

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

The Relationship between Hope and Quality of Life
in Cancer Patients Receiving Radiotherapy

เพ็ญจันทร์ ชุ่มยอง

Penjun Chunyong

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2537

0

เลขหมู่ RA 645.C3 ๗๗๒.๒๕๓๗ (๑)
Bib Key ๕๙๐๑๒

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับรังสีรักษา

ผู้เขียน นางสาวเพ็ญจันทร์ ชุ่มย่อง

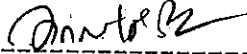
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่


คณะกรรมการที่ปรึกษา


----- ประธานที่ปรึกษา

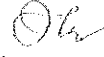
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)

คณะกรรมการสอบ

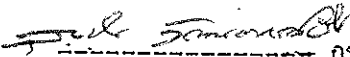

----- ประธานกรรมการ


----- กรรมการ

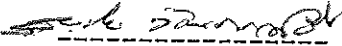
(รองศาสตราจารย์อรรัญญา เขาวลิต)


----- กรรมการ

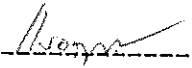
(รองศาสตราจารย์อรรัญญา เขาวลิต)


----- กรรมการ

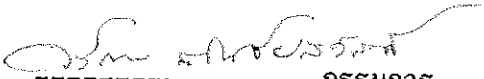
(นายแพทย์สมชาย วัฒนอาภรณ์ชัย)


----- กรรมการ

(นายแพทย์สมชาย วัฒนอาภรณ์ชัย)

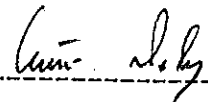

----- กรรมการ

(อาจารย์แสงอรุณ สุขเกษม)


----- กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่



(ดร.ไพรัตน์ สงวนไทร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้เขียน นางสาวเพ็ญจันทร์ จันทอง

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา 2536

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต และ เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 60 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความหวังซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความหวังของ Nowotny (Mary L. Nowotny) และตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.79 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของแสงอรุณ สุขเกษม และหาความเที่ยง โดยวิธีการเช่นเดียวกันกับแบบสัมภาษณ์ความหวัง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ โดยหาค่าร้อยละ ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยโดยวิธีสถิติที่คู่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยวิธีสถิติที และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยที่มีเพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็งต่างก็มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส และระยะของมะเร็งต่างก็มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันและตำแหน่งของมะเร็งต่างก็มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

3. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งยังไม่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาคือ ความหวัง แต่ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษา ความหวังและคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่สำคัญคือ การส่งเสริมความหวังควบคู่ไปกับการป้องกัน และดูแลเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงของรังสีรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษาซึ่งมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น

Thesis Title The Relationship between Hope and Quality of
Life in Cancer Patients receiving Radiotherapy
Author MissPenjun Chunyong
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1993

Abstract

The purpose of this study was to determine the relationship between hope and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy and to compare the differences in hope and quality of life between receiving radiotherapy in the first week and in the fourth week. The sample were 60 cancer patients receiving radiotherapy at the Radiotherapy Unit, Songklanagarind Hospital. The sample was selected by the purposive sampling method according to predetermined criteria. The tools used in the study included a demographic data form, a hope scale developed by Mary L. Nowotny in which the construct validity was approved by 3 specialists and reliability was examined and obtained by means of coefficient alpha, which gave a value of 0.79 ; and quality of life index developed by Sangarun Sukkasem in which the reliability was examined and obtained by means of coefficient alpha, which gave a value of 0.91. Data were analyzed by using SPSS/PC⁺ program for percentage, paired t-test,

Pearson's product moment correlation, t-test, One-way Analysis of Variance. The results were as follows:

1. There was a positively significant correlation between hope and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in the first week, at the .01 level and there were no statistically significant differences in quality of life among the patients with regard to differences of sex, marital status, site of cancer and stage of cancer.

2. There was no statistically significant correlation between hope and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in the fourth week and there were no statistically significant differences in quality of life among the patients with regard to difference of marital status and stage of cancer. However, there were significant differences in quality of life among the patients with regard to difference of sex and site of cancer, at the .05 level. Quality of life is better for women than for men, and quality of life in cervix cancer patients is better than in head and neck cancer patients.

3. The scores of hope in cancer patients receiving radiotherapy in the fourth week were significantly lower than in the first week, at the .001 level.

4. The scores of quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in the fourth week were significantly lower than in the first week, at the .001 level.

This study indicated that an important factor which influences quality of life is hope but hope and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in the fourth week decreased due to the impact of side effects. Thus, nursing interventions for improving the quality of life in cancer patients receiving radiotherapy are promotion of hope together with prevention and management of side effects especially in the fourth week.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ รองศาสตราจารย์ อรุณญา เขาวลิตและนายแพทย์สมชาย วัฒนอาภรณ์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์แสงอรุณ สุขเกษม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบพระคุณแพทย์และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษาทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ จนการวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และอาจารย์ชวนพิศ เอกนทร์ ขอขอบคุณที่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

เพ็ญจันทร์ ชุ่มยอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ	(9)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐาน.....	7
นิยามศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง	10
ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา	20
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	21
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา	33
ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต	36
	(9)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือในการวิจัย	41
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
การอภิปรายผล	62
ข้อจำกัดในการวิจัย	75
5 สรุปและข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปการวิจัย	76
ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก	97
ภาคผนวก ก.	98
ภาคผนวก ข.	100
ภาคผนวก ค.	104
ภาคผนวก ง.	108
ภาคผนวก จ.	114
ประวัติผู้เขียน	115

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา ตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของมะเร็ง และการรับรู้ที่ตนเองเป็นมะเร็ง	47
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษาจำแนกตามรายชื่อ.....	50
3 เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 ..	51
4 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4	52
5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์แรก ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง.....	53
6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง.....	54
7 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์แรกที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน.....	55
8 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน.....	56

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์แรกที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน..... 57
10	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน..... 58
11	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่าง ๆ เป็นรายคู่..... 59
12	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์แรกที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน..... 60
13	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน..... 61

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็ง.....	8
2 ความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและร่างกายต่อการถดถอยของ มะเร็ง.....	37

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิต เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมาต่างมุ่งหวังที่จะให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีในแนวที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และความเครียดต่างๆ อันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บหรือการรักษา ผู้ป่วยก็จะพยายามปรับตัวทั้งด้านร่างกาย และจิตใจเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข พยายามซึ่งมีบทบาทผู้ดูแลสุขภาพจึงมีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล คุณภาพชีวิตจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลในปัจจุบัน (Padilla & Grant, 1985) ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อาจทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป มะเร็งเป็นโรคหนึ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

มะเร็ง เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในปัจจุบันนี้ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2530 มีจำนวน 134,451 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข, 2532) ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 149,843 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข, 2535) นอกจากนี้มะเร็งยังเป็นโรคร้ายแรงที่มีความรุนแรงสูง ต้องรักษาเป็นเวลานานและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและอัตราการตายสูง จากสถิติพบว่าในปี 2533 อัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติ-

สาธารณสุข, 2535)

ปัจจุบันการรักษามะเร็งมีหลายวิธี รังสีรักษาเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่ยอมรับกันมาก มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสี จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ของไทยเพียงแห่งเดียวที่สามารถรักษาผู้ป่วยด้วยรังสีได้ พบว่าในปี พ.ศ. 2534 มีจำนวน 668 คน หรือคิดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีร้อยละ 38.65 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (Prince of Songkla University, Faculty of Medicine, 1991)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งมีจำนวนมากดังกล่าว จะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ทั้งนี้เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการของโรค ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาซึ่งโดยทั่วไปอาการข้างเคียงจะเริ่มเกิดขึ้นภายใน 7 - 10 วัน หลังจากเริ่มรักษาและจะมีอยู่ต่อไปตลอดช่วงการรักษา จนกระทั่งหลังจากรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982) จึงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากขึ้น และจะส่งผลต่อภาวะจิตใจโดยตรง จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพของวรวรรณ (2534) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับรังสีรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย สังคม อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์ในคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในวัยกลางคนด้วย จากผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ก็จะมีผลให้คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของจอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 1980) พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีรักษาซึ่งเป็นช่วงที่เกิดอาการข้างเคียงสูงสุดจากรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีอารมณ์แปรปรวนมากกว่าสัปดาห์แรก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ระหว่างการได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะอยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าช่วงสัปดาห์อื่นๆ (แสงอรุณ, 2533 ; นิตยา, 2534 ; วรวรรณ, 2534 ; บุญจันทร์, สมจิตและทิพาพร,

2534) ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษานั้นเอง

จะเห็นได้ว่า ภาวะของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงของรังสีรักษามีผลให้คุณภาพชีวิตลดลง บทบาทสำคัญของพยาบาลก็คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตนั้นมีหลายประการ เช่น ขวัญและกำลังใจ (Graham & Longman, 1987) การสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง อานาใจในการควบคุมสุขภาพ (Burckhardt, 1985) ความหวังก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Nowotny, 1989) 110/11

110/11 ความหวัง เป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง (Miller & Power, 1988 ; Herth, 1989 ; Mckhann, 1981 cited by Hickey, 1986) ทั้งนี้เพราะความหวังจะทำให้เกิดผลดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ

ด้านร่างกาย ความหวังจะทำให้เกิดการปรับตัวทางด้านสรีรภาพโดยจะกระตุ้นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย 2 ทางคือ กระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีมีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุล มีผลให้จำนวนเซลล์คิดบกตลดลงและกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง (Simon-ton, Matthews - Simonton & Creighton, 1978) ส่วนด้านจิตใจความหวังทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ อดทนต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น เชื่อมมั่นในประสิทธิภาพของการรักษา พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะติดตามผลการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการหายหรือพ้นตัวจากโรคได้เร็วขึ้น (สายพิน,

2532) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตและรับรู้ถึงความมีความสุข ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความหวังเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยความหวังมีอิทธิพลให้ความมีความสุขกลับคืนมาและคงไว้ซึ่งความสุขของผู้ป่วย (Nowotny, 1989) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความหวังจะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้แม้จะมีข้อจำกัดทางร่างกายจากความเจ็บป่วยที่มีอยู่ก็ตาม (Rideout & Montemuro, 1986) นั่นคือรับรู้ถึงความมีความสุขในชีวิต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งมีความ

สัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา (Herth, 1989) การปรับตัว (ทัศนากา, 2531) เป็นต้น ซึ่งจะมีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต

ใหม่ การศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับตัวแปรอื่น เช่น การสนับสนุนทางสังคม (จิตราวลีย์, 2533 ; เนตรนภา, 2534 ; ลัดดาวัลย์, 2532) ความสามารถในการดูแลตนเอง (นิตยา, 2534 ; วรวรรณ, 2534) และพบว่า ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และในขณะเดียวกันก็มีการศึกษาพบว่า ตัวแปรดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับความหวังอีกด้วย เช่น การศึกษาของนิตยา (2531) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองและการศึกษาของฟุตและคณะ (Foote et al., 1990 cited by Holdcraft & Williamson, 1991) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวัง ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตโดยตรง มีเพียงการศึกษาของกฤษดา (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และผลการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา รวมทั้งผลของรังสีรักษาที่อาจมีผลกระทบต่อความหวัง และคุณภาพชีวิต โดยเปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ซึ่งเป็นช่วงที่ยังไม่เกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษากับช่วงสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดอาการข้างเคียงสูงสุดจากรังสีรักษา ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง บรรารณาที่จะมีชีวิตอยู่ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล

๑๘

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 ของการได้รับรังสีรักษา

คำถามการวิจัย

1. ความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกมีความสัมพันธ์กันหรือไม่
2. ความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่
3. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่างกว่าช่วงสัปดาห์แรกหรือไม่
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่างกว่าช่วงสัปดาห์แรกหรือไม่

กรอบแนวคิด

การที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งช่วยให้สภาวะด้านร่างกายดีขึ้น และจะมีผลดีต่อสภาวะจิตใจ ประกอบกับการส่งเสริมด้านจิตใจโดยตรง เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น อันจะนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป กรอบแนวคิดของการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจ และร่างกายต่อการ

ถดถอยของมะเร็ง (A Mind/Body Model of Cancer Recovery) ของ
 ไชมอนตันและคณะ ซึ่งกล่าวว่าความเจ็บป่วยไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดปัญหาด้าน
 ร่างกายเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งคน กล่าวคือจะก่อให้เกิดปัญหาด้าน
 จิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย ดังนั้นการให้การรักษาด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียวก็
 ไม่ประสบผลสำเร็จ และมีความเชื่อว่าอารมณ์ และสภาวะจิตใจมีบทบาทสำคัญที่ท
 ำให้ร่างกายหาย หรือฟื้นจากโรคโดยเฉพะความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง (Simonton
 et al., 1978) กล่าวคือความหวังเป็นสภาวะจิตใจที่ระบบลิมบิกในสมองสามารถ
 รับรู้ได้ และจะส่งสัญญาณการรับรู้ไปยังไฮโปทาลามัส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
 ทางสรีรภาพโดยผ่านกลไก 2 ทาง คือกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีมีการผลิตฮอร์โมนที่
 สมดุล มีผลให้จำนวนเซลล์ผิดปกติลดลง และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้
 มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง
 (Simonton et al., 1978) ประกอบกับความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการเผชิญกับ
 ภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Obayuwana & carter, 1982 cited by
 Nowotny, 1989) เนื่องจากความหวังทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความรู้สึกว่สิ่ง
 ที่ถูกคามตนั้นไม่ใช่งสิ่งี่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระตือ
 รือร้อนที่จะรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ซึ่งช่วยส่งเสริมให้
 ภาวะของโรคดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และรับรู้ถึงความผาสุก ในขณะที่
 เดียวกันเมื่การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวังจะมีการเผชิญภาวะเครียดที่มี
 ประสิทธิภาพ (Herth, 1989) ; ละเอียด, 2535) มีการปรับตัวที่เหมาะสม
 (ทัศน, 2531 ; สายสม, 2534) สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ท่ามกลางความเจ็บ
 ป่วยด้วยโรคมะเร็ง และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (กฤษดา, 2531) อัน
 จะนำไปสู่การรับรู้ถึงความผาสุก ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาจะก่อให้เกิด
 เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจที่จะนำไปสู่การรับรู้ถึงความผาสุก
 ความหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในขณะที่
 คุณภาพชีวิตก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความหวังโดยเฉพะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

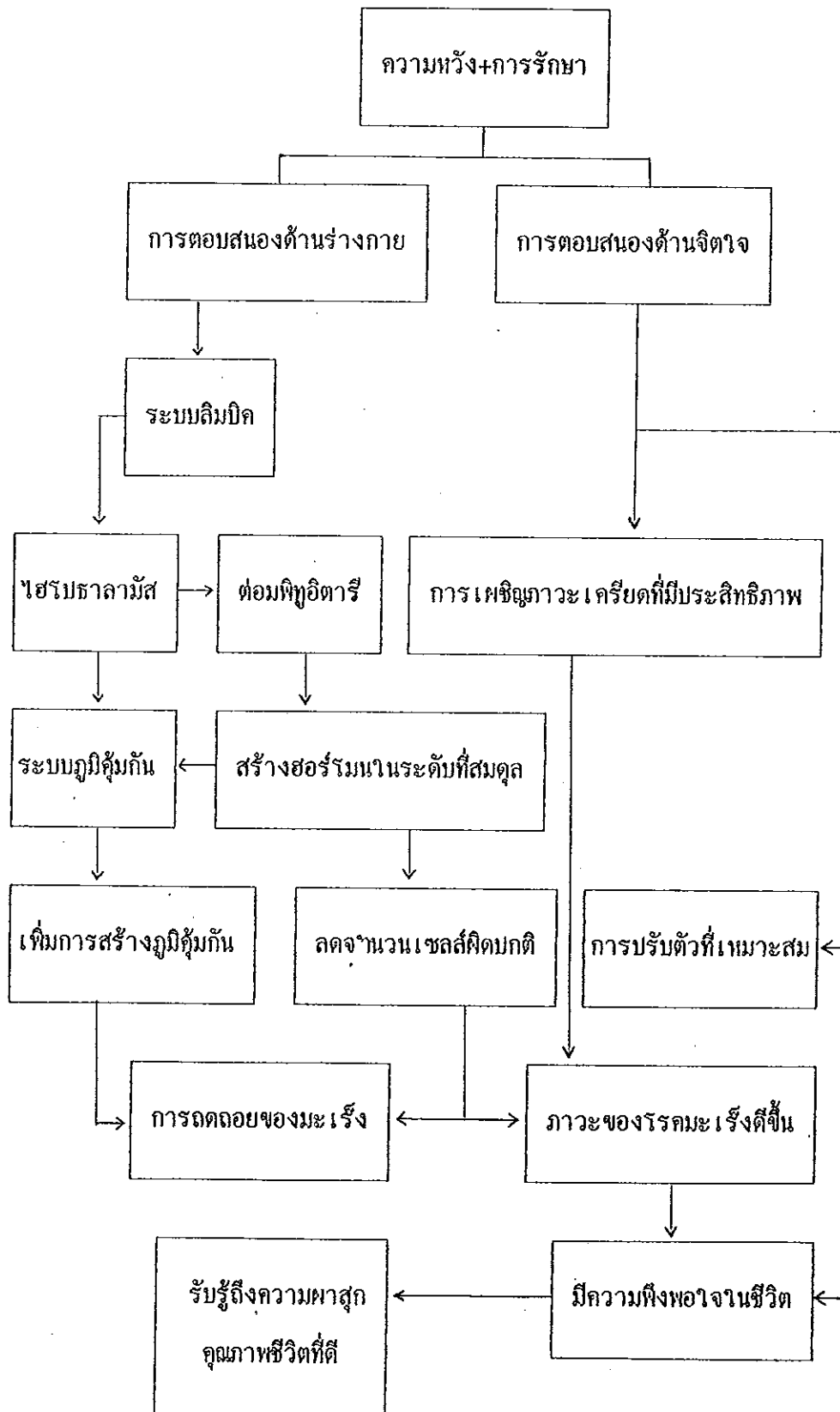
กล่าวคือ เมื่อมีสภาวะด้านร่างกายดีขึ้น บุคคลจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมความเป็นอยู่ของเขาได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีความหวัง เกิดขึ้น และการมีความหวัง เกิดขึ้นนี้ก็จะเป็นไปสู่การมีสภาวะด้านร่างกายหรือคุณภาพชีวิตดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมีลักษณะ เป็นวงจร เช่นนี้ (Simonton et al., 1978) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผาสุกด้านจิตใจมีแนวโน้มที่จะมีความหวังสูง (Carson et al., 1990) ในที่นี้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และทำให้เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น จึงสรุปแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตได้ดังภาพประกอบ 1

