วยต้องการตอบในสิ่งที่สังคมยอมรับ หรือคาด ว่าผู้วิจัยจะพอใจจึงมีได้สูง เช่นกัน

เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นรายข้อ (ดูภาค-
ผนวก ซ) พบว่าทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ
ผู้ป่วยจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถต่ำที่สุดในเรื่องการออกกำลังกาย ทั้งนี้
อาจเป็นเพราะภาวะของโรคที่เป็นร่วมกับรังสีรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ
อ่อนเพลีย จึงไม่สามารถออกกำลังกายได้บ่อยเท่าที่ควร ทำให้คะแนนในข้อ
ดังกล่าวต่ำลงไปด้วย สำหรับความสามารถด้านอื่นๆที่พบว่าต่ำ เช่น การพูดคุยกับ
ผู้ป่วยอื่น การหาความรู้ในการดูแลตนเอง การคิดทบทวนถึงสิ่งที่ทำในแต่ละวัน
การทำให้ตนเองหายสงสัย หายกังวล หรือลดความไม่สบาย การรับประทานอาหาร
อาหารให้ได้ครบ 5 หมู่ และการขยายช่องปากให้กว้างนั้น อาจเนื่องมาจาก
ลักษณะส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะยากจน มีความเชื่อและความเกรง
กลัวแพทย์พยาบาลในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการรักษา จึงปฏิบัติ
ตามคำแนะนำทุกอย่างโดยมิกล้าซักถามใดๆ ทำให้ไม่สามารถคิด พิจารณา และ
หาวิธีการดูแลตนเองได้เพียงพอและเหมาะสม นอกจากนี้รังสีรักษาที่ได้รับทำให้
ผู้ป่วยมีอาการอักเสบในช่องปากจนทำให้ไม่สามารถขยายช่องปากให้กว้างได้
บ่อยๆ จึงทำให้ความสามารถในด้านดังกล่าวลดลงด้วย

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองระหว่าง
ได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (ดูแผนภาพที่ 1) จะพบว่ามี
ความสัมพันธ์กันสูง $r(49) = .76, p < .001$ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถใน
การดูแลตนเอง ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง
ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบสูงด้วย และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง
ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาต่ำ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับรังสี
รักษาครบต่ำด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองที่มีอยู่เดิม
จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถในขั้นต่อไปอันจะเป็นประโยชน์ในการ
ทำนายและวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ ซึ่งความสามารถในการ
ดูแลตนเองต่อไป

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการดูแลตนเองมีการเปลี่ยนแปลงใน
ลักษณะ เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ และความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับ
รังสีรักษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับรังสี
รักษาครบ

คุณภาพชีวิต

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในขณะได้รับรังสีรักษา (N=60) ในการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างสูง (M=69.23) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของพาดิลล่าและคณะ (Padilla, et al. 1983) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีค่าเท่ากับ 64.78 คะแนน ของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่ใส่โคลอสโตมีย์ มีค่าเท่ากับ 65 คะแนน ของพองพรณ กาวังศ์ (2533 : 36) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีค่าระหว่าง 63.37-65 คะแนน และของสมจิต หนเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 96) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีค่าเท่ากับ 66 คะแนน

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (M = 74.83, N = 50) มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ สมจิต หนเจริญกุล และคณะ (2533 : 12) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีค่าเท่ากับ 72.99 คะแนน การที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในขณะได้รับรังสีรักษาสูงกว่าการศึกษานั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการรักษา ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีเพราะอาการทุข์ทรมาณต่างๆที่เคยมีมาก่อนการรักษา หรือขนาดของก้อนมะเร็งค่อยๆลดลงจนสังเกตได้ในระหว่างได้รับรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล เชื่อมั่นในการรักษา และมีความหวังตลอดจนกำลังใจในการต่อสู้โรคมะเร็งมากขึ้น แม้ว่าจะมีอาการข้างเคียงต่างๆอยู่ นอกจากนี้ยังได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ญาติพี่น้องอย่างสม่ำเสมอร่วมด้วย

ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาอันยาวนานสิ้นสุดลง พร้อมกับขนาดของก้อนมะเร็งยุบลงมากกว่าก่อนการรักษา ประกอบกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีได้อยู่บ้านของตนเองในขณะได้รับรังสีรักษา ได้กลับบ้านไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและกับคนใกล้ชิด ทำให้ภาวะอารมณ์จิตใจดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1988 : 46-51) ในการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับรังสีรักษาแล้วพบว่า ภายหลังการรักษา 1 เดือน อารมณ์แปรปรวนต่างๆจะมีน้อยกว่าในขณะได้รับรังสีรักษา ซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบสูงขึ้นอีก

ภาวะอารมณ์จิตใจซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตนี้เอง สะท้อนสิ่งที่โอเริ่มเน้นในเรื่องของคุณค่าว่า บุคคลเป็นองค์รวมที่ประกอบด้วยร่างกายและจิตใจผสมผสานกันเป็นหนึ่งเดียวและแยกจากกันไม่ได้ การพิจารณาคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นการรับรู้ของคุณค่าต่อภาวะที่ปรากฏอยู่จริงของตนในภาพรวมที่มีลักษณะผสมผสานดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (Orem 1985 : 179-181) คำกล่าวนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี

เมื่อพิจารณาคคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อ (ดูภาคผนวก ๗) พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในด้านความอร่อยของการรับประทานอาหารต่ำที่สุด ทั้งในขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบโดยมีคุณภาพชีวิตต่ำรองลงไปในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำงาน ซึ่งเป็นไปตามความคาดหมาย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับรังสีรักษาบริเวณปากและคอ ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ผลของรังสีที่ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องปาก เจ็บคอ ปากแห้ง ปริมาณน้ำลายลดลง และต่อมรับรสถูกทำลาย (Varricchio 1981 : 336 ; Yasko 1982 : 643-644 ; Thomson 1980 : 878-879 ; King, et al. 1985 : 58) ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ประกอบกับความวิตกกังวลต่างๆที่เกิดขึ้น (Johnson, et al. 1988 : 46-51 ; สมจิต หนเจริญกุลและคณะ 2533 : 12 ; ผ่องพรรณ กาวีวงศ์ 2533 : 33-34 ; อนุรีย์ ต้นสกุล 2522 : 703) ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงไปอีก ร่างกายจึงอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานต่างๆได้เช่นเดิม

