

การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

A STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH
HEAD AND NECK CANCER RECEIVING RADIATION THERAPY



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974-588-775-7

สงวนลิขสิทธิ์

๓๗

๗๒๗๖๗

๒๕๔๐

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาคุนภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา



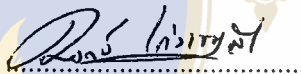
นฤมล ศาสตรสุท

ผู้วิจัย

แพทย์ศิริ ระเบียบ

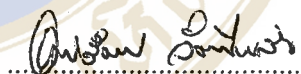
แพทย์ศิริ ระเบียบ ค.บ., M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



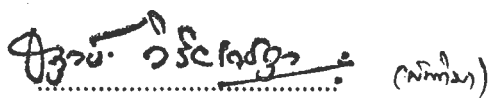
บงกช เก่งเขตกิจ วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



อติรัตน์ วัฒนไพลิน ค.บ., กศ.ม., กศ.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

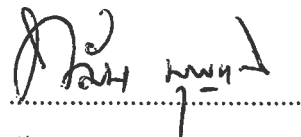
 (นคิต)

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ทัศนาศ บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

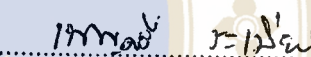
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 15 พฤษภาคม 2540



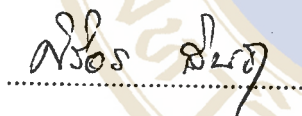
นอมล ศาสตรัฐ

ผู้วิจัย



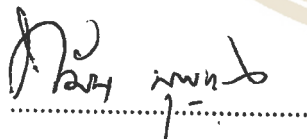
เพ็ญศรี ระเบียบ ค.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



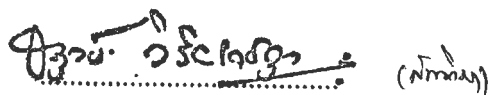
ศิริอร สิ้นสุ ค.บ., จท.ม., D.N.Sc.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 (สีกาน้ำ)

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

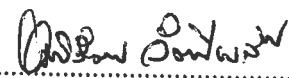
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



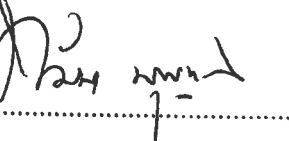
มงกษ เก่งเขตกิจ วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อติรัตน์ วัฒนไพสิน ค.บ., กศ.ม., กศ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ เรือเอกหญิง นฤมล ศาสตร์สุข

วันเดือนปีเกิด 28 เมษายน 2512

สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอเรือ, พ.ศ. 2530-2534 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2540
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนการศึกษา กองทัพอเรือ, พ.ศ. 2538-2540
ทุนสนับสนุนค่าหน่วยกิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2540

ทุนวิจัย CHINA MEDICAL BOARD OF NEWYORK, INC.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2534-2537 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ดึกพิเศษผู้ป่วยอายุรกรรม
พ.ศ. 2537 -ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอเรือ
ตำแหน่ง : อาจารย์พยาบาล

กิจกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ รองศาสตราจารย์บงกช เก่งเขตกิจ และอาจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์. ดร. ทศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สีนุท กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของ วิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความ เทียงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ และขอขอบคุณ เรือโท พงศ์เทพ จิระโร ที่ให้ความช่วยเหลือใน การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ไม่อาจดำเนินการได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากคณาบดีคณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลหัวหน้าภาควิชารังสีวิทยา ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไพรัช เทพมงคล พยาบาลประจำตึก 72 ปี ชั้น 1 เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคทุกท่านที่กรุณา อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และบุคคลที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเต็มใจใช้เวลาในการพูดคุยให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามความรู้สึกที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปด้วย ดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจใน การศึกษา ขอขอบคุณญาติพี่น้อง พี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ที่เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่ได้จัดสรรเงินทุน China Medical Board of New York, Inc. เพื่ออุดหนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วย

เรือเอกหญิง นฤมล ศาสตร์สุข

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้วิจัย นฤมล ศาสตร์สุภา

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เพ็ญศรี ระเบียบ M.S.

ប្រកាស ក្រុមហ៊ុន ក.អ.

อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ด.

วันที่สำเร็จการศึกษา 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก ณ ภาควิชารังสีวิทยา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 25 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยทั้ง 25 คน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอขีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตการฉายรังสี ก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและคุณภาพชีวิต และระยะที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้าย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ วิเคราะห์หาความแตกต่างที่ละคู่ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟและสถิติทดสอบที่แบบอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และเมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของมาสโลว์ออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาใน

สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านความ ภาควิไมใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P < .001$) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสี รักษา น้อย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$) และผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและ คอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามาก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)



Thesis Title A Study of the Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer
Receiving Radiation Therapy

Name Naruamol Satrasook

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Pensri Rabieb, M.S.

Bongkoch Kengkhetkit, M.Ed.

Atirat Wattanapailin, Ed.D.

Date of Graduation 15 May B.E. 2540 (1997)

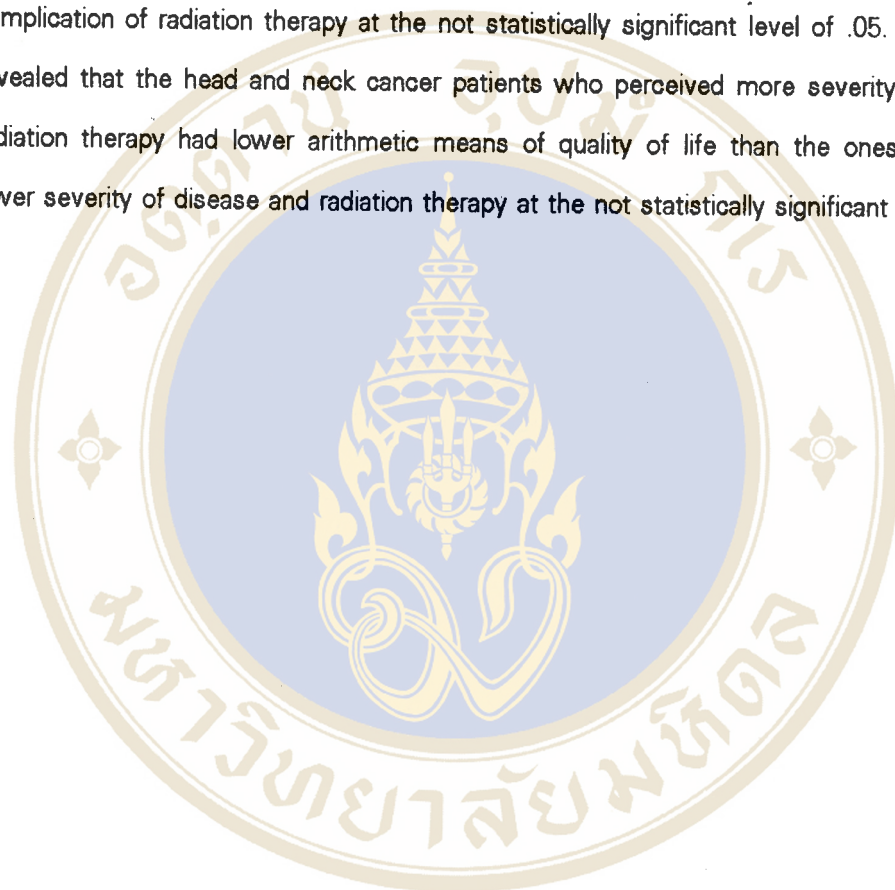
Abstract

This descriptive research was designed to compare the quality of life in the patients with head and neck cancer receiving radiation therapy among the group of patients with differences in the duration of receiving radiation therapy, complications of radiation therapy and severity of disease and radiation therapy. The sample was composed of 25 patients with head and neck cancer who were receiving the first course of radiation therapy at the Department of Radiotherapy, Siriraj Cancer Center, Siriraj Hospital, Mahidol University. Interview questionnaires regarding quality of life and complications of radiation therapy were developed by the investigator. Data were collected by interviewing each sample during the 1st week before starting to receive radiation therapy, during the 3rd week and during the last week of receiving radiation therapy. Data were analyzed by using percentage, range, arithmetic means, standard deviation, one way analysis of variance with repeated, Scheffe and independent t - test.

The results showed the quality of life of patients with the head and neck cancer receiving radiation therapy in the third week and the last week had arithmetic means lower than the quality of life prior to receiving the radiation therapy at the .01 level of statistical significance.

Data concerning quality of life were analyzed separately in 5 concept components according to Maslow's theory - physiological part, safety and security part, love and belonging part, and also esteem and self actualization part. The study revealed that the quality of

life of the patients with head and neck cancer receiving radiation therapy in the third week and last week had lower arithmetic means in physiological part, esteem part and self actualization part as compared to the quality of life before receiving radiation therapy at the statistically significant level of .001. The patients with head and neck cancer who had more complication of the radiation therapy had lower arithmetic means of quality of life than those who had less complication of radiation therapy at the not statistically significant level of .05. The study also revealed that the head and neck cancer patients who perceived more severity of disease and radiation therapy had lower arithmetic means of quality of life than the ones who perceived lower severity of disease and radiation therapy at the not statistically significant level of .05.



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิด	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	10
คุณภาพชีวิต	
- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	16
- องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	23
- การประเมินคุณภาพชีวิต	25
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การหาคุณภาพเครื่องมือ	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	45
อภิปรายผล	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	72
ข้อเสนอแนะ	73
บรรณานุกรม	76
ภาคผนวก	
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	88
ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย	90
ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	92

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	46
2	พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ	49
3	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว แบบซ้ำ	52
4	ทดสอบความแตกต่างทีละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ	53
5	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ	54
6	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรัก และความเป็นเจ้าของตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ	55
7	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ	56
8	ทดสอบความแตกต่างทีละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ	57
9	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ	58

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ทดสอบความแตกต่างที่ละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการ ประจักษ์ในคุณค่าของตนเองตามระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีทดสอบ เชฟเฟ	59
11	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตาม ระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ	60
12	ทดสอบความแตกต่างที่ละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตาม ระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ	61
13	พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะแทรกซ้อนจาก รังสีรักษา	62
14	พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง ของโรคและรังสีรักษา	62
15	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่ม ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อยกับมากด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระ	63
16	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มี การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยกับมากด้วยสถิติทดสอบที แบบอิสระ	64

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ
และคอที่ได้รับรังสีรักษา

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ ที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติมาตั้งแต่ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2524 - 2528 โดยเฉพาะแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 มาใช้เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกอาชีพ แม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรมมีความหมายกว้าง การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุก (Well being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกเป็นปกติ (Sense of well being) ความสุข (Happiness) (Aaronson 1988 อ้างใน สุรชาติพิทย์ อุปลาบัติ 2536 : 1) เป็นต้น คุณภาพชีวิตในรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2537 หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ การกินดีอยู่ดี สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และมีส่วนร่วมในการพัฒนา ที่ได้กำหนดไว้ในสังคมนั้น ๆ ในเวลาหนึ่ง ๆ (ศูนย์ข้อมูล เพื่อพัฒนาชนบท 2537 : 1) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกัน แต่มีลักษณะที่ตรงกันอย่างหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

ภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเป็นเงื่อนไขที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต วัตต์และดูโบส (Watts 1976 : 1; Dubos 1976 : 8 - 9) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความอึดอทนในชีวิต อาจเป็นความพึงพอใจจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามแนวทางของเขาเอง ตามความสามารถของแต่ละคนที่ทำอะไร อยากเป็นอะไรตามค่านิยมของเขา อะเกอเนย์ (Aggermaes 1989 cited in Nordenfelt 1993 : 140 - 141) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิตได้ โดยให้เหตุผลว่าการที่บุคคลจะตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจนั้น สุขภาพเป็นแหล่งที่จะให้บุคคลเกิดความสามารถในการ

ตอบสนอง ถ้าภาวะสุขภาพไม่ดี การตอบสนองต่อความต้องการด้านต่าง ๆ จะลดลงไปตาม ภาวะสุขภาพและบันทึกคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นด้วย ซึ่งในการให้บริการสุขภาพนั้นมี เป้าหมายไม่เพียงแต่มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังต้อง คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการ ดำเนินชีวิตของคน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมา ต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณภาพดีที่ สุดเท่าที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น

กลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง นอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วย และสูญเสียชีวิต แล้ว ยังเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก รวมทั้ง มะเร็งในความรู้สึกของผู้ป่วยส่วนใหญ่ หมายถึงความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน น่ารังเกียจ ความอับอาย ความพลัดพราก การเป็นภาระแก่ผู้อื่น ประสบการณ์ของสังคมเช่นนี้มีอิทธิพลต่อ การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคร้ายแรง (Mechanic 1968 : 130) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบค่อนข้างมาก จากสถิติ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2535 - 2539 (National Cancer Institute, 1992 - 1996) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษาว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยค่อนข้างซับซ้อนกว่าผู้ป่วย มะเร็งบริเวณอื่น ๆ เนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นโครงสร้างที่สำคัญในการรับประทาน เคี้ยว กลืนอาหาร ตลอดจนการหายใจและการพูด นอกจากนี้อวัยวะบริเวณนี้เป็นส่วนที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ง่ายและเป็นบริเวณที่มีความสำคัญด้านความสวยงามอีกด้วย (Nealon 1976 : 177) ดังนั้นในการรักษาจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายมาก ซึ่งกลุ่มมะเร็งบริเวณศีรษะและคอนี้ไ้ต่อการ รักษาด้วยรังสี โดยเฉพาะในระยะแรกของโรคนั้นการใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวจะสามารถ ควบคุมอาการของโรคได้ (ไพรัช เทพมงคล 2524 : 11)

แม้ว่ารังสีรักษาจะมีประโยชน์อย่างมากในแง่การรักษา ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยต้อง เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ การรักษาด้วยรังสีรักษานั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการชี้แจงบ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสี ไว้บนใบหน้า และคอ ตลอดจนการรักษาซึ่งเป็นเสมือนเครื่องหมายที่แสดงถึงความเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งให้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีความทุกข์เพิ่มมากขึ้นจากความรู้สึกอับอาย รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ สูญเสียลักษณะที่ชวนมอง และสูญเสียความรู้สึกดึงดูดใจแก่ผู้ พบเห็น รู้สึกเป็นทุกข์จากความกลัวต่าง ๆ เช่น กลัวเสียโฉม กลัวถูกทอดทิ้งเพราะความน่า รังเกียจของตน รวมทั้งกลัวความพิการและความตาย (Denning 1982 : 269) นอกจากความทุกข์

เหล่านี้แล้ว ผู้ป่วยยังได้รับความไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ ทางร่างกายอันเป็นผลกระทบขณะรับรังสีรักษาอีกด้วย

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เมื่อได้รับรังสีรักษารังสีจะมีผลต่ออวัยวะใกล้เคียงซึ่งเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ ในระหว่างรังสีรักษา หรือภายในระยะ 4 ถึง 6 สัปดาห์หลังจากหยุดการรักษา เรียกผลแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน (Acute radiation effect) หลังจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อจะยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่จำกัดระยะเวลา เรียกว่า ผลแทรกซ้อนในระยะหลัง (Delayed radiation effect) (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2524 : 315 - 316) การเปลี่ยนแปลงที่พบได้มีผิวหนัง ต่อมไทรอยด์ เยื่อช่องปาก ฟัน กล้ามเนื้อบริเวณแก้ม คอ และกระดูกขากรรไกร มีผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้งเป็นขุย มีสีคล้ำ การอักเสบของช่องปาก ปากแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก การรับรู้รสผิดปกติ ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร และถ้าดูแลไม่ดีในระหว่างการฉายรังสีจะมี ฟันผุ อ้าปากไม่ขึ้น การอักเสบและการตายของเนื้อเยื่อและกระดูกตามมาได้ภายหลังสิ้นสุดการฉายรังสี (Gilbert 1980 : 234 - 235) นอกจากผลเฉพาะของรังสีต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกรังสีแล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลกระทบทั่วไป และอาการของโรค เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ชีด อ่อนเพลีย และมีโอกาสติดเชื้อง่ายกว่าคนปกติ รวมทั้งความเจ็บปวดจากแผลมะเร็งลุกลาม จะทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก และเกิดอาการซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง (Caroline 1977 : 45 - 46)

สตรอมเบอร์ก และไรท์ (Stromberg and et.al. 1984 : 117 - 129) ได้ศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทางด้านกายภาพและจิตสังคม เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด จำนวน 323 คน พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพร้อยละ 64 การเปลี่ยนแปลงที่พบคือ สมรรถภาพทางกาย นิสัยการนอนหลับ น้ำหนักตัว เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางเศรษฐกิจและภาพลักษณ์ซึ่งเกิดจากการวินิจฉัย และรักษา ทำให้รูปร่างภายนอกที่มองเห็นเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง และการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น ความรุนแรงของอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาและปริมาณของรังสีที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นเวลานานถึง 6 สัปดาห์โดยเฉลี่ย อาการเหล่านี้จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ส่วนใหญ่พบมากในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาระรับผิดชอบที่ต้องสร้างความมั่นคงแก่ครอบครัว ต้องการความก้าวหน้า