✓ สมมติฐาน

1. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก
2. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4
3. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่างจากช่วงสัปดาห์แรก
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่างจากช่วงสัปดาห์แรก

นิยามศัพท์

1. ความหวังหมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ป่วยในปัจจุบันที่แสดงถึงความปรารถนาที่จะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนต้องการหรือให้เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งวัดได้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความหวัง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความหวังของรโนวอนี่



ภาพประกอบ 1 แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

(Nowotny, 1989) ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อมั่น การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น
ความเป็นไปได้ในอนาคต ความเชื่อทางจิตวิญญาณ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและ
ความพร้อมในตนเอง

2. คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยในสถานการณืที่เป็นอยู่ ซึ่ง
วัดได้ด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่แสงอรุณ (2533) คัดแปลงมา
จากตรรชณืคุณภาพชีวิตของพาคิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985)
และสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งประกอบด้วยความผาสุก
ด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ การควบคุมอาการ และการมีปฏิสัมพันธ์ทาง
สังคม

✓ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ
รังสีรักษา
2. ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ
รังสีรักษา
3. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับความหวังและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ
และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความหวังและ/หรือ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดขอบเขตที่จะศึกษาไว้ตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนาตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ (Scanlon, 1989) เพราะความหวังเป็นพื้นฐานของความรู้และความรู้สึกที่ว่าตนเองจะมีหนทางหลุดพ้นจากความลำบากได้ ความหวังจึงทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าปลอดภัย เพราะรู้ว่ามีหนทางในการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยนั้นบางครั้งแม้จะดูเหมือนว่าจะต้องใช้เวลาอันยาวนานกว่าในการที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ แต่บุคคลที่มีความหวังจะรู้สึกว่าเป็นไปได้ ความหวังทำให้มีกำลังใจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นแรงจูงใจก่อให้เกิดพฤติกรรมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแนวทางที่หวังเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น (Lynch, 1965 cited by Roberts, 1976)

1. ความหมายและองค์ประกอบของความหวัง

ความหวัง เป็นคำที่อธิบายให้ชัดเจนได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเรื่องของ อารมณ์และความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคลที่อยู่ลึก ๆ เป็นความเชื่อ ความศรัทธาว่ามีหนทางทำให้ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตได้รับการตอบสนอง (อุบล, 2531) อย่างไรก็ตาม ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความหวังไว้ดังต่อไปนี้

สตอทแลนด์ (Stotland, 1969 cited by McGee, 1984) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความหวังไว้ว่า ความหวังเป็นความคาดหมายที่เป็นไปได้ตามเป้าหมายซึ่งหมายถึงมีโอกาสของความเป็นไปได้นั้นเอง และระดับของความหวังนั้นสามารถวัดได้จากสัดส่วนของการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไปได้กับการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมายนั้น เป้าหมายใดที่มีความสำคัญมากแต่การรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อย จะทำให้ระดับความหวังต่ำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลด้านลบ เช่น มีความวิตกกังวล หรือความคับข้องใจเกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไป得多 จะทำให้ระดับความหวังสูงซึ่งจะก่อให้เกิดการกระทำมากขึ้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายนั้น และจะนำไปสู่การตอบสนองด้านบวก นั่นคือ มีความพึงพอใจ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความหวังดังกล่าว ทำให้เห็นถึงองค์ประกอบของความหวังว่าประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไปได้ของเป้าหมาย และการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมาย ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของแลนจ์ (Lange in Carlson & Blackwell, 1978) ที่มีความเห็นว่าความหวังเป็นเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคลโดยกล่าวว่าความหวัง เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่ซับซ้อน เป็นการผสมผสานของความรู้สึกและความคิดซึ่งเป็นการเชื่อว่ามีหนทางในการแก้ปัญหาและความต้องการจะได้รับการตอบสนอง ความหวังจึงมีองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ อารมณ์และความรู้ ความเข้าใจ

อารมณ์ (Affective Component) ซึ่งประกอบด้วย ความศรัทธา ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในตัวเอง และโชคชะตา องค์ประกอบเหล่านี้จะมีลักษณะอย่างไรขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล มีบทบาทสำคัญในการ

กระตุ้น ชี้นำ หนุนเนื่อง และสนับสนุนให้บุคคลมีความหวังหรือสิ้นหวังในระดับที่ต่างกัน

ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive function) เป็นกระบวนการที่เหตุผลด้วยปัญญาที่แต่ละคนมีอยู่นั้น จะทำหน้าที่พิจารณาไตร่ตรอง ประเมินสภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมด นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานและควบคุมส่วนของอารมณ์ ส่วนนี้ับได้ว่า เป็นส่วนสำคัญที่สุดที่จะทำให้นักบุคคลมีความหวังหรือสิ้นหวัง

ดูฟอลท์และมาทอคคิโอ (Dufaulf & Martocchio, 1985) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความหวัง ที่สอดคล้องกับแนวคิดของแลนจ์ (Lange in Carlson, 1978) ที่ว่าความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกของบุคคล และได้เสนอเพิ่มเติมบางส่วน ซึ่งเขาสรุปมาจากการศึกษาความหวังของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 35 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 47 คน เขาเชื่อว่าความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลวัตและมีหลายมิติ (multidimensional dynamic life force) มีลักษณะเป็นความเชื่อมั่นแม้ยังคงไม่แน่ใจในความคาดหวังต่อความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความหวังเป็นความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ซับซ้อนซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา ความหวังมีลักษณะเป็นกระบวนการซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือความหวังโดยทั่วไป (generalized hope) และความหวังเฉพาะ (particularized hope)

ความหวังทั่วไป เป็นความรู้สึกถึงผลดีในอนาคต ช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อบุคคลต้องประสบกับความผิดหวังในความหวังเฉพาะ และช่วยให้ชีวิตของบุคคลมีความหมายทั้งในปัจจุบันและอนาคต ความหวังทั่วไปเป็นความหวังอย่างกว้าง ๆ เช่น หวังที่จะได้รับความสุขสบายในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ความหวังเฉพาะ เป็นความหวังที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล เป็นความปรารถนาที่จะให้ได้มาซึ่งสิ่งนั้น เช่น หวังจะเป็นที่รักของผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งความหวังนี้จะ เป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมและการเผชิญอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ความหวังทั้ง 2 ส่วนนี้ ประกอบด้วย 6 มิติคือ

1. มิติด้านจิตใจ (Affection dimension) เป็นกระบวนการของความหวังที่เกิดจากอารมณ์ และความรู้สึก
2. มิติด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive dimension) เป็นความหวังที่เกิดจากการรับรู้ ความคิด และการตัดสินใจ ในมิตินี้ความหวังจะอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตัวได้แก่ ข้อจำกัดของตนเอง แหล่งสนับสนุนที่ช่วยย้าให้บรรลุในสิ่งที่หวัง การใช้สติปัญญาจะช่วยให้บุคคลหวังในสิ่งที่ เป็นไปได้จริง และละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่าเป็นไปไม่ได้
3. มิติด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension) เป็นการแสดงออกของบุคคลเพื่อทำให้ได้มาซึ่งสิ่งที่หวัง การแสดงออกอาจเป็นผลมาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือมากกว่า ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมและความเชื่อ
4. มิติด้านความผูกพัน (Affiliative dimension) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความหวัง
5. มิติด้านเวลา (Temporal dimension) ความหวังสัมพันธ์กับเวลาทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ความหวังเป็นเรื่องเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบัน
6. มิติด้านสิ่งแวดล้อม (Contextual dimension) สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์รอบตัวบุคคล จะมีอิทธิพลและเป็นส่วนหนึ่งของความหวัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสูญเสีย

ส่วนรอร์ลิน (Rawlins in Beck et al., 1984) ได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นสภาวะทางจิตใจ ซึ่งมีลักษณะที่เป็นความปรารถนาที่จะไปสู่จุดมุ่งหมาย หรือได้รับผลสำเร็จตามเป้าหมาย และคาดว่าสามารถบรรลุตามความปรารถนานั้นได้ ความหวังจึงเป็นความรู้สึกว่าเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า ถ้าเขาได้มาซึ่งสิ่งที่เขาปรารถนาชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนบุคคลที่ขาดความหวังจะมองไม่เห็นหนทางว่าชีวิตจะเปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้น

อย่างไร ไม่เห็นแนวทางการแก้ปัญหา หรือหนทางที่จะออกจากความลำบาก

ความหวังตามแนวคิดของรอร์ลินสามารถแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะคือ

(Rawlins in Beck et al., 1984)

1. ความหวังเป็นการมุ่งอนาคต บุคคลที่มีความหวังจะมีความต้องการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิตตนเอง และจะค้นหาความพึงพอใจเล็ก ๆ น้อย ๆ ในชีวิตปัจจุบัน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างอนาคต เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวัง จะหันมาสนใจในการดูแลตนเองแทนที่จะหมกมุ่นอยู่กับความจริงที่ว่ามะเร็ง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

2. ความหวังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น บุคคลจะมีความคาดหวังในการที่จะได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในเวลาที่ปัจเจกภายในตัวบุคคลมีไม่เพียงพอ หรือลดลง เช่น บุคคลที่เจ็บป่วยจะหวังในความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

3. ความหวังมีความสัมพันธ์กับทางเลือก บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนเองมีทางเลือกซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองในการที่จะควบคุมชีวิตของตนเอง

4. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความปรารถนา แต่ต่างกันตรงที่บุคคลที่มีความหวังจะรู้สึกถึงโอกาสที่เป็นไปได้มากกว่า จึงทำให้บุคคลมีการวางแผนที่เป็นรูปธรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

5. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอดสาหัส บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า บุคคลอื่นมีความสามารถและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีความทุกข์ และบุคคลนั้นจะมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหา และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ย่างยากได้

6. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความกล้า บุคคลที่มีความหวังยังคงยืนกรานต่อเป้าหมายตนเองแม้ว่าจะมีความไม่แน่นอนว่าจะไปถึงเป้าหมายหรือไม่

เนื่องจากแนวคิดนี้ เชื่อว่าความหวัง เป็นสภาวะจิตใจ องค์ประกอบของความหวังจึงสัมพันธ์กับสภาวะจิตใจซึ่งมีลักษณะที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ เช่น ความเชื่อ ความปรารถนา ความไว้วางใจ ความอดสาหัส

และความกล้า ฯลฯ

นอกจากความหวังจะมีลักษณะต่าง ๆ ตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้ว แลงจ์ (Lange in Carlson & Blackwell, 1978) รอร์ลิน (Rawlins in Beck et al., 1984) และดูฟอลท์และมาทอคคิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ยังมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ความหวังมีลักษณะของความต่อเนื่องกัน ระหว่างความหวังและความสิ้นหวังซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา กล่าวคือความรู้สึกของบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากระดับที่มีความหวังสูงไปสู่ความหวังในระดับต่ำลง จนกระทั่งสิ้นหวังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น พื้นฐานบุคลิกภาพ การรับรู้สถานการณ์และอิทธิพลจากบุคคลอื่น ๆ ฯลฯ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

บราวน์ (Brown, 1989) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลไว้ว่าประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ ความคุมและเลือกในสถานการณ์ต่าง ๆ ความสมหวังในอดีต ความไว้วางใจ ความศรัทธา กำลังใจ ความตั้งใจ ความรู้สึกเป็นที่ต้องการ การประสบความสำเร็จในบางสิ่งบางอย่าง ความเชื่อทางศาสนา และปรัชญา

2. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ ความเป็นอยู่ของบุคคลในลักษณะทัศนคติและการกระทำของบุคคลในสังคมที่มีส่วนในการสนับสนุน และมีส่วนช่วยทำให้เกิดมาซึ่งความหวังของบุคคล

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความพึงพอใจในสิ่งที่สวยงาม และ/หรือการดูแลเอาใจใส่ที่ดี

อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นในเหตุการณ์เดียวกันอาจทำให้ระดับความหวังของบุคคลแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐานของบุคลิกภาพ การรับรู้และการแปลความหมายของแต่ละบุคคลว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งดีหรือสิ่งร้ายสำหรับตนเอง (สายพิน, 2532)

บุคลิกภาพที่ต่างกันของบุคคล เป็นตัวก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และศรัทธา

ต่อบุคคลและสิ่งอื่นในระดับที่ไม่เท่ากัน การพิจารณาไตร่ตรองและประเมินสภาพ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดโดยใช้กระบวนการสติปัญญาที่จะแตกต่างกัน (จารุวรรณ, 2531) ระดับความหวังจึงแตกต่างกัน ดังนั้นในการประเมินระดับความหวังจึงต้อง คำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความหวังควบคู่กันไปด้วย

เฮิร์ธ (Herth, 1989) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความหวัง ของบุคคลซึ่งปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal) เช่น อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ฯลฯ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental) เช่น ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระบบการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว ฯลฯ และปัจจัยที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (illness-related) เช่น ชนิดของโรค ระยะของโรค ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ฯลฯ แต่จาก งานวิจัยที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความหวัง พบว่า ปัจจัย เหล่านี้มีทั้งที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับความหวัง เช่น การศึกษาของสโตนเนอร์ (Stoner, 1982 cited by Herth, 1989) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาอย่างเพียงพอ มีการยึดมั่นในศาสนา และสภาวะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ จะมีความหวังในระดับสูงกว่า และผู้ป่วยมะเร็งที่มีระยะของโรคแตกต่างกันจะมีความหวังไม่แตกต่างกัน (Stoner & Keampfer, 1985) การศึกษาของเฮิร์ธ (Herth, 1989) ซึ่งศึกษาความหวัง ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า การยึดมั่นในศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง และ การศึกษาของเฮิร์ธ (Herth, 1990) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคแตกต่างกัน จะมีความหวังแตกต่างกันและผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์จะมีความหวังต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ แต่ผู้ป่วยที่มีเพศ เชื้อชาติ รายได้ ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความหวังไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของทัศน (2531) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจและระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันมีความหวัง ไม่แตกต่างกัน

3. การประเมินความหวัง

เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับความหวังมีหลายแนวคิด แบบวัดที่ใช้ในการประเมินความหวังจึงมีมากมายซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดพื้นฐานแตกต่างกันไป เช่น แบบวัดความหมดหวังของเบคและคณะ (Beck et al., 1974) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อประเมินความหมดหวังและความหวังในทางตรงกันข้าม แบบวัดความหวังของสโตนเนอร์ (Stoner in Frank - Stromborg, 1988) ซึ่งประเมินความหวังเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมาย และการรับรู้ถึงความเป็นไปได้ของเป้าหมาย แบบวัดความหวังของมิลเลอร์และเพาเวอร์ส (Miller & Powers, 1988) ซึ่งประเมินความหวัง 3 ด้าน แบบวัดความหวังของโนวอทนี (Nowotny, 1989) ซึ่งประเมินความหวัง 6 ด้าน เป็นต้น และแบบวัดเหล่านี้จะมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความหวังของโนวอทนี (Nowotny, 1989) ไปดัดแปลงเพื่อใช้ในการประเมินความหวังของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องจากมีความเห็นว่าแบบวัดนี้สามารถวัดความหวังได้ครอบคลุมและน่าเชื่อถือ เพราะสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดหลายแนวคิดและมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach coefficient alpha เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง

โนวอทนี (Nowotny, 1989) ได้สร้างแบบวัดความหวังโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับความหวังที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ไว้ดังนี้