ในการศึกษาความกังวลต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความกังวลในเรื่องที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ความกังวลที่พบนี้สอดคล้องกับความกังวลด้านต่างๆที่ไวส์แมน (Weisman 1979 : 72-80) จำแนกไว้เพียง 6 ด้านคือ ความกังวลด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเอง ด้านการงานและการเงิน ด้านครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ด้านเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน และด้านการมีชีวิตรอยู่ สำหรับความกังวลที่เกิดจากการไม่ได้ปฏิบัติศาสนกิจนั้น ไม่พบว่ามีผู้ป่วยคนใดกล่าวถึงเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยชาวไทยแตกต่างจากผู้ป่วยชาวตะวันตกเนื่องจากนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งไม่เห็นเรื่องการไปวัดอย่างสม่ำเสมอเหมือนการไปโบสถ์ในศาสนาคริสต์

ความกังวลที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลนี้เอง สะท้อนถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ความต้องการการดูแลตนเองแตกต่างกัน และต้องใช้ความสามารถที่แตกต่างกันในการสนองตอบต่อความต้องการที่เกิดขึ้นให้เพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อที่จะรักษาหรือคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยพบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความผันแปรของการรับรู้คุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 29 ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและร้อยละ 33 ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ และเนื่องจากความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 นี้มีอยู่ค่อนข้างสูง ทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษา $r(59) = .57, p < .001$ และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ $r(49) = .64, p < .001$ ผลการศึกษาที่พบจึงสนับสนุนข้อสมมติล่วงหน้าของโอเรียมที่ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต (Orem 1985 : 35)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 113-114) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามากที่สุด โดยพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรรและแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยวิธีการทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากใช้แบบประเมินตราชนีคุณภาพชีวิตที่คัดแปลงมาจากตราชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a) และแบบประเมินการดูแลตนเองที่สร้างมาจากกรอบแนวคิดของโอเรียมเช่นเดียวกัน และเนื่องจากการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองให้มีข้อความที่ลดความซ้ำซ้อนกับตราชนีคุณภาพชีวิต รวมทั้งเพิ่มลักษณะแบบสอบถามให้มีความหลากหลายมากกว่าแบบลิเกิตที่ใช้แต่เดิม เพื่อลดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามตามที่สมจิต หนูเจริญกุลได้แนะนำ ร่วมกับขยายแนวการศึกษาไปในลักษณะติดตามผลในกลุ่มตัวอย่างเดิม ผลการศึกษาที่ยังคงพบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต จึงเป็นการยืนยันข้อสมมติล่วงหน้าของโอเรียมดังกล่าว

สำหรับงานวิจัยอื่นที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตนั้นมีจำกัด และส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (Drettner & Ahlbom 1983 : 307-314 ; Graham & Longman 1987 : 338-346 ; Padilla & Grant 1985a : 45-60) ผลการศึกษานี้จึงไม่อาจจะบ่งชี้ได้ชัดเจนว่า สอดคล้องกับงานวิจัยเหล่านั้นเนื่องจากกรอบแนวคิดและแบบประเมินที่ใช้แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตมิได้มีเฉพาะในช่วงเวลาหนึ่งๆ เท่านั้น จากแผนภาพที่ 1 จะพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ $r(49) = .48, p < .001$ และคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ $r(49) = .44, p < .001$ และจากค่าความสัมพันธ์ที่มีอยู่ใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับรังสีรักษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบพอๆกับที่คุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษา มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ผลการศึกษาดังกล่าวจึงยืนยันข้อเสนอของโอเร็มที่ว่า "ความสามารถในการดูแลตนเองมีส่วนส่งเสริมคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้บุคคลสามารถริเริ่ม และคงความพยายามในการดูแลตนเอง" (Orem 1985 : 35,121)

นอกจากความสามารถในการดูแลตนเองที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแล้ว ตัวแปรอื่นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตมีเพียงตัวเดียวคือจำนวนปีที่ศึกษา ซึ่งพบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษา $r(59) = -.29, p < .05$ และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ $r(49) = -.24, p < .05$ การที่พบความสัมพันธ์ทางลบดังกล่าวอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีที่ศึกษาสูงมีการคิดพิจารณา และสามารถแยกแยะรายละเอียดความแตกต่างของตัวเลขบนสเกลการวัดได้มากกว่า จึงไม่ค่อยพบการตอบแบบให้คะแนนมากหรือน้อยเต็มทีบนสเกลในแต่ละข้อ ในขณะที่พบตรงกันข้ามในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อยกว่า จึงทำให้ดูเหมือนว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตามเมื่อนำตัวแปรการศึกษาเข้าสมการถดถอยพหุคูณเชิงชั้น (ตารางที่ 5,6) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ($p < .05$) เท่านั้น ในขณะที่ไม่พบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่า การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ไม่ใช่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์คงที่กับคุณภาพชีวิต

กล่าวโดยสรุปแล้ว ผลการศึกษาที่สนับสนุนความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม โดยยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แม้ในช่วงเวลาต่างๆ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity)

1. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่ใช้ เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อให้ใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทั่วไป จึงเป็นแบบวัดความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่ควรจะมีทั้งหมดของผู้ป่วย โดยมีได้ครอบคลุมถึงการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้อาจขาดความสมบูรณ์ของความสามารถในการดูแลตนเองที่จะวัดทั้งหมด
2. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องตอบแบบสอบถามที่บ้าน ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมให้เหมือนในหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดีได้ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ถูกต้องสมบูรณ์ตรงตามความเป็นจริง
3. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลาเอียงที่อาจเกิดจากตัวผู้วิจัย ในการอ่านหรืออธิบายข้อความที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ หรือไม่สามารถอ่านได้เอง ซึ่งผู้วิจัยอาจมีความคาดหวังในผลการวิจัยทำให้มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างได้
4. ในการเก็บข้อมูลด้วยการอ่านให้ผู้ป่วยฟัง ตัวผู้วิจัยอาจมีผลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ตรงความจริง คือพยายามตอบในสิ่งที่สังคมยอมรับหรือคิดว่าผู้วิจัยจะพอใจ โดยเฉพาะการตอบแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างและเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลรามธิบดีเท่านั้น จึงทำให้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ตลอดจนศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตตั้งแต่ป่วย ความกังวลที่เกิดขึ้น และสิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้เกิดความรู้สึกที่จะต่อสู้กับโรคของผู้ป่วย โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2533-มกราคม 2534 ในหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก รับรังสีเป็นครั้งแรกและเป็นการรับรังสีเพื่อการรักษา ไม่ใช่เพื่อบรรเทาอาการ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีโรคประจำตัวใดๆที่ควบคุมอาการไม่ได้และยินดีให้ความร่วมมือ