และความสำเร็จในงานอาชีพ ซึ่งสุขภาพที่ทรุดโทรมลงนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองไม่ได้รับความปลอดภัย ขาดความมั่นคงในชีวิต คับข้องใจ และเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ลังเล ไม่แน่ใจในผลการรักษา ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ทำให้ขาดความพึงพอใจในชีวิต จะเห็นได้ว่าผลของความเจ็บป่วย วิธีการรักษาด้วยรังสี ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นผลกระทบที่รุนแรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งได้มีการพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการรอดตายสูง และมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น และจัดว่าโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถรักษาให้หายได้โรคหนึ่ง (Hickey 1986 : 133) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการรักษาจะพัฒนามากขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับความทุกข์จากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นขณะรับการรักษา การให้ความช่วยเหลือในการลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา ประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และใช้ชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ตามอัตรภาพ แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Live a full life with Cancer) ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง (Mc Caffrey 1985 : 51 ; Padilla 1983 : 117) ซึ่งตรงกับแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ การมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยทั่วหน้า ผู้ป่วยมะเร็งเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งซึ่งต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตเช่นกัน ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความทุกข์ และสิ้นหวัง ในขณะที่ชีวิตที่เหลืออยู่ของเขานั้นยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมได้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการศึกษาทำความเข้าใจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการดำเนินของโรคนี้ ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบจากรังสีรักษา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนอง 5 ด้าน ของมาสโลว์มาเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน คือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ และความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Maslow 1970 : 24-25) แต่ในต้นฉบับของมาสโลว์ ค.ศ. 1954 ได้กล่าวไว้อีก 2 ด้านคือ ด้านความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ และด้านความต้องการทางสุนทรียภาพ ใน

ปัจจุบันได้กล่าวทั้ง 2 ด้านนี้รวมไว้ในความต้องการด้านที่ 5 คือความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น เพศ อายุ ภูมิสำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แต่ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งและรังสีรักษา อันได้แก่ **ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา** ซึ่งโดยทั่วไปในการรักษาด้วยรังสีนั้น มักใช้ปริมาณรังสีประมาณ 6,000 - 7,000 cGy ในระยะเวลาประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ , ใน อุภุชต์ เปล่งวานิช 2531 : 162) โดยให้ 200 cGy ต่อวันติดต่อกันเป็นเวลา 5 วันใน 1 สัปดาห์ และจากการศึกษาของคิงและคณะ (King, et al. 1985: 58) พบว่าในขณะได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน ประมาณ สัปดาห์ที่ 3-6 ผลข้างเคียงของรังสีต่อร่างกายจะสูงสุด และจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ จอห์นสัน และคณะ (Johnson, et al. 1988: 46-51) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิต ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งมีอาการแปรปรวนมากกว่าในสัปดาห์แรกของการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งระยะเวลาออกเป็น 3 ระยะคือ ก่อนได้รับรังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสี ทั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของรังสีรักษาได้ชัดเจน อันจะส่งผลต่อความสุขสบายทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย **ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา** ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวด และทรมานมาก ผู้ป่วยจะวิตกกังวลกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง **การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา** ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่รุนแรงและรักษาไม่หาย เป็นสาเหตุบั่นทอนอายุขัย เป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก โรคมะเร็งที่มีการดำเนินของโรคไปในทางรุนแรงจนไม่สามารถผ่าตัดตัดทิ้งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยรังสี การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง

เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตตามความต้องการพื้นฐานที่มนุษย์ควรจะได้รับโดยประยุกต์ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างระยะเวลาก่อนได้รับรังสีรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษาน้อยกับมาก ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยกับมากในสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา
2. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อย ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย
3. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อย ในสัปดาห์สุดท้าย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นครั้งแรก ณ ตึกผู้ป่วยนอก ภาควิชารังสีวิทยา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นการส่งเสริมให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในแต่ละด้านของมาสโลว์ ตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน 3 ระยะคือ ก่อนได้รับรังสี ได้รับรังสีในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษาตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผน และให้การพยาบาล โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในแต่ละระยะเวลามาตามความเป็นจริง อันจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา

นิยามตัวแปร

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาตามความต้องการ 5 ด้าน คือ

- **ความต้องการทางด้านร่างกาย** หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องของการหายใจ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและการมีเพศสัมพันธ์
- **ความต้องการด้านความปลอดภัย** หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องของความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทางด้านสุขภาพ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านที่อยู่อาศัย
- **ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ** หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องของสัมพันธภาพภายในครอบครัว ระหว่างญาติ พี่น้อง กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและการมีส่วนร่วมในสังคม
- **ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ** หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องของความเชื่อมั่นในตนเอง การมีอิสระเสรีภาพ การประสบความสำเร็จในชีวิต การเป็นที่ยอมรับนับถือของผู้อื่น และการเป็นคนที่มีประโยชน์ต่อสังคม
- **ความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง** หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องของความพอใจต่อความสามารถที่มีอยู่ มีการ

พัฒนาตนเองในเรื่องต่าง ๆ การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยวิจารณญาณ และมีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา

ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ โดยแบ่งเป็น

- ระยะที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอขีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตของการฉายรังสีก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา
- ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 คือวันที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา เป็นวันที่ 15 ของการรับรังสีรักษา
- ระยะที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้าย คือ ก่อนวันสุดท้าย 1 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาครบ

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่เกิดจากปฏิกิริยาของรังสี ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา โดยแบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทั่วไป การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณศีรษะและคอ และการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและอวัยวะในช่องปาก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา หรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความรุนแรงอันเป็นผลจากโรคและการรักษาด้วยรังสี ความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตอารมณ์ของตนเองตามประสบการณ์ที่เคยพบ และความทรงจำในสิ่งต่าง ๆ ที่รับเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตั้งแต่ทราบว่าตนเองต้องได้รับการรักษาด้วยรังสี จนถึงสัปดาห์สุดท้ายของการรักษาด้วยรังสี

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

คุณภาพชีวิต

- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ ที่ได้รับรังสีรักษา

มะเร็งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ คือความผิดปกติของรหัสทางพันธุกรรม DNA หรือยีน (Gene) ของเซลล์จากสาเหตุใดก็ตาม รหัสพันธุกรรมจะมีผลทำให้เกิดการสร้างเซลล์ที่ผิดปกติ เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ มะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะจำกัดอยู่กับมะเร็งที่บริเวณส่วนบน ของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร อันได้แก่ ช่องปาก (Oral Cavity) นาโซฟาริงซ์ (Nasopharynx) กลัองเสียง (Larynx) ลำคอ (Pharynx) ต่อม้ำลาย (Salivary gland) ต่อมไทรอยด์ (Thyroid) โพรงอากาศช่องจมูก (Paranasal Sinus) กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลาร์ (Mandible and Maxilla) สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะ ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 เป็นเยื่อชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) (อาคม เขียวศิลป์ 2529 : 348 ; Otto 1991 : 164) สาเหตุของมะเร็งศีรษะ และคอ ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่าการระคายเคืองจากสารเคมีน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งบริเวณนี้ เช่น การระคายเคืองจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหาร การขาดการรักษาความสะอาดในช่องปาก รวมทั้งการประกอบอาชีพที่ต้องใกล้ชิดกับสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามา

เกี่ยวข้อง และน่าจะมีส่วนในการเกิดมะเร็งบริเวณ ศีรษะ และคอ เช่น กรรณพันธุ์ เผ่าพันธุ์ ไวรัสบางชนิด (บุญชู กุลประดิษฐ์รณรงค์ 2529 : 1)

จุดประสงค์ในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ มีทั้งหมด 3 ประการ เรียงลำดับตามความสำคัญ เช่นเดียวกับการรักษามะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ คือ รักษาให้หายขาด เพื่อช่วยชีวิตไว้ เพื่อรักษาหน้าที่ของอวัยวะนั้นไว้ และเพื่อความสวยงาม จะเห็นได้ว่าไม่ว่าเพื่อจุดประสงค์ใดก็ตาม รังสีรักษาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ สามารถใช้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนถึงระยะสุดท้ายของโรค และยังได้ผลดีในการบรรเทาอาการของโรคอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการใช้รังสีรักษานั้น เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ระวังความเจ็บปวดระบับ อาการของโรคไม่ให้เป็นมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข โดยการฉายรังสีจะมีการกำหนดบริเวณการฉายรังสีให้ครอบคลุมรอยโรค และตำแหน่งที่มีการลุกลามของโรคหลีกเลี่ยงการฉายรังสีไปถูกเนื้อเยื่อปกติ หรืออวัยวะใกล้เคียง แต่ผลการรักษาด้วยรังสีนั้น นอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลต่ออวัยวะใกล้เคียง เพราะเนื้อเยื่อ หรือเซลล์แต่ละชนิดมีความไวไม่เท่ากัน อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่คนทั่วไปมักเรียกว่า “อาการแพ้รังสี” (Radiation sickness)

อย่างไรก็ตามผลดีของการรักษาโดยการฉายรังสีก็มีมาก และจะมีมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย และขนาดของรังสีที่ใช้เป็นปัจจัยสำคัญ โดยทั่วไปแล้วแบบแผนการรักษานั้นมักให้ปริมาณรังสีประมาณ 6,000 - 7,000 เซนติเกร (cGy) ในระยะเวลาประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ใน อุภฤชต์ เปล่งวานิช 2531 : 162) โดยให้ 200 cGy ต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ การแบ่งช่วงเวลาในการให้รังสี เช่นนี้ จะทำให้เนื้อออกนั้นมีเซลล์ที่มีออกซิเจน (Oxygenated Cell) เพิ่มขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้เซลล์ปกติของร่างกายมีโอกาสฟื้นตัวจากการได้รับผลกระทบจากรังสีด้วย

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ในระหว่างรับรังสีรักษานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบของรังสีรักษาเป็นส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นระหว่างรับรังสีนั้นจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา และปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ และภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายทั่วไป (วิสุทธิ วุฒิพฤกษ์, ใน ไพรัช เทพมงคล 2520 : 95 - 104) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่

ซึ่งแบ่งออกเป็นการอักเสบของผิวหนังและการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและอวัยวะในช่องปาก

1.1 การอักเสบของผิวหนัง

พบว่าผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษายังคงมีความไม่สุขสบายจากการอักเสบของผิวหนัง (Walker 1982 : 2061) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ และคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นย่อมเป็นที่พบเห็นได้ง่าย ก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย และความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ นำมาซึ่งความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัว อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสี จะเป็นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับช่วงเวลา และชนิดของรังสีที่ได้รับตลอดจนการดูแลรักษาผิวหนังเป็นสำคัญ

การอักเสบของผิวหนังที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการรักษานั้น ถือว่าเป็นการอักเสบระยะเฉียบพลัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในระยะนี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อาการและอาการแสดงจะ ปรากฏดังนี้

1. อาการผิวหนังร้อนแดง จากการขยายตัวของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารคล้ายฮิสตามีน (Histamine) ที่เกิดจากการทำลายของเยื่อมีนอลเซลล์ (Germinal cell) ขุมขน (Hair follicle) และต่อมไขมัน อาการนี้จะเกิดภายในเวลานับเป็นชั่วโมง หรือวัน ภายหลังได้รับรังสีมักจะเป็นอยู่นาน 2 - 3 วัน

2. อาการผิวหนังแห้ง และหลุดลอกเป็นสะเก็ด (Dry desquamation) ผู้ป่วยจะรู้สึก ว่าผิวหนังแห้งกว่าปกติ คัน และมีการลอกของผิวหนัง อาการนี้เกิดเมื่อได้รับรังสีมากกว่า 3,000 cGy ขึ้นไป เนื่องจากปริมาณรังสีที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะทำลายต่อมเหงื่อ และ เบซิลคอลัมน์อาร์เซลล์ (Basal columnar cell) ของหนังกำพร้า ซึ่งหากผู้ป่วยแคะเกา หรือ มีการเสียดสีบริเวณผิวหนังจะทำให้เกิดแผลทำให้มีอาการเจ็บปวดได้

3. อาการบวมแดง ปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง อาการนี้มักเกิดภายหลังได้รับรังสีมาแล้วประมาณ 4,000 cGy และจะหายได้ใน 2 สัปดาห์ ภายหลังที่ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด อาการนี้เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอย

4. อาการแตกของผิวหนัง และมีน้ำเหลืองปน มักเกิดมีตุ่มน้ำใส ๆ เกิดขึ้นก่อน แล้วแตกเป็นแผลมีน้ำเหลืองปน เกิดจากการที่เซลล์ของผิวหนัง และหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งพบอาการนี้ได้บ่อย แต่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากการได้รับรังสีมากกว่า 4,000 cGy

5. ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้นมากกว่าปกติ เนื่องจากการสร้างเมลานินมากขึ้น ภายหลัง

ที่มีอาการร้อนแดงของผิวหนัง สีที่คล้ำนี้จะคงอยู่ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังรับรังสีมาแล้ว 4 สัปดาห์

สรุปได้ว่า ในระหว่างรับรังสีรักษานั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ ซึ่งหากมีการระคายเคืองจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ฉายรังสีเพิ่มขึ้นได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2524 : 316 - 317)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ และอวัยวะในช่องปาก

นับเป็นปัญหาสำคัญที่รบกวนความสบายมากปัญหาหนึ่ง ทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ การขาดอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบของรังสีได้แก่

1. เยื่อช่องปากอักเสบ ความรุนแรงของการอักเสบขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับรังสี และปริมาตรของเนื้อเยื่อที่ถูกรังสี (Trowbridge & Carl 1975 : 2146) รวมทั้งลักษณะทางสรีรวิทยา และสภาพจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย (Dudjak 1987 : 133) ซึ่งพวงทอง ไกรพิบูลย์ (2524 : 312 - 321) ได้แบ่งปฏิกิริยาการอักเสบนี้เป็น 3 ระยะ คือ

- Mild reaction จะพบได้ในผู้ป่วยทุกราย และมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 cGy ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย และเยื่อช่องปากเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อน ๆ เท่านั้น

- Moderate reaction ระยะนี้พบว่าเยื่อช่องปากจะแดงจัดขึ้น ผู้ป่วยจะเจ็บคามากขึ้น ซึ่งมักพบภายหลังได้รับรังสี 5,000 - 6,000 cGy

- Severe reaction จะพบเยื่อเป็นสีแดงจัด และมีบริเวณสีขาว ๆ คล้ำ ๆ เป็นจ้ำ ๆ กระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างของลิ้น เพดานอ่อนและอโรฟาริงซ์ (Oropharynx) ผู้ป่วยจะเจ็บคามาก ซึ่งถ้าหยุดรังสีอาการต่าง ๆ จะดีขึ้น

2. อาการปากแห้ง ซึ่งเกิดจากการที่ อซินาร์ เซลล์ (acina cell) และท่อของต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำลายจะลดลง ซึ่งไดเรเซน (Dreizen 1977 : 86) พบว่า ปริมาณ น้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาและจะลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึง 36 เดือน ภายหลังการรักษา และคุณสมบัติของน้ำลายจะเปลี่ยนแปลงไป คือ น้ำลายจะเหนียวขึ้น และมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น

3. อาการสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอาหาร มักเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วย ได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 1,000 cGy ทั้งนี้เนื่องจากรังสีไปทำลายไมโครวิลไล (microvilli) และผิวชั้นนอกของต่อมรับรส จึงทำให้ต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป (Conger 1973 : 346)

ซึ่งการเสื้อมนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามการเพิ่มของปริมาณรังสี โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอย่างสิ้นเชิง เมื่อได้รับรังสีไปแล้ว 3,000 cGy (Dudjak 1987 : 134) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าความสามารถในการรับรสชาติอาหารนี้จะดีขึ้นเรื่อย ๆ ภายในเวลา 20 - 60 วัน หลังสิ้นสุดการรักษา และอาการจะดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ในเวลา 120 วัน (Donaldson 1977 : 2407)

4. อาการฟันผุจากรังสี เนื่องจากผลกระทบโดยตรงจากรังสี รวมทั้งปัจจัยร่วม ได้แก่ อาการปากแห้ง, น้ำลายเป็นกรดมากขึ้น เป็นต้น

5. อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ เป็นปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของรังสีต่อกล้ามเนื้อซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการทำความสะดวกช่องปาก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อภายในช่องปาก และมีฟันผุง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารลำบาก อาจเป็นเหตุให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพออีกด้วย มัวร์ (Moor 1984 : 391) อธิบายถึงอิทธิพลของรังสีต่อการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อว่า รังสีขนาด 6,000 - 7,000 cGy จะทำให้โอกาสของการถูกทำลายของกล้ามเนื้อบางส่วน และการเกิด Fibrosis สูงขึ้น

6. อาการระคายเคืองของตาจากรังสี โดยทั่วไปแล้วในการฉายรังสีบริเวณใบหน้าจะมีการป้องกันเป็นอย่างดีเพื่อไม่ให้ตาได้รับรังสี แต่อาจมีอาการระคายเคืองเพียงเล็กน้อย เช่น อาการอักเสบ ตาแดง บวม คัน หรือ อาจปวดตา และอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรำคาญและเจ็บได้ แต่อย่างไรก็ตามหากเลนส์ได้รับรังสีในปริมาณ 750 - 1,000 cGy ก็อาจทำให้เกิดต้อกระจกได้ (Ogi , 1978 : 144)