1. ความหวังเป็นเรื่องเกี่ยวกับอนาคต เป็นจินตนาการของบุคคลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นหนทางที่จะหลุดพ้นจากความยากลำบาก หรือหาหนทางชีวิตที่กว้างขึ้น เช่น เชื่อว่าอนาคตจะต้องดีกว่าปัจจุบัน เชื่อมั่นว่าการรักษาจะช่วยให้อาการของเขาดีขึ้น เขาสามารถเอาชนะความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ เป็นต้น
2. ความหวังประกอบด้วยการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของบุคคลซึ่งการมีส่วนร่วมนี้อาจจะหมายถึงการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การเริ่มต้นในการวางแผนงานและการลงมือกระทำในสิ่งต่างๆ บุคคลที่มีความหวังมักจะลงมือทำสิ่งต่างๆ มากกว่าที่จะคอยให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นเอง

3. ความหวังเกิดขึ้นมาจากภายในตัวบุคคล และสัมพันธ์กับความไว้วางใจ เป็นความพร้อมภายในตัวบุคคลที่สามารถใช้ได้เมื่อต้องการ บุคคลที่มีความหวังจะมีความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะกระทำในสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเองให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ เช่น ตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยตัวเอง

4. ความหวังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ซึ่งความเป็นไปได้นี้ทำให้ความหวังต่างจากความปรารถนาหรือความต้องการกล่าวคือ บุคคลที่มีความหวังจะรู้สึกถึงโอกาสที่จะเป็นไปได้มากกว่า จึงทำให้บุคคลมีการวางแผนที่เป็นรูปธรรม เพื่อที่จะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

5. ความหวังสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งหมายถึง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าบุคคลอื่น ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสามารถช่วยเหลือเขาได้เมื่อเขาต้องการ

6. ผลของความหวังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคล สแตนเลย์ได้กล่าวถึงความหวังไว้ว่าเป็นเสมือนผล (outcome) ที่สำคัญในอนาคต (Stanley, 1978 cited by Nowotny, 1989) ซึ่งผลอันนี้เป็นสิ่งที่มีความหมายและสัมพันธ์กับบุคคลเมื่อไรก็ตามถ้าหากผลของความหวังไม่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะเฉื่อยชาและละเลยต่อการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ผลของความหวังจะออกมาในรูปแบบของการตั้งเป้าหมายใหม่ ๆ และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาใหม่ ๆ หรือความรู้สึกปลอดภัยหรือสุขสบาย

จากแนวคิดดังกล่าวเขาได้นำไปสร้างเป็นแบบวัดความหวัง ในตอนแรกแบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 47 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้านตามองค์ประกอบของความหวังคือ ด้านที่เป็นการมุ่งอนาคต ด้านที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ด้านที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในตนเองของบุคคล ด้านที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ ด้านที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและด้านที่สัมพันธ์กับผลที่มีความหมาย ประเมินค่าเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ต่อมาเขาได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการประเมินความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยที่มีสุขภาพ

ดี จำนวน 306 คน เพื่อพัฒนาแบบวัดของเขา ผลการศึกษาพบว่าค่าความเชื่อมั่น Cronbach Coefficient alpha เท่ากับ 0.90 และข้อคำถามในแบบวัดบางข้อไม่เหมาะสมจึงได้ตัดออกไป สุดท้ายแบบวัดนี้ยังคงเหลือเพียง 29 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน แต่บางด้านได้เรียกชื่อต่างออกไปจากเดิม ได้แก่

1. ด้านที่เกี่ยวกับความเชื่อมั่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะเผชิญกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการปรับตัว การตัดสินใจ และการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
2. ด้านที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับคนอื่น ความคาดหวังและความเชื่อมั่นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่น
3. ด้านที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับการคาดการณ์อนาคตในเรื่องอะไรก็ตามที่ยังไม่เกิดขึ้น และเชื่อมั่นในผลความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นนั้น
4. ด้านที่เกี่ยวกับความเชื่อทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความศรัทธา และการพึ่งพาทางศาสนา เพื่อให้ตนเองมีกำลังใจ
5. ด้านที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย เริ่มต้นการวางแผนและการลงมือกระทำในสิ่งต่าง ๆ
6. ด้านที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความพร้อม ที่จะกระทำในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเองให้สำเร็จตามที่ได้คาดหวังไว้

ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากโรค และการรักษา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อโรคและการรักษา ไม่แน่ใจในอนาคตว่าจะรักษาให้หายจากความเจ็บป่วยได้หรือไม่ (Christman, 1990) ซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ความหวังของผู้ป่วยลดลงจนกระทั่งสิ้นหวังได้

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าความหวังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลที่ร่าเริงเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ เพราะความหวังทำให้บุคคลมีความอดทนต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ และยังเป็นแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแนวที่หวังอีกด้วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง อาจกล่าวได้ว่า ความหวังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย (Miller & Power, 1988 ; Herth, 1989 ; Mckhann, 1981 cited by Hickey, 1986) ทั้งนี้เพราะความหวังก่อให้เกิดการปรับตัวทั้งทางด้านสรีรภาพ และจิตใจ กล่าวคือ ความหวังเป็นสภาวะทางจิตใจที่ระบบลิมบิกในสมองสามารถรับรู้ได้และจะส่งสัญญาณการรับรู้ไปยังไฮโปทาลามัส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรภาพโดยผ่านกลไก 2 ทางคือ กระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีมีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุลมีผลให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดลดลง และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง (Simonton et al., 1978)

นอกจากความหวังจะก่อให้เกิดการปรับตัวด้านสรีรภาพดังกล่าวแล้ว ความหวังยังทำให้บุคคลอดทนต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วยเพราะผู้ป่วยที่มีความหวังจะเชื่อว่า เขาจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนาซึ่งจะทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Rawlins in Beck et al., 1984) เช่น เชื่อว่าแพทย์ตัดสินใจให้ยาที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการรักษาโรคของเขา การรักษาสามารถควบคุมโรคได้ เป็นต้น ความรู้สึกเช่นนี้จะ เป็นแหล่งพลังช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณ

ความเขามาไม่ช้าสิ่งพื้นฐานแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ (สายพิณ, 2532) ผู้ป่วยที่มีความหวัง จึงมีพฤติกรรมที่กระตือรือร้น เกิดแรงจูงใจที่จะติดตามผลการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยายามอย่างสม่ำเสมอ มีความกล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการฟื้นตัวเร็ว ภาวะของโรคดีขึ้นในทางตรงกันข้าม ถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง ก็จะมีผลเสียกับผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ความรู้สึกสิ้นหวังนี้เป็นสภาวะทางจิตใจที่ระบบลิมบิกในสมองสามารถรับรู้ได้ และจะส่งสัญญาณการรับรู้ไปยังไฮโปทาลามัสจะมีผลกระทบต่อการทำงานของต่อมพิทูอิทารี ทำให้การผลิตฮอร์โมนในร่างกายเสียสมดุล ในขณะที่เดียวกันก็ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันถูกกด ผลที่ตามมาคือ ร่างกายไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้โรคมะเร็งลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นอีก (Simonton et al., 1978)

นอกจากนี้ ความรู้สึกสิ้นหวังจะส่งผลให้สภาวะจิตใจ อารมณ์ให้เปลี่ยนแปลงไปจากปกติซึ่งอาจจะแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไร้คุณค่า แยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกโดดเดี่ยวและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Carpenito, 1989) ภาวะเช่นนี้จะทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเสียไป ความสามารถในการปรับตัวลดลง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือให้มีขวัญและกำลังใจที่ดี หรือมีความหวังแล้ว ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาวะที่ต้องทนทุกข์ทรมานอย่างมากจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (สายพิณ, 2532)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้เข้ามาสู่ความสนใจของสังคม เมื่อองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ (health) ว่าสุขภาพไม่ใช่ว่าเพียงแต่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่จะหมายถึงความถึงความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอีกด้วย (Kleinpell, 1991) ต่อมาบุคลากรในทีมสุขภาพ ก็ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนปัจจุบัน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึง เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการให้บริการทางสุขภาพ

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

แม้ว่าได้มีการอ้างถึงคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพอยู่เสมอ แต่ความหมายของคุณภาพชีวิต ยังคงยากที่จะอธิบาย มีคำหลายคำที่ใช้ในความหมายเดียวกันกับคำว่าคุณภาพชีวิตเช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว คุณค่าของชีวิต ชีวิตที่มีความหมาย และภาวะหน้าที่ของบุคคล (Dean in Frank-Stromborg, 1988) ได้มีนักวิชาการ และนักวิจัยหลายท่านได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ เช่น

ยังและลองแมน (Young & Longman, 1983) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับของความพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งรับรู้โดยบุคคลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของบุคฮาร์ท (Burckhardt, 1985) ที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับคะแนนรวมของความพึงพอใจในชีวิตด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความผาสุกในด้านร่างกายและวัตถุ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและชุมชน การพัฒนาตนเองให้บรรลุตามความประสงค์ และสันติภาพการ ซึ่งรับรู้โดยบุคคลแต่ละคน แต่พาดิลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1983) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างออกไปว่าคุณภาพชีวิตเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายทัศนคติส่วนบุคคลหรือสภาวะอารมณ์ ความผาสุก และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมาร์ท และเยตส์ (Smart & Yates, 1987) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการอธิบายลักษณะปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกาย อาการของโรค และ / หรืออาการจากผลการรักษา อาชีพ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งลักษณะทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ และการประเมินเกี่ยวกับความผาสุก อาจสรุปได้ว่า มีผู้นิยามให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกันกับความผาสุก (well-being) ซึ่งอาจจะประเมินจากระดับความพึงพอใจ ความสุข ฯลฯ เป็นผลให้เกณฑ์การประเมิน และองค์ประกอบที่ใช้เป็นแนวทางการประเมินแตกต่างกันออกไป

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้สำรวจโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันเกือบ 3,000 คน เพื่อหาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีบ้าน มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มีความมั่นคงปลอดภัยเกี่ยวกับการเงิน มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อุบัติเหตุต่าง ๆ

2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการมีโอกาสมีบุตร และการที่ได้แสดงบทบาทบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร

3. การมีกิจกรรมในสังคม และชุมชน เช่น การได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น และประเทศชาติ

4. การพัฒนาตนเอง และบรรลุผลสำเร็จ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา มีการเรียนรู้ มีการเข้าใจที่ดีขึ้น การเข้าใจตนเอง การรู้จักตนเอง และข้อจำกัดของตนเอง การมีงานทำที่น่าพอใจ และได้รับผลตอบแทนที่ดี รวมทั้งการแสดงความรู้สึกลงทางสร้างสรรค์

5. สันทนาการ เช่น การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น การอ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสันทนาการนั้นๆ

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตดังกล่าว สรุปรมาจากบุคคลปกติซึ่งไม่มีความเจ็บป่วย แต่สำหรับผู้ป่วยองค์ประกอบเหล่านี้จะมีความแตกต่างกันไปบ้างในบางส่วน ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วย มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้โรคแต่ละโรคย่อมทำให้เกิดอาการ และต้องการการการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นองค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม จึงมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน เช่น

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1975 cited by Young & Longman,

1983) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ด้านสุขภาพ ความหวังและความล้มเหลวเกี่ยวกับการรักษา
2. ด้านการทําน้ำที่ของร่างกาย ความสามารถและคุณภาพในการทำงาน
3. ด้านความสบายไม่มีความเจ็บปวดและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม
4. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วย การยอมรับตนเอง ความสนใจเกี่ยวกับอนาคต และการปรับตัวทางสังคม
5. ด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และความสามารถในการหาเงินเลี้ยงชีพ

พาดิลลา และคณะ (Padilla et al., 1983) ได้ทำให้นักคิดที่คล้ายกับแนวคิดของแพทเทอร์สัน นั่นคือ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตจะครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกล่าวว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการทําน้ำที่ของบุคคล ซึ่งหมายถึงความสามารถในการทําน้ำที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการทำกิจกรรมสังคม

2. ทัศนคติส่วนบุคคลหรือสภาวะอารมณ์ เป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับตนเอง ชีวิตความเป็นอยู่ทั้งปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ

3. ความผาสุก เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการของโรคและอาการที่เกิดจากการรักษา

4. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว และทีมสุขภาพ

จากแนวคิดนี้ เขาได้นำไปสร้างเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และเคมีบำบัด ได้ศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มใหม่ว่า ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านร่างกาย และการควบคุมอาการ (Padilla et al., 1983)

ต่อมา พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ศึกษาและวิเคราะห์

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการโคลอสโตมีย์ (Colostomy) พบว่าประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านร่างกาย ภาวลักษณ์ การวินิจฉัยและการรักษาทางศัลยกรรม การวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะเห็นได้ว่า มีองค์ประกอบบางด้านเพิ่มขึ้นจากเดิม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาได้รับการรักษาแตกต่างกัน ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจึงแตกต่าง เป็นผลให้องค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในประเทศไทยพบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านดังกล่าว ไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างอิสระ จึงสรุปองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน คือ ความผาสุก การควบคุมอาการและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ต่อมา พาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้คำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากการศึกษาที่ผ่านมามีการซ้ำซ้อนซึ่งสามารถสรุปรวมอยู่ในด้านเดียวกันได้ เช่น ด้านการวินิจฉัย และการรักษาทางศัลยกรรม การวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการรวมอยู่ในความผาสุกด้านร่างกาย และด้านภาวลักษณ์รวมอยู่ในความผาสุกด้านจิตใจ เป็นต้น จึงได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกาย โดยทั่วไป โรคและการรักษาเฉพาะ
2. ความผาสุกด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกและการรับรู้ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความหมายของความเจ็บปวดและมะเร็ง และการประสบความสำเร็จ
3. ความผาสุกด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม บทบาทและหน้าที่ทางสังคม

นอกจากนี้ ยังมีการเสนอแนวคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ อีก แม้จะแบ่งออกเป็นด้านที่แตกต่างกันไป แต่ยังคงอยู่ในขอบเขตของคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เช่น

แมคคาร์ทนี และลาร์สัน (McCartney & Larson, 1987) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. สภาวะด้านร่างกาย ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง การรู้จัก ความจำ เพศสัมพันธ์ การมีบุตร และอาการของมะเร็งโดยเฉพาะอาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน
2. สภาวะด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกถึงความผาสุก ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล
3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งหมายถึง สัมพันธภาพและการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคล ได้แก่ คู่รัก สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน
4. สภาวะเศรษฐกิจ

ซิมมอนส์ และแอบเบรส (Simmons & Abress, 1990) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเพื่อใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย ประกอบด้วย การรับรู้ตนเองว่า สุขภาพดี หรือเจ็บป่วย การประเมินตนเองเกี่ยวกับความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจในสุขภาพ และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล
2. ความผาสุกด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความภาคภูมิใจในตนเอง ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต
3. ความผาสุกด้านสังคม ประกอบด้วย ความสามารถในการกลับมาทำงานเช่นเดิม การปรับตัวในเรื่องเพศ การปรับตัวในชีวิตสมรส และครอบครัว

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และวิธีการศึกษา แต่โดยทั่วไปองค์ประกอบที่เข้าเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต จะครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งมีทั้งปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Burckhardt, 1985) เช่น ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ความวิตกกังวล ความภาคภูมิใจในตนเอง ขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม การพึ่งพาสังคม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เป็นต้น และได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ไว้มากมาย ดังเช่น

บุคฮาร์ด (Burckhardt, 1985) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ จำนวน 94 ราย พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และการมีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระดับต่ำ มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต นั่นคือการรับรู้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น

เกรแฮมและลองแมน (Graham & Longman, 1987) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมลาโนมา (Melanoma) จำนวน 60 ราย พบว่า ขวัญและกำลังใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การพึ่งพาสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ลัดดาวัลย์ (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ประภา (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 120 ราย พบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อโรคมียความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ฉัตรวัลย์ (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งจำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

เนตรนภา (2534) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 160 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

นิตยา (2534) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และวรรณ (2534) ได้ศึกษาเช่นเดียวกันกับนิตยา (2534) แต่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ แมคคาร์ทนีและลาร์สัน (McCartney & Larson, 1987) กล่าวว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม เนื่องจากลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ที่กล่าวว่า สถานภาพส่วนบุคคล ตำแหน่งและระยะของโรค แบบแผนการรักษา ภาวะเศรษฐกิจสังคม และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาคุณภาพชีวิตทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่น

1. เพศ มีการศึกษาหลายเรื่องที่ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาของบุคฮาร์ด (Burckhardt, 1985) ที่ศึกษาในผู้ป่วยข้ออักเสบ และการศึกษาเบลเลค (Belec, 1992) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านเพศมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันเช่น การศึกษาของกฤษดา (2531) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และการศึกษาของทัศนีย์ (2530) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างท้องแบบถาวร เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการบางท่านกล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา

การปรับตัว การระบายความทุกข์และเจตคติต่อความเจ็บป่วย (Andreason & Norris, 1972 อ้างตาม จาเรียง, นิตยา และวินัส, 2533) และเพศหญิงจะปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้ เพศจะถูกกำหนดโดยสังคมให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก เมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ความสามารถลดลง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความไม่พอใจในตนเอง และไม่พอใจในสิ่งที่อยู่เสียไปซึ่งแตกต่างจากเพศหญิงที่ได้รับความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า (เนตร-นภา, 2534) จึงอาจส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

2. อายุ การศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการคลอด-รมีย์ การศึกษาของทศนิยม (2530) พบว่า ผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรในกลุ่มที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย แต่การศึกษาของประภา (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย การศึกษาของลัดดาวัลย์ (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hunucharunkul, 1988) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

3. ระดับการศึกษาและรายได้ มีการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาของประภา (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของฉัตรวัลย์ (2533) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง นอกจากนี้สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) พบว่าภาวะเศรษฐกิจสังคม (รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพ) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา แต่การศึกษาของทศนิยม (2530) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

4. สถานภาพสมรส การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย

มะ เริงที่ได้รับรังสีรักษา แต่ไม่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ แต่การศึกษาของประภา (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

4. ตำแหน่งของโรค การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) พบว่าตำแหน่งของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้

5. ระยะของโรคหรือความรุนแรงของโรค มีการศึกษาที่พบวาระยะของโรคหรือความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่น การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ทวารออสโตรมียี เป็นต้น

4. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวความคิดซึ่งงานปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนว่าองค์ประกอบใดบ้างที่ควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต แฟรงค์-สตรอมเบอร์ก (Frank-Stromborg, 1988) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการเลือกเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต จะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งประเด็นในการเลือกใช้อาจพิจารณาได้ดังนี้

- 4.1 ประเมินโดยใช้เครื่องมือชนิดเดียว หรือหลายชนิด
- 4.2 ประเมินโดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ
- 4.3 ประเมินโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเอง
- 4.4 ประเมินในเชิงวัตถุประสงค์ หรือจิตวิสัย

อย่างไรก็ตามในการพิจารณาแต่ละข้อ ผู้วิจัยสามารถเลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างรวมกัน เช่น ประเมินโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเดียวหรืออาจจะใช้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ประเมินโดยใช้เครื่องมือชนิดเดียวและประเมินโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่สามารถนำมาใช้ได้มีมากมาย เช่น

แบบวัดคุณภาพชีวิตของยังและลองแมน (Young & Longman, 1983) ซึ่งเน้นการประเมินคุณภาพชีวิตในโครงสร้างมิติเดียว โดยจะประเมินภาพรวมของคุณภาพชีวิต เพราะเชื่อว่าคุณภาพชีวิตไม่สามารถประเมินโดยแยกเป็นขอบเขต หรือหัวข้อที่กำหนดขึ้นได้

แบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ซึ่งประเมินโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ โดยจะประเมินตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ อาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว (Padilla & Grant, 1985)

แบบวัดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1985) โดยจะประเมินทั้งความพึงพอใจและความสำคัญในเรื่องต่างๆ ของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะทำให้การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นถูกต้องมากขึ้น

แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบทั้งจากภาวะของโรคและรังสีรักษา ผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) เนื่องจากให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ ซึ่งจะครอบคลุมเกี่ยวกับโรค และการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้เหมาะสมตามวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กล่าวคือ พาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และเคมีบำบัด โดยอาศัยแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณคดี ซึ่งเชื่อว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทัศนคติส่วนบุคคลหรือสภาวะอารมณ์ ความผาสุกเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากโรคมะเร็งและการรักษามีผลกระทบต่อ

ร่างกายทำให้เกิดอาการเด่นชัด แบบวัดคุณภาพชีวิตจึงเน้นเกี่ยวกับ สภาพร่างกาย
ทั่วไป ความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันตามปกติ และคุณภาพชีวิต
โดยทั่วไป แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน
ประเมินค่าเชิงเส้นตรง (Linear Analog Scale) โดยปลายสุดของเส้นตรงทั้ง
2 ด้าน ประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม คำคะแนนบนเส้นตรงจะ
อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน กล่าวคือ 0 คะแนนหมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดีเลย และ
100 คะแนนหมายถึง คุณภาพชีวิตดีที่สุดใน การตอบแบบวัดนี้ผู้ป่วยจะประเมิน
คุณภาพชีวิตในเรื่องต่าง ๆ ตามข้อคำถาม และตอบโดยการเขียนเครื่องหมาย
กากบาทลงบนมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงนั้น

ต่อมาพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้พัฒนาแบบวัด
คุณภาพชีวิตของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ไปปรับปรุงโดย
เพิ่มจำนวนข้ออีก 9 ข้อ รวมเป็น 23 ข้อ และประเมินคุณภาพชีวิต โดยแบ่งออก
เป็นด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านจิตใจ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่
คำถามที่เกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป การทำงาน
อดีตเรก สันทนการ และกิจกรรมในสังคม ความรู้สึกว่ารับประทานอาหารอร่อย
และการนอนหลับ

2. ความผาสุกด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่
คำถามที่เกี่ยวกับความแข็งแรง ความรู้สึกอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำงาน
สุขภาพ และการรับรู้ว่าคุณเองเป็นประโยชน์

3. ภาพลักษณ์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับ
ความสามารถที่จะมองดูโรคหลอดเลือดหัวใจ ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด
หัวใจ ความสามารถในการปรับตัวต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และความสามารถที่จะอยู่กับกลิ่น
ที่เกิดจากรหลอดเลือดหัวใจ

4. การวินิจฉัย และการรักษาทางศัลยกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม
3 ข้อ ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับ ความสามารถในการกิจกรรมทางเพศ ความถี่ของ

อาการเจ็บปวด และความรุนแรงของอาการเจ็บปวด

5. การวินิจฉัย และการรักษาด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับปัญหาเรื่องน้ำหนักตัว และการรับประทานอาหารเช้าเพียงพอ

6. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับการปฏิเสธจากสังคม การมีส่วนร่วมกับสังคม และความต้องการการเป็นส่วนตัว

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้นำแบบวัดดังกล่าวมาดัดแปลง เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยโดยตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออกไป เหลือข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ และต่อมาแสงอรุณ (2533) ได้นำแบบวัดนี้มาปรับปรุง โดยดัดแปลงภาษาในบางข้อให้ง่ายขึ้นและได้เพิ่มข้อคำถามในเรื่องเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษาพร้อมกับตัดข้อคำถามไป 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความถี่ของอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระหว่างรับรังสีรักษา เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวนข้อคำถามยังคงเหลือ 19 ข้อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการเจ็บป่วย และชนิดของการรักษา มะเร็งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับอาการของโรคเช่น ความเจ็บปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียง่าย ๆ (สายพิณ, 2532) อีกทั้งการรักษาโดยเฉพาะรังสีรักษาจะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงขึ้นมากมาย ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และอาการอื่น ๆ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งที่ได้รับรังสี เช่น ในรายที่ได้รับรังสีบริเวณหน้าท้องจะมีอาการคลื่นไส้

อาเจียน ถ่ายอุจจาระ บัสสาวะผิดปกติ ฯลฯ หรือในรายที่ได้รับรังสีบริเวณศีรษะ และคอ จะมีอาการปากแห้ง เยื่อเมือกอักเสบ เจ็บคอ มีการเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสียเกี่ยวกับการรับรส ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องจากรังสีรักษา จะทำลายเซลล์มะเร็งรวมทั้งเซลล์ปกติด้วย (Yasko, 1982) ; Varricchio, 1981 ; Thomson, 1980) ซึ่งโดยทั่วไปอาการข้างเคียงเหล่านี้จะเริ่มเกิดขึ้นภายใน 7 - 10 วันหลังจากเริ่มรักษา และจะมีอยู่ต่อไปตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งหลังจากการรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982) อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้ในภาพเห็นของคนทั่วไป มะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาให้หายขาดได้ยาก ผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง จึงมักจะรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองลดลงกับความทุกข์และความตาย ทำให้มีการตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง ฯลฯ (Frank-Stromborg, 1989) อีกทั้งในประเทศไทยมีเพียงโรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งเท่านั้นที่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษาได้ และการรักษาโดยวิธีการดังกล่าวจำเป็นต้องใช้เวลานานในการรักษาติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ จึงทำให้ความเดือดร้อนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยยากจนที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด ผู้ป่วยต้องจากครอบครัวมาพักกับบุคคลอื่น ๆ ในระหว่างการรักษา และระหว่างการรักษาไม่ได้ทำงานหาเงิน แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมาได้ ด้วยสภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น ดังที่แมคแคฟเฟรย์ (McCaffrey, 1985) ได้สรุปไว้ว่า การวินิจฉัยโรครว่าเป็นมะเร็ง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจจากโรค และอาการข้างเคียงจากการรักษา การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและการพึ่งพาที่มสุขภาพเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวล จะเห็นได้ว่า ภาวะของโรคมะเร็งและรังสีรักษา สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และมีปัญหา ด้านเศรษฐกิจสังคม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ได้มีผู้ศึกษาไว้มากมาย เช่น การศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson et al., 1988) ซึ่งศึกษา

ติดตามคุณภาพชีวิตในแง่ของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จากผลกระทบของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งต่อมลูกหมาก จำนวน 84 รายที่ได้รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก และได้รับเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีอารมณ์แปรปรวนมากกว่า สัปดาห์แรกของการรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนของอาการข้างเคียงที่เกิดจากรังสีรักษา มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์

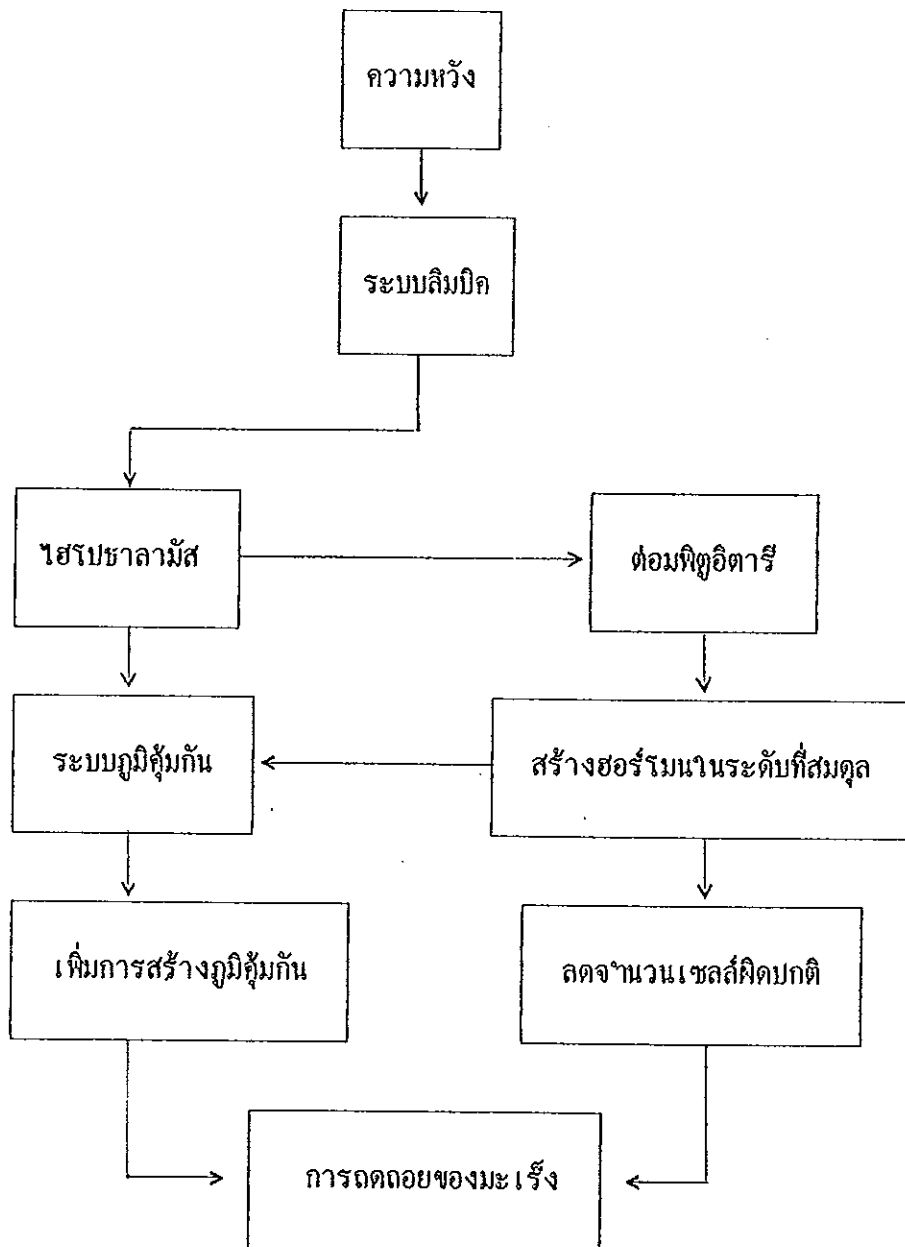
แสงอรุณ (2533) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ระหว่างการได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นวันที่ 16 ของการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตลดลงแม้ว่าจะให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้วก็ตาม

นิตยา (2534) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอระหว่างขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 ของการรับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาเมื่อรับรังสีครบแล้ว 2 - 4 สัปดาห์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับรังสีรักษาต่ำกว่า ภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ และวรรณ (2534) ได้ศึกษาเช่นเดียวกับนิตยา (2534) แต่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ต่ำกว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ บุญจันทร์, สมจิต และกัทพร (2534) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต 4 ช่วง คือ ก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา และเมื่อมาติดตามผลการรักษาครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างรับรังสีรักษาจะต่ำกว่าช่วงอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากในระหว่างรับรังสีรักษา ซึ่งเป็นสัปดาห์ที่ 3-4 ของการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีสูงสุด จึงทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต

ความหวัง เป็นการคาดการณ์ในอนาคต หรือความปรารถนาที่จะได้มาของบุคคลว่าจะประสบความสำเร็จในเป้าหมาย มีความรู้สึกว่ามีทางเป็นไปได้ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อปัญหาหรือความรู้สึกนึกคิดนั้น ๆ ความหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากความหวังมีผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไชมอนตันและคณะ (Simonton et al., 1978) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกมีความหวังและปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ จะทำให้เกิดขบวนการทางสรีรภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำงานเสมือนเป็นระบบ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะด้านร่างกายดีขึ้น เขาจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมความเป็นอยู่ของเขาได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีความหวังใหม่เกิดขึ้น และการมีความหวังใหม่เกิดขึ้นนี้ก็จะเป็นไปสู่การมีสภาวะด้านร่างกายดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมีลักษณะเป็นวงจรรเช่นนี้ ไชมอนตันและคณะ (Simonton et al., 1978) จึงได้พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจ และร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งขึ้น เพื่อที่จะอธิบายถึงการทำงานร่วมกันของสภาวะด้านจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งกล่าวคือ ความหวังเป็นสภาวะจิตใจที่ระบบลิมบิกสามารถรับรู้ได้ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ โดยกระตุ้นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย 2 ทางคือ กระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีมีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุล มีผลให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดลดลง และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น มีผลให้การเจริญของเซลล์มะเร็งลดลง ซึ่งกลไกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแสดงได้ดังภาพประกอบ 2

นอกจากความหวังจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพดังกล่าวแล้ว ความหวังยังทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพราะความหวังทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น มีความรู้สึก



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและร่างกายต่อการถดถอยของมะเร็ง

ที่มา : Simonton et al. (1978). Getting Well Again. Los -

Angeles : J.P. Tarcher, Inc. p. 90

ว่าสิ่งที่ถูกความเขาไม่เข้าใจสิ่งที่มีรูปร่างเกินกว่าจะแก้ไขได้ (สายพิน, 2532) จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่จะติดตามผลการรักษา และดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการฟื้นตัวเร็วขึ้น ภาวะของโรคดีขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่า และมีความหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต และรับรู้ถึงความเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังจะมีการเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีการปรับตัวที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ละเอียดย (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด นั่นคือผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษาที่มีความหวังในระดับสูง มีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการได้รับรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 1989) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด พบว่า ระดับของความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการเผชิญภาวะเครียด นั่นคือผู้ป่วยที่มีความหวังในระดับสูงจะมีการเผชิญภาวะเครียดได้ดี ไนท์ชาร์เตอร์ และเอสไพเนลล์ (Nieves, Charter & Aspinall, 1991) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพกับการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับขนาดเจ็บที่ขาล้นหลัง เป็นอัมพาตและต้องใส่รถเข็นช่วยในการเคลื่อนที่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตสูง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความหวังอาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยความหวังจะก่อให้เกิดการเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่เหมาะสม และเมื่อมีการเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพก็จะนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

ทักสนา (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่มีความหวังในระดับสูง จะมีการปรับตัวได้ดี ซึ่งผลการ

ศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของไรเออาห์และมอนทีญูโร (Rideout & Montemuro, 1986) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยหัวใจวาย เรื่อร่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังในระดับสูงจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้เป็นอย่างดี แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก็ตาม นั่นคือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต นอกจากนี้ ภัคสุวิทย์, อรสา และรัตนนา (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งกับความพึงพอใจในชีวิต พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงแสดงว่าบุคคลสามารถมีความพึงพอใจได้แม้จะตกอยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ยากต่าง ๆ ซึ่งหมายถึง ความผาสุกนั่นเอง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความหวังนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากความหวังจะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดี เมื่อมีการปรับตัวที่ดีก็อาจจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและรับรู้ถึงความผาสุกในที่สุด

กฤษดา (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต นั่นคือผู้ป่วยที่มีความหวังสูงจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูง

ความหวัง เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้แม้จะเป็นมะเร็ง ถ้าหากมีความหวัง ความหวังจึงมีอิทธิพลให้ความผาสุกกลับมาดังเดิม หรือคงไว้ซึ่งความผาสุกของผู้ป่วย (Nowotny, 1989)

บทที่ 3

✓ วิธีการวิจัย

✓ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก กับสัปดาห์ที่ 4 โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

✓ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับรังสีรักษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกจากผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้จำนวน 60 ราย จากคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

- 2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง
- 2.2 มีอายุระหว่าง 15-80 ปี
- 2.3 ได้รับรังสีเพื่อการรักษาเป็นครั้งแรกและตั้งแต่สัปดาห์แรก
- 2.4 มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายกับผู้วิจัยได้

ด้วยวาจา

- 2.5 ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต หรือโรคประสาท

✓ เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการท้าววิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค อาการข้างเคียงของรังสีรักษา เป็นต้น (ดูภาคผนวก ข.)