การเก็บข้อมูลกระทำ 2 ครั้ง คือครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 3-4 ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและเก็บอีกครั้งภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่เลือกเข้าร่วมการศึกษาครั้งแรกมี 60 ราย ได้ติดตามไปจนถึงการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 คงเหลือผู้ป่วย 50 ราย เนื่องจากสูญหายและสิ้นสุดระยะเวลาการศึกษา ก่อนเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้นจากแบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองและแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ไรลีย์ (Riley, 1989) และเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) โดยมีความเชื่อมั่นจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ในการศึกษานี้จากการเก็บข้อมูลครั้งแรกและครั้งที่สอง = 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ ธรรมชาติคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งของสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2533) ซึ่งดัดแปลงมาจากของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985a) โดยมีความเชื่อมั่นจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในการศึกษานี้จากการเก็บข้อมูลครั้งแรกและครั้งที่สอง = 0.91 และ 0.92 ตามลำดับ นอกจากนั้นในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแบบสอบถามชนิดปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง

ในการเก็บข้อมูลครั้งแรก ผู้ป่วยที่ถูกเลือกได้ถูกสัมภาษณ์และให้ตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทัศนคติสุขภาพชีวิตและแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ในการเก็บข้อมูลครั้งที่สอง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 2 ชุด คือทัศนคติสุขภาพชีวิตและแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองเท่านั้น โดยที่การเก็บข้อมูลครั้งหลังนี้ เป็นการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมิได้มาติดต่อดำเนินการตามนัดภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ในระหว่างได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยได้ชมสไลด์เทปประกอบเสียงเรื่อง การดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาของหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ เมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และระยะของโรคด้วยวิธีการทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ปัจจัยทั้งสองยังมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวัดระหว่างรับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ($p < .001$)
3. ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตน้อยกว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)
4. ผู้ป่วยทุกคนรับรู้ว่าตนเองมีก้อนหรือเนื้องอกที่ต้องรักษาด้วยรังสี การรับรู้ดังกล่าวรวมกับการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลต่างๆ 6 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเอง ด้านการงานและการเงิน ด้านครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ด้านเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน และด้านการมีชีวิตรอยู่ แต่ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนยังมีความหวังและกำลังใจดีพอที่จะต่อสู้กับโรค

โดยสรุปผลการศึกษานี้สนับสนุนความตรงของข้อเสนอในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ โอเร็มที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตไม่ว่าในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ และในช่วงต่างเวลา รวมทั้งความแตกต่างของตัวแปรทั้งสองระหว่างรับรังสีรักษา

และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ นอกจากนี้ยังช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการแตกต่างกันตามสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้และกังวล รวมทั้งสิ่งสนับสนุนความสามารถในการสนองตอบต่อความต้องการของแต่ละคน

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

แม้ว่าการวิจัยนี้จะเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แต่ผลการวิจัยที่ช่วยเพิ่มความตรงของข้อเสนอในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเริ่มบางส่วน และผลการวิจัยอื่นๆ อาจนำมาใช้ประโยชน์ทางการพยาบาลได้ดังนี้

ทางคลินิก

1. ช่วยให้พยาบาลเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งการสอน การชี้แนะ และการสนับสนุนทั้งเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะจากการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถต่ำในเรื่องของการคิดทบทวนสิ่งที่ทำ การหาความรู้ในการดูแลตนเอง การทำให้ตนเองหายสงสัย หายกังวล และลดความไม่สุขสบาย ตลอดจนการขยายช่องปากให้กว้างเพื่อป้องกันอาการอ้าปากไม่ขึ้น พยาบาลจึงควรเน้นเรื่องดังกล่าวเป็นพิเศษ โดยการเพิ่มความสามารถในด้านอื่นๆ และติดตามประเมินผลดูเป็นระยะๆ พร้อมกับปรับวิธีการพยาบาลให้เหมาะสมตามสภาพและปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยในขณะนั้นๆ โดยพยายามดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของผู้ป่วยและญาติมาใช้ให้มากที่สุด

ในขณะเดียวกันยังช่วยให้พยาบาลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดทดแทนให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้ ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียมากหรือมีอาการแทรกซ้อนในระหว่างได้รับรังสีรักษา และจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมไปจากปกติ บทบาทของพยาบาลในขณะนี้จึงมิใช่เพียงแต่การให้ความรู้ สนับสนุน หรือชี้แนะเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการทดแทนความสามารถที่จะสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทดแทนเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของความสามารถที่ผู้ป่วยมี เมื่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้รับการตอบสนองเพียงพอที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ผู้ป่วยก็จะสามารถริเริ่มและคงความสามารถในการดูแลตนเองต่อไปได้ จึงจะเห็นได้ว่าเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพียงเท่านั้น อาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

แต่จำเป็นต้องผสมผสานระบบการพยาบาลทั้ง 3 แบบในทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม โดยปรับให้เหมาะสมกับความพร้อมที่ผู้ป่วยมี

2. ช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยที่มีการรับรู้และความวิตกกังวลแตกต่างกัน ในการพิจารณาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการดังกล่าวของผู้ป่วย

ทางการศึกษา : ใช้พัฒนาบทบาทพยาบาลโดยการสอนแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ตลอดจนแนวทางการนำไปใช้ ในหลักสูตรสำหรับพยาบาลทั่วไป และการวิเคราะห์ตลอดจนสังเคราะห์ปัญหา ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมา เรียงรวมทั้งการช่วยเหลือในหลักสูตรสำหรับพยาบาลผู้ชำนาญการ

ข้อเสนอแนะการทําวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการขยายแนวทางการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยอาจประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับของญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อลดข้อจำกัดของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
- 2) ควรขยายการศึกษาแบบ Cross-lag panel design ในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมากยิ่งขึ้น
- 3) ควรมีการเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและขยายการศึกษาไปในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆในการศึกษาเช่นเดียวกัน เพื่อการสรุปอ้างอิงได้กว้างขวางยิ่งขึ้น
- 4) ควรมีการวิจัยแบบทดลองในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองแบบต่างๆ เช่น ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลตนเองร่วมกับแพทย์และพยาบาล เปรียบเทียบกับการใช้กลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเองในการสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self-help group) หรือการให้ความรู้ด้วยสไลด์เทปโปรแกรมเรื่องการดูแลตนเองร่วมกับการให้คำปรึกษาเมื่อต้องการ เพื่อติดตามดูคุณภาพชีวิตหรือตัวแปรอื่นๆ



บรรณานุกรม

- กวี ทั้งสุบุตร. "การรักษาเมะเร็งบริเวณศีรษะและคอด้วยการฉายแสง." รังสีวิทยาสาร. 24-25 (ตุลาคม 2530-มกราคม 2531) : 53-55.
- กองแผนงานสาธารณสุข, กอง. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบาย และกลวิธีการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พศ.2535-2539). กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัด-กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- กฤษดา ดงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- จอนพะจง เพ็งจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ปัจจัยบางประการและความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชฎาพร คงเพชร. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยเมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2430.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-มหิดล, 2533.

ผ่องพรรณ กาวิวงศ์. ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. "อาการของผู้ป่วยมะเร็ง". วารสารโรคมะเร็ง. 4-5 (กรกฎาคม 2521-มิถุนายน 2522) : 167-172.

_____. "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง : รังสีบำบัด". วารสารโรคมะเร็ง. 3 (มกราคม-มีนาคม 2520) : 45-49.

ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2524 : 154-189.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. กรุงเทพฯ : โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

_____. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล : ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก." ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 126-155. ลือชัย ศรีเงินยาง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา." วารสารพยาบาล. 37 (ตุลาคม-ธันวาคม 2531) : 222-237.

- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย-ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2533. (ไม่ได้ตีพิมพ์)
- แสงอรุณ สุขเกษม. ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- อนุรีย์ ต้นสกุล. "เจตคติและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษา." สารศิริราช. 31 (พฤษภาคม 2522) : 703-714.
- Anderson, B.L. "Sexual functioning morbidity among cancer survivors : current status and future research." Cancer. 55 (April 15 1985) : 1835-1842.
- Andrykowski, M.A., Henslee, P.J., & Farrall, M.G. "Physical and psychosocial functioning of adult survivors of allogenic bone marrow transplantation." Bone Marrow Transplant. 4 (January 1989) : 75-81.
- Ames, S.W., & Kneisl, C.R. "Cancer." Essentials of Adult Health Nursing. California : Addison-Wesley Publishing Company, 1988 : 194-228.
- Baker, K.H., & Feldman, J.E. "Cancers of the head & neck." Cancer Nursing. 10 (December 1987) : 293-299.
- Brown, J.B., Rawlinson, M.E., & Hilles, N.C. "Life satisfaction and chronic disease : exploration of a theoretical model." Medical Care. 19 (November 1981) : 1136-1146.

- Burckhardt, C.S. "The impact of arthritis on quality of life." Nursing Research. 34 (January-February 1985) : 11-16.
- Burge, P.S., et al. "Quality and quantity of survival in acute myeloid leukemia." The Lancet. 2 (October 1975) : 621-624.
- Burns, N. "Psychosocial aspects of nursing care." Nursing and Cancer. Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1982 : 261-285.
- Burns, L., Chase, D., & Goodwin, W.J.Jr. "Treatment of patients with stage IV cancer : do the ends justify the means?" Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 97 (July 1987) : 8-14.
- Cohen, J., Cullen, J.W., & Martin, L.R. Psychosocial aspects of cancer. New York : Raven Press, 1982.
- Chew, C.T. "Nasopharynx (the postnasal space)." In Scott-Brown's Otolaryngology. Fifth edition. pp.312-340. Edited by I.S.Mackay and T.R.Bull. London : Butterworth, 1987.
- Cutler, S.J. "Voluntary association participation and life satisfaction : a cautionary research note." Journal of Gerontology. 28 (January 1979) : 96-99.
- Denyes, M.J. "Orem's model used for health promotion : Directions from research." Advances in Nursing Science. 11 (October 1988) : 13-21.

- Dodd, M.J. "Measuring informational intervention for chemotherapy knowledge and self-care behavior." Research in Nursing and Health. 7 (March 1984) : 43-50.
- Drettner, B., & Ahlbom, A. "Quality of life and state of health for patients with cancer in the head & neck." Acta Otolaryngologica. 96 (September-October 1983) : 307-314.
- Dudjak, L.A. "Mouth care for mucositis due to radiation therapy." Cancer Nursing. 10 (June 1987) : 131-140.
- Evers, G., et al. Development of the Appraisal of Self Care Agency Scale. Papers presented at International Research Conference. Edmonton : Canada, 1985.
- Ferran, C.E., & Powers, M.J. "Quality of life index : development and psychometric properties." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 15-24.
- Flanagan, J.C. "Measurement of quality of life : current state of the art." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (February 1982): 56-59.
- Gast, H.L., et al. "Self-care agency : Conceptualizations and operationalizations." Advances in Nursing Science. 12 (October 1989) : 26-38.

- Glimelius, B., et al. "Quality of life during cytostatic therapy for advanced symptomatic colorectal carcinoma : a randomized comparison of two regimens" European Journal of Cancer Clinical Oncology. 25 (May 1989) : 829-835.
- Graham, K.Y., & Longman, A.J. "Quality of life and persons with melanoma." Cancer Nursing. 10 (December 1987) : 338-346.
- Hanucharurnkul, S. Social support, self-care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy, Graduate School of Wayne State University, Detroit, Michigan, 1988.
-
- _____. "Predictors of self-care in cancer patients receiving radiotherapy." Cancer Nursing. 12 (February 1989) : 21-27.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A., & Brown, N. "The relationship between social support and health care practice." Nursing Research. 33 (September-October 1984) : 266-270.
- Irwin, P.H., et al. "Quality of life after radiation therapy : a study of 309 cancer survivor." Social Indicators Research. 10 (January 1981): 187-210.
- Johnson, J.E., et al. "Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status." Cancer. 61 (January 1988) : 46-51.

- Kanokrat Sukhatunga. The mental health of cancer and chronic patients. M.S. Thesis in Nursing. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1981.
- Kearney, B.Y., & Fleischer, B.J. "Development of an instrument to measure exercise of self-care agency." Research in Nursing and Health. 2 (March 1979) : 25-34.
- King, K.B., et al. "Patients' descriptions of the experience of receiving radiation therapy." Oncology Nursing Forum. 12 (July-August 1985): 55-61.
- Kinzie, J. "Radiation therapy." In Comprehensive Textbook of Oncology. pp.677-682. Edited by A.R.Moossa, M.C.Robson & S.C.Schimpff. Baltimore : Williams & Wilkins, 1986.
- Kubricht, D.W. "Therapeutic self-care demands expressed by outpatients receiving external radiation therapy." Cancer Nursing. 7 (February 1984) : 43-52.
- Laborde, J.M., & Powers, M.J. "Life satisfaction, health control orientation, and illness-related factors in persons with osteoarthritis." Research in Nursing and Health. 8 (June 1985) : 183-190.
- Lauer, P., et al. "Learning needs of cancer patients : a comparison of nurse and patient perception." Nursing Research. 31 (January-February 1982) : 11-16.

- Lum, J.L.J., et al. "Nursing care of oncology patients receiving chemotherapy." Nursing Research. 27 (November-December 1978) : 340-346.
- Million, R.R., Cassisi, N.J., & Wittes, R.E. "Cancer of the head & neck." In Cancer : Principles & Practice of Oncology. pp.407-506 Edited by V.T.Devita, S.Hellman & S.A.Rosenberg. Philadelphia : J.B.Lippincott Company, 1985.
- Morton, R.P., et al. "Quality of life in treated head & neck cancer patients : a preliminary report" Clinical Otolaryngology. 9 (June 1984) : 181-185.
- National Cancer Institute. Cancer statistics 1984. Bangkok : Department of Medical Services Ministry of Public Health.
- Nelson, E.C., et al. "Medical self-care education for elders : a controlled trial to evaluate impact." American Journal of Public Health. 74 (December 1984) : 1357-1362.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Padilla, G.V., et al. "Quality of life index for patients with cancer." Research in Nursing and Health. 6 (September 1983) : 117-126.
- Padilla, G.V., & Grant, M.M.(a) "Quality of life as a cancer nursing outcome variable." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 45-60.