7. อาการระคายเคืองต่อหู ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในบริเวณหูมาก ๆ จะมีการบวมของแก้วหูทำให้หูอื้อมีเสียงในหู ปวดหู ถ้าเป็นนาน ๆ กระดูกหูถูกทำลาย ทำให้การได้ยินเสียงไป และบางรายอาจมีการตีบตันของรูหูได้ (วิสุทธิ์ วุฒิพิทักษ์ , ในโพธิ์ เทพมงคล 2520 : 103)

2) ภาวะแทรกซ้อนทั่วไป

มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเป็นบริเวณกว้าง และปริมาณมาก ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการไม่สบายขึ้น อาการนี้อาจเกิดภายหลังจากรับรังสีไปแล้วไม่กี่ชั่วโมง ถึงหลาย ๆ วัน ความรุนแรงของอาการนั้นจะขึ้นอยู่กับปริมาณของรังสีที่เนื้อเยื่อได้รับ Radiation Sickness นี้ประกอบด้วยอาการ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ และเบื่ออาหาร เชื่อว่าอาการเหล่านี้เกิดจากการมีสารสะสม End product ซึ่งเกิดจากการแตกทำลายของเซลล์ในกระแสเลือด ซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่างกาย หรืออาจเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถรักษาความสมดุลไว้ได้ เพราะผลของรังสีในการทำลายเซลล์ และต้องใช้พลังงานอย่างมาก ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานสำรอง

ที่เก็บสะสมไว้ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในร่างกายจึงซ้ำลงแสดงอาการอ่อนเพลีย (Ogi 1978 : 145) ซึ่งเฮล์ลอค และฮาร์ท (Haylock & Hart 1979 : 461) ได้ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า เนื่องจากรังสีมีผลทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและทำให้ผู้ป่วยชืด มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น ทั้งนี้ยังมีภาวะการได้รับอาหารไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายอันเนื่องมาจากอาการเจ็บปาก กลืนลำบาก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ของรังสีรักษา เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

ส่วนปฏิกิริยาทางด้านจิตสังคมนั้นพบว่า ผู้ป่วยอีกมากที่คิดว่ารังสีรักษาเป็นสัญลักษณ์ของการรักษาที่สิ้นหวัง ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังส่งผลต่อสังคมรอบข้างของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียในหลาย ๆ ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ด้านตัวผู้ป่วย จะรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค กลัวเกี่ยวกับเรื่องอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กลัวว่าจะรักษาไม่หายต้องตาย กลัวเครื่องฉายรังสี กลัวว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกำเริบมากขึ้น กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ กลัวคนรอบข้างรังเกียจ กลัวจะถูกทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก รู้สึกซึมเศร้า ขาดความมั่นใจในตัวเอง ขณะรับรังสีรักษานั้นอารมณ์ของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงทุกวัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ที่รบกวนผู้ป่วย

- ด้านบทบาทหน้าที่การงาน และสังคม ในระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยที่ทำงานประจำ ต้องลางานมาฉายรังสีทุกวัน ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่จึงมีผลต่อโอกาสความก้าวหน้าในหน้าที่การงานลดน้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จะรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ หรือรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ บางรายมีอาชีพต้องใช้แรงงานขณะฉายรังสีผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ทำงานหนักไม่ไหว อาจต้องเปลี่ยนงาน นอกจากนี้จากสภาพความทรุดโทรมทั้งร่างกาย และจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องละเว้นการติดต่อสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้าน หรือสังคมที่คุ้นเคย ผู้ป่วยจะรู้สึกถูกแยกออกจากสังคมโดดเดี่ยว

- ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเครื่องฉายรังสีมีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นของมหาวิทยาลัย ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาในกรุงเทพฯ หรือในจังหวัดใหญ่ ๆ ผู้ป่วยต้องมาพักกับญาติ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต หรือในกรณีที่ไม่มีญาติ จะมีบ้านพักของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกหุนหันพลั้งเพลียหน้าไปปรึกษาใครก็ล้วนแต่เจอผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความทุกข์เช่นเดียวกับตน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีที่ปรึกษา จึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวล คับข้องใจ คิดฟุ้งซ่าน คาดการณ์ถึงแต่สิ่งที่ร้ายแรงว่าจะเกิดขึ้นกับตน

- ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลานาน และต่อเนื่องทุกวัน ค่าตรวจอื่น ๆ เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารบำรุงร่างกาย บางรายมีอาการแพ้รังสีมาก ทำให้ต้องหยุดงาน เป็นผลให้ขาดรายได้ หรือ ต้องเปลี่ยนงานใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพของตน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือต้องหารายได้เพียงผู้เดียวในครอบครัวจะทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างมาก

- ด้านชีวิตสมรส ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา และได้รับการรักษาด้วยรังสี ซึ่งผลของการรักษาก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และหน้าที่ของอวัยวะภายในช่องปากและลำคอไม่มากนักน้อย สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับตน นอกจากนี้ยังจะมีผลทำให้อีกฝ่ายหนึ่งเกิดความกลัวต่อบาดแผล กลัวจะได้รับอันตรายจากรังสี หรือสามีภรรยาบางคนอาจจะมองว่าความสัมพันธ์ทางเพศเป็นพื้นฐานสำคัญในการครองชีวิตร่วมกัน เมื่อฝ่ายหนึ่งต้องมาเจ็บป่วยก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาการไม่ยอมรับของฝ่ายตรงข้าม ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบ อันเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความเครียด ความรู้สึกผิด และความโกรธ เกิดขึ้นในจิตใจของทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยอาจจะหวั่นเกรงว่าฝ่ายตรงข้ามอาจจะละทิ้งหรือทอดทิ้งตนไป เป็นสาเหตุของการหย่าร้างได้ (Krumm 1982 : 735)

จากทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณศีรษะ และคอ ที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากจะต้องรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง ไม่สามารถรักษาได้นำไปสู่ความตายแล้วยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และสูญเสีย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเนื่องมาจากธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และก่อให้เกิดความบกพร่องในการตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพของการมีชีวิตอยู่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคนไม่เฉพาะแต่บุคคลทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วยด้วย (Taylor 1987 : 234)

คุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

การมีชีวิตที่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น มีการกล่าวถึงกันตั้งแต่สมัยเริ่มแรกของการเกิดมีมนุษยชาติในโลก เมื่อมนุษย์เกิดมาธรรมชาติก็สอนให้มนุษย์ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับสภาพแวดล้อม

เพื่อการอยู่รอดของตนเองและพยายามแสวงหาความสุขในชีวิตของมนุษย์เอง ซึ่งมีหลักฐานแน่นอนว่ามีกล่าวถึง การมีชีวิตที่ดีของประชาชนตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ โดยนักปราชญ์ที่มีชื่อเสียงของชาวกรีก อันได้แก่ โซคราตีส (Socratis) เพลโต (Plato) และอริสโตเติล (Aristotle) (วิทย์ วิศทเวศย์ 2518 :182 - 195) แนวความคิดปรัชญาชีวิตที่ดีในสมัยกรีกนั้นกล่าวสรุปได้ว่าชีวิตที่ดีนั้นจะขึ้นอยู่กับตัวมนุษย์เองที่จะพัฒนาชีวิตตนเองไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความต้องการในชีวิตที่ดี ส่วนระบบของสังคม ระบบการเมือง เป็นเพียงส่วนช่วยสนับสนุนให้มนุษย์พัฒนาชีวิตที่ดีภายใต้กฎเกณฑ์ของสังคม คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาคุณภาพของประชาชน โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ จะทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น ส่วนแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนไทยนั้น เริ่มมาจากแนวความคิดในเรื่องความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของประเทศไทยที่เริ่มมีขึ้นในปี พ.ศ. 2523 โดยสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดตั้งโครงการพัฒนาสังคมขึ้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นตามเป้าหมาย " คุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า ปี 2543 " (Quality of life for all by the year 2000) (ศูนย์ข้อมูลเพื่อพัฒนาชนบท 2537 : 1) ซึ่งนักวิชาการได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ว่า ควรประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ 2523 : 17 - 20 , ดิเรก ฤกษ์หิรัญ 2525 : 5 , วิจิตร ตันทวีสุทธิ์ 2524 : 1) และเป็นสิ่งจำเป็นที่เพียงพอแก่การดำรงชีวิตหรือสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ควรมี คือ

1. ความต้องการขั้นต่ำของครอบครัว ทางด้านบริโภค ซึ่งจะเกี่ยวข้อง กับการมีสิ่งต่าง ๆ ที่พอเพียง ที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต คือ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งของเบ็ดเตล็ดในครัวเรือน ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวก
2. บริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับชุมชน เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ ไฟฟ้า การสาธารณสุข การคมนาคมและการขนส่ง ตลอดจนความปลอดภัยในสังคม
3. สิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น สิทธิของการมีส่วนร่วมของประชาชน ความเชื่อมั่นว่าตนเองย่อมช่วยตนเองได้ของคนในชุมชน
4. การมีงานทำ ซึ่งจะเป็นจุดหมายและแนวทาง หรือเครื่องมือที่จะช่วยให้บุคคลถึงจุดหมายของการขจัดปัญหาความยากจนเมื่อมีงานทำก็ย่อมมีรายได้มาใช้จ่ายในชีวิตประจำวันด้วย

ในปัจจุบันนี้คุณภาพชีวิตกำลังได้รับความสนใจทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และในวงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในแผนการพัฒนากิจการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540 - 2544 นั้น ก็ได้ใช้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพเช่นกัน ได้มีนักวิชาการสาขาต่าง ๆ พยายามศึกษาค้นคว้าถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่า มีทัศนะที่แตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจนแน่นอน ส่วนมากความหมายเหล่านี้คล้ายคลึงกันหรือสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด หรือจุดเน้นตามศาสตร์สาขานั้น ๆ ดังนี้

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับ ชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำคนหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525 :187) ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ยุพา อุดมศักดิ์ (2516 : 82) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียง ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอนของทุกคนหรือทุกประเทศที่จะกำหนดมาตรฐานในเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะแตกต่างกันตามความต้องการ ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาวะต่าง ๆ ด้วย

นิพนธ์ คันธเสวี (2525 : 231) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ ซึ่งรวมเอาชีวิตทุกด้านของมนุษย์ไว้หมด ถ้าสภาพความเป็นอยู่ดังกล่าวนี้ของบุคคลไม่ดี ไม่น่าพอใจ ก็แสดงว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นต่ำกว่าความคาดหวัง

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2525 :104) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิต และการดำเนินกิจกรรมทั้งหลายของชีวิตด้วยพลังกำลังและความสามารถทั้งปวงที่ตนมีอยู่ด้วยความราบรื่น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ได้รับการยอมรับนับถือจากสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ตามสมควร

สร้อยญา เขียรโสภาส (2526 : 57) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหรือชีวิตที่มีคุณภาพนั้น โดยทั่วไป หมายถึง การกินดีอยู่ดี มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรือการมีสติปัญญาเฉลียวฉลาด สามารถทำงานประกอบอาชีพที่ประสบความสำเร็จ หรือดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าเป็นประโยชน์ ต่อสังคมส่วนรวม

ดิเรก ฤกษ์ห่วย (2527 : 100) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความคิดรวบยอดที่เกี่ยวข้องกับปริมาณและคุณภาพของความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งทางร่างกาย สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม จิตวิทยา และสภาพแวดล้อม ในการดำเนินชีวิต ทั้งที่เป็นนามธรรมและที่มนุษย์สร้างขึ้นมา คุณภาพชีวิตของประชากรในสวนรวม อาจจะไม่สามารถคล้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มย่อยในสังคมก็ได้

ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : บทนำ) กล่าวสรุปว่า แม้จะมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน แต่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ คุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ที่ดีในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

พาติลลาและคณะ (Padilla , et al. 1983 : 177) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

แพทเทอร์สัน (Patterson 1985 cited in Homel & Diekerson 1987 : 16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมมีความหมายที่ซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

ซาน (Zhan 1992 : 979) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

นิโคลัส เบนเนท (2527 : อ้างอิงใน จัตรวลัย ใจอารีย์ 2533 : 43) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตของคนจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การที่คนมีฐานะดี มีรายได้แน่นอน มีบ้านอยู่เป็นของตนเอง ต้องการอะไรก็ได้ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนยากจนที่รายได้ไม่แน่นอนหรือไม่แน่นอนไม่อาจตัดสินใจได้ คนที่มีรายได้สูงไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตดีกว่าคนที่รายได้ต่ำ คุณภาพชีวิตจึงสัมพันธ์อยู่กับปัจจัยตามความต้องการ 2 ระดับ คือ

1. ปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคลทุกคน ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าสำหรับสวมใส่ สุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย และมีเศรษฐกิจดี สังคมดี

2. ปัจจัยความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล อันได้แก่ ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคมและวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการ จุดมุ่งหมายของชีวิต ชีวิตที่กลมกลืนกับครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

ในความหมายที่แตกต่างกันนี้ จอร์จและเบียร์อน (George & Bearon cited in Ferran & Power 1985 : 15) กล่าวว่า เราไม่สามารถจะตัดสินคุณภาพชีวิตของผู้อื่นได้ เพราะบุคคลได้ให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่ง แคนทริล (Cantrill 1965 cited in Andrews 1976 : 10) ได้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกันว่า คุณภาพชีวิตไม่ใช่เงื่อนไขเพียงแต่ทางร่างกายตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตเป็นการตัดสินใจและประเมินลักษณะดังกล่าวด้วยตนเอง เป็นการที่บุคคลรับรู้โดยใช้กระบวนการทางสติปัญญามาประมวลเป็นภาพรวมความเป็นจริงในโลกของตนเอง นอกจากนี้ นิวเกาเทน (Neugarten , et al. 1975 cited in Graham & Longman 1987 : 339) ได้ย้ำว่าบุคคลสามารถตัดสินใจอย่างเหมาะสมด้วยตัวของเขาเองจริง ๆ ต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง และแคมป์เบล (Campbell 1976 cited in Graham & Longman 1987 : 339) ยังได้กล่าวสรุปอีกว่า แนวความคิดเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือที่คาดหวังหรือรู้สึกว่าจะสมควรจะได้รับ ผลที่ได้จะเป็นความพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงพอจะสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

มีผู้กล่าวถึงความต้องการในด้านต่าง ๆ ของมนุษย์ไว้หลายท่าน แต่แนวความคิดของ มาสโลว์ (Maslow 1970: 24-25) เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งได้อธิบายถึงแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และลักษณะเฉพาะของมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนานั้นคือ เมื่อใดที่มีความต้องการเกิดขึ้น (Need) ก็จะมีแรงขับหรือแรง

จิตใจ (Motive) ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำ (Action) เพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจนเกิดความพึงพอใจ (Satisfaction) จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความต้องการ ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปรากฏนั้น มักจะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs)
2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety and Security needs)
3. ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ (Love needs and Belonging needs)
4. ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ (Esteem needs)
5. ความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Needs for self actualization)

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอำนาจมากที่สุด และเห็นได้ชัดที่สุดจากความต้องการทั้งหมด เป็นความต้องการที่ช่วยการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ออกซิเจน การพักผ่อนนอนหลับ ความต้องการทางเพศ ความต้องการความอบอุ่น ตลอดจนความต้องการที่จะถูกกระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส แรงขับของร่างกายเหล่านี้จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับความอยู่รอดของร่างกาย ความพึงพอใจที่ได้รับ ในขั้นนี้จะกระตุ้นให้เกิดความต้องการในขั้นสูงกว่า และถ้าบุคคลใดประสบความล้มเหลวที่จะสนองความต้องการพื้นฐานนี้ก็จะไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety and Security needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับความพึงพอใจแล้ว บุคคลก็จะพัฒนาการไปสู่ขั้นใหม่ต่อไป มาสโลว์ (Maslow) กล่าวว่า บุคคลจะไผ่หาความปลอดภัยด้วยกันทั้งสิ้น ศาสนา และปรัชญาที่มนุษย์ยึดถือทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เพราะทำให้บุคคลได้จัดระบบของตัวเองให้มีเหตุผล และวิถีทางที่ทำให้บุคคลรู้สึก "ปลอดภัย"

3. ความต้องการด้านความรัก และความเป็นเจ้าของ (Love needs and Belonging needs) เป็นความต้องการขั้นที่ 3 ความต้องการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลต้องการได้รับความรัก และ

ความเป็นเจ้าของ โดยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น สมาชิกภายในกลุ่มจะเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะรู้สึกเจ็บปวดมากเมื่อถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครยอมรับ หรือถูกตัดออกจากสังคม ไม่มีเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อจำนวนเพื่อน ๆ ญาติพี่น้อง สามีหรือภรรยา หรือลูก ๆ ได้ลดน้อยลงไป ความรักที่แท้จริงจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดี ความรักที่เป็นไปในลักษณะทั้งการ รู้จักให้ความรักต่อผู้อื่น และรู้จักที่จะรับความรักจากผู้อื่น การได้รับความรัก และได้รับการยอมรับจากผู้อื่นเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า บุคคลที่ขาดความรักก็จะรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่ามีความรู้สึกอ้างว้าง คับข้องใจ และ เศียดแค้น

4. ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ (Esteem needs) เมื่อความต้องการได้รับความรัก และการให้ความรักแก่ผู้อื่นเป็นไปอย่างมีเหตุผล และทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจแล้ว พลังผลักดันในขั้นที่ 3 ก็จะลดลง และมีความต้องการในขั้นต่อไปมาแทนที่ กล่าวคือมนุษย์ต้องการ ความภาคภูมิใจที่จะได้รับความนับถือยกย่องเป็นลำดับต่อไป มาสโลว์ (Maslow) ได้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ความต้องการนับถือตนเอง (Self-respect) และความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (esteem from others) และ มาสโลว์ (Maslow) ได้กล่าวว่ามันเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ที่บุคคลจะย้อนกลับจากระดับขั้นความต้องการในขั้นที่ 4 กลับไปสู่ระดับขั้นที่ 3 อีก ถ้าความต้องการระดับขั้นที่ 3 ซึ่งบุคคลได้รับไว้แล้วนั้นถูกกระทบกระเทือนหรือสูญสลายไป ความพึงพอใจของความต้องการได้รับการยกย่องโดยทั่ว ๆ ไป เป็นความรู้สึก และทัศนคติของความเชื่อมั่นใน ตนเอง ความรู้สึกว่ามีชีวิตอยู่อย่างมีประโยชน์ มาสโลว์ (Maslow) ย้ำว่าความต้องการได้รับการยกย่องที่เป็นความรู้สึกถูกต้องสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับการได้รับการยกย่อง และยอมรับจากผู้อื่นอย่างจริงใจ มากกว่าการมีชื่อเสียงจากสถานภาพ หรือการได้รับการประจบประแจง

5. ความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Needs for self actualization) ถึงลำดับขั้นสุดท้าย ถ้าความต้องการลำดับขั้นก่อน ๆ ได้ทำให้เกิดความพึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ ความเข้าใจขั้นนี้ก็จะเกิดขึ้น การประจักษ์ในคุณค่าแห่งตน เป็นความต้องการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงว่าเป็นความปรารถนาในทุกสิ่งทุกอย่าง ซึ่งบุคคลสามารถจะได้รับอย่างเหมาะสม บุคคลที่จะประสบผลสำเร็จในขั้นสูงสุดนี้จะให้พลังอย่างเต็มที่ในการกระทำสิ่งที่ท้าทายความสามารถและศักยภาพของเขา และมีความปรารถนาที่จะปรับปรุงตนเอง พลังแรงขับของเขาจะกระทำพฤติกรรมตรงกับความสามารถของตน ความต้องการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงมิได้มี

แต่เฉพาะในศิลปะนั้น คนทั่ว ๆ ไปก็สามารถจะมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงได้ถ้าทุกคนสามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการให้ดีที่สุด

การได้รับการตอบสนองของความต้องการของบุคคล เป็นเงื่อนไขที่จำเป็นต่อการสะท้อนถึงความเป็นอยู่ของมนุษย์ (กฤษ เพิ่มทันจิตต์ 2528 : 25) หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากปรัชญาและความหมายของคำว่า " คุณภาพชีวิต " ที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น นักวิชาการบางท่านได้กล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการอยู่ดีกินดีทางร่างกาย บางท่านอาจหมายถึง ความพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ แต่อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นรูปแบบของการมีชีวิตที่เป็นสุขนั่นเอง การที่มนุษย์จะมีความสุขได้นั้น ต้องมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะร่างกาย อารมณ์ และความคิด จิตใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต (สุเมธ ตันติเวชกุล 2531 : 2)

มาลี วรลัคนากุล (2532 : 23) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ควรประกอบด้วย

1. ความผาสุกทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข เป็นต้น
2. การรับรู้ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การสังสรรค์กับบุคคลที่คุ้นเคย การทำงาน การติดต่อกับเพื่อนฝูง การมีเวลาเป็นของตนเอง เป็นต้น
3. การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ เช่น ความพอใจในรูปร่าง หน้าตา
4. ความผาสุกทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีกำลังวังชา การนอนหลับ การรับประทานอาหาร ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด
5. การตอบสนองต่อการรักษาและวินิจฉัย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985 : 45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ซาน (Zhan 1992 : 796) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วยด้านความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่ว ๆ ไป ด้านอัตมโนทัศน์ ความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับด้านภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา และรายได้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจู (2525 : 104) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของเบนเนท (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง มีเศรษฐกิจดี และสังคมดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138 - 139) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า มาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. มีความสุขสบายด้านร่างกายและวัตถุ ด้านร่างกาย เช่น การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค ด้านวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่ายอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสได้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ

5. มีสันติภาพการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา และมีส่วนร่วมในสังคม

ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดความต้องการของมาสโลว์ (Maslow 1970 อ้างใน กฤษดา ตงศิริ 2531 : 42 - 43) โดยกล่าวว่า ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อน เป็นต้น ส่วน

ความต้องการความปลอดภัยนั้นเป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นภัยอันตราย และเป็นอิสระจาก ความกลัว ความต้องการ 2 ชั้น เป็นความต้องการในระดับพื้นฐาน ส่วนความต้องการในระดับสูง เป็นความต้องการด้านจิตใจในเรื่องของความรักและความเป็นเจ้าของ นอกจากนั้นบุคคลยัง ต้องการมีความนับถือในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องการการยกย่องชมเชย และในลำดับ สุดท้ายคือ ต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้ บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ

ชัยวัฒน์ ปัจจุพงษ์ (2520 : 189) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตต้องรวมปัจจัยด้านความ ต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคลหมายถึง การได้รับปัจจัยที่ สสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มนุษย์มีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึง กันว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านกายภาพ ที่ประกอบ ด้วยสิ่งที่วัดได้นับได้ และมีอิทธิพลก่อให้เกิดความพึงพอใจอันเนื่องมาจากการตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานส่วนใหญ่ของมนุษย์ อันได้แก่ ความต้องการด้านวัตถุที่ทำให้มนุษย์กินดีอยู่ดี ประกอบด้วยปัจจัย 4 การบริการทางด้านสังคมต่าง ๆ เช่น การศึกษา การบริการด้าน สาธารณสุข เป็นต้น สิ่งดังกล่าวสามารถสนองความต้องการทางด้านร่างกายของมนุษย์ ทำให้ มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และองค์ประกอบส่วนที่สอง เป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา หรือด้านจิตใจของมนุษย์ ที่เป็นกลไกภายในจิตใจและร่างกาย ซึ่งช่วยทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึก อิ่มอกอิ่มใจ ได้แก่ ความมีศักดิ์ศรี ความพึงพอใจในความสามารถในการสร้างสรรค์ และความ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของคนอื่น (Stockdale 1972 : 6 ; Liu 1975 : 1 - 14) จากแนวคิดของนัก วิชาการหลายท่านเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต ประกอบ ด้วยหลัก 2 ประการ คือ ประการแรก องค์ประกอบที่สนองความต้องการทางด้านร่างกาย และ ประการที่สอง องค์ประกอบที่สนองความต้องการทางด้านจิตใจ

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต มีความ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบัน สามารถประเมินได้หลายแนวทาง มีแนวความคิดที่กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิต (Life

Satisfaction) ว่าเป็นบารอมิเตอร์ของการประเมินคุณภาพชีวิต (Laborbe & Power 1986 : 19) แคมป์เบลและคณะ (Campbell , et al. 1976) รายงานว่าในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป แต่ละบุคคลจะตอบโดยใช้คำว่า ความพึงพอใจในชีวิตเมื่อถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเขา X จึงได้มีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างกว้างขวาง ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย สอดคล้องกับที่ กฤษดา ตงศิริ (2531 : 44 - 45) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล สะท้อนให้เห็นทางด้านอารมณ์ ด้วยความรู้สึกทางด้านจิตใจ ถึงความรู้สึกพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น ซึ่งในทัศนะของการประเมินคุณภาพชีวิตมีผู้กล่าวถึงในหลายลักษณะด้วยกันดังนี้

มีเบอร์ก (Meeberg 1993 : 33 - 38) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น
2. ตัวบ่งชี้จิตวิสัย (Subjective Indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา เช่น X ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984: 88 - 91) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. เชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้อื่น ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข
2. เชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข
3. เชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้เป็นการบรรยาย

แคนทริล (Cantrill 1965 cited in Mckeehan , Cowling & Wykle 1986 : 286) ได้กล่าวว่า ในการประเมินคุณภาพชีวิต ถ้านักวิจัยกำหนดข้อปัญหา สัญญลักษณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วให้บุคคลเลือก จะไม่สามารถประเมินคุณภาพที่แท้จริงได้ เพราะชีวิตจริงของบุคคลเป็นองค์รวม ไม่ได้แยกขอบเขตที่ชัดเจนตามหัวข้อที่กำหนด การรับรู้ของบุคคลเป็นการมองในภาพรวมทั้งหมด ในโลกแห่งความเป็นจริงของคน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้

คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตน โดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด วิทธีย์ (Withey 1985 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 35) กล่าวว่า บุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมดโดยการยึดการมองความปกติสุขของเขา ซึ่งเป็นการสะท้อนทางจิตวิสัยของความจริงที่เขาเป็นหรือประสบอยู่

2. การประเมินโดยมีทัศนะว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่ง ซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมิน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เหมาะสมถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงกว่าประเมินจากมิติเดียว (Padilla & Grant 1985 : 53 ; Zhan 1992 : 796 ; Ferrans & Powers 1992 : 29)

พาดิสลา และแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้โครงสร้างหลายมิติ อาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่า ทำไมผู้ป่วยจึงพอใจและไม่พึงพอใจกับบางสิ่งบางอย่างเช่น พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีผลจากองค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคล ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง แบบแผนของการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนทางสังคม (Somchit Hanucharurnkul 1988 : 39) ส่วนการที่ผู้วิจัยเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบ ขึ้นกับทัศนะและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้าศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่องค์ประกอบที่เป็นผลจากโรคและการรักษา เพราะธรรมชาติของความเจ็บป่วยและการรักษา ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในแต่ละด้านต่างไปจากคนปกติ และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต

ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงมิติหลาย ๆ ด้านที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสไปเซอร์และคณะ (Spizer , et al. 1961 : 587) ได้สรุปว่าเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดน้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งนั้น ได้มีนักวิจัยหลายท่านให้แนวทางในการประเมิน ดังต่อไปนี้

คาร์นอฟสกี (Karnofsky 1949 cited in Zhan 1992 : 795) เป็นผู้เริ่มประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยประเมินจากหน้าที่ และการทำงานของร่างกาย (Physical function and performance status)

พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant 1985 : 45) ได้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 6 มิติ คือ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งได้มีนักวิจัยหลายท่านได้นำดรรชนีประเมินคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) มาประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ ขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (นิตยา ตากวิริยะนันท์ 2534 ; มาลี วรลัคนากุล 2535 ตามลำดับ)

กฤษฎา ตงศิริ (2531) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Domain life satisfaction) ของ ฟลานาแกน (Flanagan 1978) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ ความสุขสบายด้านร่างกาย และ องค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านกิจกรรมในสังคม ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านการพัฒนาตนเอง และมีความรู้สึกอึดอัดใจ

สุธาทิพย์ อุปลาบัตติ (2536) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้ประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan 1992) ประกอบด้วย การประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งครอบคลุมในโครงสร้าง 4 ด้านของบุคคลคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ในการประเมินคุณภาพชีวิต ชานให้ข้อเสนอแนะว่าควรประเมินทั้งเชิงจิตวิสัย (Subjective) และวัตถุวิสัย (Objective) เพื่อที่จะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

ในการประเมินคุณภาพชีวิตดังที่กล่าวมา จะเห็นว่ามี ความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับในแต่ละสังคมมีความเชื่อ วัฒนธรรม เผ่าพันธุ์ ศาสนา และค่านิยม ที่ไม่เหมือนกัน สำหรับสังคมไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน ในหมวดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ คือ ในหมวดที่เกี่ยวกับ อาหารที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐาน การมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอ และการพัฒนาจิตใจของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow 1970: 24-25) ประกอบด้วย การประเมินในเรื่องของ ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนอง 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการด้านความรัก และความเป็นเจ้าของ ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ ความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากสภาวะการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่าง ๆ อย่างไร ซึ่งหากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิตได้ ซึ่งในการประเมินนี้จะพิจารณา ตัดสินโดยตัวของผู้ป่วยเอง โพลเวล (Powell 1983 : 17 - 18) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามทฤษฎีของมาสโลว์ว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และปราศจากความรู้สึกเป็นทุกข์ ทั้งนี้ไม่ได้

หมายความว่าบุคคลต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ สิ่งที่ต้องการ แต่ความพึงพอใจนั้นจะหมายถึงความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสุขระหว่างความต้องการของบุคคล และการได้รับการตอบสนอง (Maslow 1971 อ้างในศิริอร สีนุ 2536 : 222) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลอาจจะมีอาการของโรคในขณะที่มีความเข้าใจตนเองพร้อม ๆ ไปด้วยขาดความสามารถทางด้านร่างกายที่จะทำบทบาทหน้าที่ในสังคม และปรับตัวได้ดีกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

วัตต์ และดูโบส (Watts 1976 : 1 ; Dubos 1976 : 8-9) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความอึดอึ้งในชีวิต อาจเป็นความพึงพอใจจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามแนวทางของเขาเอง ตามความสามารถของแต่ละคนที่ทำอะไร อยากเป็นอะไรตามค่านิยมของเขา อะเกอเนย์ (Aggernaes 1989 Cited in Nordenfelt 1993 : 140 - 141) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิตได้ โดยให้เหตุผลว่าการที่บุคคลจะตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจนั้น สุขภาพเป็นแหล่งที่จะให้บุคคลเกิดความสามารถในการตอบสนอง ถ้าภาวะสุขภาพไม่ดี การตอบสนองต่อความต้องการด้านต่าง ๆ จะลดลงไปตามภาวะสุขภาพและบันทึกคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นด้วยซึ่งในการให้บริการสุขภาพนั้นมีเป้าหมายไม่เพียงแต่มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมา ต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณภาพดีที่สุดเท่าที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ต้องเผชิญกับการดำเนินของโรค และผลจากการได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ได้มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ ไว้ดังนี้

เวอร่า (Vera 1981 : 335 - 336) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกที่ได้รับการฉายรังสี และผ่าตัดเอาอวัยวะภายในเชิงกรานออก จำนวน 19 คน ในลักษณะติดตามผลหลังผ่าตัด 6 เดือนถึง 9 ปี โดยใช้คำถามปลายเปิดในเรื่องเกี่ยวกับสังคม เพศสัมพันธ์ การปรับตัวด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วย 18 คนสูญเสียความพึงพอใจ

ในเรื่องเพศสัมพันธ์ เปลี่ยนงานใหม่ 10 คน เลิกทำงานนอกบ้าน 8 คน และ 1 คนกลับเข้าทำงาน ในตำแหน่งเดิมแต่ผู้ป่วยทุกคนมีกิจกรรมด้านสังคมลดลง

จอห์นสัน และคณะ (Johnson, et al. 1988 : 46 - 51) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในแง่ของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จากผลการรักษาด้วยรังสีเป็นเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก 84 รายที่ได้รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดผลกระทบความเจ็บป่วย (Sickness impact profile) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดภาวะอารมณ์ (Profile of mood state) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งมีอาการแปรปรวน มากกว่าสัปดาห์แรกของการรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคิง และคณะ (King, et al. 1985 : 58) ที่พบว่าในขณะที่ได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน ประมาณสัปดาห์ที่ 3 - 6 ผลข้างเคียงของรังสีต่อร่างกายจะสูงสุด และจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และอารมณ์ของผู้ป่วย เช่นเดียวกับ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534 : 12) ได้ศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอ และปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา 142 ราย โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิต ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 6 มิติ ได้แก่ การรับรู้ ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษา ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ของพาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) พบว่าคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยสูงกว่าในระหว่างได้รับรังสีรักษาผลการศึกษา ดังกล่าว สนับสนุนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นภายหลังได้รับรังสีรักษาครบเมื่อเปรียบเทียบกับในระหว่างได้รับรังสีรักษา

ลีวีส (Lewis 1982 : 113 - 119) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 57 คน เป็นหญิง 35 คน และชาย 22 คน โดยประเมินในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการมีจุดหมายในชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองได้ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีจุดหมายในชีวิตสูง และความวิตกกังวลต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง มีความเชื่อมั่นในตนเองและมีจุดหมายในชีวิตต่ำ ส่วนเกรแฮม และ ลองแมน (Graham & Longman 1987 : 338 - 346) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในมา (Melenoma) 60 ราย พบว่าอาการไม่สุขสบาย (Symptom distress) การพึ่งพาสังคม (Social dependence) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ส่วนพฤติกรรมด้านจริยธรรม (Behavior morale) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

เดรทเนอร์ และอาห์ลบอม (Drettner & Ahlbom 1983 : 307 - 314) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ ที่มีการพยากรณ์โรคแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคเลว จะมีสุขภาพไม่ดี และมีคุณภาพชีวิตต่ำ

สำหรับคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษานั้น เออร์วิน และคณะ (Irwin, et al. 1981 : 186) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 309 ราย ที่ไม่มีอาการของโรคอย่างน้อยอีก 3 ปี เปรียบเทียบกับคนปกติ ผลปรากฏว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนปกติมีความใกล้เคียงกัน