2. แบบสัมภาษณ์ความหวัง เป็นแบบวัดซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบวัดความหวังของโนวอทนี (Nowotny, 1989) แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ วัดความหวังของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ คือ ด้านที่เกี่ยวกับความเชื่อมั่น ด้านที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านที่เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในอนาคต ด้านที่เกี่ยวกับความเชื่อทางจิตวิญญาณ ด้านที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และด้านที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในตนเอง โดยถามผู้ป่วยตามข้อความที่มีทั้งหมดว่า เห็นด้วย มากน้อยเพียงใดกับข้อความนั้น ๆ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คะแนนที่ได้มีตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 4 คะแนน คะแนนความหวังจะมีค่าอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน ยิ่งมากแสดงว่าความหวังยิ่งสูง (ดูภาคผนวก-ค.)

แบบวัดความหวังได้รับการตรวจสอบความตรงโดย ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตสังคม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน รวม 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการให้คะแนน หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และแก้ไขปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้เหมาะสมแล้ว จึงนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 15 ราย เพื่อหาความเที่ยงโดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.79

3. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาซึ่งแสงอรุณ (2533) ได้ดัดแปลงมาจากตรรกษณ์คุณภาพชีวิตของพาคิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) และสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดมาปรับปรุงภาษาในบางข้อเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ได้ปรับปรุงและเพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ โดยแยกข้อคำถามเกี่ยวกับการสังสรรค์กับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัวออกเป็น 2 ข้อ เพื่อให้ง่ายในการตอบ เนื่องจากขณะเจ็บป่วยและได้รับการรังสีรักษา การสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และคนในครอบครัวของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไป บางคนอาจพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงมากกว่าคนในครอบครัว ในขณะที่บางคนอาจพบปะสังสรรค์กับคนในครอบครัวมากกว่าเพื่อนฝูง ทำให้เกิดความยากลำบากในการตอบคำถามได้ และได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามเกี่ยวกับการถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นคำถามด้านลบ เป็นการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนฝูงและคนในครอบครัว เป็นคำถามด้านบวกและแยกเป็น 2 ข้อ ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกันกับข้อคำถามเกี่ยวกับการสังสรรค์ แบบวัดนี้จึงประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ วัดการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ คือ การรับรู้ความหยาซุกด้านร่างกายและด้านจิตใจ การควบคุมอาการ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ลักษณะของคำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง (Linear Analog Scale) โดยปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนบนเส้นตรงจะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนกล่าวคือ ไม่มีเลย เท่ากับ 0 คะแนนและมีมากที่สุดเท่ากับ 100 คะแนน ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องต่าง ๆ ตามข้อคำถามว่า อยู่ในตำแหน่งใดบนเส้นตรงและผู้วิจัยจะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตรงตำแหน่งที่ผู้ป่วยบอก คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมดจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 2,100 คะแนน โดยคะแนนยิ่งมากหมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี และเพื่อให้ค่าคะแนนเข้าใจได้ง่าย และสะดวกต่อการเปรียบเทียบทำงานวิจัยอื่น ๆ จึงได้เทียบค่าคะแนนทั้งหมดให้อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยการหารค่าคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยจำนวนข้อคำถาม คือ 21

(ดูภาคผนวก ง.)

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยงโดยแสงอรุณ (2533) ด้วยการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.85 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์นี้มาปรับปรุงภาษาและข้อความ เพื่อความเหมาะสมและเข้าใจได้ง่ายขึ้น แล้วจึงนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 15 รายและหาค่าความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีการเช่นเดียวกันกับแบบสัมภาษณ์ความหวังได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.91

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองซึ่งมีการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์แรกของการรักษา ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ไปถึงหัวหน้าหน่วยรังสีรักษาโดยผ่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. สारวรายชื่อผู้ป่วยที่มาได้รับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและบันทึกรายชื่อผู้ป่วย
3. ติดต่อผู้ป่วยตามรายชื่อที่สารวรายไว้ โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งวิธีการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยตามแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย (ดูภาคผนวก จ.) เพื่อขอความร่วมมือและเป็นการทักทายสวัสดีของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยตอบยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา จึงนัดหมายเวลากับผู้ป่วยเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งอาจจะเป็นเวลาก่อนหรือหลังจากผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในวันที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งเป็นสัปดาห์แรกของการได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วย
4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ป่วยจนเข้าใจ จากนั้นจึงอ่าน หรืออธิบายข้อความแต่ละข้อตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วน

บุคคล แบบสัมภาษณ์ความหวัง และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตจนผู้ป่วยเข้าใจแล้วว่าให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงและผู้วิจัยทำเครื่องหมายลงไปในแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยเอง

5. กำหนดและนัดหมายวันที่ต้องทำการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2
6. เมื่อถึงวันนัดและผู้ป่วยมาตามนัด ผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยวิธีการเช่นเดียวกันกับครั้งแรก สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะตัดชื่อผู้ป่วยรายนั้นออกจาก การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบความหวัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
3. หากความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตขณะได้รับรังสีรักษาในช่วง สัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4 โดยการวิเคราะห์คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient)
4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติที (t-test)
5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 4 ที่มีสถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็ง ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) และการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยทีละคู่ภายหลังการ

วิเคราะห์ความแปรปรวนโดยวิธีสหพันธ์นิวแมน-Keuls (Student - Newman - Keuls) ในการที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ

๒๒

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบความหวัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วง สัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งจะเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาค้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและผู้ สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 85.0 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 85.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 56.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาร้อยละ 21.7 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น ร้อยละ 20.0 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งที่อาศัยอยู่ที่อาคารเย็นศิระในขณะที่รับรังสี- รักษา คือร้อยละ 48.3 ตำแหน่งของมะเร็งที่กลุ่มตัวอย่างเป็นมาก และมีจำนวน ใกล้เคียงกันมี 2 ตำแหน่งคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ คิด เป็นร้อยละ 50.0 และ 41.7 ตามลำดับ เป็นมะเร็งในระยะที่ 2 และ 3 จำนวน ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 35.0 และ 31.7 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ร้อยละ 85.0 ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา ตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของมะเร็ง และการรับรู้ที่ตนเองเป็นมะเร็ง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 60)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	43.3
หญิง	34	56.7
อายุ (ปี)		
20-40	9	15.0
41-60	31	51.6
>60	20	33.4
สถานภาพสมรส		
โสด	3	5.0
คู่	51	85.0
หม้าย	5	8.3
หย่า/แยกกันอยู่	1	1.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	13	21.7
ประถมศึกษา	37	61.7
มัธยมศึกษา	3	5.0
ประกาศนียบัตร	3	5.0
ปริญญาตรี	3	5.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.7

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 60)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	6.7
ค้าขาย	8	13.3
เกษตรกรรม	23	38.3
รับจ้าง	11	18.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	20.0
อื่นๆ	2	3.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 3,000	34	56.7
3,001-6,000	11	18.3
6,001-9,001	3	5.0
9,001-12,000	4	6.7
> 12,000	8	13.3
ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา		
บ้านตนเอง	9	15.0
บ้านลูก	6	10.0
บ้านญาติ/คนรู้จัก	8	13.3
อาคารเรียนศิระ	29	48.3
อื่น ๆ	8	13.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 60)	ร้อยละ
ตำแหน่งของมะเร็ง		
บริเวณศีรษะและคอ	25	41.7
ปากมดลูก	30	50.0
เต้านม	2	3.3
ปอด	3	5.0
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1	5	8.3
ระยะที่ 2	21	35.0
ระยะที่ 3	19	31.7
ระยะที่ 4	13	21.7
ไม่ทราบระยะ	2	3.3
การรับรู้ที่ตนเองเป็นมะเร็ง		
ทราบ	51	85.0
ไม่ทราบ	9	15.0

นอกจากข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแล้ว อาการข้างเคียงของรังสีรักษาเป็นข้อมูลส่วนบุคคลอีกอย่างหนึ่งที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 มีอาการเบื่ออาหาร รองลงมามีอาการอ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนผิวหนังเปลี่ยนแปลง เจ็บในปาก และ/หรือในคอ มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 40.0

สำหรับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่ใหม่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเลยคือ การติดเชื้อ
ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการข้างเคียงของรังสีรักษา
ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษาจำแนกตามรายชื่อ

อาการข้างเคียงของรังสีรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เบื่ออาหาร	47	78.3
2. อ่อนเพลีย	43	71.7
3. เจ็บในปากและ/หรือในคอ	24	40.0
4. ผิวหนังเปลี่ยนแปลง	24	40.0
5. เสียงแหบ	12	20.0
6. คลื่นไส้/อาเจียน	11	18.3
7. ท้องเสีย	10	16.7
8. ผอมหรือขนร่วง	5	8.3
9. ชีต	2	3.3
10. ติดเชื้อ	-	-

2. เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา
ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับ
รังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 โดยการทดสอบความแตกต่างโดย
ใช้สถิติที่คู่ (Paired t - test) พบว่า ความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะ เริงที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่างจากช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะ เริงขณะได้รับรังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4

ตัวแปร	สัปดาห์แรก (N = 60)		สัปดาห์ที่ 4 (N = 60)		t Value
	\bar{X}_1	S.D. ₁	\bar{X}_4	S.D. ₄	
ความหวัง	58.20	6.14	53.68	5.30	6.70**
คุณภาพชีวิต	66.55	13.07	57.62	11.49	6.62**

** P < .001

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ประสิทธิสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ในขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่ากับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .3667$) ส่วนในขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไร้นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2199$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตขณะได้รับรังสีรักษาใน
ช่วงสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4

	คุณภาพชีวิต ₁	คุณภาพชีวิต ₄
1. ความหวัง ₁	.3667*	-
2. ความหวัง ₄	-	.2199

* $P < .01$

4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4 ที่มีเพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็งต่างกัน

4.1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติที (t-test) พบว่า ขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ผู้ป่วยมะเร็งเพศชายกับเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงใน

ตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์แรก ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

เพศ	คุณภาพชีวิต ₁		t
	\bar{X}	S.D.	
ชาย	64.12	13.94	1.27 ns
หญิง	68.41	12.24	

ns. $p > .05$

4.2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วง สัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่า
เฉลี่ยโดยใช้สถิติที (t-test) พบว่าขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วย
มะเร็งเพศชายกับเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ 1 ได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

เพศ	คุณภาพชีวิต ₄		t
	\bar{X}	S.D.	
ชาย	52.28	11.38	3.42*
หญิง	61.70	9.91	

* $P < .05$

4.3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ 1 ได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์แรกที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ 1 ได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์แรก ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทาง
เดียว (One - way Analysis of Variance) พบว่ามะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาใน
ช่วงสัปดาห์แรก ผู้ป่วยมะเร็งที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่าง
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยมะเร็งที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่
แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	คุณภาพชีวิต ₁		F
	\bar{X}	S.D.	
โสด	63.80	3.33	.19 ns
คู่	67.10	13.94	
หม้าย	63.23	7.56	
หย่า/แยกกันอยู่	63.33	-	
	66.55	13.07	

ns. $p > .05$

4.4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) พบว่ามะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยมะเร็งที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	คุณภาพชีวิต ₄		F
	\bar{X}	S.D.	
โสด	46.34	17.9	1.07 ns
คู่	58.23	11.51	
หม้าย	58.95	4.96	
หย่า/แยกกันอยู่	53.80	-	
	57.62	11.49	

ns. $p > .05$

4.5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกันโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) พบว่ามะเร็งได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ผู้ป่วยมะเร็งที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาใน
ช่วงสัปดาห์แรก ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน

ตำแหน่งของมะเร็ง	คุณภาพชีวิต ₁		
	\bar{X}	S.D.	F
บริเวณศีรษะและคอ	63.40	14.63	
ปากมดลูก	68.28	11.70	
เต้านม	77.85	18.51	1.17 ns
ปอด	67.93	3.87	
	66.55	13.07	

ns. $P > .05$

4.6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์ที่ 4 ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วง
สัปดาห์ที่ 4 ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ
ทางเดียว (One - way Analysis of Variance) พบว่าขณะได้รับรังสีรักษา
ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งอย่างน้อย 2 ตำแหน่งที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่าง
กันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง
10 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยทีละคู่ ภายหลังจากการวิเคราะห์ความ
แปรปรวนพบว่า ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก็คือผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูกกับมะเร็งบริเวณศีรษะและคอโดยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพชีวิตดีกว่า

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งในตำแหน่งอื่น ๆ มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 10 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีตำแหน่งของมะเร็งต่างกัน

ตำแหน่งของมะเร็ง	คุณภาพชีวิต ₄		
	\bar{X}	S.D.	F
บริเวณศีรษะและคอ	51.82	11.21	
ปากมดลูก	61.61	9.36	
เต้านม	69.04	22.89	4.75*
ปอด	58.41	7.88	
	57.62	11.49	

* $P < .05$

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่าง ๆ เป็นรายคู่

ตำแหน่งของ มะ เริง	บริเวณสีระยะ และคอ	ปอด	ปากมดลูก	เต้านม
(\bar{X})	(51.82)	(58.41)	(61.61)	(69.04)
บริเวณสีระยะ				
และคอ	-	6.59	9.79*	17.22
ปอด		-	3.20	10.63
ปากมดลูก			-	7.43
เต้านม				-

* $p < .05$

4.7 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะ เริงขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ที่มีระยะของมะ เริงต่างกัน

เมื่อ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะ เริงขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ที่มีระยะของมะ เริงต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) พบว่า ขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ผู้ป่วยมะ เริงที่มีระยะของมะ เริงต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยที่เป็นมะ เริงในระยะต่างก็มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน

ระยะของมะเร็ง	คุณภาพชีวิต ₁		F
	\bar{X}	S.D.	
ระยะที่ 1	68.76	13.16	.50 ns
ระยะที่ 2	68.93	9.40	
ระยะที่ 3	66.26	15.76	
ระยะที่ 4	62.63	14.88	
ไม่ทราบระยะ	64.28	11.44	
	66.55	13.07	

ns. $P > .05$

4.8 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) พบว่า ขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาใน
ช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีระยะของมะเร็งต่างกัน

ระยะของมะเร็ง	คุณภาพชีวิต ₄		
	\bar{X}	S.D.	F
ระยะที่ 1	51.42	3.31	
ระยะที่ 2	61.38	8.87	
ระยะที่ 3	56.81	14.60	1.38 ns
ระยะที่ 4	54.24	11.53	
ไม่ทราบระยะ	63.33	4.71	
	57.62	11.49	

ns. $p > .05$

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมคือ เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 เป็นรายข้อพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำลงโดยคุณภาพชีวิตในด้านการรับประทานอาหารได้มีค่าเฉลี่ยต่ำลงมากที่สุด และรองลงมาคือ ความสุขในการรับประทานอาหาร ความสามารถในการทำงาน อาการอ่อนเพลีย และความแข็งแรง ตามลำดับซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย (ดูภาคผนวก ก.)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบความหวัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก กับสัปดาห์ที่ 4 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 60 ราย ผู้วิจัยจะแยกอภิปรายผลตามข้อมูลส่วนบุคคลและสมมุติฐาน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ มีสถานภาพสมรสอยู่ และส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสมจิตและประคอง (2531) และนิตยา (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มะเร็งปากมดลูกมักจะเป็นในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ และจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้พบว่าตำแหน่งของมะเร็ง 2 ตำแหน่งที่บ่งบอกถึงลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับเพศคือ มะเร็งปากมดลูกเป็นเพศหญิง ทั้งหมด และมะเร็งบริเวณศีรษะและคอส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.0) เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2534) บุญจันทร์, สมจิต และทิพาพร (2534) สมจิตและประคอง (2531) และสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ที่พบว่า มะเร็งบริเวณศีรษะและคอส่วนใหญ่พบในเพศชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำคือ ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำคือ น้อยกว่า 3,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภักตฤกษ์วิเศษย์ อรสา และรัตนา (2535) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งในขณะรับรังสีรักษาพักอยู่ที่อาคารเป็นอิสระ ซึ่งอาคารนี้จัดไว้สำหรับผู้ป่วยและญาติที่มีรายได้น้อยมาพัก ขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขณะรับรังสีรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีบ้านหรือไม่มีบ้านญาติอยู่ในบริเวณใกล้ ๆ กับโรงพยาบาลจึงมักจะพักอยู่ที่อาคารแห่งนี้ มีเพียงส่วนน้อยที่เช่าที่