- Padilla, G.V., & Grant, M.M. (b) "Psychosocial aspects of artificial feeding" Cancer. 55 (January 1985) : 301-304.
- Peck, A., & Boland, J. "Emotional reactions to radiation treatment." Cancer. 40 (July 1977) : 180-184.
- Puribhat, S., et al. "Treatment of carcinoma of head & neck with a combination of conventional irradiation and methotrexate as radiosensitizer." Thai Cancer Journal. 14 (January-March 1988) : 1-7.
- Richardson, J.L., Marks, G., & Levine, A. "The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer treatment." Journal of Clinical Oncology. 6 (November 1988) : 1746-1752.
- Riley, C.P. "Effect of pulmonary rehabilitation program on self-care of patients with chronic obstructive pulmonary disease." In Clinical and Cultural Dimensions Around the World 1989. pp.90-102. Nursing theory conference presented by the school of nursing, University of Missouri-Columbia, October 15-18, 1989. Kansas City, M.O.
- Robson, M.C. "Head & neck : overview." In Comprehensive Textbook of Oncology. pp.665-667 Edited by A.R.Moossa, M.C.Robson and S.C.Schimpff. Baltimore : William & Wilkins, 1986.

- Rutherford, D.E. "Assessing psychosexual needs of women experiencing lumpectomy : a challenge for research." Cancer Nursing. 11 (August 1988) : 244-249.
- Schreier, A.M., & Lavenia, J. "The nurse's role in nutritional management of radiotherapy patients." Nursing Clinics of North America. 22 (March 1977) : 173-183.
- Struass, R.P. "Psychosocial response to oral and maxillofacial surgery for head & neck cancer." Journal of Oral Maxillofacial Surgery. 47 (April 1989) : 343-348.
- Suit, H.D., & Miralbell, R. "Potential impact of improvements in radiation therapy on quality of life and survival." International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. 16 (April 1989) : 891-895.
- Thomson, L. "Side effects of radiotherapy." Nursing Times. 76 (May 1980) : 877-881.
- Teichgraeber, J., et al. "Functional analysis of treatment of oral cavity cancer." Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 112 (September 1986) : 959-965.
- Varricchio, C.G. "The patient on radiation therapy." American Journal of Nursing. 81 (February 1981) : 334-337.

69

Woods, M.F., & Sarp, J.A. "Women with cured breast cancer." Nursing Research, 27 (September-October 1978) : 279-285.

Yasko, J.M. "Care of the patient receiving radiation therapy." Nursing Clinics of North America, 17 (December 1982) : 631-648.



ภาคผนวก ก

คำอธิบายแก่ผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวนิตยา ตากวิริยะนันท์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท ทางการแพทย์บาลซึ่งขณะนี้กำลังทำวิทยานิพนธ์อยู่เรื่องหนึ่ง และต้องการความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากคุณ ดิฉันจะขอเวลาเพื่ออธิบายรายละเอียดบางอย่าง เพื่อให้คุณตัดสินใจว่าจะยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้หรือไม่สักครู่ได้ไหมคะ

ดิฉันกำลังศึกษาเพื่อคว้าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีทั้งในขณะกำลังได้รับ และภายหลังได้รับรังสีแล้วจะมีคุณภาพชีวิตอย่างไร ตลอดจนดูว่าผู้ป่วยทุกท่านเหล่านี้จะดูแลตนเองในช่วงเวลาดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด มีอะไรที่ทำได้หรือทำไม่ได้บ้าง เพื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีต่อไปในภายภาคหน้า คุณเป็นคนหนึ่งที่จะช่วยให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์เหล่านี้ ถ้าคุณยินดีเข้าร่วมการศึกษา ดิฉันจะขอให้คุณตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ซึ่งกินเวลารวมกันทั้งหมดประมาณครึ่งชั่วโมง โดยทำ 2 ครั้ง ครั้งแรกจะทำในช่วงขณะที่คุณกำลังได้รับรังสีอยู่ และอีกครั้งด้วยแบบสอบถามชุดเดิมเพียงแต่เหลือ 2 ชุด ในช่วงที่คุณกลับมารับการตรวจตามนัดหลังจากได้รับรังสีครบแล้ว สิ่งเหล่านี้อาจจะรบกวนเวลาคุณอยู่บ้าง แต่บางคนก็ว่าเป็นสิ่งที่ดีเพราะทำให้รู้สึกดีขึ้นเมื่อมีการพูดหรือระบายบางสิ่งบางอย่างจากการตอบแบบสอบถาม

ถึงแม้ว่าคุณจะเป็นคนที่อ่านหนังสือไม่ออก คุณก็ยังเป็นคนที่มีความสำคัญสำหรับการศึกษานี้ เพราะคุณสามารถให้ข้อมูลได้โดยดิฉันจะอ่านคำถามให้คุณฟังแล้วให้คุณตัดสินใจเลือกคำตอบด้วยตัวคุณเอง

สำหรับชื่อ คำตอบ หรือข้อมูลทุกอย่างที่คุณให้ไว้ ดิฉันขอรับรองว่าจะเก็บเป็นความลับ นอกจากนี้คุณยังมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาเมื่อไรก็ได้ที่คุณต้องการ โดยไม่ต้องบอกดิฉันล่วงหน้า การปฏิเสธของคุณจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาลที่คุณจะได้รับจากโรงพยาบาล คุณจะยังได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่นี่เช่นเดิม และถ้าหากคุณมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษานี้ ดิฉันก็ยินดีจะตอบคำถามจนกว่าคุณจะเข้าใจ

การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ
 คุณมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม ตลอดจนมีสิทธิ์ที่จะเลือกเวลา
 ในการทำแบบสอบถามตามที่คุณและดิฉันจะสะดวก ถึงตอนนี้ไม่ทราบว่าคุณ
 ยินดีจะ เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยไหมคะ ?

ถ้าผู้ป่วยตอบรับ...นัดหมายเวลาในการตอบแบบสอบถามร่วมกับ

ผู้ป่วย

ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ...ไม่เป็นไรค่ะ แต่ถ้าคุณเปลี่ยนใจยินดีจะ
 เข้าร่วมการศึกษา ดิฉันก็ยังยินดีนะคะ ดิฉันจะอยู่ที่นี้ (หน่วยรังสีรักษาและ
 เวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดี) ทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์
 เวลา 8.00-12.00 น. สำหรับวันนี้ดิฉันขอขอบคุณที่กรุณารับฟังด้วยดี
 สวัสดีค่ะ

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงการตอบแบบสอบถามทาง ไปรษณีย์

เรียน คุณ.....