จากการศึกษาของ เคอาซา แมสเตเคเอซา และแนสส์ (Kaasa Mastakaasa & Nacss 1988 : 335 - 342) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 95 คน ซึ่ง 51 คน ได้รับรังสีรักษา และ 44 คน ได้รับเคมีบำบัดในระยะเวลา 52 สัปดาห์ ใช้เครื่องมือวัดความผาสุกทางด้านจิตใจ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา และช่วงต่าง ๆ อีก 7 ครั้ง จนถึงสัปดาห์ที่ 52 ผลปรากฏว่าภายหลังการได้รับการรักษา 2 สัปดาห์ ความผาสุกทางด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมกลุ่มได้รับรังสีรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้เคมีบำบัด แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะไม่แตกต่างกันในช่วงระยะติดตามผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 52 แต่ทั้ง 2 กลุ่ม จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนเริ่มการรักษา ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาแต่ละชนิดแตกต่างกัน แสงอรุณ สุขเกษม (2533) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองโดยใช้ระบบพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม แล้ววัดคุณภาพชีวิตระหว่างได้รับรังสีรักษา และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของพาติลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ในงานวิจัยของเฟอร์ราน (Ferrans 1990 : 15 - 21) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 111 คน พบว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ดีมีความเจ็บปวด และความรู้สึกซึมเศร้าน้อย ร่วมกับการรับรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ดี จึงอาจสรุปได้จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถควบคุมตนเองได้ มีความเจ็บปวด และความซึมเศร้าน้อย และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำนั้น มีความ

ต้องการพึ่งพาคนอื่นมากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ มีความวิตกกังวลสูง มีภาวะทุพโภชนาการจากอาการ และความเจ็บปวดมาก

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ชนบทธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง และรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ อันได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความต้องการพึ่งพาในแต่ละบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันออกไป เป็นผลทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกันจากวรรณกรรมที่ศึกษา พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีลักษณะ ดังนี้

ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาที่เพิ่มขึ้น หมายถึง ปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับเพิ่มขึ้น ด้วยอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดยจะส่งผลกระทบต่อความสบายด้านร่างกาย และจิตใจ (วิสุทธิ วุฒิพฤษ 2520 : 95 - 104 ; Rasovska 1990 : 85 - 91) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเกือบทุกราย จะเข้าใจว่าตนเองมีอาการเลวลงจากการรักษา จึงพยายามหลีกเลี่ยงการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยจะมีความกลัว และวิตกกังวลถึงอนาคตข้างหน้าว่าตนเองจะแสดงอาการแพ้รังสีแบบใดเพิ่มขึ้นอีก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองจากการแพ้รังสีที่เกิดขึ้นได้เลย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีมากขึ้นเป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์ ผู้ป่วยจะแสดงอาการแพ้รังสีมากขึ้นตามไปด้วย และเมื่อร่างกายไม่สามารถจะควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้เป็นปกติก็จะส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการทำงานของร่างกาย มีผลทำให้การตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษานานขึ้น จึงน่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาระยะเวลาน้อยกว่า ดังการศึกษาของ ดัดเจก (Dudjak 1987 : 133) อธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีเป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ขึ้นไป จะมีผลต่ออวัยวะภายในช่องปาก เนื่องจากการอักเสบเกิดขึ้น อาการดังกล่าวนี้จะรุนแรงขึ้น และจะปรากฏชัดเจนเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเป็นเวลาประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปากมาก โดยเฉพาะเวลาเคี้ยว กลืนอาหาร ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานอาหารไม่ได้เลย เป็นผลให้ความสามารถในการตอบสนองทางด้านร่างกายลดลง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา

รังสีรักษานอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังทำลายเนื้อเยื่อ และอวัยวะใกล้เคียง ทำให้มีอาการแพ้รังสี ซึ่งเป็นผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับรังสีโดยผู้ป่วยจะแสดงอาการที่เป็นผลจากรังสีตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังได้รับการฉายรังสี ซึ่งจะมี ความรุนแรงในแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นที่การฉายรังสีกว้างมากน้อยเพียงใด ได้รับปริมาณรังสีมากหรือน้อย และที่สำคัญที่สุดคือความพร้อมของร่างกาย และจิตใจ ถ้าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวเตรียมใจพร้อมสำหรับการฉายรังสีมักจะมีอาการแพ้รังสีน้อยมาก หรือเกือบไม่มีเลย (ไพรัช เทพมงคล 2528 : 21)

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสี จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวด และทรมานมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น กลัวว่าโรคจะมีการดำเนินมากขึ้น กลัวคนรอบข้างจะรังเกียจ นอกจากนั้นยังรบกวนต่อการดำเนินชีวิตตามปกติอย่างมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สนใจในตนเองในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น และไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแล้วจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีหลายประการ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย หน้าที่การงานและสังคม ยิ่งมีอาการแสดงเพิ่มขึ้นจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถแก้ปัญหา หรือควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้เลย (Simonton 1978 : 62 ; Pennebaker & Skelton 1978 : 524 - 530) ผู้ป่วยบางคนอาจจะเข้าใจว่าอาการของตนเป็นมากขึ้น การรักษาไม่ได้ผล ตนตัดสินใจผิดพลาดที่มารักษาจึงทำให้ผู้ป่วยมี จิตใจหดหู่ เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ที่จะจัดการควบคุมกับชีวิตของตนได้ (Cull & Others 1993 : 1216 - 1220) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่แสดงอาการจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษามากขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะทำให้อุณหภูมิชีวิตลดต่ำลง ดังการศึกษาของ แมคโคเคิล และย้ง (Mc Corkle & Young 1978 : 373 - 378) เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสี หรือเคมีบำบัด พบว่าภาวะแทรกซ้อนของการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สุขสบายหลายประการ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มีความเจ็บปวด แบบแผนการขับถ่าย มีปัญหาทางอารมณ์ ขาดสมาธิ และรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกของตนเอง ซึ่งมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง

โรคมะเร็งนับว่าเป็นโรคร้ายแรงโรคหนึ่ง ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานทั้งจากโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอันมาก จึงเป็นประเด็นที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จะเป็นไปตามประสบการณ์ที่เคยพบ รวมทั้งความหมาย และความทรงจำในสิ่งต่าง ๆ ที่รับเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ต่อจากนั้นมนุษย์จะใช้มวลข้อมูล ที่อยู่ในความทรงจำมาประมวลความคิดรวบยอด และสรุปสิ่งต่าง ๆ เกิดเป็นการรับรู้โดยสามารถ แยกแยะอาการของความเจ็บป่วย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Wu 1978 : 27) ซึ่ง เอนเจล (Engel 1984 cited in Gulick 1986 : 75) พบว่าการรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ ทางกายของ บุคคลนั้นมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้สถานะสุขภาพ (Health status) การรับรู้มักจะมี ความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่ง ผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น ตามการรับรู้ของบุคคล เหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโต ของมนุษย์ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าคุณเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตของเขา เป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือความกลัว ความท้อแท้ ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้สถานะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 374) ความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่จะหมายถึงความสามารถ ด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ ซึ่งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับ ทราเวลบี (Travelbee 1971 : 10) ที่ว่า ตราบใดที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าสุขภาพของเขา อยู่ในระดับที่ดีแม้ว่าจะเป็นขณะเจ็บป่วยก็ตาม และจากการศึกษาของ เดรตเนอร์และอัลบอม (Dretner & Ahlbom 1983 : 307 - 314) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ ในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในระดับ ของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีสุขภาพในระดับที่ดีจะมีความ พึงพอใจในชีวิตไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานเท่าใด หรือ ได้รับการรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม และจากการศึกษาของเจนกินส์ (Jenkins อ้างตาม Cooper 1984 : 152) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งยอมรับว่าตนกลัวต่อความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งยังกลัวว่าจะเสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน เป็นที่รังเกียจและถูกต่อต้านจากสังคม และจากรายงาน ของฟรายเดนเบิร์กและคณะ (Freidenbergs , et al. อ้างตาม Cooper 1984 : 153) ได้รายงาน ว่าแม้ขณะที่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยที่สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพยังไม่เป็นผลที่ แน่ชัด และเชื่อถือได้นัก แต่ผู้ป่วยหลายรายกลับประสบกับวิกฤตการณ์ทางด้านจิตใจอย่าง

รุนแรงและต่อเนื่องจนกระทั่งการวินิจฉัยบ่งชี้แน่ชัดแล้ว ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเสมอ ๆ ในผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ แครกและอาบีลอฟ (Craig & Abeloff อ้างตาม Cooper 1984 : 153) ได้รายงานผลการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 มีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น และจำนวน 1/2 เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเหล่านี้ตอบสนองต่อการรับรู้ต่อภาวะนี้ว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุหนึ่งที่บั่นทอนอายุไขและ คุณภาพชีวิตของตน มาริโน และคูเซอร์ (Marino & Kooser 1981 : 56) ได้ให้ความเห็นว่าบุคคลจะตอบสนองแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระยะเวลา และการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้การรับรู้ต่อความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ที่คุกคามสุขภาพของแต่ละบุคคลยังแตกต่างกันไปตามสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย กล่าวคือ มีการศึกษาวิจัยมากมายที่รายงานว่าบุคคลที่มีความกดดันทางอารมณ์อยู่แล้ว จะรับรู้ถึงความสามารถหรือสุขภาพทางกายของตนในทางลบ และบุคคลที่มองถึงอนาคตของตนในแง่ดี จะรับรู้ว่าตนยังมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ต่อไปได้ (Tessler & Mechanic 1978 : 255) จากการศึกษาของโคนิค (Koenig 1967 : 929) พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกอับอาย และพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา หากแพทย์หรือพยาบาลได้บอกเขาล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง เช่น การบอกเล่าถึงอาการข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ กฤษดา ตงศิริ (2531 : 97) พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในประเด็นของการรับรู้สถานะสุขภาพ และความเจ็บป่วยในปัจจุบัน การรับรู้ระดับความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ถึงระดับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในระดับสูง

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน 5 ด้านของมาสโลว์ (Maslow 1970: 24-25) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป คือ ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมาสโลว์ได้เน้นถึงความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ด้านดังกล่าว ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปถือว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Campbell 1976 : 117 - 124) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ป่วยจึงมีความเห็นว่าการอบแนวคิดที่ได้ประยุกต์จากแนวคิดของมาสโลว์จะสามารถนำมาเป็นแนวทางสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งบริเวณศีรษะและคอได้ครอบคลุม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะเชิง จิตวิสัยซึ่งเป็นการประเมินโดยตัวของผู้ป่วยเอง ผู้วิจัยเชื่อว่าประเมินคุณภาพชีวิตได้ใกล้เคียง กับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วย โดยประเมิน จากความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนอง 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ความ ต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการ ด้านความภาคภูมิใจ ความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา และรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช โดยเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยรังสีทั้งเพศชายและเพศหญิง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา คือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรกโดยติดตามสัมภาษณ์ ตั้งแต่ก่อนได้รับรังสีรักษา ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอขีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตการฉายรังสี ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย ทั้งนี้กำหนดให้มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ (ปี) ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ (บาท / เดือน) ภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว ภูมิสำเนา ที่พักอาศัยระหว่างการรักษาด้วยรังสี ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ (เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ) ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดตามแนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow 1970: อ้างใน กฤษดา ตงศิริ 2531: 42) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินถึงความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย จำนวน 23 ข้อ
2. ด้านความปลอดภัย จำนวน 20 ข้อ
3. ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ จำนวน 14 ข้อ
4. ด้านความภาคภูมิใจ จำนวน 7 ข้อ
5. ด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง จำนวน 10 ข้อ

รวมทั้งหมด 5 ด้าน จำนวน 74 ข้อ

ข้อความที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีลักษณะคำตอบเป็นการจัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|--------------------|---------|--|
| ถ้าเลือก ไม่มี | หมายถึง | ผู้ป่วยไม่มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้น |
| ถ้าเลือก น้อย | หมายถึง | ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้น |
| ถ้าเลือก ปานกลาง | หมายถึง | ผู้ป่วยมีความพึงพอใจปานกลางต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้น |
| ถ้าเลือก มาก | หมายถึง | ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้น |
| ถ้าเลือก มากที่สุด | หมายถึง | ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้น |

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

- | | |
|--------------------|-------------|
| ถ้าเลือก ไม่มี | ให้ 0 คะแนน |
| ถ้าเลือก น้อย | ให้ 1 คะแนน |
| ถ้าเลือก ปานกลาง | ให้ 2 คะแนน |
| ถ้าเลือก มาก | ให้ 3 คะแนน |
| ถ้าเลือก มากที่สุด | ให้ 4 คะแนน |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาประเมินได้จากการสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกายผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายประกอบด้วยอาการที่เกิดจากรังสีรักษา จำนวน 21 อาการ เป็นข้อความที่มีลักษณะคำตอบเป็นการจัดระดับ 2 ระดับดังนี้

ไม่มี หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

มี หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก ไม่มีทั้ง 2 ระยะเวลา ให้ 0 คะแนน

ถ้าเลือก มีในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งหรือทั้ง 2 ระยะเวลา ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค และรังสีรักษา เป็นข้อความที่มีลักษณะคำตอบเป็นการจัดระดับความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาที่ได้รับ การรักษาด้วยรังสี ตามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ตั้งแต่ก่อนได้รับรังสีรักษา จนถึงสัปดาห์สุดท้ายของการรักษาด้วยรังสี 5 ระดับดังนี้

ไม่มี หมายถึง โรคและรังสีรักษาไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิต

น้อย หมายถึง โรคและรังสีรักษามีผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตรุนแรงน้อย

ปานกลาง หมายถึง โรคและรังสีรักษามีผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตรุนแรงปานกลาง

มาก หมายถึง โรคและรังสีรักษามีผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตรุนแรงมาก

มากที่สุด หมายถึง โรคและรังสีรักษามีผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตรุนแรงมากที่สุด

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก ไม่มี ให้ 0 คะแนน

ถ้าเลือก น้อย ให้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก มาก ให้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก มากที่สุด ให้ 4 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษาและความชัดเจนในเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษา	1	ท่าน
พยาบาลสาขารังสีรักษา	2	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต	2	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี	1	ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมด้านภาษา และความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) (ยุพิน จันทรงค์ 2529 : 122) เพื่อวัดความเชื่อมั่นของความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองของความต้องการ

$$\text{สูตร } \alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

α	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
n	หมายถึง	จำนวนข้อคำถาม
$\sum s_i^2$	หมายถึง	ผลรวมของความแปรปรวนของข้อคำถามแต่ละข้อ
s_t^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของข้อคำถามทั้งฉบับ

แบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่น = 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น.

ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกรังสีรักษา เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับรังสีรักษา แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และบันทึกรายชื่อไว้ล่วงหน้า
2. กำหนดการสัมภาษณ์โดยเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก โดยจะเริ่มสัมภาษณ์ตั้งแต่ผู้ป่วยนั่งรอขีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตของการฉายรังสีก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา การเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่จะรับการสัมภาษณ์นั้น เป็นการเลือกแบบเจาะจงโดยติดตามผู้ป่วยแต่ละคนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยแต่ละคน คนละ 3 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 ตั้งแต่ก่อนได้รับรังสีรักษาขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอขีดเส้น เพื่อบ่งบอกขอบเขตการฉายรังสี ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 คือวันที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเป็นวันที่ 15 ของการรับรังสีรักษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและคุณภาพชีวิต

ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้าย คือก่อนวันสุดท้าย 1 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาครบ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา และคุณภาพชีวิต โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วจึงอ่านข้อความ รวมทั้งคำตอบตามแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ และบันทึกคำตอบของผู้ป่วยลงในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40 - 45 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา

5. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละราย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์

6. ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์หรือมีข้อขัดข้องระหว่างการสัมภาษณ์ แต่ละครั้ง หรือในครั้งต่อไป ไม่ว่าจะในกรณีใด ๆ ก็ตามผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ และกล่าวขอบคุณผู้ป่วย รวมทั้งยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายนั้นทันที

7. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดทั้งหมดมาคิดเป็นคะแนน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS / PC[®] (Statistical Package for the Social Science) โดยวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ภาวะรับผิดชอบต่อครอบครัว ภูมิสำเนา ที่พักอาศัยระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ (เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ) ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา โดยนำมาแจกแจงในรูปของจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2. หาพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์สุดท้าย คะแนนภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อยกับมาก และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยกับมาก

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (One way Analysis of Variance with repeated) ถ้าพบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ให้ทดสอบความแตกต่างทีละคู่ ระหว่างระยะเวลาทั้ง 3 ระยะ ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อยกับมาก และกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยกับมาก ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t - test)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษาตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีที่ตึกผู้ป่วยนอก ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช โดยเป็นผู้ป่วย นอกที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรกทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 25 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2540 ถึงเดือน เมษายน 2540 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ เป็น 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. คะแนนคุณภาพชีวิตตามระยะเวลา 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย
3. คะแนนภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค และ รังสีรักษา
4. คุณภาพชีวิตจำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและการรับรู้ความรุนแรงของ โรคและรังสีรักษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ (บาท / เดือน) ภาวะรับผิดชอบต่อครอบครัว ภูมิสำเนา ที่พักอาศัย ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ (เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ) ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด (n=25)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน
เพศ	ชาย	20
	หญิง	5
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 35 ปี	4
	36 - 51 ปี	8
	มากกว่า 51 ปี	13
ศาสนา	พุทธ	24
	อื่นๆ	1
สถานภาพสมรส	โสด	3
	คู่	18
	หม้าย	2
	หย่า / แยก	2
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	19
	มัธยมศึกษา	2
	อุดมศึกษา	1
	อาชีวศึกษา	3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
อาชีพ	
รับจ้าง	11
ค้าขาย	3
เกษตรกรรม	6
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	1
อยู่บ้านเฉย ๆ	4
รายได้ (บาท / เดือน)	
ต่ำกว่า 2,000 บาท	8
2,001 - 4,000 บาท	8
มากกว่า 4,000 บาท	9
การรับผิดชอบต่อครอบครัว	
ไม่ต้องรับผิดชอบ	11
เป็นหัวหน้าครอบครัว	9
ทำงานบ้าน, เลี้ยงหลาน	5
ภูมิลำเนา	
กรุงเทพ ฯ	18
ต่างจังหวัด	7
ที่พักอาศัยระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี	
บ้านของตนเอง	12
บ้านพักรังสีรักษา	4
บ้านญาติ	7
บ้านเช่า	2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
ระยะของโรค	
ระยะที่ 1	5
ระยะที่ 2	5
ระยะที่ 3	1
ระยะที่ 4	10
ไม่ระบุ	4
การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ (เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ)	
ไม่เคยได้รับการรักษา	7
รักษาตามพื้นบ้าน	2
ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	11
ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	2
ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด	3
ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด	
4,000 cGy	4
6,500 cGy	21

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน พบว่าเป็นเพศชาย 20 คน มีอายุมากกว่า 51 ปี 13 คน นับถือศาสนาพุทธ 24 คน สถานภาพสมรสคู่ 18 คน การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา 19 คน อาชีพรับจ้าง 11 คน มีรายได้มากกว่า 4,000 บาท 9 คน ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว 11 คน มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพฯ ๗ 18 คน พักอาศัยอยู่บ้านของตนเองในระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี 12 คน เป็นผู้ป่วยที่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 4 10 คน เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนหน้านี้ที่จะมารักษาด้วยรังสีในครั้งนี้ 11 คน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสีทั้งหมด 6,500 cGy 21 คน

2. คะแนนคุณภาพชีวิต ตามระยะเวลา 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์สุดท้าย (ตารางที่ 2-12)

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย (n = 25)

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลา	คุณภาพชีวิต	พิสัย		$\bar{X}$	S.D.
		คะแนน แบบสัมภาษณ์	คะแนน กลุ่มตัวอย่าง		
คุณภาพชีวิตรายด้าน					
- ด้านร่างกาย					
ก่อนได้รับรังสีรักษา	0 - 92	42 - 82	65.44	11.27	
สัปดาห์ที่ 3	0 - 92	29 - 71	51.48	11.24	
สัปดาห์สุดท้าย	0 - 92	21 - 70	52.00	11.39	
- ด้านความปลอดภัย					
ก่อนได้รับรังสีรักษา	0 - 80	28 - 67	49.08	9.02	
สัปดาห์ที่ 3	0 - 80	33 - 73	53.44	9.09	
สัปดาห์สุดท้าย	0 - 80	33 - 73	55.04	9.29	
- ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ					
ก่อนได้รับรังสีรักษา	0 - 56	15 - 51	35.28	9.39	
สัปดาห์ที่ 3	0 - 56	12 - 47	33.76	9.13	
สัปดาห์สุดท้าย	0 - 56	12 - 51	33.52	9.54	
- ด้านความภาคภูมิใจ					
ก่อนได้รับรังสีรักษา	0 - 28	4 - 23	14.84	5.23	
สัปดาห์ที่ 3	0 - 28	3 - 16	9.52	3.89	
สัปดาห์สุดท้าย	0 - 28	2 - 14	8.52	3.39	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลา	คุณภาพชีวิต	พิสัย		$\bar{X}$	S.D.
		คะแนน	คะแนน		
		แบบสัมภาษณ์	กลุ่มตัวอย่าง		
- ด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง					
ก่อนได้รับรังสีรักษา	0 - 40	9 - 28	17.48	4.77	
สัปดาห์ที่ 3	0 - 40	6 - 23	12.72	3.75	
สัปดาห์สุดท้าย	0 - 40	6 - 21	11.52	3.39	
- คุณภาพชีวิตโดยรวม					
ก่อนได้รับรังสีรักษา	0 - 296	119 - 230	182.12	26.32	
สัปดาห์ที่ 3	0 - 296	115 - 218	160.92	25.22	
สัปดาห์สุดท้าย	0 - 296	116 - 216	160.60	26.01	

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ก่อนได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับมาก ในสัปดาห์ที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์สุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อดูจากค่าคะแนนพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลงในสัปดาห์ที่ 3 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยในสัปดาห์สุดท้าย แม้ว่าคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายจะอยู่ในระดับเดียวกัน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัย ก่อนได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ในสัปดาห์ที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับมาก และในสัปดาห์สุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อดูจากค่าคะแนนพบว่าคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกในสัปดาห์สุดท้าย แม้ว่าคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายจะอยู่ในระดับเดียวกัน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ก่อนได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ในสัปดาห์ที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์สุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อดูจากค่าคะแนนพบว่าคุณภาพชีวิตด้านความรักและความเป็นเจ้าของทั้ง 3 ช่วงระยะเวลามีแนวโน้มต่ำลงเรื่อย ๆ แม้ว่าคุณภาพชีวิตใน 3 ช่วงเวลาจะอยู่ในระดับเดียวกัน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจ ก่อนได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ในสัปดาห์ที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับน้อย และในสัปดาห์สุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเมื่อดูจากค่าคะแนนพบว่าคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจต่ำลงในสัปดาห์ที่ 3 และมีแนวโน้มต่ำลงอีกในสัปดาห์สุดท้าย แม้ว่าคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายจะอยู่ในระดับเดียวกัน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ก่อนได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ในสัปดาห์ที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับน้อย และในสัปดาห์สุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเมื่อดูจากค่าคะแนนพบว่าคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำลงในสัปดาห์ที่ 3 และมีแนวโน้มต่ำลงอีกในสัปดาห์สุดท้าย แม้ว่าคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายจะอยู่ในระดับเดียวกัน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับมาก ในสัปดาห์ที่ 3 มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์สุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อดูจากค่าคะแนนพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำลงในสัปดาห์ที่ 3 และมีแนวโน้มต่ำลงอีกในสัปดาห์สุดท้าย แม้ว่าคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายจะอยู่ในระดับเดียวกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	3,131.54	1,565.77	12.26***
ภายในกลุ่ม	72	9,194.40	127.70	
รวม	74	12,325.94		

*** $P < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงทำการทดสอบทีละคู่ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe) ต่อไป ได้ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทดสอบความแตกต่างที่ละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffé)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	ก่อนได้รับรังสี	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์สุดท้าย
ก่อนได้รับรังสี	65.44	-	13.44***	13.96***
สัปดาห์ที่ 3	52.00	-	-	.52 ^{ns}
สัปดาห์สุดท้าย	51.48	-	-	-

*** $P < .001$

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4 พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one - way ANOVA with repeated)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	475.76	237.88	2.85 ^{ns}
ภายในกลุ่ม	72	6,004.96	83.40	
รวม	74	6,480.72		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยสูงขึ้นหลังได้รับรังสีรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	45.54	22.77	.26 ^{ns}
ภายในกลุ่ม	72	6,297.40	87.47	
รวม	74	6,343.38		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรักและความเป็นเจ้าของลดลงหลังได้รับรังสีรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย ด้วย การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	577.04	288.52	16.05***
ภายในกลุ่ม	72	1,293.84	17.97	
รวม	74	1,870.88		

*** $P < .001$

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจ ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงทำการทดสอบทีละคู่ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe) ต่อไป ได้ผลดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ทดสอบความแตกต่างทีละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	ก่อนได้รับรังสี	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์สุดท้าย
ก่อนได้รับรังสี	14.84	-	5.32***	6.32***
สัปดาห์ที่ 3	9.52	-	-	1 ^{ns}
สัปดาห์สุดท้าย	8.52	-	-	-

*** $P < .001$

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์สุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	496.82	248.41	15.42***
ภายในกลุ่ม	72	1,159.52	16.10	
รวม	74	1,656.34		

*** $P < .001$

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงทำการทดสอบทีละคู่ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe) ต่อไป ได้ผลดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ทดสอบความแตกต่างที่ละคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	ก่อนได้รับรังสี	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์สุดท้าย
ก่อนได้รับรังสี	17.48	--	4.76***	5.96***
สัปดาห์ที่ 3	12.72	--	--	1.2 ^{ns}
สัปดาห์สุดท้าย	11.52	--	--	--

*** $P < .001$

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (One - way ANOVA with repeated)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	7,605.44	3,802.72	5.6912**
ภายในกลุ่ม	72	48,108.48	668.17	
รวม	74	55,713.92		

** P < .01

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงทำการทดสอบทีละคู่ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe) ต่อไป ได้ผลดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ทดสอบความแตกต่างที่ละคู่ของค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	ก่อนได้รับรังสี	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์สุดท้าย
ก่อนได้รับรังสี	182.12	-	21.20**	21.52**
สัปดาห์ที่ 3	160.92	-	-	.32 ^{ns}
สัปดาห์สุดท้าย	160.60	-	-	-

** $P < .001$

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 3 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ข้อ 1

3. คะแนนภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา (ตารางที่ 13 - 14)

ตารางที่ 13 พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะ แทรกซ้อน	ภาวะแทรกซ้อน จากรังสีรักษา	n	พิสัย		$\bar{X}$ ของคะแนนดิบ	S.D.
			คะแนน แบบสัมภาษณ์	คะแนน กลุ่มตัวอย่าง		
กลุ่มภาวะแทรกซ้อนน้อย		6	0 - 21	6 - 11	8.83	2.14
กลุ่มภาวะแทรกซ้อนมาก		19	0 - 21	12 - 18	14.05	1.75

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนมาก

ตารางที่ 14 พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามการรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ความรุนแรง	n	พิสัย		$\bar{X}$ ของคะแนนดิบ	S.D.
			คะแนน แบบสัมภาษณ์	คะแนน กลุ่มตัวอย่าง		
กลุ่มการรับรู้ความรุนแรงน้อย		17	0 - 4	1 - 2	1.53	.51
กลุ่มการรับรู้ความรุนแรงมาก		8	0 - 4	3 - 4	3.25	.46

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อย มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงมาก

4. คุณภาพชีวิต จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา (ตารางที่ 15-16)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อยกับมาก ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะแทรกซ้อน	คุณภาพชีวิต	n	พิสัย		$\bar{X}$	S.D.	t
			คะแนนแบบสัมภาษณ์	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง			
กลุ่มภาวะแทรกซ้อนน้อย		6	0-592	231-434	340.33	72.74	.78 ^{ns}
กลุ่มภาวะแทรกซ้อนมาก		19	0-592	248-386	316.26	39.31	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มภาวะแทรกซ้อนน้อยอยู่ในระดับมาก คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มภาวะแทรกซ้อนมากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความแตกต่างแล้วพบว่ากลุ่มภาวะแทรกซ้อนมากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มภาวะแทรกซ้อนน้อย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยกับมาก ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ ความรุนแรง	คุณภาพชีวิต	n	พิสัย		$\bar{X}$ ของคะแนนดิบ	S.D	t
			คะแนน แบบสัมภาษณ์	คะแนน กลุ่มตัวอย่าง			
กลุ่มการรับรู้ความรุนแรงน้อย		17	0-296	121-216	162.24	24.73	.45 ^{ns}
กลุ่มการรับรู้ความรุนแรงมาก		8	0-296	116-199	157.13	30.01	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 16 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มการรับรู้ความรุนแรงน้อยอยู่ในระดับมาก คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มการรับรู้ความรุนแรงมากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความแตกต่างแล้วพบว่ากลุ่มการรับรู้ความรุนแรงมากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มการรับรู้ความรุนแรงน้อย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3

อภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสี แผนกผู้ป่วยนอก ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 25 ราย ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งคุณภาพชีวิตดังกล่าวเป็นผลโดยรวมที่มาจากคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ซึ่งอภิปรายดังนี้

- ด้านร่างกาย จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรังสีรักษา ($\bar{X} = 65.44$) สูงที่สุด รองลงมาคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้าย ($\bar{X} = 52.00$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในสัปดาห์ที่ 3 ($\bar{X} = 51.48$) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนได้รับรังสีรักษา จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้ายและสัปดาห์ที่ 3 (ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ระยะ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated) และวิธีทดสอบ เชฟเฟ (Scheffé) (ตารางที่ 3-4) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีเพิ่มขึ้นทำให้ปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษามีความรุนแรงมากขึ้น โดยจะส่งผลกระทบต่อความสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ (วิสุทธิ วุฒิพฤษ 2520 : 95 - 104) ซึ่งดัดเจค (Dudjak 1987 : 133) อธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีเป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีผลต่ออวัยวะภายในช่องปาก เนื่องจากการอักเสบเกิดขึ้น อาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นและจะปรากฏชัดเจนเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเป็นเวลาประมาณ 2 - 3

สัปดาห์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ รับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นผลให้ความสามารถในการตอบสนองทางด้านร่างกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคิงและคณะ (King, et al. 1985 : 58) ที่พบว่าในขณะที่ได้รับรังสีรักษาประมาณสัปดาห์ที่ 3 - 6 ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อร่างกายจะสูงสุด และจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและอารมณ์ จะเห็นได้ว่าเมื่อระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษายาวนานขึ้น การทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะลดลง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่สามารถควบคุมอาการจากการแพ้รังสีที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยต่ำลง

- ด้านความปลอดภัย จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรังสีรักษา ($\bar{X}$ = 49.08) ปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 53.44 และ 55.44 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในสัปดาห์สุดท้ายจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และก่อนได้รับรังสีรักษา (ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ระยะ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated) (ตารางที่ 5) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยสูงขึ้นหลังได้รับรังสีรักษาอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 18 คน มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งมีสามี ภรรยา หรือบุตรคอยดูแลใกล้ชิด จึงได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ตลอดมา ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังใจ ด้านการเงิน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็น ทั้งยังเป็นเพื่อนคู่คิด ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต แม้ว่าการทดสอบคุณภาพชีวิตด้านนี้จะสูงขึ้นหลังได้รับรังสีอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีข้อสังเกตว่าคุณภาพชีวิตในด้านนี้มีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 10 คน อยู่ในระยะของโรกระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดโตมาก มีผลทำให้ไปกดเบียดอวัยวะที่สำคัญในการรับประทานอาหาร เคี้ยว กลืนอาหาร ตลอดจนการหายใจและการพูด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรับการรักษาด้วยรังสี จะมีผลทำให้อาการของโรคทุเลาลง ก้อนมะเร็งยุบตัวลง จึงทำให้สภาพร่างกายหรืออาการของโรคดีขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตน ซึ่งจะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดน้อยลง มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ได้รับ ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วย แม้รังสีรักษาจะมีผลทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย แต่ผู้ป่วยก็ถือว่าการรับรังสีรักษาเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง ที่ส่งผลทำให้โรคที่เป็นอยู่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบ

สนองความต้องการในด้านความปลอดภัย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงขึ้น

- ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรังสีรักษา ($\bar{X} = 35.28$) สัปดาห์ที่ 3 ($\bar{X} = 33.76$) และสัปดาห์สุดท้าย ($\bar{X} = 33.52$) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอทั้ง 3 ระยะ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ระยะ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated) (ตารางที่ 6) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรักและความเป็นเจ้าของลดลงหลังได้รับรังสีรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 18 คน มีสถานภาพสมรสคู่ มีสามี ภรรยา หรือบุตร คอยดูแลใกล้ชิด ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความใกล้ชิด ไว้วางใจ และมีความเชื่ออาทรซึ่งกันและกันตลอดมา จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ 13 คน มีอายุมากกว่า 51 ปี ย่อมมีเครือข่ายทางสังคมในการตอบสนองความต้องการในด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

- ด้านความภาคภูมิใจ จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรังสีรักษา ($\bar{X} = 14.84$) สูงที่สุด รองลงมาคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 ($\bar{X} = 9.52$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในสัปดาห์สุดท้าย ($\bar{X} = 8.52$) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนได้รับรังสีรักษาจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย (ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ระยะ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated) และวิธีทดสอบ เชฟเฟ (Scheffe) (ตารางที่ 7-8) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับรังสีรักษาเป็นเวลานานขึ้น ร่างกายจะอ่อนเพลียลง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียลักษณะที่ชวนมอง กลัวถูกทอดทิ้งเพราะความน่ารังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความมั่นใจในตัวเองลดน้อยลงไม่กล้าที่จะคิดหรือกระทำการใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยมักจะมีการปรึกษาหารือบุคคลใกล้ชิดก่อนที่จะตัดสินใจ รวมทั้งการทำประโยชน์ให้กับสังคมหรือการที่ผู้ป่วยเคยให้