พักอยู่ที่อื่น ซึ่งการที่ผู้ป่วยมาพักอยู่ที่อาคารเป็นอิสระนี้ย่อมเกิดผลดีแก่ผู้ป่วยคือ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ส่วนหนึ่ง และเมื่อผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกันมารวมอยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือปรึกษากันกับผู้ป่วยด้วยกัน ทานี้มีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่เดียวกันการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากย้ายที่อยู่ชั่วคราวเพื่อมารับรังสีรักษา อาจพบกับสภาพเหตุในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ด้วยกัน และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติได้ไม่เต็มที่ จึงน่าจะมีผลทางลบต่อความหวังและคุณภาพชีวิตได้เช่นเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.0 ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเนื่องจากก่อนเข้ารับรังสีรักษาผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่รวมทั้งการรักษาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามความคิดเห็นในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็งยังคงมีความขัดแย้งกัน แพทย์บางท่านมีความเห็นว่าไม่ควรบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ แต่บางท่านมีความเห็นว่าควรจะบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Mood in Baird, Mc Corkle & Grant, 1991) ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งมีทั้งผลดีและผลเสีย ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยมะเร็งทั้งที่ทราบและไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งนั้น อาจเป็นเพราะแพทย์ พยาบาลรวมทั้งญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะกังวลในมโนคติของผู้ป่วยต่อการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งกลัวผู้ป่วยตกใจ หมดหวังและจะทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างเลวร้ายลง ด้วยเหตุผลดังกล่าวแพทย์มักจะไม่กล้าให้ข้อมูล หรือให้ข้อมูลในลักษณะผลกระทบของโรคหรือตามอาการแสดงเช่น ใช้คำว่า เป็นเนื้องอกแทนคำว่า เป็นมะเร็ง แต่ในปัจจุบันวงการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น โรคมะเร็งสามารถรักษาให้หายได้ โดยเฉพาะในระยะแรกๆ และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ทั้ง ๆ ที่แพทย์หรือพยาบาลไม่ได้บอกให้ทราบ และแพทย์ พยาบาลอาจคิดไปเองว่าผู้ป่วยไม่ทราบ แต่ผู้ป่วยอาจจะรับรู้ว่าเป็นมะเร็งจากผู้ป่วยด้วยกันที่มีอาการแสดงคล้ายกัน หรือมีการรักษาเช่น

เดียวกันและผู้ป่วยบางคนอาจจะซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็น ถ้าหากแพทย์และพยาบาลหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้ ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกแฉะ และไม่ไว้วางใจ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อบุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด บุคคลมักจะเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่รับทราบการวินิจฉัยโรคดังเช่นการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdarian, 1987 b.) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เพิ่งจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 87 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และร้อยละ 90 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค ระยะของโรค การพยากรณ์โรค การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทุกคน (Given in Baird, McCorkle & Grant, 1991) ถ้าหากแพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผลของการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและส่งผลให้สภาวะของโรคดีขึ้น นอกจากนี้ ละเอียด (2535) ได้ศึกษาพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิได้มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้บ่อยได้แก่ การเลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี การพยายามลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย พยายามปลอบใจตัวเอง กระทำตามที่ผู้อื่นคาดหวังและแนะนำ พยายามกระทำที่ดีที่สุดเพราะไม่สามารถจะเปลี่ยนเหตุการณ์ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชาวไทยส่วนใหญ่มิมีความเชื่อเรื่องโชคชะตาทำให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ง่าย (Hanucharurnkul, 1988)

2. สมมติฐานที่ 1 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก

ผลการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ($r = .3667$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความหวังในระดับสูงมีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความหวังในระดับต่ำมีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อธิบายได้ว่าก่อนมารับรังสีรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ก้าวคือมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 90.0 และผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอร้อยละ 76.0 รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง และผู้ป่วยเหล่านี้มักได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสี ทั้งผลดีและอาการข้างเคียงของการรักษาจากแพทย์ จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความหวังในการรักษาที่ได้รับว่ารังสีรักษาจะทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในผลการรักษาในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาพบว่า ร้อยละ 98.3 เชื่อกันว่ารังสีรักษาจะช่วยให้อาการของเขาดีขึ้น และร้อยละ 96.6 มั่นใจว่าเขาสามารถเอาชนะความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาจะช่วยลดความไม่แน่นอน (uncertainty) ที่เกิดขึ้นได้ (Mishel & Braden, 1988) และการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ (Aguilera & Messick, 1982 อ้างตามเพิ่มพูล, 2536) ประกอบกับในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา จึงทำให้มีความหวังในระดับสูง ซึ่งความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการเผชิญภาวะเครียด ทำให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Obaywana & Carter, 1982 cited by Nowotny, 1989) และความหวังเป็นหัวใจของการปรับตัว (Rideout & Montemuro, 1986) ในขณะที่เดียวกันมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวังจะมีการเผชิญภาวะเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Herth, 1989 ; ละเอียด, 2535) มีการปรับตัวที่เหมาะสม (ทัศน, 2531 ; สายสม, 2534) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ภาวะของโรคดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ท่ามกลางความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี จากที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นความหวังจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และในทางกลับกันคุณภาพชีวิตก็

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความหวังกล่าวคือ เมื่อมีสภาวะด้านร่างกายดีขึ้น บุคคลจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมความเป็นอยู่ของเขาได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีความหวังเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า ในช่วงสัปดาห์แรกความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ($r = .3367$) อธิบายได้ว่า ในช่วงนี้ผู้ป่วยมีความหวังอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความหวังเท่ากับ 58.20 จากช่วงคะแนน 18-72 คะแนน ในขณะที่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 66.55 จากช่วงคะแนน 0-100 คะแนน เนื่องจากในช่วงนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา แต่ผู้ป่วยมีอาการของโรคมะเร็งเช่น อาการเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จึงทำให้ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

แม้ว่าจะไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาโดยตรง แต่ผลการศึกษาล้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษดา (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตและพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่เพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็งและระยะของมะเร็ง ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแตกต่างกันนั้น เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ที่มีเพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็งและระยะของมะเร็งต่างกันพบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็งมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตาราง 6, 8, 10 และ 13 ตามลำดับ) แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย มีสถานภาพสมรสใด เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอดหรือมะเร็งเต้านม หรือเป็นมะเร็งในระยะใด มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่ง

สามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก และเพศชายส่วนใหญ่เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกกับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันนี้อาจเป็นผลมาจากเพศและ/หรือตำแหน่งของมะเร็ง จึงอาจอธิบายได้ว่า ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาไม่ว่าจะเป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกซึ่งเป็นเพศหญิง หรือเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นเพศชายจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคมะเร็งที่คล้ายคลึงกันเช่น อาการเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น และจะรับรู้ว่าคุณเองเป็นมะเร็งซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีความหวังว่า รังสีรักษาสามารถช่วยให้โรคที่เป็นอยู่หายไป หรือบรรเทาอาการของโรคได้ ผู้ป่วยจึงมีความหวังต่อโรค และการรักษาไม่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (ทัสเนย์, 2530 ; กฤษดา, 2531 ; Burckhardt, 1985 ; Belec, 1992)

มีรายงานว่ากลุ่มคนที่มีผู้สมรสจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสด (Hubbard et al., 1984 อ้างตามเนตรนภา, 2534) ซึ่งส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีสถานภาพสมรสต่างก็มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมซึ่งอาจจะไม่ใช่สามีภรรยาหรือบุตรเท่านั้น แต่อาจจะเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และ/หรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเช่น เพื่อน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เป็นต้น ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีผู้สมรสหรือไม่จึงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ที่พบว่า ผู้ป่วย

มะเร็งปากมดลูกกับมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ทำให้มีความหวัง มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.0) กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเป็นเอกพันธ์ จึงไม่เป็นตัวแทนที่ดีในการศึกษา ทำให้ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างสถานภาพสมรสคู่กับสถานภาพสมรสอื่น

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระยะของโรคต่างก็มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะก่อนการรับรังสีรักษาผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นมะเร็งระยะใด ต้องมีสภาวะด้านร่างกายที่พร้อมจะได้รับการรักษาซึ่งจะต้องแข็งแรงอยู่ในระดับหนึ่งเพื่อที่จะอดทนต่ออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาผู้ป่วยจึงมีสภาพร่างกายอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ทราบระยะหรือความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากรังสีรักษา จึงทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการคลอสรตมียที่มีอาการของโรคอยู่ในระยะที่รุนแรงขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาของประภา (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของเนตรนภา (2534) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากโดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอยู่ในระยะที่รุนแรงกว่าจะมีความทุกข์ทรมานมากกว่า และจะตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่า จึงทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง

3. สมมติฐานที่ 2 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4

ผลการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 อธิบายได้ว่าในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมีความหวังและคุณภาพชีวิตลดลง (ดังแสดงในตาราง 3) เนื่องจากได้รับผลกระทบจากอาการข้าง

เคียงของรังสีรักษา กล่าวคือในช่วงนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของรังสีรักษา เกิดสูงสุด ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีความรู้สึก ว่าหลังจากได้รับการรักษาไปได้ระยะหนึ่ง อาการของโรคไม่ดีขึ้นแต่กลับทรุดลงกว่าเดิม จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อโรคและการรักษา ไม่แน่ใจในอนาคตว่าจะหายจากความเจ็บป่วยได้หรือไม่ (Christman, 1990) ซึ่งมีผลต่อสภาวะจิตใจ ทำให้ความหวังลดลงได้ ในขณะที่คุณภาพชีวิตลดลงเช่นเดียวกัน เนื่องจากได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษานั้นเอง ดังจะเห็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อพบว่าคุณภาพชีวิตลดลงทุกด้าน และคุณภาพชีวิตด้านที่ต่ำลงมากใน 5 อันดับแรกคือ ด้านการรับประทานอาหารได้ ความสุขในการรับประทานอาหาร ความสามารถในการทำงาน อาการอ่อนเพลีย และความแข็งแรง ซึ่งเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา แต่คุณภาพชีวิตต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับความหวัง แสดงว่าในขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอยู่ในระดับต่ำ แต่ผู้ป่วยยังคงมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่ง อาจจะมีหวังว่าการรักษาจะทำให้อาการดีขึ้นหรือหายจากโรคได้ ซึ่งจากการซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในผลการรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 96.6 ยังคงเชื่อมั่นว่ารังสีรักษาจะช่วยให้อาการของเขาดีขึ้น และมั่นใจว่าเขาสามารถเอาชนะความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ ความหวังของผู้ป่วยจึงอยู่ในระดับสูงกว่า ทำให้ความหวังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต หรืออาจเนื่องมาจากความหวังมีลักษณะของความต่อเนื่องระหว่างความหวังและความสิ้นหวังซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา คือ สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากระดับที่มีความหวังสูงไปสู่ความหวังในระดับต่ำหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางกลับกันได้ (Lange in carson & Blackwell, 1978 ; Rawlin in Beck et al., 1984 ; Dufault & Martocchio, 1985) ดังนั้นในขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ลดลง แต่ความหวังของผู้ป่วยบางรายในขณะนั้นอาจสูงขึ้นหรือลดลงได้ ซึ่งความแตกต่างนี้อาจทำให้ความหวังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้เช่นเดียวกัน

ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และ ระยะของมะเร็งซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ที่มีเพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็งและระยะของมะเร็งต่างกันพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส และระยะของมะเร็งต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตาราง 9 และ 14 ตามลำดับ) แต่ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตาราง 7) และ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในตำแหน่งที่ต่างกัน 2 ตำแหน่งคือ มะเร็งปากมดลูกกับมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมะเร็งในตำแหน่งอื่น ๆ มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (ดังแสดงในตาราง 11 และ 12 ตามลำดับ) ซึ่งสามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสใด มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ คาดว่าอาจเนื่องมาจากเหตุผลเช่นเดียวกันกับการที่ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันในขณะที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสใดจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน หรือเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเป็นเอกเทศจึงไม่เป็นตัวแทนที่ดี จึงไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระยะของโรคต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ต่างจากการศึกษาของกฤษดา (2531) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีระยะของโรคต่างกันมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน และการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) พบว่า ระยะของมะเร็งและตำแหน่งของมะเร็งเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ แต่ผู้วิจัยได้อภิปรายผลในการศึกษานี้ว่า ระยะของมะเร็งไม่ได้

เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต แต่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตคือ ตำแหน่งของมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้การทําหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแตกต่างกันมากกว่า จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ส่วนระยะของมะเร็งถึงแม้ว่าระยะยิ่งสูงขึ้นจะมีอาการของโรครุนแรงขึ้นแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ทราบระยะของโรคหรือ ความรุนแรงของโรค ระยะของมะเร็งจึงไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ การที่ผู้ป่วยที่มีระยะของมะเร็งต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน คาดว่าอาจจะเนื่องมาจากเหตุผลเช่นเดียวกันกับการศึกษาดังกล่าว

การที่ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงกับเพศชายมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกกับมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามะเร็งบริเวณศีรษะและคอนั้น อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนมะเร็งบริเวณศีรษะและคอส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92) เนื่องจากเพศเกี่ยวข้องกับตำแหน่งของมะเร็ง ดังนั้นการที่พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชายจึงไม่ใช่เป็นผลมาจากปัจจัยด้านเพศแต่เป็นผลมาจากปัจจัยด้านตำแหน่งของมะเร็ง และเมื่อได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในตำแหน่งที่ต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากรังสีรักษาที่แตกต่างกัน เนื่องจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามตำแหน่งที่ได้รับรังสีหรือตำแหน่งของมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกกับมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจึงได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคออาจมีการตอบสนองทางด้านจิตใจ อารมณ์ ต่อความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเพราะในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะมีอาการแสดงของอาการข้างเคียงของรังสีรักษาสูง เช่น เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง (Yasko, 1982 ; Varricchio, 1981 ; Thomson, 1980) ทําให้รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายจึงอ่อนเพลีย ไม่สามารถทํางานได้เหมือนเดิม ส่วนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีอาการข้างเคียงของรังสีเกิดขึ้นได้แก่ กลืนน้ำ อ่อนเพลีย เบื่ออาหารและ

ท้องเสีย (King et al., 1985 cited by Dow & Hilderley, 1992) เช่นเดียวกับกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อีกกล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมี อาการเจ็บปาก เจ็บคอ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เป็นต้น ส่วนมะเร็งปากมดลูก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งอาการข้าง เคียงของรังสีรักษาที่เกิดขึ้นนี้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่อาการเจ็บ ปาก เจ็บคอ จะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ อาการที่เป็นอยู่รุนแรงหรือก่อให้เกิดปัญหามากกว่าอาการอื่น ๆ ทำให้การรับรู้ คุณภาพชีวิตต่างได้มากกว่า ซึ่งความแตกต่างกันนี้ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมี คุณภาพชีวิตดีกว่ามะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ที่พบว่า ตำแหน่งของโรคมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตและสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ รังสีรักษาได้

จากผลการศึกษาข้างนี้จึงอาจกล่าวได้ว่า ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ รังสีรักษาไม่ใช่ว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเห็นได้จากความหวัง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตขณะได้รับรังสีรักษา ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากมีตัวแปรอื่นคือ อาการ ข้างเคียงของรังสีรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อความหวัง และคุณภาพชีวิตโดยมีผลให้ คุณภาพชีวิตลดลงมากกว่าความหวัง

4. สมมติฐานที่ 3 ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรก

ผลการศึกษาพบว่า ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วง สัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 โดยเมื่อพิจารณาค่าคะแนนของความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ รังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกพบว่า มีค่าเท่ากับ 58.20 (ดังแสดงในตาราง 3) จากช่วงคะแนน 18-72 คะแนน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความหวังในระดับค่อนข้างสูง

อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษามะเร็งด้วยรังสีรักษาจากแพทย์ผู้ให้การรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ประกอบกับการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงผลดีของรังสีรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินถึงความเป็นไปได้ที่จะหายจากความเจ็บป่วยมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น หรือที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งหมายถึงมีความหวังสูงนั่นเอง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาไปได้ระยะหนึ่งซึ่งจะอยู่ในช่วงวันที่ 7 - 10 หลังจากเริ่มรักษา ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา (Yasko, 1982) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการได้รับรังสีรักษาซึ่งเป็นช่วงที่มีอาการข้างเคียงเกิดสูงสุด ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงนี้ค่อนข้างมาก (ดังแสดงในตาราง 2) ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจโดยตรง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อโรคและการรักษา ไม่แน่ใจในอนาคตว่าจะรักษาให้หายจากความเจ็บป่วยได้หรือไม่ (Christman, 1990) ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจมากยิ่งขึ้น ทำให้ความหวังของผู้ป่วยลดลงจนกระทั่งสิ้นหวังได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งใหม่ที่พบว่า ความหวังของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการได้รับรังสีรักษาลดลงโดยคะแนนเฉลี่ยของความหวังมีค่าเท่ากับ 53.68 (ดังแสดงในตาราง 3) ซึ่งต่ำกว่าในช่วงสัปดาห์แรก

5. สมมติฐานที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรก

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 4 โดยเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกพบว่า มีค่าเท่ากับ 66.55 (ดังแสดงในตาราง 3) จากช่วงคะแนน 0-100 คะแนน จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงนี้ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการของโรคมะเร็ง แม้ว่าจะไม่รุนแรงเท่ากับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา แต่จะส่งผล

ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ จึงทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และไม่แปรผันไป ตามความหวังซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการได้รับรังสีรักษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยมีค่าเท่ากับ 57.62 (ดังแสดงในตาราง 3) ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงสัปดาห์ที่ 4 เป็นช่วงที่มีอาการข้างเคียงของรังสีรักษาเกิดสูงสุด ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการของโรคมะเร็ง และอาการข้างเคียงของรังสีรักษาค่อนข้างมากเช่น อาการไม่สุขสบาย น้ำหนักที่ลดลง หิวหิวมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ดังเช่นการศึกษาของเกรแฮมและลองแมน (Graham & Longman, 1987) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเมลาโนมา (Melanoma) พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการ การหิวหิวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของรังสีรักษาต่อคุณภาพชีวิต เช่นการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson et al., 1988) ซึ่งศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในแง่ของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำงานประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จากผลกระทบของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของการได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานประจำวันลดลงและมีอารมณ์แปรปรวนมากกว่าสัปดาห์แรกของการรักษา เช่นเดียวกันกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในงานวิจัยนี้ได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อ ระหว่างขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 คุณภาพชีวิตลดลงในทุกด้าน คุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์ที่ 4 จึงต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงอรุณ (2533) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา ซึ่งวัดในวันแรกของสัปดาห์ที่ 4 ของการได้รับรังสีรักษาต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาซึ่งวัดในวันแรกของการได้รับรังสีรักษา และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของบุญจันทร์, สมจิต และทิพาพร (2534) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษาต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

แม้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เลือกแบบเจาะจง แต่ไม่สามารถเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลในหลาย ๆ ด้านให้มีขนาดใกล้เคียงกันในแต่ละกลุ่มได้ในเวลาเดียวกัน จากผลการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดในการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (internal validity)

1.1 ในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็งต่างกัน เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบกันต่างก็มาก อาจทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ค่อนข้างสูง

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นเพศหญิงทั้งหมดและผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.0) เป็นเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งชนิดที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศหญิงกับเพศชายพบว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย จึงไม่อาจสรุปได้อย่างแน่นอนว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นคือ ตำแหน่งของมะเร็งซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ในเวลาเดียวกัน

2. ข้อจำกัดด้านความตรงภายนอก (external validity)

กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เลือกแบบเจาะจง และเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด เพียง 4 ตำแหน่ง จึงทำให้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในตำแหน่งอื่น ๆ ได้

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2535 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2535 จำนวน 60 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความหวัง แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ระหว่างช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4 โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตขณะได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4 โดยการวิเคราะห์คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation coefficient)
4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับการรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติที (t-test)

5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 4 ที่มีสถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็งต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) และการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยทีละคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยวิธีสหพหุคูณ (Student-newman-Keuls) ในกรณีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยที่มีเพศสถานภาพสมรส ตำแหน่งของมะเร็ง และระยะของมะเร็งต่างก็มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสและระยะของมะเร็งต่างก็มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันและตำแหน่งของมะเร็งต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชายและผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
3. ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาคั้งนี้ จะเห็นว่า ความหวังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา แต่ความหวังไม่ใช่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์คงที่กับคุณภาพชีวิตถ้าหากมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบ และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เช่น อาการข้างเคียงของรังสีรักษา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พยาบาลควรได้ตระหนักถึงปัจจัยที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น อาการของโรคมะเร็ง อาการข้างเคียงของรังสีรักษา เป็นต้น และปัจจัยที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะความหวัง โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความหวังและคุณภาพชีวิตเป็นแนวทางในการประเมิน และให้การพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 การศึกษาคั้งนี้พบว่า อาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างมากใน 4 อันดับแรกคือ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผิวหนังเปลี่ยนแปลง และเจ็บในปากและ/หรือเจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมากและส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตอีกด้วย เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร ความสามารถในการทำกิจกรรม การนอนหลับ เป็นต้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลในการป้องกันและดูแลเพื่อลดอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่เกิดขึ้นนี้

1.3 ความหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต พยาบาลควรเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนได้รับการรังสีรักษา และเสริมสร้างความหวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของรังสีรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและยอมรับความเจ็บป่วย รวมทั้งได้รับรู้ถึงผลดีของรังสีรักษา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากรังสีรักษา

เช่น รังสีรักษาสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายหรือบรรเทาอาการของโรคได้เพียงแต่อดทนต่ออาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่อาจเกิดขึ้นเท่านั้นและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากอาการที่อาจเกิดขึ้นนั้น เป็นต้น การได้รับข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินถึงความเป็นไปได้ที่จะหายจากความเจ็บป่วย มีความเชื่อมั่น จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจในการที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่และความอบอุ่นจากบุคคลเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือดังกล่าวนี้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีความหวังที่จะรับการรักษาต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อผลิตพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ควรนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาเป็นแนวทางการสอนเพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจของนักศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องพัฒนาทักษะการพยาบาลของนักศึกษาในการป้องกัน ดูแลอาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการพยาบาลในการส่งเสริมความหวังของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลในปัจจุบัน

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น ว่ามีผลต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาหรือไม่

3.2 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อทางกายในตน เป็นต้น ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ หรือไม่

3.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา กับเคมีบำบัด เพื่อเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

3.4 ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาหรือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่น ๆ

3.5 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับรังสีรักษาครบ เพื่อยืนยันว่าเมื่ออาการข้างเคียงของรังสีรักษาลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ความหวังจะสูงขึ้นหรือไม่

3.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มใด ๆ ก็ตาม ควรจะเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกัน มิฉะนั้นอาจทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ค่อนข้างสูง และสรุปผลการวิจัยผิดพลาดได้

3.7 การเลือกตัวแปรอิสระบางตัวที่น่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรที่ศึกษา ถ้าหากตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กันสูง ควรเลือกตัวแปรอิสระตัวใดตัวหนึ่งมาศึกษา ไม่ควรเลือกตัวแปรนั้นมาแยกศึกษาที่ละปัจจัย เพราะโดยปกติแล้วตัวแปรอิสระควรวัดในสิ่งที่แตกต่างกัน และสามารถแยกจากกันได้ชัดเจน มิฉะนั้นอาจทำให้สรุปผลการวิจัยผิดพลาดได้ เช่นในการศึกษาครั้งนี้ เพศสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็ง จึงควรเลือกเพศหรือตำแหน่งของมะเร็ง เพียงตัวเดียวมาศึกษา

บรรณานุกรม

- กฤษดา ตงศิริ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อสถานะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (2531). ภาวะไร้ความหวัง : มรณคติ การประเมินและการพยาบาล. เอกสารการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องมรณคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จาเรียง กุระมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ดันเตบูล. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล-สาธารณสุข, 4 (2), 70-80.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ทัศนาวรรณ ประภรณ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นิตยา ตากวีริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นิตยา ภิญญิตา. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความเข้มแข็ง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, สมจิต หนูเจริญกุล และกิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2534). การรับรู้คุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาล, 40 (4), 324-336.

ประภา รัตน์เมฆานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. กองสถิติสาธารณสุข. (2532). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2530. กรุงเทพฯ.

----- . (2535). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ.

เพิ่มพูล ธรรมเจริญ. (2536). ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ภัคสุภาภรณ์ ศรีภักดิ์พันธุ์, อรสา พันธุ์ภักดี และรัตนา มาศเกษม. (2535).

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งกับความพึงพอใจในชีวิต. วารสารพยาบาล, 41 (1), 57-66.

ละเอียด ภักดิ์จิตต์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรม

เผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแล

ตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- วรรณวรรธน์ เหนือคลอง. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2534). การแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูปSPSS/PC⁺. ม.ป.ท. : ชมรมผู้สนใจงานวิจัยทางการศึกษา.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2534). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่อ-อำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาล, 37 (4), 222-237.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2532). ความรู้สึกล้นเกินในงานผู้ป่วยมะเร็งกับการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 7 (2), 74-82.
- สายสม ภาณุมาศมณฑล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ทราบว่า เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. (2527). เทคนิคการ-
วิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์.
ม.ป.ท. : ม.ป.ท.
- แสงอรุณ สุขเกษม. (2533). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพฯ.
- อนุรีย์ ต้นสกุล. (2522). เจตคติและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยต่อรังสีรักษา.
สารศิริราช, 31 (5), 703-714.
- อุบล นิวัตติชัย. (2531). พฤติกรรมที่เป็นบ่อนทำลายทางจิตอารมณ์และการพยาบาล.
เอกสารการสอนชุดวิชาการนี้เลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และ
การพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10-15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัย-
ธรรมราชิราช.
- Arzouman, J.M.R. et al. (1991). Quality of Life of
Patients With Sarcoma Postchemotherapy. Oncology
Nursing Forum, 18 (5), 889-894.
- Beck et al. (1974). The Measurement of Pessimism : The
Hopelessness Scale. Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 42 (6), 861-865.

- Belec, R.H. (1992). Quality of Life : Perceptions of Long-Term Survivors of Bone Marrow Transplantation. Oncology Nursing Forum, 19 (10), 31-37.
- Bigelow, D.A., Gareau, M.J. & Young, D.J. (1990). A Quality of Life Interview. Psychosocial Rehabilitation Journal, 14 (2), 94-98.
- Brown, P. (1989). The concept of Hope : Implication for Care of the Critically Ill. Critical Care Nurse, 9 (5), 97-105.
- Burckhardt, C.S. (1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. Nursing Research, 34 (1), 11-16.
- Carpenito, L.J. (1989). Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Co.
- Carson, V. et al. (1990). Hope and Spiritual Well-Being : Essentials for Living With AIDS. Perspectives in Psychiatric Care, 26 (2), 28-34.
- Christman, N.J. (1990). Uncertainty and Adjustment During Radiotherapy. Nursing Research, 39 (1), 17-20,47.

- Dean, H. (1988). Multiple Instruments for Measurement
Quality of Life. In Frank-Stromborg, M. (Eds.).
Instruments for Clinical Nursing Research.
Norwalk : Appleton & Lange.
- Derdiarian, A. (1987 a.). Informational needs of recently
diagnosed cancer patients : A theoretical framework.
Part I. Cancer Nursing, 10 (2), 107-115.
- Derdiarian, A. (1987 b.). Informational needs of recently
diagnosed cancer patients : Method and description
Part II. Cancer Nursing, 10 (3), 156-163.
- Dirksen, S.R. (1989). Perceived Well-Being in Malignant
Melanoma Survivors. Oncology Nursing Forum, 16 (3),
353-358.
- Dow, K.H. & Hilderley, L.J. (1992). Nursing Care in radia-
tion oncology. Philadelphia : W.B. Saunders Co.
- Drettner, B. & Ahlbom, A. (1983). Quality of Life and
State of Health for Patients with Cancer in the Head
and Neck. Acta Oto-Laryngologica, 96 (4), 307-314.

- Dufault, K. & Martocchio, B.C. (1985). Hope : Its Spheres and Dimensions. Nursing Clinics of North America, 20 (2), 379-391.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. (1985). Quality of Life index : development and psychometric properties. Advances in Nursing Science, 8 (1), 15-24.
- Ferrans, C.E., Powers, M.J. & Kasch, C.R. (1987). Satisfaction with Health Care of Hemodialysis Patients, Research in Nursing & Health, 10, 367-374.
- Ferrans, C.E. (1990). Development of a Quality of Life Index for Patients with Cancer. Oncology Nursing Forum, Supplement 17 (3), 15-24.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. (1992). Psychometric Assessment of the Quality of Life Index. Research in Nursing & Health, 15 (1), 29-38.
- Flanagan, J.C. (1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life. American Psychologist, 33 (2), 138-147.

- Frank-Stromborg, M. (1988). Single Instrument for Measuring Quality of Life. In Frank-Stromborg, M. (Eds.). Instruments for Clinical Nursing Research. Norwalk : Appleton & Lange.
- Frank-Stromborg, M. (1989). Reaction to the Diagnosis of Cancer Questionnaire : Development And Psychometric Evaluation. Nursing Research, 38 (6), 364-369.
- Given, B. (1991). Compliance and Health Promotion Behaviors. In Baird, S.B., McCorkle, R. & Grant, M. (Eds.). Cancer Nursing : A comprehensive Textbook. Philadelphia : W.B.Saunders Co.
- Graham, K.Y. & Longman, A.J. (1987). Quality of life and persons with melanoma. Cancer Nursing, 10 (6), 338-346.
- Hanucharurnkul, S. (1988). Social Support, Self-Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation of Nursing. Wayne State University.
- Herth, K.A. (1989). The Relationship Between Level of Hope and Level of Coping Response and other Variables. Oncology Nursing Forum, 16 (1), 67-72.

Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally ill people.

Journal of Advanced Nursing, 15, 1250-1259.

Hickey, S.S. (1986). Enabling hope. Cancer Nursing, 9

(3), 133-137.

Hicks, F.D., Larson, J.L. & Ferran, C.E. (1992). Quality

of Life after Liver Transplant. Research in Nursing

& Health, 15 (2), 111-119.

Hinds, C. (1990). Personal and contextual factors

predicting patients' reported quality of life :

exploring congruency with Betty Newman's assump-

tions. Journal of Advanced Nursing, 15, 456-462.

Holdcraft, C. & Williamson, C. (1991). Assessment of Hope

in Psychiatric and Chemically Dependent Patients.

Applied Nursing Research, 4 (2), 129-134.

Holmes, C.A. (1989). Health care and the quality of life :

a review. Journal of Advanced Nursing, 14,, 833-

839.

- Holmes, S. & Dickerson, J. (1987). The quality of life : design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. International Journal of Nursing Studies, 24 (1), 15-24.
- Johnson, J.E. et al. (1988). Reducing the Negative Impact of Radiation Therapy on Functional Status. Cancer, 16, 46-51.
- Kleinpell, R.M. (1991). Concept Analysis of Quality of Life. Dimensions of Critical Care Nursing, 10 (4), 223-229.
- Lange, S.P. (1978). Hope. In Carlson, C.E. & Blackwell, B. (Eds.). Behavioral Concepts and Nursing Intervention. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Co.
- Lewis, F.M. (1982). Experienced Personal control and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients. Nursing Research, 31 (2), 113-119.
- Mc.Gee, R.F. (1984). Hope : a factor influencing crisis resolution. Advances in Nursing Science, 6 (4), 34-44.

- McCaffrey, D.W. (1985). Cancer, anxiety and quality of life. Cancer Nursing, 8 (3), 151-158.
- McCartney, C.F. & Larson, D.B. (1987). Quality of Life in Patients with Gynecologic Cancer. Cancer, 60 (8), 2129-2136.
- Miller, J.F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal sometimes it has to be carefully mined and channeled. American Journal of Nursing, 85 (1), 23-25.
- Miller, J.F. & Powers, M. (1988). Development of an Instrument to Measure Hope. Nursing Research, 37 (1), 6-10.
- Mishel, M.H. & Braden, C.J. (1988). Finding meaning : Antecedents of Uncertainty in Illness. Nursing Research, 37 (2), 98-103,127.
- Mood, D.W. (1991). The Diagnosis of Cancer : A life Transition. In Baird, S.B., McCorkle, R. & Grant, M. (Eds.). Cancer Nursing : A comprehensive Textbook. Philadelphia : W.B.Saunders Co.

- Nieves, C.C., Charter, R.A. & Aspinall, M.J. (1991).
Relationship Between Effective Coping and Perceived
Quality of Life in Spinal Cord Injured Patients.
Rehabilitation Nursing, 16 (3), 129-132.
- Nowotny, M.L. (1989). Assessment of Hope in Patients with
Cancer : Development of an Instrument. Oncology
Nursing Forum, 16 (1), 57-61.
- Oleson, M. (1990). Subjectively Perceived Quality of Life.
Image : Journal of Nursing Scholarship, 22 (3), 187-
190.
- Padilla, G.V. et al. (1983). Quality of Life Index for
Patients with cancer. Research in Nursing & Health,
6 (3), 117-126.
- Padilla, G.V. et al. (1990). Defining the content domain
of quality of life for cancer patients with pain.
Cancer Nursing, 13 (2), 108-115.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. (1985). Quality of life as a
cancer nursing outcome variable. Advances in
Nursing Science, 8 (1), 45-60.

Prince of Songkla University, Faculty of Medicine. (1991).

Tumor Registry Statistical Report. Songkla.

Rawlins, R.P. (1984). Hope-Despair. In Beck, C.M. et al.

(Eds.). Mental Health Psychiatric Nursing :

A Holistic Life-Cycle Approach. St. Louis : The

C.V. Mosby Co.

Rideout, E. & Montemuro, M. (1986). Hope, morale and

adaptation in patients with chronic heart failure.

Journal of Advanced Nursing, 11, 429-438.

Robert, S.L. (1976). Behavioral concepts and the criti-

cally ill patient. Engle wood : Prentice-Hall, Inc.

Scanlon, C. (1989). Creating a Vision of Hope : The

challenge of Palliative Care. Oncology Nursing

Forum, 16 (4), 491-496.

Simmons, R.G. & Abress, L. (1990). Quality of Life Issues

for End-Stage Renal Disease Patients. American

Journal of Kidney Disease, 15 (3), 201-208.

Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S.M. & Creighton, J.

(1978). Getting well Again. Los Ageles : J.P.

Tarcher, Inc.

- Soeken, K.L. & Carson, V.J. (1987). Responding to the Spiritual Needs of the Chronically Ill. Nursing Clinics of North America, 22 (3), 603-611.
- Smart, C.R. & Yates, J.W. (1987). Quality of Life. Cancer, 60, 620-622.
- Stoner, M.H. (1988). Measuring Hope. In Frank-Stromborg, M. (Eds.). Instruments for Clinical Nursing Research. Norwalk : Appleton & Lange.
- Stoner, M.H. & Keampfer, S.H. (1985). Recall Life Expectancy Information, Phase of Illness and Hope in Cancer Patients. Research in Nursing & Health, 8, 269-274.
- Strohl, R.A. (1988). The Nursing Role in Radiation Oncology : Symptom Management of Acute and Chronic Reactions. Oncology Nursing Forum, 15 (4), 429-434.
- Thomson, L. (1980). Side-effects of radiotherapy. Nursing Time, 76, 877-881.
- Varricchio, C.G. (1981). The Patient On Radiation Therapy. American Journal of Nursing, 81, 334-337.

- Ware, J.E. (1984). Conceptualizing Disease Impact and Treatment Out Come. Cancer, Supplement 53 (10), 2316-2326.
- Weintraub, F.N. & Hagoplan, G.A. (1990). The Effect of Nursing Consultation on Anxiety, Side Effects, and Self-Care of Patients Receiving Radiation Therapy. Oncology Nursing Forum, Supplement 17 (3), 31-38.
- Yasko, J.M. (1982). Care of the Patient Receiving Radiation Therapy. Nursing Clinics of North America, 17 (4), 631-648.
- Young, K.J. & Longman, A.J. (1983). Quality of life and persons with melanoma : A pilot study. Cancer Nursing, 6 (3), 219-225.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อระหว่างขณะได้รับรังสีรักษา
ในช่วงสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต		ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย
	สัปดาห์แรก	สัปดาห์ที่ 4	
1. ความสุขในชีวิต	56.83	46.00	10.83
2. ความพึงพอใจกับความ เป็นอยู่ในชีวิต	62.17	51.50	10.67
3. การพักผ่อนหย่อนใจ	71.17	70.67	0.50
4. ความสำราญในชีวิต	60.17	54.00	6.17
5. ความสุขในการ รับประทานอาหาร	61.67	40.17	21.50
6. การนอนหลับ	70.67	61.33	9.34
7. ความแข็งแรง	67.67	54.33	13.34
8. ความอ่อนเพลีย	71.67	57.33	14.34
9. ความสามารถในการ ทำงาน	60.00	42.00	18.00
10. ความมีคุณค่าในตนเอง	71.50	63.33	8.17
11. สุขภาพของตนเอง	63.50	53.67	9.83
12. ความกังวลเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงของบริเวณ ที่ฉายรังสี	60.00	56.50	4.50

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต		ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย
	สัปดาห์แรก	สัปดาห์ที่ 4	
13. การปรับตัวกับภาวะ ของโรค	76.67	68.33	8.34
14. ความเจ็บปวด	82.17	74.17	8.00
15. อาการคลื่นไส้ อาเจียน	95.17	90.00	5.17
16. การรับประทานอาหาร ได้	70.83	45.50	25.33
17. การพบปะสังสรรค์กับ เพื่อน	57.17	49.83	7.34
18. การพบปะสังสรรค์กับ บุคคลในครอบครัว	64.17	57.50	6.67
19. การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากเพื่อน	49.33	44.00	5.33
20. การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคคลใน ครอบครัว	81.33	80.00	1.33
21. ความสุขในขณะที่ได้ อยู่คนเดียว	47.33	45.50	1.83

ภาคผนวก ข.
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ช่วยคนที่.....

HN.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวของท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ผู้วิจัยจะอ่านหรืออธิบายข้อความแต่ละข้อที่ท่านตั้งใจแน่วแน่แล้วให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน และผู้วิจัยจะทำการหรือหมายเหตุลงในแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ []
 - [] 1. ชาย
 - [] 2. หญิง
2. อายุ.....ปี []
3. สถานภาพสมรส []
 - [] 1. โสด
 - [] 2. คู่
 - [] 3. หม้าย
 - [] 4. หย่า หรือแยกกันอยู่

4. ศาสนา []
- [] 1. พุทธ
 - [] 2. อิสลาม
 - [] 3. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษา []
- [] 1. ไม่ได้เรียน
 - [] 2. ประถมศึกษา
 - [] 3. มัธยมศึกษา
 - [] 4. ประกาศโยบัตร
 - [] 5. ปริญญาตรี
 - [] 6. สูงกว่าปริญญาตรี
 - [] 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ []
- [] 1. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - [] 2. ค้าขาย
 - [] 3. เกษตรกรรม
 - [] 4. รับจ้าง
 - [] 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - [] 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนบาท []
8. ที่อยู่อาศัยรับรังสีรักษา []
- [] 1. บ้านตนเอง
 - [] 2. บ้านลูก
 - [] 3. บ้านญาติ หรือคนรู้จัก
 - [] 4. อาคารเป็นศิระ
 - [] 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ตำแหน่งของมะเร็ง []
 - [] 1. บริเวณศีรษะ และคอ
 - [] 2. ปากมดลูก
 - [] 3. เต้านม
 - [] 4. ปอด
3. ระยะของมะเร็ง []
 - [] 1. ระยะที่ 1
 - [] 2. ระยะที่ 2
 - [] 3. ระยะที่ 3
 - [] 4. ระยะที่ 4
 - [] 5. ไม่ทราบระยะ
4. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าเป็นโรคอะไร []
 - [] 1. ทราบ เป็นโรค.....อยู่ในระยะ.....
 - [] 2. ไม่ทราบ
5. ผู้ป่วยเป็นโรคนี้มาเป็นเวลา.....เดือน.....สัปดาห์ []
6. กว่าการรักษาที่เคยได้รับ..... []
 - [] 1. ผ่าตัด
 - [] 2. เคมีบำบัด
 - [] 3. ผ่าตัดร่วมกับ เคมีบำบัด
 - [] 4. สมุนไพร
 - [] 5. ไม่เคยได้รับการรักษา

7. อาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษา

อาการข้างเคียงของรังสีรักษา	มี (1 คะแนน)	ไม่มี (0 คะแนน)	หมายเหตุ
1) ผิวหนังเปลี่ยนแปลง 2) ผมหรือขนร่วง 3) เจ็บในปากและ/หรือคอ 4) เสียงแหบ 5) คลื่นไส้/อาเจียน 6) เบื่ออาหาร 7) อ่อนเพลีย 8) ชีต 9) ติดเชื้อ 10) ท้องเสีย 11) อื่น ๆ ระบุ.....			

ภาคผนวก ค.
แบบสัมภาษณ์ความหวัง

ผู้ช่วยคนที่.....

ครั้งที่.....

HN.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความหวังในเรื่องต่าง ๆ ในขณะนี้ ขอให้ท่านตอบให้ตรงตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยจะอ่านหรืออธิบายข้อความแต่ละข้อให้ท่านฟังจนเข้าใจ แล้วให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือไม่ และเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด และผู้วิจัยจะทำเครื่องหมายถูกตรงช่องที่ท่านเลือก

ข้อความถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ช่องนี้ สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านสามารถจัดการ กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็น อย่างดี					[]
2. ท่านเชื่อว่าอนาคต ข้างหน้าจะต้องดีกว่า ปัจจุบัน					[]
3. ท่านสามารถทำให้ ชีวิตของท่านมีการ เปลี่ยนแปลงไปใน ทางที่ดีได้					[]
4. ท่านพร้อมที่จะยอมรับ กับการเปลี่ยนแปลง ใหม่ ๆ					[]
5. ท่านเชื่อมั่นในความ สามารถของตัวเอง					[]
6. ท่านเชื่อมั่นว่าครอบครัว ของท่านหรือผู้ ใกล้ชิดพร้อมที่จะช่วย เหลือท่านเมื่อท่าน ต้องการ					[]

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ช่องนี้ สำหรับ ผู้วิจัย
7. ท่านตัดสินใจเรื่องที่สำคัญๆ ร่วมกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด					[]
8. ท่านเชื่อว่าท่านจะไปขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดได้					[]
9. ท่านมีโครงการหลายอย่างที่วางแผนว่าจะทำให้สำเร็จ					[]
10. ท่านเชื่อมั่นว่าการฉายรังสีจะช่วยทำให้อาการของท่านดีขึ้น					[]
11. ท่านคิดว่าท่านสามารถเอาชนะความเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้					[]
12. อนาคตเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับท่าน					[]

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ช่องที่ สำหรับ ผู้วิจัย
13. ท่านฟังศาสนาเมื่อ รู้สึกท้อแท้					[]
14. ท่านสวดมนต์ไหว้พระ หรืออ่านคาถาของ ศาสนาเพื่อช่วยให้ ท่านมีกำลังใจดีขึ้น					[]
15. ท่านมักเป็นคนเริ่มต้น ลงมือทำสิ่งต่างๆ มากกว่ารอให้ผู้อื่นทำ					[]
16. การตั้งเป้าหมายใน ชีวิตเป็นสิ่งที่ยาก ลำบากสำหรับท่าน					[]
17. ท่านพร้อมที่จะตัดสินใจ เรื่องต่างๆ ใน ชีวิตด้วยตนเอง					[]
18. ท่านหวังว่าจะทำงาน ที่ท่านอยากทำมากที่สุด ได้สำเร็จ					[]

ภาคผนวก ง.

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

ผู้ช่วยคนที่.....

ครั้งที่.....

HN.

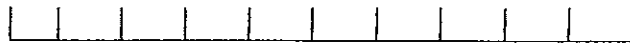
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เวลา.....น. ถึง.....น.

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความสุขและความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ในขณะนี้ ขอให้ท่านตอบให้ตรงตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ในการตอบแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ผู้วิจัยจะอ่านหรืออธิบายข้อความแต่ละข้อที่ท่านพึงสนใจ แล้วให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่า ความรู้สึกของท่านในข้อนั้นๆ อยู่ในตำแหน่งใดบนเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 และผู้วิจัยทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรง ตรงตามตำแหน่งที่ท่านบอก

1. ท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

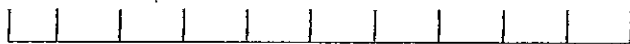


ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

2. ท่านพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในชีวิตขณะนี้ มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่พึงพอใจเลย

พึงพอใจมากที่สุด

3. ท่านได้พักผ่อนหย่อนใจ มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีอย่างเต็มที่

4. ท่านประสบความสำเร็จในชีวิตมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

5. ท่านมีความสุขในการกินอาหารมากน้อยเพียงใด

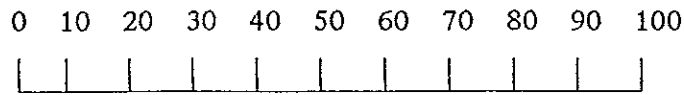
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

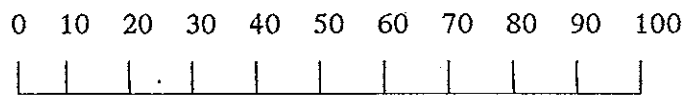
6. ท่านนอนหลับได้มากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

หลับได้เต็มที่

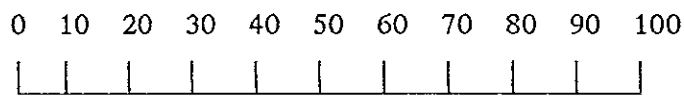
7. ท่านมีกำลังหรือแข็งแรงมากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

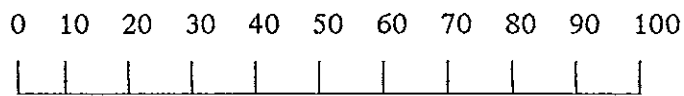
8. ท่านอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด



ไม่อ่อนเพลียเลย

อ่อนเพลียมาก

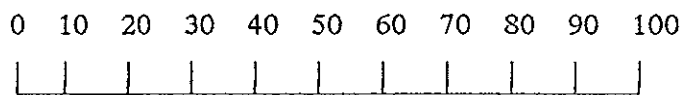
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถทำงานบ้านหรืองานที่ทำประจำได้มาก น้อยเพียงใด



ทำไม่ได้เลย

ทำได้ตามปกติ

10. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าหรือมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

11. สุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

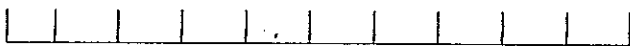


ไม่ดีเลย

ดีมาก

12. ท่านกลุ่มใจหรือกังวลเกี่ยวกับบริเวณที่ฉายรังสีและอวัยวะของร่างกายที่
เปลี่ยนไปมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

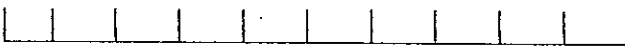


ไม่กังวลเลย

กังวลมาก

13. ท่านปรับตัวยอมรับกับภาวะของโรคได้มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

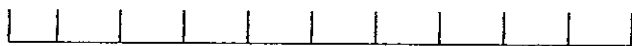


ยอมรับไม่ได้เลย

ยอมรับได้ดี

14. ท่านมีความเจ็บปวดมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

15. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

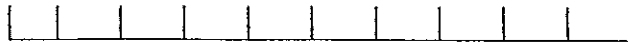


ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

16. ท่านกินอาหารได้มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่ได้เลย

ได้มากที่สุด

17. ท่านมีความสุขในการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

18. ท่านมีความสุขในการพบปะสังสรรค์กับคนในครอบครัวมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

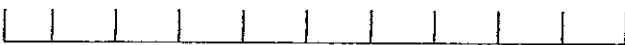


ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

19. ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่ได้รับเลย

ได้รับมากที่สุด

20. ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในครอบครัวมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่ได้รับเลย

ได้รับมากที่สุด

21. ในขณะที่ท่านอยู่คนเดียว ท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

ภาคผนวก จ.

ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ยินยอม
เป็นตัวอย่างในการทำวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา โดยการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ซึ่ง
นางสาวเพ็ญจันทร์ ชุ่มย่อง เป็นผู้วิจัย วิจัยเรื่องนี้จะ เป็นประโยชน์ในการใช้เป็น
แนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา

ในการเป็นตัวอย่างในการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะต้องให้สัมภาษณ์ 2
ครั้ง ครั้งละ 25-30 นาที

ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างแท้จริงว่า

1. ข้าพเจ้าอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงในการเข้าร่วมโครงการ
วิจัยนี้
2. ข้าพเจ้าสามารถจะถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ และการ
ถอนตัวนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้รับจากโรงพยาบาล
3. ข้อมูลต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ในการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำเสนอในทาง
วิชาการได้โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด
4. การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่อันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับ
ข้าพเจ้า แต่ถ้าข้าพเจ้าสามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่าได้รับอันตรายจากการเข้า
ร่วมวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถเรียกร้องสิทธิในการรักษาพยาบาลได้

ผู้ยินยอมลงนาม..... วันที่

ผู้วิจัยลงนาม..... วันที่

พยานลงนาม..... วันที่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวเพ็ญจันทร์ จุ้นย่อง

วัน เดือน ปี เกิด 30 ธันวาคม 2506

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรวิชา พยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา	พ.ศ. 2529

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง : วิทยาจารย์ ระดับ 4
สังกัด : วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส อำเภอเมือง
จังหวัดนราธิวาส