ตามที่คุณได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งแรกแล้วนั้น ดิฉันขอขอบพระคุณยิ่ง แต่ข้อมูลที่คุณให้จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตอบอีกครั้งในระหว่างสัปดาห์ที่ 2-4 ภายหลังจากได้รับรังสี ซึ่งก็คือช่วงเวลาในขณะนี้ ดิฉันจึงขอความกรุณาคุณ... ช่วยตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการเช่นเดิมที่เคยปฏิบัติเมื่อตอบแบบสอบถามครั้งแรก โดยขอเพิ่มรายละเอียดบางอย่างดังนี้

1. ขอให้ตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดในวันเดียวกัน เวลาใดก็ได้ที่คุณสะดวกโดยตอบแบบสอบถามที่มีหมายเลข [1] บนหัวกระดาษก่อน แล้วจึงตามด้วยการตอบแบบสอบถามที่มีหมายเลข [2]
2. แบบสอบถามแต่ละชุดไม่จำกัดเวลาในการทำ เพียงแต่ขอให้ตอบแบบสอบถามหมายเลข [1] ให้เสร็จสิ้นก่อนจึงตอบแบบสอบถามหมายเลข [2]
3. ก่อนลงมือตอบแบบสอบถามในแต่ละชุด ขอให้ลงวันที่และเวลาที่ตอบตรงมุมบนด้านซ้ายของกระดาษหน้าแรกของแบบสอบถามแต่ละชุดตามช่องว่างที่เว้นไว้ให้

เมื่อคุณตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอความกรุณาส่งคืนให้ดิฉัน โดยใส่ซองที่ดิฉันแนบมาด้วยนี้ ก่อนวันที่..... เนื่องจากเมื่อเลยเวลาดังกล่าวไป ข้อมูลที่คุณเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามตั้งแต่แรกจนถึงครั้งนี้ จะมีประโยชน์ไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์และนำไปใช้สมกับความตั้งใจของคุณตั้งแต่แรก

คุณเป็นคนที่สำคัญคนหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยต่อไป ดิฉันขอขอบพระคุณสำหรับความร่วมมือด้วยดีเสมอมา ขอให้มีความสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้วยความนับถืออย่างยิ่ง

นิตยา ตากวิริยะนันท์

นักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ปวยคนที่.....

HN. รพ.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ครั้งที่.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย 0 (วงกลม) ล้อมรอบหัวข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

- 1) ชาย
- 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- 1) โสด
- 2) คู่
- 3) หม้าย หย่า แยก

4. ศาสนา

- 1) พุทธ
- 2) อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา

- 1) บ้านตนเอง
- 2) บ้านลูก
- 3) บ้านญาติ
- 4) บ้านคนรู้จักหรือเพื่อนฝูง
- 5) บ้านพักรังสี
- 6) อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

- 1) ไม่ได้เรียน
- 2) ประถมศึกษา
- 3) มัธยมศึกษา
- 4) ประกาศนียบัตร
- 5)ปริญญาตรี
- 6) สูงกว่าปริญญาตรี
- 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. จำนวนปีที่เรียนหนังสือ.....ปี

8. อาชีพ

- 1) รับราชการ
- 2) พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 3) ค้าขาย ระบุ.....
- 4) เกษตรกรรม ระบุ.....
- 5) รับจ้าง ระบุ.....
- 6) ไม่มีอาชีพ
- 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....

9. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท
- 2) 2,001 - 4,000 บาท
- 3) 4,001 - 6,000 บาท
- 4) 6,001 - 8,000 บาท
- 5) 8,001 - 10,000 บาท
- 6) 10,001 - 12,000 บาท
- 7) 12,001 - 14,000 บาท
- 8) 14,001 - 16,000 บาท
- 9) 16,001 - 18,000 บาท
- 10) 18,001 - 20,000 บาท
- 11) ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป

10. วิธีเสี้ยค่ารักษาพยาบาล

- 1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้
- 2) เสี้ยค่ารักษาเอง
- 3) สั่งคมสงเคราะห์
- 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

11. ความเจ็บป่วยและการรักษาก่อให้เกิดปัญหาการเงินในครอบครัวของท่าน
มากน้อยเพียงใด

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

12. ท่านมีบุตร.....คน

13. ท่านมีโรคประจำตัวอย่างอื่นหรือไม่

- 1) มี โปรดระบุ.....
- 2) ไม่มี

14. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลตนเอง
เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยจากใครบ้าง

- 1) แพทย์
- 2) พยาบาล
- 3) เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา
- 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

ภาคผนวก ง

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ผู้ป่วยคนที่.....

HN. รพ.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ครั้งที่.....

1. ตำแหน่งของมะเร็ง

- 1) มะเร็งของกล่องเสียง (Larynx)
- 2) มะเร็งของทางเดินอาหารระดับกล่องเสียง (Laryngopharynx)
- 3) มะเร็งของช่องปาก (Oral cavity)
- 4) มะเร็งของนาโซฟาริงส์ (Nasopharynx)
- 5) มะเร็งของโพรงอากาศในกระดูกศีรษะ (Sinuses)
- 6) มะเร็งของทางเดินอาหารระดับช่องปาก (Oropharynx)
- 7) มะเร็งของต่อมน้ำลาย (Salivary Glands)
- 8) มีลานิวมาของส่วนศีรษะและคอ (Melanomas)
- 9) มะเร็งของผิวหนังส่วนศีรษะและคอรวมทั้งมะเร็งของริมฝีปาก (Skin, Lips)
- 10) ลิมโฟมา (Malignant Lymphoma) ของส่วนศีรษะและคอ
- 11) มะเร็งที่ไม่พบบ่อยนักแต่อาจจะพบได้ เช่น Angiofibroma, glomus jugulare, plasmacytoma, sarcoma
- 12) มะเร็งที่อวัยวะอื่นและกระจายมาที่คอ (Metastatic carcinoma)

2. ระยะของมะเร็ง

ระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

1	2	3	4
---	---	---	---

3. ชนิดของวิชา

- 1) วิชา
- 2) วิชาภายหลังหน้า
- 3) วิชาเกี่ยวกับวิชา
- 4) วิชาภายหลังวิชา
- 5) วิชาภายหลังวิชาหน้า
- 6) อื่น ๆ ไปตาม.....

ภาคผนวก จ

ดรรชนีคุณภาพชีวิต
(Quality of Life Index)

ผู้ป่วยคนที่.....

HN. รพ.