ความช่วยเหลือบุคคลรอบข้างก็ลดน้อยลงด้วย ซึ่งจะทำให้ความภาคภูมิใจที่เคยมีอยู่ลดน้อยลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจของผู้ป่วยต่ำลงด้วย

- ด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรังสีรักษา ($\bar{X} = 17.48$) สัปดาห์ที่ 3 ($\bar{X} = 12.72$) และสัปดาห์สุดท้าย ($\bar{X} = 11.52$) เมื่อพิจารณาคะแนนในแต่ละระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนได้รับรังสีรักษาจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าได้รับรังสีในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย (ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ระยะ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ (one-way ANOVA with repeated) และวิธีทดสอบเชฟเฟ (Scheffe) (ตารางที่ 9-10) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับรังสีรักษาเป็นเวลานานขึ้น ร่างกายจะอ่อนแอลงจากผลกระทบของรังสีรักษา ทำให้ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลง บางครั้งต้องพึ่งพาญาติหรือต้องหยุดงานที่ทำชั่วคราว หรือตลอดไปทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองด้อยคุณค่า ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีความสำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำลงด้วย

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีมากขึ้นเป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์ ผู้ป่วยจะแสดงอาการแพ้รังสีมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความต้องการด้านร่างกาย ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง กล่าวคือ เมื่อร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการกิน การขับถ่าย การพักผ่อน หรือการมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับดำรงชีวิต ทำให้กระทบต่อความผาสุกในชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมาอีกด้วย ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อย ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 (ตารางที่ 15) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนมากและกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาประเมินเพียงมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น ไม่ได้ประเมินในรายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับรังสีนั้น ทั้งกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนมากจะมีการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญที่คล้าย ๆ กันดังนี้

อาการเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในขณะที่ได้รับรังสีรักษาจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ต้องการการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคูบริชท์ (1984 : 43) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีทุกคนจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอ่อนเพลียมากในวันท้าย ๆ ของแต่ละสัปดาห์

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว จากการศึกษาพบว่าในระยะที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ปากแห้ง การรับรสขาดอาหารเปลี่ยนไปจากเดิม เจ็บคอและกลืนลำบาก เป็นเหตุให้รับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซนซาริคและมอสแมน (1983 : 811) กล่าวว่าอาการปากแห้ง การรับรู้รสเสื่อม อาการเบื่ออาหาร กลืนลำบาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ

ลักษณะเยื่อช่องปากและเหงือก จากการศึกษาพบว่าในระยะที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก มีการอักเสบโดยเยื่อช่องปากเริ่มเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อน และมีแผลเป็นจำสีขาวกระจายอยู่บริเวณลิ้นและเพดานอ่อน

ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาที่เกิดขึ้นคล้าย ๆ กันนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน จนทำให้การดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยถูกคุกคามมากนัก ผู้ป่วยยังมีความสนใจในตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังคงแข็งแรงพอที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อนมากไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อย

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามาก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อย ในสัปดาห์สุดท้าย

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 (ตารางที่ 16) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงมากและกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อยมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามีเพียงข้อเดียว จึงเป็นการประเมินจากภาพรวมของผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้จึงไม่ละเอียดพอ สามารถนำมากล่าวได้ดังนี้ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทราเวลบี (Travelbee 1971 : 10) ที่ว่าตราบดีที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าคุณภาพของเขาอยู่ในระดับที่ดีแม้ว่าจะเป็นขณะเจ็บป่วยก็ตาม และจากการศึกษาของเดรตเนอร์ และอัลบอม (Dretner & Ahlbom 1983 : 307 - 314) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีสุขภาพในระดับที่ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานเท่าใด หรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม และผู้ป่วยที่ทำการศึกษเป็นผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก มีความคาดหวังที่จะหายจากโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับเทสเลอร์ และเมคคานิค (Tessler & Mechanic 1978 : 255) ที่ว่าบุคคลที่มองถึงอนาคตของตนในแง่ดี จะรับรู้ว่ามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ต่อไปได้ และจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มักจะได้รับความรักและความเอาใจใส่ ตลอดจนความช่วยเหลือจากภรรยาหรือสามี ที่เป็นบุคคลใกล้ชิดตลอดจนบุคคลในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้อการพื้นฐาน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และลดความเครียด นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิด

ความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ (Cohen & Wills 1985 : 310 - 357) และจากการศึกษา ยังพบอีกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรับการรักษาด้วยรังสี จะมีผลทำให้อาการของโรคทุเลาลง ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยแม้ว่าโรคและรังสีรักษาจะมีผลทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ได้รับความทุกข์ทรมาน แต่ผู้ป่วยก็ถือว่าการรับรังสีรักษาเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่ส่งผลทำให้โรคที่เป็นอยู่ดีขึ้น ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามากไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อย



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นครั้งแรก ณ ภาควิชารังสีวิทยา ตึก 72 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2540 จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 คน ติดตามสัมภาษณ์ 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 สัมภาษณ์ข้อมูลคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และระยะที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้าย สัมภาษณ์ข้อมูลคุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการ นำมาหาจำนวนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับรังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา 3 ระยะ วิเคราะห์หาความแตกต่างที่ละครหว่างระยะเวลาทั้ง 3 ระยะ ด้วยวิธีทดสอบเซฟเฟ่ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน

คุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อยกับมาก และระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยกับมาก

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และในสัปดาห์สุดท้าย มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 5.69^{**}$)
2. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อย ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)
3. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามาก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อย ในสัปดาห์สุดท้าย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

ข้อเสนอแนะ

เนื่องด้วยผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในการศึกษารั้งนี้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษานานขึ้น จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง และเมื่อแยกออกเป็นคุณภาพชีวิตรายด้าน ตามความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนอง 5 ด้านของมาสโลว์ พบว่า เมื่อระยะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษายาวนานขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำลงด้วย ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีวิธีดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ส่วนใหญ่ต้องประสบกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่รุนแรงมากขึ้นตลอดระยะเวลาของการรักษา จึงต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยกับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและอธิบายถึงกระบวนการเกิดผลข้างเคียงจากการรับรังสีตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรังสีรักษา และให้เป็นระยะ ๆ ในทุกสัปดาห์ตาม

สภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมากยิ่งขึ้น

2. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยจะมีความกลัวในสิ่งต่าง ๆ รู้สึกวิตกกังวลความปลอดภัย ดังนั้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษา พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับความรุนแรงของโรคและผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองความพึงพอใจด้านความปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. ควรมีการส่งเสริมและให้คำแนะนำแก่สามี ภรรยา หรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้สนใจ เอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของการรับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าตนเอง ยังเป็นที่ต้องการของคนอื่น ยังมีคุณค่า มีความสำคัญต่อครอบครัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านความรักและความเป็นเจ้าของ

4. ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยจะประสบกับผลแทรกซ้อนที่มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียงลง ภาพลักษณ์เปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์ในสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้น ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีทีมงานซึ่งอาจจะประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งให้การช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองความต้องการในด้านความภาคภูมิใจ และการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อดำรงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจและการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง โดยการจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) โดยเป็นการรวมกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีด้วยตนเอง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. ควรจัดเตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคมในระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษาด้วยรังสี โดยเฉพาะในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้ต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่น ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการอบรมเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างเท่าที่ต้องการ หรือมีบุคคลใกล้ชิดช่วย

ดูแลให้ความช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบเห็นประเด็นปัญหาบางประการที่ควรศึกษาต่อไปดังนี้

1. จากการศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลในระหว่างการได้รับรังสีรักษา ช่วง 4 - 6 สัปดาห์ ซึ่งจะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในช่วงตั้งแต่เริ่มได้รับรังสีถึงสิ้นสุดการได้รับรังสีรักษาเท่านั้น ดังนั้น ถ้าต้องการทราบถึงคุณภาพชีวิตในช่วงหลังจากได้รับการรักษาด้วยรังสี ควรจะมีการศึกษาติดตามผลเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในระยะ 4 - 6 สัปดาห์หลังหยุดการรักษา เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากผลแทรกซ้อนบางอย่างยังไม่หมดไป เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือ หรือช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. จากการศึกษาพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย มะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสี ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องมารับการรักษาด้วยรังสีในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่ทราบว่าต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีจนถึงสิ้นสุดการรักษา เพื่อจะได้มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น
3. หากมีการศึกษาซ้ำ ควรมีการประเมินในรายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา เพื่อให้การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความละเอียดและครอบคลุมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง." ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้
หน้า 342-400. สมพันธ์ นิญชีระนันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการ
พิมพ์, 2528.
- กฤษ เพิ่มทันจิตต์. "พัฒนาการของกลวิธีการพัฒนาแบบ จปฐ." วารสารสาธารณสุขปริทัศน์. 1
(เมษายน - มิถุนายน 2528) : 25.
- กฤษดา ตงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจใน
การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- จริยวัตร คมพาศึกษ์. " การพัฒนาคุณภาพชีวิต. " วารสารพยาบาล. 32 (ตุลาคม - สิงหาคม
2526) : 327 - 332.
- จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ. แนวคิดใหม่ในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์, 2523 : 17 - 20.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชัยวัฒน์ ปัจจุพงษ์ และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช, 2520.
- ชาลี วชิรศรีสุนทร และ เสริมกุล แซ่ตั้ง. " ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง. " งานวิจัยวิทยาศาสตร์
บัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์และภาควิชาสังคมศาสตร์ศิริราช
พยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522 - 2523.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการให้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ดิเรก ฤกษ์ห่วย. " แนวความต้องการพื้นฐานและมาตรฐานความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ. "
โครงการพัฒนาสังคม. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,
2525 : 5.
- _____ " คุณภาพชีวิต. " ข่าวสารเกษตรศาสตร์. 28 (ธันวาคม - มกราคม 2527) :

- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณัส. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีครบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นิพนธ์ คันธเสวี. " คุณภาพชีวิตสำหรับสังคมไทย. " เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่องภาวะสังคมไทย. (เอกสารอัดสำเนา), 2525.
- นิโคลัส เบเนนท. " การเพิ่มประชากรและการตัดสินใจทางประชากรของแต่ละบุคคลกับคุณภาพชีวิต. " ใน หนังสืออุทิศประชากรศึกษา. แปลโดย ณรงค์ เทียนสง. กรุงเทพฯ : มงคลการพิมพ์, 2519.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อน เขต 12. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย. " การพัฒนาแนวความคิดทางด้านคุณภาพชีวิต. " วารสารประชากรศึกษา. 1 (เมษายน 2525) : 103.
- บุญชู กุลประดิษฐ์รณ์. " Nasopharyngeal Carcinoma. " วารสารหู คอ จมูกและใบหน้า. 1 (กรกฎาคม) : 1 - 13.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. สถิติวิจัย 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เบสท์ กราฟฟิค เพรส, 2537.
- ประคอง กรรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต." วารสารสุขภาพ. 13 (ตุลาคม - ธันวาคม 2533) : 1 - 10.

_____. "เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต. (ต่อ) " วารสารสุขภาพ. 14 (มกราคม - มีนาคม 2534) : 1 - 10.

ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2525.

พรพรรณ ศรีทอง. คุณภาพชีวิตครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. " ความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง รังสีบำบัด. " วารสารโรคมะเร็ง. 3 (มกราคม 2520) : 75.

_____. " การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หู คอจมูก หลังได้รับรังสีบำบัด. " Hospital Medicine. 9 (กุมภาพันธ์ 2524) : 315 - 330.

_____. รังสีรักษาในมะเร็งศีรษะ และ คอ. " ใน การประชุมใหญ่ทางวิชาการงานฉลอง 100 ปี ศิริราช. หน้า 161 - 381. อุทิศต์ เปล่งวานิช , บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2531.

พวงทอง ไกรพิบูลย์ , วิภา บุญกิตติเจริญ และ จิระภา ตันนาคนท์. ตำรารังสีรักษา ฟิสิกส์ ชีวรังสี การรักษายาบาลผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2524.

พินิจ รัตนกุล. โสคราติสและปัญหาเรื่องความดี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2518.

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. " เรื่องน่าสนใจเกี่ยวกับการเกิดมะเร็ง. " วารสารโรคมะเร็ง. 7 (เมษายน - มิถุนายน 2524) : 63 - 64.

- ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2524.
- _____. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2526.
- _____. จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อฉายแสง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2528.
- มาลี วรลัคนากุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ยุพา อุดมศักดิ์. "แนวความคิด หลักการ และวิธีการทางประชากรศึกษา." เอกสารประกอบการประชุมเรื่องบทบาททางสุขภาพศึกษา - ประชากรศึกษาในการแก้ปัญหาประชากรและสาธารณสุข. โครงการประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2516 : 82.
- ยุพิน จันทรัคคะ. "การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ." ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. หน้า 107 - 135. พรศรี ศรีธัญญาพร และ ยุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.
- ยุวดี ฤาชาและคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์จำกัด, 2537.
- วนิดา ตันติสุนทร. ปัญหาด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ศึกษาเฉพาะรายกรณีของโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย. รังสีรักษา : โรคมะเร็งของศีรษะและลำคอ. หน่วยรังสีรักษาภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2532.
- วิจิตร ตันทวีสุทธิ์และคณะ. การศึกษากับการทำงาน. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2527 : 44 - 45.
- วิทย์ วิศทเวทย์. ปรัชญา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2518.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- วิสุทธิ วุฒิพฤษ. "ภาวะแทรกซ้อนจากรังสี." ใน รวมเรื่องบรรยายในการอบรมการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 59 - 104. ไพรัช เทพมงคล, ผู้รวบรวม, 2520.
(เอกสารอัดสำเนา)

ศิริชัย พงศวิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ศิริอร สีนุ. "สุขภาพ : องค์หลักของการพยาบาล." วารสารพยาบาลศาสตร์. 11 (ตุลาคม - ธันวาคม 2536.) : 221 - 222.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อพัฒนาชนบท. "ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน." รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย. (2537) : 1.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Annual Report. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2536 - 2539.

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. " ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา." พยาบาลสาร. (ตุลาคม - ธันวาคม 2534) : 12 - 33.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ. " คุณภาพชีวิต." ใน ประชากรกับคุณภาพชีวิต. หน้า 105. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2525.

สุชาติพิทย์ อุปลาบัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สุเมธ ตันติเวชกุล. " พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวไทย." จดหมายข่าวโครงการพัฒนาสังคม. 6 (มิถุนายน 2531) : 2.

สรัญญา เขียรโสภาส. " คุณภาพชีวิต." โคมทัศน์. 4 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2526) : 57 - 59.

สาธารณสุข กองสถิติ. จำนวนตายด้วยสาเหตุกับอัตรา. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535.

สุรีย์พร มาลา. ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูล ในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

แสงอรุณ สุขเกษม. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- อนุรีย์ ต้นสกุล. " เจตคติและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษา. " สารศิริราช. 31 (พฤษภาคม 2522) : 703 - 714.
- อาคม เขียรศิลป์. Manual of Post Graduate Course on Medical Oncology. กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข 2529. (จัดสำเนา)
- Andrew , F. Social Indicators of Well - Being : Americans Perceptions of Life Quality. New York, Plenum Press, 1976 : 10.
- Anuja , Rajender. et al. " Radiation Therapy in Cancer Management : Principle and Complication. " Comprehensive textbook of Oncology. p. 261. Edited by A.R. Mogssa. et al. Baltimore : William & Wilkins, 1981.
- Benner , Po and Wrubel , J. The Primary of Caring : Stress and Coping in Health and Illness. California : addison - Wesley Publishing Company, 1989.
- Bowling , A. Measuring Health A Review of Quality of Life Measurement scales. Philadelphia : Open University Press, 1991.
- Busholtz , J. " Radiation Therapy. " in Care Curriculum for Oncology Nursing. p. 207 - 224. Edited by Constance R. Ziegfeld. Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1987.
- Burckhardt , C.S. " The Impact of Arthritis on quality of life. " Nursing Research. 34 (February 1985) : 11 - 16.
- Burns , Nancy. Nursing and Cancer. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1982.
- Campbell , A. " Aspirations , Satisfaction , and Fullfillment. " in A. Campbell and P.E.Converse, eds. The Human Meaning of Social Change. New York : Russell Sage Foundation, 1972.
- _____ " Subjective Measures of Well - Being. " American Psychologist. 32 (February 1976) : 117 - 124.
- Campbell , A. , Converse , P.E.& Rodgers , W.L. The Quality of America Life : Perceptions Evaluation and Satisfaction. New York : Russell Sage Foundation, 1976.
- Cancer Institute Siriraj Hospital. Tumor Registry : Statistical Report 1988. Faculty of Medicine Siriraj Hospital , Mahidol University, 1995.

- Caroline Lang, " Care of Patients Undergoing External Radiotherapy." Nursing Mirror,
(February 24, 1977) : 45 - 46.
- Chencharick, Judith D. and Mossman, Kenneth L. "Nutritional Consequences of the
Radiotherapy of Head and Neck Cancer." Cancer. 51 (March 1983) : 811 - 815.
- Cohen, S. & Willis , T.A. " Stress , Social Support and the Buffering hypothesis." Psychological
Bulletin . 98 (September 1985) : 310 - 357.
- Conger , A.D. " Loss and Recovery of Taste Acuity in Patients. Irradiated to the Oral cavity. "
Radiation Research. 53 (March 1973) : 338 - 347.
- Cooper , Cary L. Psychosocial Stress and Cancer. New York : John Wiley & Sons , 1984.
- Cull , A. & Others. " Early Stage Cervical Cancer : Psychosocial and Sexual outcomes of
Treatment. " British Journal of Cancer. 68 (December 1993) : 1216 - 1220.
- Denning , D.C. " Head and Neck Cancer : Our Reactions. " Cancer Nursing. 5 (August 1982)
: 269 - 272.
- Derdiarian Anayis. Concepts of Oncology Nursing. London : Prentice Hall International , 1981.
- Donalson , S.S. " Nutritional consequences of Radiotherapy. " Cancer Research. 37 (November
1977) : 2407 - 2413.
- Dreizen , S. et al. " Oral complications of cancer radiotherapy. " Post Graduate Medicine. 61
(February 1977) : 85 - 92.
- Drettner , B. & Ahlbom , A. " Quality of Life and State of Health for Patients with Cancer in the
Head and Neck. " Acta Otolaryngology. 96 (September 1983) : 307 - 314.
- Dubos , R. " The State of Health and the Quality of Life. " The Western Journal of Medicine.
125 (July 1976) : 8 - 9.
- Dudjak , L.A. " Mouth Care for Mucositis due to Radiation Therapy. " Cancer Nursing. 10 (June
1987) : 131 - 140.
- Eardley , Anne. " What do patients need to know. " Nursing Times. 16 (April 1986) : 24 - 26.
- Ferrans , C.E. " Development of A Quality of Life Index for Patients with Cancer. " Oncology
Nursing Forum. 17 (Supplement to May / June 1990) : 15 - 21.

- Ferrans , C.E. & Powers , M.J. " Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties. " Advance in Nursing Science. 8 (October 1985) : 15 - 24.
- Flanagan , J. " Research Approach to Improving Our Quality of Life. " American Psychologist. 31 (February 1978) : 138 - 147.
- Gilbert H. Fletcher, Textbook of Radiotherapy. 3rd ed, London : Lea & Febiger, 1980.
- Graham , K.Y. and Longman , A.J. " Quality of Life and Person with Melenoma. " Cancer Nursing. 10 (1987) : 330 - 346.
- Gulick ,E.E. " The self assessment of health among the chronically ill. " Topic in Clinical Nursing. 8 (April 1986) : 74 - 82.
- Haren H. Whiteman. " Behavior Modification Terminal Ill Patient. " American Journal of Nursing. (January 1975) : 58 - 99.
- Haylock , P.J. & Hart , L.K. " Fatigue in Patients Recieving Localized Radiation. " Cancer Nursing. 2 (August 1979) : 461 - 467.
- Hickey , S.S. " Enabling Hope. " Cancer Nursing. 9 (June 1986) : 133 - 137.
- Holmes , S. & Dickerson , J. " The Quality of Life ; Design and Evaluation of A Self - Assessment Instrument for Use with Cancer Patients. " Internal of Nursing Study. 24 (1987) : 15 - 24 .
- Irwin , D.M. , et al. " A Critical Appraisal of the Research Literature Investigating Fatigue in the Individual with Cancer. " Cancer Nursing. 14 (August 1981) : 186 - 199.
- Johnson , J.E. , et al. " Reducing the Negative Impact of Radiation Therapy on Functional Status. " Cancer. 61 (January 1988) : 46 - 57.
- Kaasa , S. Mastekaasa , A. and Naess , N. " Quality of Life of Lung Cancer Patients in a Randomized Clinical Trial Evaluated by a Psychosocial Well -Being Questionniare. " Acta Oncologica. 27 (February 1988) : 335 - 342.
- Katz , S. " The Science of Quality of Life. " J Chron Dis. 40 , 1987 : 459 - 463.
- King , B.K. et al. " Patients ' Descriptions of the Experience of Receiving Radiation Therapy. " Oncology Nursing Forum. 12 (July / August 1985) : 55 - 61.

- Koenig, R., et al. "The Emotional Status of Cancer Patients as Measured by a Psychological Test." Journal Chronic Disease. 20 (December 1967) : 923 - 930.
- Krumm, Sharon. " Psychosocial Adaptation of the adult with Cancer. " Nursing Clinic of North America. 17 (December 1982) : 729 - 737.
- Kubricht, Dottie W. "Therapeutic Self - Care Demands Expressed by Outpatients Receiving External Radiation Therapy." Cancer Nursing 7 (February 1984) : 43 - 53.
- Laborde, J.M. & Powers, M.J. " Satisfaction with Life for Patients undergoing Hemodialysis and Patients Suffering from Osteoarthritis. " Research in Nursing and Health. 3 (March 1986) : 19 - 24.
- Lewis, F.M. " Experienced Personal Control and Quality of Life in Late Stage Cancer Patients. " Nursing Research. 31 (March / April 1982) : 113 - 119.
- Liu, Ben - Chieh, " Quality of life : Concept, Measure and Results. " The American Journal of Economics and Sociology . Vol. 34 No. 1 (January 1975).
- Marino, L.B. & Kooser, J.A. "The Psychosocial Care of Cancer Clients and Their Families : Periods of High Risk." Cancer Nursing. pp 53 - 66 Edited by L.B. Marino. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Maslow, A.H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York : Harper & Row, 1970.
- McCaffrey, D.W. " Cancer, Anxiety and Quality of Life. " Cancer Nursing. 8 (April 1985) : 51.
- McCorkle, R and Young, K. " Development of A Symptom Distress Scale. " Cancer Nursing. (October 1987) : 373 - 378.
- McKeehan, L.M., Cowling, W.R. & Wykle, M.L. " Cantril Self - Anchoring Ladders : Methodological Considerations for Nursing Science. " Nursing Research Methodology Issues and Implementation. pp. 285 - 293. Edited by P.L. Chinn. Rockville : An Aspen Publication, 1986.
- Mechanic, D. Medical Sociology : A Selective View . New York : The Free Press, 1968.
- Meeberg, G.A. " Quality of Life : A Concept Analysis. " Journal of Advance Nursing . 18, 32 - 38.

- Moore , M.J. " The Effect of Radiation on Connective Tissue. " Otolaryngological Clinics of North America. 17 (May 1984) : 389 - 399.
- Nealon, Thomas F. Management of the Patient with Cancer. 2nd ed. Toronto : W.B. Saunders, 1976.
- Nordenfelt , L. Quality of Life , Health and Happiness. Great Britain : Athenaeum Press , 1993.
- Ogi , S.S. " Radiotherapy , Cancer and the Nurse. " In Dynamics of Oncology Nursing. pp. 136 - 153 Edited by P.K. Borkhallter & D.L.Donley. New York : Mc Graw - Hill Book Company , 1978.
- Otto , S.E. Oncology Nursing. St. Louis : Mosby Year Book , 1991.
- 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. " Quality of Life as a cancer nursing outcome variable. " Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 45 - 60.
- Pennebaker , J.W. & Skelton , J.A. " Psychological Parameters of Physical Syntoms. " Personality and Social Psychology Bulletin. 4 (1978) : 524 - 530.
- Powell , D.H. Understanding Human Adjustment. Normal Adaptation Through the Life Cycle. Boston : Little , Brown and Company , 1983.
- Rasovska , O. & Others. " Complications of Radiotherapy of Uterine Cervix Carcinoma. " Radiobiologia , Radiotherapia. 31 (1990) : 85 - 91.
- Rotman , M. & John , M. " Supportive care in radiation oncology." in Principles and practice of radiation oncology. p. 1287 - 1295 Edited by Carlos A. Perez and Luther W. Brady. Philadelphia : J.B. Lippincott company , 1987.
- Schnzper , Nathan & Kellner , Tamar Koren. " Emotional and Psychologic Aspects of Cancer Management. " Comprehensive textbook of oncology. p. 425. Edited by A.R. Moossa et al. Baltimore : William & Wilkins , 1986.
- Simonton , O.C. , Simonton , S.M. & Creighton , J. Getting Well Again. California : Torcher , Inc. , 1978.

- Somchit Hanucharunkul. Social Support , Self care and Quality of Life in Cancer Patients receiving radiotherapy in Thailand. A dissertation of the requirements for the degree of doctor of philosophy (nursing). In the Graduate School of Wayne State University , 1988.
- Spitzer , W. , Dobson , A. & Hall , J. " Measuring the Quality of Life of Cancer Patients. A Concise QL - Index for Use by Physicians. " Journal of Chronic Disease. 34 (June 1961) : 585 - 597.
- Stockdale, Jerrey D. . Poverty and Quality of Life : A Perspective. (ED. 070732 , August 1972).
- Strohl , Roberta Anne. " The Nursing Role in Radiation oncology : Symptom Management of Acute and Chronic reactions. " oncology Nursing Forum. 15 (July / August 1988) : 429 - 434.
- Stromberg, Marilyn Frank, et al. "Ambulatory Cancer Patients Perception of the Physical and Psychosocial Changes in Their Lives since the Diagnosis of Cancer," Cancer Nursing. 7 (April 1984) : 117 - 120.
- Stromberg , M.F. " Selecting and Instrument to Measure Quality of Life. " Oncology Nursing Forum. 11 (September / October 1984) : 88 - 91.
- Suchman , E. " Stage of illness and medical care. " Journal of Health and Human Behavior. 6 (March 1965).
- Taylor , S.H. " Drug Therapy an Quality of Life in Angina Pectoris. " American Heart Journal. 114 (July 1987) : 234 - 240.
- Tessler, R. & Mechanic, D. "Psychological Distress and Perceived Health Status." Journal of Health & Social Behavior. 19 (September) : 254 - 262.
- Travelbee , J. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia : P.A. Davis Company , 1971.
- Trowbridge , J.E. & Carl W. " Oral Care the Patient Having Head and Neck Irradiation. " American Journal of Nursing. 75 (December 1975) : 2146 - 2149.
- Vera , M.I. " Quality of Life Following Pelvic Exenteration. " Gynecology Oncology. 12 (June 1981) : 355 - 366.

Walker , V.A. " Skin Care During Radiotherapy. " Nursing Time. 78 (December 1982) : 2068 - 2070.

Watts , MSM. " Medicine and the Quality of Life. " The Western Journal of Medicine. 125 (July 1976) : 1.

Wu , Ruth. Behavior and Illness. London : Prentice Hall International , 1973.

Zhan , L. " Quality of Life : Conceptual and Measurement Issues. " Journal of Advanced Nursing. 17 (1992) : 795 - 800.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ ไพรัช เทพมงคล
ภาควิชารังสี ภาควิชารังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วาสนา แฉล้มเขตร
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สีนุ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริบุญวงศ์
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางศิริวรรณ วินิจสร
สำนักงาน งานการพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช
6. นางสาวจิราภรณ์ ทองสุโชติ
หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช



คำชี้แจง และการพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

เนื่องด้วยดิฉัน เรือเอกหญิง นฤมล ศาสตร์สุข เป็นนักศึกษานิพนธ์โททางการแพทย์ สาขาวิชการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา" จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อ ให้ตรงกับสภาพอาการที่เป็นจริง และความรู้สึกของท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิถือเป็นความลับ จึงขอยอมไม่เกิดผลกระทบต่อนานทั้งในหน้าที่การงานและส่วนตัว คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และคาดว่าผลการวิจัยที่ได้นี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนา งานบริการพยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่านเอง และวิชาชีพพยาบาลต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีที่จะตอบให้เข้าใจและไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตามท่านจะยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านก็ยังมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

เรือเอกหญิง นฤมล ศาสตร์สุข

ผู้วิจัย



เลขที่แบบสัมภาษณ์ ☐ ☐ สถานที่ศึกษา.....

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (รวบรวมจากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติผู้ป่วย)

คำชี้แจง

ให้ผู้สัมภาษณ์เติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติผู้ป่วยลงในช่องว่าง

และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ

1. เลขที่ทั่วไป เลขที่รังสี ☐ หญิง
2. เพศ ชาย ☐ หญิง ☐
3. อายุ (ปี) น้อยกว่า 36 ปี ☐ 36 - 51 ปี ☐ มากกว่า 51 ปี ☐
4. ศาสนา พุทธ ☐ อื่นๆ ☐
5. สถานภาพสมรส โสด ☐ คู่ ☐ หย่า/แยก ☐

6. ระดับการศึกษาสูงสุด
- ☐ ประถมศึกษา ☐ อุดมศึกษา
- ☐ มัธยมศึกษา ☐ อาชีวศึกษา
7. อาชีพ
- ☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ
- ☐ค้าขาย ☐ อยู่บ้านเฉยๆ
- ☐ เกษตรกรรม
8. รายได้ (บาท / เดือน)
- ☐ ต่ำกว่า 2,000 บาท
- ☐ 2,001 - 4,000 บาท
- ☐ มากกว่า 4,000 บาท
9. ภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว
- ☐ ไม่ต้องรับผิดชอบ
- ☐ เป็นหัวหน้าครอบครัว
- ☐ ทำงานบ้าน, เลี้ยงหลาน
10. ภูมิลำเนา
- ☐ กรุงเทพฯ
- ☐ ต่างจังหวัด

11. ที่พักอาศัยระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี

- ☐ บ้านของตนเอง ☐ บ้านญาติ
- ☐ บ้านพักรังสีรักษา ☐ บ้านเช่า

12. ระยะของโรค

- ☐ ระยะที่ 1 ☐ ระยะที่ 2
- ☐ ระยะที่ 3 ☐ ระยะที่ 4
- ☐ ไม่ระบุ

13. การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ (เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ)

- ☐ ไม่เคยได้รับการรักษา
- ☐ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
- ☐ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
- ☐ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด
- ☐ รักษาตามพื้นบ้าน

14. ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด

- ☐ 4,000 cGy. ☐ 6,500 cGy.

15. ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา

- ☐ ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับรังสีรักษา วันที่.....จำนวนรังสี.....cGy.
- ☐ ครั้งที่ 2 ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 วันที่.....จำนวนรังสี.....cGy.
- ☐ ครั้งที่ 3 ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย วันที่.....จำนวนรังสี.....cGy.

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 5 ด้านของผู้ป่วย โดยจะประเมินตั้งแต่ก่อนได้รับรังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย

ข้อความ	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
	ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ				
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการในด้านต่าง ๆ เหล่านี้มากน้อยเพียงใด ?															
หมวดที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs)															
1. การหายใจเข้าและหายใจออก															
2. การรับประทานอาหารไม่ปริมาณที่ร่างกายต้องการ															
3. การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ															
23.การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ เช่น ทำความสะอาดบ้านและเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น															

ข้อความ	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
	ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ				
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
หมวดที่ 2 ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety and Security needs)															
1. การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา															
2. การหาความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องการรักษาปฏิบัติตัวจากแพทย์และพยาบาล															
3. การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล															
20. การได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาให้กับผู้สมรส บุตร หรือบุคคลที่ใกล้ชิดฟัง															

ข้อความ	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
	ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ				
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
หมวดที่ 3 ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ (Love needs and Belonging needs) 1. การมีบุคคลที่ให้ความใกล้ชิดและไว้วางใจ 2. การได้รับความรักและความเชื่ออาทรจากผู้สมรส 3. การได้รับความรักและความเชื่ออาทรจากลูก ๆ															
14. การไม่เป็นการของผู้อื่น															

ข้อความ	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
	ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ					ระดับความพึงพอใจ				
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
หมวดที่ 4 ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ (Esteem needs) 1. การมีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อกระทำในสิ่งต่าง ๆ 2. มีความอิสระในการที่จะคิด / กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 3. การประสบความสำเร็จในสิ่งที่คิดหวัง 7. การพิสูจน์บ่งชี้ปัญหาประโชยชนให้กับสังคมและชุมชน หมวดที่ 5 ความต้องการระดับขั้นในคุณค่าของตนเอง (Needs for self actualization) 1. การรับรู้ในความสามารถของตนเองที่มีอยู่ 2. ความสามารถที่มีอยู่ 10. ความสามารถที่จะอยู่ตามลำพังด้วยตัวเอง "ไม่รู้สึกลำบาก" กับบุคคลอื่นหรือสภาวะใด ๆ															

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

คำชี้แจง ให้ผู้สัมผัสภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีจากการทักตามอาการและการตรวจร่างกายผู้ป่วย และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการของผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาด้วยรังสี	ได้รับรังสีรักษาใน สัปดาห์ที่ 3		ได้รับรังสีรักษาใน สัปดาห์สุดท้าย	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
ภาวะแทรกซ้อนทั่วไป				
1. คลื่นไส้				
2. อาเจียน				
5. เบื่ออาหาร				
การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณศีรษะและคอ				
1. อาการผิวหนังมีสีแดง				
2. ผิวหนังบวมแดง				
7. ปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง				

ภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาด้วยรังสี	ได้รับรังสีรักษาใน สัปดาห์ที่ 3		ได้รับรังสีรักษาใน สัปดาห์สุดท้าย	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและอวัยวะในช่องปาก 1. เยื่อช่องปากเป็นสีแดง 2. เคี้ยวอาหารลำบาก 9. ปวดหู				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา
คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหมายเลขที่ผู้ป่วยบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา
ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยว่าโรคและรังสีรักษาไม่ลบกวนหรือทรมานร่างกาย และการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับใด