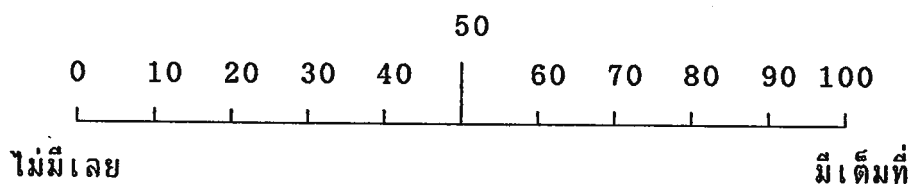
วันที่.....เดือน.....พศ.....

ครั้งที่.....

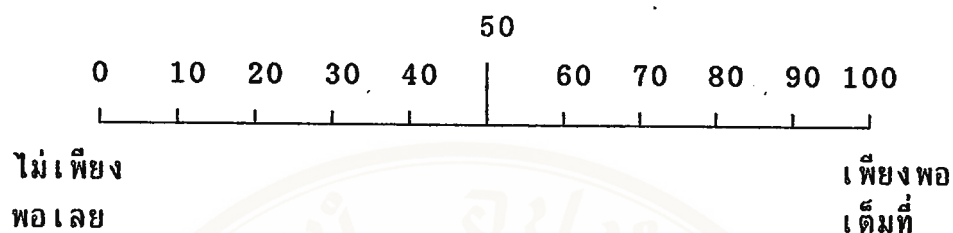
ในแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นคำบรรยายถึงคุณภาพชีวิตของท่านในขณะนี้ (ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) ความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ จะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน บนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความและขีดเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง พร้อมทั้งเขียนตัวเลขกำกับตรงจุดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในข้อนั้นจริงๆ

ไม่ว่าท่านจะกากบาทที่ตำแหน่งใด ไม่มีตำแหน่งถูกผิดหรือดีเลว เพราะ เป็นความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตของท่านเอง ในข้อนั้นๆ ตำแหน่งที่ถูกมีเพียงตำแหน่งเดียวคือตำแหน่งที่ท่านกากบาทตรงกับความรู้สึกของท่านจริงๆ

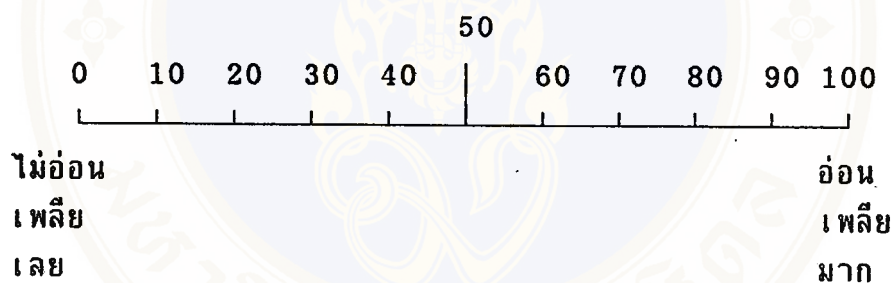
1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด



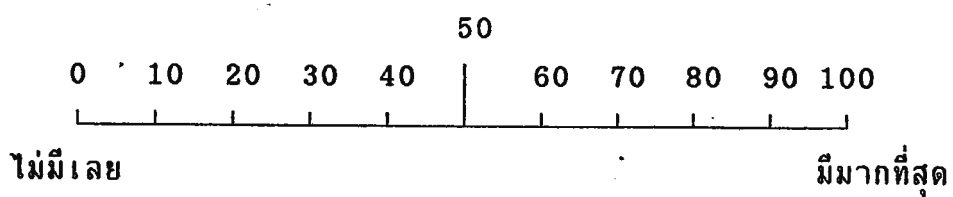
2. ท่านนอนหลับได้เพียงพออย่างน้อยเพียงใด



3. ท่านอ่อนเพลียอย่างน้อยเพียงใด



19. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างน้อยเพียงใด



ภาคผนวก จ

แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยคนที่.....

HN. รพ.

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ครั้งที่.....

ส่วนที่ 1

กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่า ท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด
ในขณะนี้ โดยขีดเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน
 มากที่สุด ในแต่ละข้อต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จะมีเพียงคำตอบที่ตรงกับ
 ความเห็นของท่านจริงๆ เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

คำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย			
		เล็กน้อย 1	ปานกลาง 2	มาก พอควร 3	มากที่สุด 4
1. ฉันคิดว่าการเปลี่ยนแปลงของ รูปร่างหน้าตาจากความเจ็บป่วย และการรักษาเป็นเรื่องธรรมดา					
2. ฉันตั้งความหวังไว้ว่า อาการ ของฉันจะดีขึ้นเรื่อยๆ					
3. สิ่งสำคัญที่สุดที่ฉันจะต้องทำก่อน อื่นคือ การดูแลตนเองให้หาย จากโรค					

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

คำถาม	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ชัด ชัด	เห็นด้วย			
		เล็กน้อย 1	ปานกลาง 2	มาก พอสมควร 3	มากที่สุด 4
4. เกือบจะ เห็นด้วย กับสิ่งที่กล่าว โดยสถาบันคุณธรรมบ้าง					
5. ฉันไม่ช่วยคณะเผยแผ่ศาสนา เพราะ					

ส่วนที่ 2

กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่า ท่านได้ทำมากน้อยเพียงใดในขณะนี้ โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการกระทำจริงๆ ของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อเหล่านี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด จะมีแต่คำตอบที่ตรงกับการกระทำจริงๆ ของท่านเพียงคำตอบเดียว

คำถาม	ไม่เคย ทำเลย	ทำ			
		นานๆทำ สักครั้ง 1	ทำบ้าง ไม่ ทำบ้าง พอๆกัน 2	ทำบ่อย 3	ทำประจำ 4
6. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลบ้างหรือไม่					
7. ท่านหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ หรือ อยู่คนเดียวเงียบๆ อย่างเพียงพอ บ้างหรือไม่					
8. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับผู้ป่วย ด้วยกันบ้างหรือไม่					
9. ท่านได้หาความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการอ่านหนังสือ หรือซักถาม พูดคุยกับผู้อื่นบ้างหรือไม่					
10. ท่านได้คิดทบทวนในสิ่งที่ท่านทำ อยู่เสมอว่าเพียงพอที่จะทำให้ หายจากความเจ็บป่วย บ้าง หรือไม่					

ในแต่ละข้อต่อไปนี้ กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้างหน้าข้อความ ที่อธิบายตรงกับภาระกระทำของท่านจริงๆ ในขณะนี้

11. ท่านกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้ เป็นต้น ได้ครบบ่อยแค่ไหน

- ก. ไม่เคยกินเลย
- ข. กินบ้าง นานๆ ครั้ง
- ค. กินวันละ 1 มื้อ
- ง. กินวันละ 2 มื้อ
- จ. กินทุกมื้อ

27. ท่านได้ขยายช่องปากให้กว้าง เพื่อป้องกันอาการอ้าปากไม่ขึ้น โดยการอ้าปากเต็มที่หรืออมจุกคอร์ก บ้างหรือไม่

- ไม่เคยทำ (หยุดตอบไม่ต้องทำต่อ)
- ทำ (เลือกทำข้อ A ถ้าท่านใช้วิธีอ้าปากเต็มที่)
เลือกทำข้อ B ถ้าท่านใช้วิธีอมจุกคอร์ก)

A ในกรณีที่ท่านขยายช่องปากให้กว้างด้วยวิธีอ้าปากเต็มที่ ท่านทำบ่อยแค่ไหน

- ก. ทำบ้าง แต่ไม่แน่นอน
- ข. ทำวันละ 1-2 ครั้งๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 10 น
- ค. ทำวันละ 3-4 ครั้งๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 10 น
- ง. ทำมากกว่าวันละ 4 ครั้งๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 10 น

B ในกรณีที่ท่านขยายช่องปากให้กว้างด้วยวิธีอมจุกคอร์ก ท่านทำบ่อยแค่ไหน

- ก. ทำบ้าง ไม่ค่อยแน่นอน
- ข. ทำวันละ ครั้งๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 5 นาที
- ค. ทำวันละ 2 ครั้งๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 5 นาที
- ง. ทำมากกว่าวันละ 2 ครั้งๆ ละ ไม่ต่ำกว่า 5 นาที

ภาคผนวก ช: ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อ ในขณะที่ได้รับ รังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ขณะได้รับรังสีรักษา (N=60)		ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (N=50)		ความสามารถในการดูแลตนเอง	ขณะได้รับรังสีรักษา (N=60)		ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ (N=50)	
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD
	1. ความเห็นในการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา	2.43	1.08	2.64		0.90	9. ทาความรู้ในการดูแลตนเอง	2.15	1.33
2. ตั้งความหวังว่าอาการจะดีขึ้น	3.03	0.92	3.16	0.74	10. คิดทบทวนสิ่งที่ทำ	2.52	1.29	2.58	1.23
3. คิดว่าต้องดูแลตนเองก่อนอื่น	3.37	0.80	3.36	0.78	11. กินอาหารครบ 5 หมู่	2.31	1.48	2.60	1.40
4. ยังรู้สึกมีคุณค่า	3.22	0.85	3.26	0.80	12. พยายามกินอาหาร	3.43	0.85	3.60	0.64
5. ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด	3.23	0.91	3.38	0.78	13. ดูแลปริมาณน้ำดื่ม	2.87	1.57	3.20	1.31
6. ทำตามคำแนะนำ	3.63	0.61	3.52	0.65	14. ดูแลการขยับถ่ายอุจจาระ	3.27	1.01	3.08	0.92
7. หาเวลาพักผ่อน/ อยู่คนเดียว	3.05	0.95	3.24	1.02	15. ดูแลการพักผ่อนนอนหลับ	2.80	1.54	3.18	1.19
8. พูดคุยกับผู้ป่วยอื่น	2.08	1.28	2.26	1.24	16. ออกกำลังกาย	1.65	1.40	2.12	1.37
					17. ทำให้คลายกังวล	2.53	1.16	2.80	1.01

ภาคผนวก ช: (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ขณะ ได้รับรังสีรักษา (N=60)		ภายหลัง ได้รับรังสีรักษาครบ (N=50)		ความสามารถในการดูแลตนเอง	ขณะ ได้รับรังสีรักษา (N=60)		ภายหลัง ได้รับรังสีรักษาครบ (N=50)	
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD
	18. ปรับหรือเปลี่ยนงานเมื่ออ่อนเพลีย	2.87	1.44	3.38		0.90	23. ระวังบริเวณฉายแสงเป็นพิเศษ	3.41	0.81
19. ทำให้ตนเองหายสงสัย	2.33	1.26	2.46	1.18	24. ท้าความสะอาดช่องปาก	3.25	1.08	3.48	0.97
20. ลดความไม่สุขสบาย	2.50	1.02	2.58	0.91	25. จิบน้ำรักษาความชุ่มชื้นของปาก	3.32	0.95	3.30	0.93
21. ดูแลบริเวณฉายแสงไม่ให้ถูกน้ำ	3.48	0.73	3.10	1.18	26. งดบุหรี่/หมาก/เมี่ยง/เหล้า	3.65	0.88	3.70	0.89
22. งดเคา/ทายา/โรยแป้ง เมื่อคันบริเวณที่ฉายแสง	3.63	0.86	3.36	1.16	27. ขยายช่องปากให้กว้าง	2.42	1.52	2.40	1.53
					รวม	78.45	12.84	81.46	12.42

ภาคผนวก ฉ:

ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและ
 ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ

คุณภาพชีวิต	ขณะได้รับรังสีรักษา		ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ		คุณภาพชีวิต	ขณะได้รับรังสีรักษา		ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ	
	(N=60)		(N=50)			(N=60)		(N=50)	
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD
1.ความแข็งแรง	68.25	20.54	70.40	17.40	11.ความสุข	65.42	25.27	75.10	19.37
2.การนอนหลับ	75.42	21.42	77.20	19.20	12.ความพึงพอใจ	67.92	28.57	73.20	19.97
3.ความอ่อนเพลีย	64.33	24.19	65.90	24.00	ในชีวิต				
4.ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	56.17	29.99	65.40	27.46	13.ความเจ็บปวด	66.50	25.18	75.30	27.32
5.สุขภาพ	67.50	18.92	70.10	16.02	14.การสังสรรค์กับผู้อื่น	76.42	25.53	80.90	20.27
6.การพักผ่อน	76.58	22.29	82.30	17.91	15.คุณภาพชีวิต	70.92	22.84	77.60	17.39
7.ความอ่ร่อยในการกิน	41.17	31.25	45.80	31.81	16.การถูกทอดทิ้ง	86.25	23.96	90.00	19.09
8.ความสามารถในการทำงาน	57.25	31.02	63.60	24.77	17.ความพอใจในรูปร่าง	65.42	28.45	72.80	20.53
9.การกินได้เพียงพอ	60.00	27.54	68.40	24.25	18.การมีเวลาเป็นตัวของตัวเอง	89.92	17.09	91.70	13.58
10.ความรู้สึกมีค่าในตน	79.75	19.88	82.00	18.82	19.อาการคลื่นไส้ อาเจียน	80.25	29.64	94.00	12.58
					รวม	69.23	15.32	74.83	13.52

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชุณหะวัต, วท.บ., ค.ม.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย สาครรัตนกุล, วท.บ., ค.ม.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ พญ.พวงทอง ไกรพิบูลย์, พ.บ., ว.ว.รังสีรักษาและ
เวชศาสตร์นิวเคลียร์
ภาควิชารังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล