ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

นางสาวสุชาดา ธราพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOMS, SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN MALES WITH HEAD AND NECK CANCER TREATED BY RADIATION, SOUTHERN REGION.

Miss Suchada Tharaporn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

สุชาดา ธราพร: ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา.(RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOMS, SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN MALES WITH HEAD AND NECK CANCER PATIENTS TREATED BY RADIATION, SOUTHERN REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์, 120 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จากการคำนวณสัมประสิทธิ์ครอนบาคได้เท่ากับ .80, .75, .80และ.71 ตามลำดับ วิเคราะห์หาข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.90, SD = 0.52)

2. ความถี่และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา(r = -.282, r = -.380 ตามลำดับ; p<.05) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (r=.126; p<.05)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา 2555 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277641636: MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: SYMPTOMS/ SYMPTOM MANAGEMENT / SOCIAL SUPPORT / QUALITY OF LIFE / HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

SUCHADA THARAPORN: RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOMS, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE IN MALES WITH HEAD AND NECK CANCER PATIENTS TREATED BY RADIATION, SOUTHERN REGION. THESIS ADVISOR: ASS0C.PROF.SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 121 pp.

The purposes of this study were to examinetion the relationships between symptoms, social support, and quality of life in males with head and neck cancer patients treated by radiation, southern region. One hundred and thirty males with head and neck cancer patients treated by radiation were selected from The Suratthani Cancer Center. Data were collected by using structured interviews: Demographic Data Record From, Symptoms Questionnaire, Symptom Management Questionnaire, Social Support Questionnaire, Quality of life Questionnaire were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients for the scale were .80, .75, .80 and .71 respectively. The statistic analized by using computer software package.

Major finding of this study were as follows:

1. Quality of life in males with head and neck cancer patients treated by radiation was at the high level ($\overline{X}$ = 2.90, SD = 0.52)

2. There were negative statistically significant relationships between frequency of symptom and severity of symptoms, and quality of life in males with head and neck cancer patients treated by radiation, southern region at the lower and moderate level ($r = -.282, p<.05$, $-.380$, $p<.05$ respectively).There were positive statistically significant relationships between social support and quality of life in males with head and neck cancer patients treated by radiation, southern region at the lower level of .05 ($r = .126$, $p<.05$)

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2012 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานีที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลและพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยในทุกท่านและผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้จนสำเร็จ

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อนร่วมชั้นทุกท่านตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือ ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ และกำลังใจที่ดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจแข็งแรง สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อไทย..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ
กิตติกรรมประกาศ..... ฉ
สารบัญ..... ช
สารบัญตาราง..... ฌ
สารบัญแผนภาพ..... ญ

บทที่

1 บทนำ..... 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4
คำถามการวิจัย..... 5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 5
สมมติฐานการวิจัย..... 6
ขอบเขตการวิจัย..... 6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7
ประโยชน์ที่ได้รับ..... 10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 11
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ..... 11
รังสีรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ..... 15
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา..... 21
แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al (2001)..... 26
ความสัมพันธ์ระหว่างอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ..... 30
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
มะเร็งศีรษะและคอ..... 33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 36

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 41

3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 42

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 42

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 43

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 51

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 54

5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 69

สรุปผลการวิจัย..... 70

การอภิปรายผล..... 72

ข้อเสนอแนะ..... 79

รายการอ้างอิง..... 81

ภาคผนวก..... 90

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 91

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 93

ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 107

ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 114

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 119

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม……	51
2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล……55	
3	แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา จำแนกชนิดของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค ปริมาณรังสีที่ได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา (n=130)……	57
4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา(n=130)……	59
5	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการ จำแนกตามความถี่ของอาการ (n=130)……..	60
6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการ จำแนกตามความรุนแรงของอาการ(n=130)……	61
7	แสดงจำนวนและร้อยละของอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก……..	62
8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา……..	63
9	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)……	67
10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา(n=130)……	115
11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา(n=130)……	117

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก จากสถิติโรคมะเร็งแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2552 (American Cancer Society, 2009) พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองมาจากโรคหัวใจ โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่สูงมากถึง 1,479,350 ราย และจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 562,340 ราย ในประเทศไทยสถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรไทย จำนวน 56,058 ราย คิดเป็น 88.3 ต่อแสนประชากร เพศชาย จำนวน 32,699 ราย คิดเป็น 104.6 ต่อแสนประชากร และเพศหญิง จำนวน 23,359 คิดเป็น 72.6 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

อุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งศีรษะและคอในอเมริกาพบประมาณร้อยละ 4.99 ของมะเร็งทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 2:1 (American Cancer Society, 2009) สำหรับในประเทศไทยในปี 2552 พบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 8.4 และเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 2.9 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติและคณะ, 2552) สำหรับภาคใต้มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอเพศชายจำนวน 12.9 ต่อแสนประชากร พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) สาเหตุสำคัญของมะเร็งศีรษะและคอ คือการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา นอกจากนี้ยังพบว่า การอมยาเส้น และการเคี้ยวหมากเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544) การรักษาโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในปัจจุบันประกอบด้วย การรักษาด้วยการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการให้ยาเคมีบำบัด ในการรักษามะเร็งศีรษะและคอประมาณร้อยละ 60-80 มักได้รับการรักษาด้วยรังสี เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอมีความไวต่อรังสี (Otto, 1991 อ้างถึงใน จิตติยา สมบัติบูรณ์, 2545) การรักษาด้วยรังสีรักษาเพื่อหวังให้หายขาดจะต้องใช้ปริมาณรังสี ตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลข้างเคียงจากรังสีรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์และคณะ, 2534) อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ภายในหนึ่งสัปดาห์หลังจากได้รับรังสีรักษา และมีอาการปรากฏอยู่ตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา จนกระทั่งได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์

และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาและปริมาณของรังสี ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นระยะเวลายาวนาน 6-8 สัปดาห์ (Yasko, 1982; Ladder, 1971, อ้างถึงในจิตติยา สมบัติบูรณ์, 2545) อาการข้างเคียงดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

คุณภาพชีวิต(Quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น (WHOQOL Group,1998) และคุณภาพชีวิตยังเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะโรคหรือการรักษา ซึ่งคุณภาพชีวิตประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Cella, 1997 อ้างถึงใน นงลักษณ์ สรรสมและสุรีพร ธนศิลป์, 2553) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอนั้นได้รับผลกระทบจากการรักษาด้วยรังสีรักษาตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสี ซึ่งผลข้างเคียงจากรังสีรักษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกาย เช่น ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก ภาวะน้ำลายแห้ง การรับรสชาดอาหารเปลี่ยนแปลงไป (Vanและคณะ, 2008) อาการข้างเคียงเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทางด้านร่างกาย และอาการดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจด้วยเช่นกัน กล่าวคืออาการดังกล่าวก่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเกิดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาสัปดาห์ที่ 4 และอาการวิตกกังวลจะลดลงในสัปดาห์ที่ 8 แต่อาการซึมเศร้ายังคงอยู่ตลอดช่วงที่ผู้ป่วยรับการรักษา (Armstrong, 2006; Kohda และคณะ, 2005) นอกจากนั้นอาการข้างเคียงจากการรักษายังส่งผลต่อความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องในการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคม และปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Babin และคณะ, 2008)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสี ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านครอบครัว/สังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้นในแต่ช่วงระยะเวลาของการได้รับรังสีรักษา ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดต่ำลง (นฤมล ศาสตร์สุข, 2540) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จึงแสวงหากลวิธีจัดการกับอาการ นอกจากการรักษาด้วยแผนปัจจุบันแล้ว ผู้ป่วยยังนำวิธีการรักษาแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการกับอาการจาก

ผลข้างเคียงของรังสี การดูแลแบบผสมผสาน เป็นการรักษาแบบเสริม ซึ่งเป็นระบบบริการรักษาพยาบาลที่สามารถจัดเสริมเพิ่มเติมควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (สุรีพร ธนศิลป์, 2552) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการนำวิธีการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น จากการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ(2545) พบว่า มีการนำการบำบัดเสริมดุลยภาพในผู้ป่วยมะเร็ง 10 วิธีที่ใช้มากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ สวดมนต์ภาวนา พยายามคิดในสิ่งที่ดี ฟังเพลง ดูหรือฟังรายการธรรมะ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารบางชนิด ใช้สมุนไพร ประกอบพิธีกรรม/สะเดาะเคราะห์ ฟังเรื่องตลบ ขบขัน และทำสมาธิ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้นำวิธีการดังกล่าวมาปฏิบัติทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริเจริญวงศ์ (2542) ที่พบว่า สมุนไพรช่วยให้ผู้ป่วยเอชไอวีและมะเร็งรับประทานอาหารได้มากขึ้น รู้สึกไม่อ่อนเพลีย ถ่ายสะดวก อาการแน่นอึดอัดท้องน้อยลง ร่างกายแข็งแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าวิธีการใช้แพทย์ทางเลือก 4 วิธีแรกเรียงตามลำดับ (ประเมินตามความถี่ของการใช้แพทย์ทางเลือก) คือ การปรับโครงสร้างร่างกาย การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวและการพักผ่อน (Astin,1998) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติในทางบวกเมื่อได้รับการรักษาแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลแบบผสมผสานให้ผลดี (Schernhammer, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสมสารและสุรีพร ธนศิลป์ (2552) พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด มีอาการปวดลดลง

นอกจากการดูแลแบบผสมผสานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมทั่วไป รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เพื่อน และระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆประกอบด้วย 4 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลสื่อสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน และการสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (House,1981 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย,2548) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบระดับการสนับสนุนมากและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดุษฎีบูล บุตรสีทา, 2543) และพบว่าปัจจัยสนับสนุนทางสังคมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (ขนิษฐา นิลศร, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สงนวล (2548) ที่พบการสนับสนุนจากสังคมใกล้ตัวและการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลต่อการเยียวยาด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าได้มีการพยายามหากลวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยบุคลากรทางการพยาบาลและใช้รูปแบบการพยาบาลแผนปัจจุบัน เช่น การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ภาวะน้ำลายแห้งและการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรรณา ฉายอรุณ, 2550; พันทิตา เฉลิมพนาพันธ์และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน, 2550) อย่างไรก็ตามพบว่างานวิจัยในส่วนการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสีรักษาพบว่ายังมีการศึกษาเพียงแค่ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (ดุษฎีบูล บุตรสีทา, 2543) แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปโดยนำสมุนไพรมาใช้จัดการกับอาการ และใช้เป็นการบำบัดเสริมดุลยภาพ โดยผู้ป่วยมีการจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้านและมีระยะเวลาที่แน่นอน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2550; อภิรดี ลดาวรรษ์, 2546) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเน้นที่ อาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่เน้นการดูแลด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาเป็นอย่างไร
2. อาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาหรือไม่อย่างไร
3. กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาเป็นอย่างไร
4. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์จากอาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันโดย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่ อาการหรืออาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา กลวิธีการจัดการอาการ ได้แก่ การแสวงหาวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแบบผสมผสาน ส่วนผลลัพธ์อาการ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อมโนทัศน์หลักของกรอบแนวคิด มีรายละเอียดดังนี้

อาการ หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ตามแบบจำลองการการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น ดังนั้นอาการหรืออาการข้างเคียงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาที่นำมาศึกษาจำนวน 14 อาการ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการปากแห้ง อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ

อาการกลืนอาหารลำบาก การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ อาการพิษต่อหู อาการระคายเคืองของตา อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เหนื่อยง่าย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร (อภิรดี ลดาวรรษ์, 2546; นารี ชื่นคล้าย, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในด้านความถี่ ความรุนแรงและการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนการรักษา(สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง, 2550) ดังนั้น อาการดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดอาการหรือทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเงินและสิ่งของและการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (นงลักษณ์ สรรสม, 2552; Sammarco, 2001; วนิดา รัตนานนท์ และ สุรีพร ธนศิลป์, 2548) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย(Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้แก่ มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก ไฮโพฟาริงซ์ หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย และรับการรักษาด้วยรังสี

ตัวแปรที่ศึกษา คือ อาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ ขอบเขตที่คาดหวังโดยไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ครอบคลุมความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Cella (1997) มีรายละเอียดดังนี้

ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าร่างกายแข็งแรงด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา รับรู้ต่อการได้รับการดูแลหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดด้วยตัวของผู้ป่วย

ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ความหวัง หรือ ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเอง

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความสามารถในการยอมรับของตัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ใช้แบบประเมินวัดคุณภาพผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G: Thai Version แปลโดย วรชัย รัตนธราธร แม้นมนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล (2544) โดยการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา คิดเป็นคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อาการ หมายถึง อาการหรืออาการข้างเคียงครอบคลุม 14 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการปากแห้ง อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ อาการกลืนอาหารลำบาก การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ อาการพิษต่อหู อาการระคายเคืองของตา อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เหนื่อยง่าย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ที่เกิดขึ้นในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา โดยการประเมินความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน

การประเมินแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ที่ดัดแปลงจาก อภิรดี ลดาวรรษ์(2546) ประกอบด้วยแบบสอบถามด้านความถี่ของอาการ โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบ่อยหรือตลอดเวลา แบบสอบถามด้านความรุนแรงของอาการ โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีอาการรุนแรงมากจนทนไม่ไหว และแบบสอบถามอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยจัดลำดับอาการ 5 อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด (เรียงอันดับอาการจากมากไปน้อย)

กลวิธีการจัดการกับอาการ หมายถึง การแสวงหาวิธีการเพื่อลดหรือควบคุมอาการหรืออาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา โดยครอบคลุมการจัดการกับอาการแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแบบผสมผสาน มีรายละเอียดดังนี้ คือ

กลวิธีการจัดการกับอาการแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการการใช้ยาแก้ปวด การใช้น้ำยาบ้วนปาก และการยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง

กลวิธีการจัดการกับอาการแบบการแพทย์ปัจจุบันร่วมกับแบบผสมผสาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาเลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งจาก 5 กลุ่ม ได้แก่ การแพทย์ทางเลือก การบำบัดโดยการประสานกายและจิต การใช้สารชีวภาพ การใช้สารชีวภาพและ พลังบำบัด ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา นำวิธีการฝังเข็ม กดจุดและการแพทย์อายุรเวท มาใช้ในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

การบำบัดโดยการประสานกายและจิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสีรักษา นำวิธีการใช้สมาธิบำบัด การสวดมนต์ มาใช้ในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

การใช้สารชีวภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา นำสมุนไพร วิตามิน และอาหารชีวจิต มาใช้ในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

การจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา นำวิธีการนวด การจัดกระดูก มาใช้ในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

พลังบำบัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา นำวิธีการ ได้แก่ โยเร พลังจักรวาล และชี่กง มาใช้ในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

โดยประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ที่ดัดแปลงจาก สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง(2550) ประกอบด้วยกลวิธีการจัดการกับอาการจำนวน 8 วิธี โดยคะแนนค่าเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้กลวิธีการจัดการกับอาการนั้นมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆจากบุคคลในสังคม เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลสื่อสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน และการสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ตามแนวคิดของ House (1981) ดังรายละเอียด

1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ได้รับการสนับสนุนในเรื่อง ความรู้ ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการได้รับฟังสิ่งต่างๆ จากบุคคลในสังคม เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางการพยาบาล

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลสื่อสาร หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาได้รับการสนับสนุนในข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย จากบุคคลในสังคม เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางการพยาบาล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ได้รับการสนับสนุน โดยให้ความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้เวลา สิ่งของหรือเงิน จากบุคคลในสังคม เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางการพยาบาล

4. การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาได้รับการสนับสนุนในการได้รับข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับ

ในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา รวมถึงการสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อม จากบุคคลในสังคม เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาล

โดยประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ดัดแปลงจากมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก ไฮโพฟาริงซ์ หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย และรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

ประโยชน์ที่ได้รับ

1.สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ส่งเสริมความรู้ และการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการพยาบาลแผนปัจจุบัน

2.สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน ด้านการจัดการกับอาการด้วยการดูแลแบบผสมผสาน การสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อส่งเสริมคุณภาพบริการที่ดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา
3. แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน (Orpharynx) ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก (Nasopharynx) ไฮโพฟาริงซ์ (Hypopharynx) หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย (Brady, Heilman, &Molls, 2003) สาเหตุที่สำคัญของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การอมยาเส้น การสูบกัญชาและการเคี้ยวหมาก ส่วนพยาธิสภาพของมะเร็งศีรษะและคอที่พบบ่อยที่สุด คือ Squamous cell carcinoma (SCC) ลักษณะทางพยาธิวิทยา ได้แก่ well-differentiated, moderately-differentiated และ poorly differentiated (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

1.1 อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งศีรษะและคอในอเมริกาพบประมาณร้อยละ 4.99 ของมะเร็งทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 2:1 (American Cancer Society, 2009) สำหรับในประเทศไทยในปี 2552 พบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 8.4 และเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 2.9 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติและคณะ, 2552) สำหรับภาคใต้มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอเพศชายจำนวน 12.9 ต่อแสนประชากร พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1.2 ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มักมาพบพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดง ตามตำแหน่งของการเกิดโรค ดังนี้ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

มะเร็งช่องปาก (Oral cavity) ได้แก่ ริมฝีปาก เหงือก บริเวณพื้นปาก เยื่อบุช่องปาก เพดานแข็งและ 2 ส่วน 3 ของลิ้นส่วนหน้า มักมาพบแพทย์ด้วยแผลเรื้อรัง ในระยะแรก มักไม่อาการปวด ถ้ามีอาการปวด แสดงว่ามะเร็งลุกลามลึกลงไปในส่วนนั้นๆ หรือลุกลามไปตามเส้นประสาทหรือกระดูก ประมาณร้อยละ 30-45 มาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็ง ออโรฟาริงซ์ (Oropharynx) ได้แก่ ต่อมทอนซิล โคนลิ้นและเพดานอ่อน มักมาด้วยอาการเจ็บคอ กลืนเจ็บกลืนอาหารลำบาก เสียงแหบ พูดไม่ชัด ประมาณร้อยละ 44-76 มาด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองโต

มะเร็ง สุปรากอสติส(Supraglottis) มักมาด้วยอาการเจ็บคอ กลืนเจ็บ รู้สึกว่ามีก้อนในลำคอ เมื่อเป็นมากจะมีอาการเสียงแหบ เจ็บในหู มีต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ หายใจมีกลิ่นเหม็น กลืนลำบาก หรือกลืนสำลัก

มะเร็งส่วน ไฮโพฟาริงซ์ (Hypopharynx) มักมาด้วยอาการกลืนเจ็บ และปวดหู เมื่อเป็นมากมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบหรือมีกลิ่นเหม็นในช่องปาก และส่วนมากจะพบแพทย์ด้วยต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ

มะเร็งหลังโพรงจมูก (Nasopharynx) มักมาด้วยอาการหูอื้อ หรืออาการอื่นๆ เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เลือดออกทางจมูก หรือความผิดปกติของเสียง ประสาทตา

มะเร็งต่อมน้ำลาย (Parotid gland) มักมาด้วยอาการบวมหรือมีก้อนบริเวณต่อมน้ำลาย และอาจมีอาการปวดที่ก้อนหรือปวดที่บริเวณใบหน้า กดเจ็บหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

1.3 การจำแนกระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคออาจแบ่งระยะของโรคตามความรุนแรงจากน้อยไปมากได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้ (สุเมธ พีรวุฒิ, 2541)

ระยะที่ 1 เป็นระยะเริ่มแรกของมะเร็ง อาจเกิดก้อนเนื้อหรือแผลขนาดเล็ก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 เซนติเมตร เกิดเฉพาะที่ในอวัยวะที่เป็น เช่น ริมฝีปาก จมูก ลิ้น เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มะเร็งมีขนาดโตมากขึ้น แผลหรือก้อนเนื้อมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-4 เซนติเมตร หรืออาจมีขนาดเล็กกว่า แต่เซลล์มะเร็งได้กระจายเข้าสู่พื้นที่ข้างเคียง เช่น มะเร็งริมฝีปากที่ลุกลามเข้าสู่กระพุ้งแก้มหรือเหงือก

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งได้กระจายเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณใกล้เคียง เช่น มะเร็งริมฝีปากที่ตรวจพบก้อนน้ำเหลืองที่บริเวณใต้คางหรือใต้กระดูกขากรรไกร

ระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้าย เซลล์มะเร็งมีขนาดใหญ่ และลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียงต่างหรือแพร่กระจายเข้าสู่อวัยวะต่างๆที่อยู่ห่างเซลล์มะเร็ง เช่น ปอด ตับ และกระดูก เป็นต้น

1.4 ความรุนแรงของมะเร็งศีรษะและคอ

การแบ่งความรุนแรงของโรค ตามระบบ TNM (tumor, node, metastasis) เป็นระบบที่นิยมใช้กัน ซึ่งมี 2 ระบบ คือ American Joint Committee on Cancer (AJCC) และ International Union against Cancer (UICC) มีรายละเอียดทั่วไปดังนี้ (สาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์, 2541; AJCC, 2002)

Primary tumor (T): **ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ**

Tx ไม่สามารถประเมินขนาดของมะเร็งได้

T_0 ไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นของมะเร็งได้

Tis มะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ)

T_1 มะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร

T_2 มะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 4 เซนติเมตร

T_3 มะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 4 เซนติเมตร

T_4 มะเร็งมีการแพร่กระจายไปในโครงสร้างอื่นๆ เช่น มะเร็งริมฝีปาก มีการแพร่กระจายผ่านส่วนนอกของกระดูก (Cortical bone) เส้นประสาทอินฟีเรียอัลวิโนวา (Inferior alveolar nerve) เพดานปาก หรือผิวหนังบริเวณใบหน้า คาง หรือ จมูก

T_{4a} มะเร็งมีการแพร่กระจายไปในโครงสร้างอื่นๆ ที่สามารถผ่าตัดได้ (resectable) เช่น มะเร็งช่องปาก มีการแพร่กระจายผ่านส่วนนอกของกระดูก (Cortical bone) ลึกลงไปในส่วนของกล้ามเนื้อลิ้น โพรงขากรรไกรบน (maxillary sinus) หรือผิวหนังบริเวณใบหน้า

T_{4b} มะเร็งมีการแพร่กระจายไปในโครงสร้างอื่นๆ ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (unresectable) มะเร็งมีการแพร่กระจายไปถึงช่องเมสติเคเตอร์ (masticator space) กระดูกเทอริกอยด์ (pterygoid plated) หรือฐานกะโหลก (skull base) และหรือหลอดเลือด แดงที่คอ (carotid artery)

Regional node (N): **ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง**

Nx ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N_0 ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

N_1 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 3 เซนติเมตร

N_2 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามก้อนมะเร็ง หรือทั้งสองข้าง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N_{2a} มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N_{2b} มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่งข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N_{2c} มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้าง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N_3 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้าง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 6 เซนติเมตร

Distant metastasis (M): **การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่น ๆ**

Mx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย

M_0 ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง

M_1 มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

Staging grouping: **ระยะความรุนแรงของโรค**

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0
Stage IVA	T4a	N0-2	M0
	Any T	N2	M0

Stage IVB	T4b	Any N	M0
	Any T	N3	M0
Stage IVC	Any T	Any N	M1

1.5 รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

การรักษามะเร็งศีรษะและคอประมาณร้อยละ 60-80 มักได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอมีความไวต่อรังสี (Otto, 1991 อ้างถึงใน จิตติยา สมบัติบูรณ์, 2545) ปริมาณรังสีที่ใช้รักษามะเร็งศีรษะและคอ เพื่อมุ่งหวังให้หายขาด จะใช้ปริมาณ 60-70 Gy ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของมะเร็งนั้น โดยปกติจะฉายรังสีแก่ผู้ป่วยวันละ 1.8-2 Gy ฉายสัปดาห์ละ 5 วัน ใช้เวลาทั้งสิ้น 6-8 สัปดาห์ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

1.5.1 บทบาทของรังสีรักษา

การรักษาด้วยรังสีรักษาในมะเร็งศีรษะและคอ มีวัตถุประสงค์ดังนี้ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

1. Cure รังสีรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาดนั้น จะต้องใช้ปริมาณรังสีสูง คือ radical dose 60-75 Gy ใน 6-8 สัปดาห์ ดังนั้น จะต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงจากรังสีด้วย เช่น อาการเจ็บคอ กินอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายอาจทนการฉายรังสีปริมาณขนาดนี้ไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมาก หรือผู้ป่วยที่ติดสุรา บุหรี่

2. Palliation ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ โรคอยู่ในระยะที่มากแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ขณะเดียวกันจะมีอาการต่างๆจากโรคนั้น เช่น อาการปวด เลือดออกเป็นแผล กลืนไม่ได้ หรือต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น รังสีรักษามีบทบาทอย่างมากในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านี้ ปริมาณรังสีจะเป็น Palliative dose เช่น 30 Gy ใน 2 สัปดาห์

3. Combination with Surgery ในบางระยะของมะเร็งศีรษะและคอ จำเป็นต้องใช้การรักษาร่วมระหว่างการผ่าตัดกับรังสีรักษา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด การรักษาร่วมอาจให้เป็น Preoperative หรือ postoperative radiotherapy

1.5.2 ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

1.5.2.1 ผิวหนัง มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษาเป็นผลข้างเคียงที่พบมากเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสี เป็นปฏิกิริยาเฉียบพลันและเรื้อรัง เมื่อได้รับรังสีรักษา 1,000-2,000 เซ็นติเกรย์ หรือประมาณ 2-3 สัปดาห์ เกิดผื่นแดง (erythema) บริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี ในระยะต่อมาเมื่อบริเวณผิวหนังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะเริ่มแห้ง ตกสะเก็ด

และเปลี่ยนเป็นสีดำ (dry desquamation) คล้ายรอยไหม้ เกิดจากรังสีไปกระตุ้นให้มีการสร้างเม็ดสี (melanin) มากขึ้นในเซลล์ผิวหนัง เซลล์epithelial ถูกทำลายทำให้เกิดภาวะการรั่วซึมของซีรั่มในชั้นใต้ผิวหนังเกิดเป็นแผลแตกเยิ้ม คล้ายแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก (Moist desquamation) ส่วนผลในระยะยาวอาจเกิดขึ้นภายหลังฉายรังสีครบแล้ว 6-8 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ ผิวหนังอาจเกิดการฝ่อลีบ (skin atrophy) เยื่อบุผิวหนังแห้ง (xerosis) และมีพังผืด (fibrosis) จากการทำลายเส้นเลือดที่มาเลี้ยงผิวหนัง และบางรายอาจเกิดการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยที่มีลักษณะคล้ายใยแมงมุม (telangiectasia)

1.5.2.2 ภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก

1.5.2.2.1 เยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis) เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีมากกว่า 5,000 เซนติเกรย์ (Eptein, & Schubert, 2003) ตำแหน่งที่เกิดเป็นตำแหน่งแรกๆและพบบ่อยรวมทั้งเมื่อเกิดจะมีความรุนแรงมาก คือ เยื่อบุของเพดานอ่อน ทอนซิลทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุช่องปาก บริเวณด้านข้างของลิ้นและผนังคอหอย เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 1-2 เยื่อบุช่องปากจะเริ่มเป็นสีแดง (erythematous mucosa) และเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเป็นหย่อมๆ เรียกว่า Patchy pseudo membranous Mucositis ต่อมามีการหลุดลอกและมีซีรั่มซึมออกมา ซึ่งจะเกิดในสัปดาห์ที่ 3-4 ของการฉายรังสีทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย (Loprinzi, Gastineau, & Foote, 2004)

1.5.2.2.2 อาการปากแห้ง (Xerostomia) เกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลาย ทำให้การสร้างน้ำลายลดลงเป็นผลจากการที่มีการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ โดยคนปกติร้อยละ 90 จะผลิตน้ำลายเป็นปริมาณ 1,000-1,500 ซีซีต่อวัน ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะผลิตน้ำลายลดลงร้อยละ 50-60 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 2,500-3,000 เซนติเกรย์ (Chambers, Rosenthal, Weber, 2006)

1.5.2.2.3อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ (Pain) เป็นอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร้อยละ 50-80 เกิดจากรังสีรักษาทำให้เกิดอันตรายกับเซลล์เยื่อบุช่องปาก อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอพบได้เมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสี 2,500 เซนติเกรย์ (Iwamoto, 1997)

1.5.2.2.4 อาการกลืนอาหารลำบาก (Dysphagia) อาการกลืนอาหารลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เป็นผลจากการรักษา (Gaziano, 2002) เป็นผลข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุในช่อง

ปากและคอ น้ำลายแห้ง เกิดความเจ็บปวดเวลารับประทานอาหาร ทำให้เกิดปัญหาในการกลืน (Camp-Sorrell, 2004)

1.5.2.2.5 **การเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร** (Taste alteration) จะเกิดขึ้นได้หลังได้รับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ การรับรสบางอย่างจะดีขึ้นภายใน 1-2 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา และจะเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ภายใน 2-4 เดือน หรืออย่างช้าที่สุดประมาณ 6-12 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา (Sonis, 1993; Strohl, 1999)

1.5.2.2.6 **อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ** (Trismus) เป็นผลจากรังสีรักษาโดยเฉพาะหากได้รับปริมาณรังสีรักษาสูงถึง 6,000-7,000 เซนติเกรย์ จะทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนถูกทำลายโดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวหรือบริเวณส่วนหลังขากรรไกรล่าง (posterior mandible) และมีโอกาสทำให้เกิดพังผืดจากการมีแคลเซียมมาเกาะมาก (ankylosis) (สาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์, 2541)

1.5.2.2.7**อาการฟันผุ** (Dental caries) เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำลายจากการได้รับรังสีรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีมากกว่า 1,000 เซนติเกรย์ อาจพบฟันมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย เช่นความผิดปกติของเนื้อฟันและเคลือบฟัน (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544)

1.5.2.3 **อาการพิษต่อหู** (Ototoxicity) จากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอโดยเฉพาะโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) อาจกระทบต่ออวัยวะใกล้เคียงคือ ท่อยูสเตเชียน ซึ่งอยู่บริเวณที่ฉายรังสี อาจทำให้ท่อตีบตัน ส่งผลให้การได้ยินเสียไป (Shiba, 1999; Strohl, 1999)

1.5.2.4 **อาการระคายเคืองของตาจากรังสี** เกิดในกรณีที่ได้รับรังสีปริมาณมากและบริเวณกว้าง อาจทำให้เกิดการระคายเคืองได้เล็กน้อย เช่น อาการอักเสบ ตาแดง บวม คัน อาจจะปวดตาและอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดการระคายเคือง

1.5.2.5 **การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปของรังสี** พบได้ร้อยละ 70 คือ อาการอ่อนล้า เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ภาวะซีดและภูมิต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวได้ช้ากว่าปกติ (มาลี นิ่มพงษ์พันธ์, 2551; นารี ชื่นคล้าย, 2548)

นอกจากนี้ยังพบอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจากการศึกษาของ ประนอม หนูเพชร และวีณา คันฉ้อง (ประนอม หนูเพชร และวีณา คันฉ้อง, 2544 อ้างถึงในอภิรดี ลดาวรรษ์, 2546) มีรายละเอียดดังนี้

1. อาการเสียงแหบ เกิดจากการขวางของก้อนมะเร็ง ทำให้เวลาออกเสียง สายเสียงไม่สามารถมาชิดกันได้พอดี เสียงที่เปล่งออกมาจึงแหบ

2. อาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เกิดจากก้อนมะเร็งที่ใหญ่ลุกลามเข้าไปในคอ หรือกดเบียดทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้เกิดอาการกลืนอาหารลำบาก กลืนแล้วเจ็บ อาการปวดจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะและความรุนแรงของโรค บางรายอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หู เกิดจากการรบกวนการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve)

3. อาการหายใจลำบาก เหนื่อย หรือหายใจมีเสียงดัง หรือคล้ายคนเป็นหอบหืด เนื่องจากก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจาย หรือโตมากขึ้นจนไปอุดกั้นทางเดินหายใจ

4. อาการแสดงทางประสาทตา เกิดจากการที่เนื้องอกลุกลามไปที่ใต้กะโหลก แล้วทำลายเส้นประสาทสมองทั้งหลายที่อยู่บริเวณที่มะเร็งลุกลามไป เช่น ประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อ ของลูกตา ทำให้เกิดตาเหล่ จากกล้ามเนื้อบางส่วนสูญเสียการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ว่าอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย อาการเฉพาะที่จำนวน 9 อาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการปากแห้ง อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ อาการกลืนอาหารลำบาก การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ อาการพิษต่อหู อาการระคายเคืองของตา และอาการแทรกซ้อนทั่วไป จำนวน 5 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าเหนื่อยง่าย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

การดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา แบ่งเป็น 3 ระยะ (ประยุทธ โรจน์พรประเสริฐ, 2544) ดังนี้ คือ

1.6.1. การพยาบาลก่อนการฉายรังสี

- ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด และ ผลชิ้นเนื้อที่จำเป็น
- แก้ภาวะทุโภชนาการ ความไม่สมดุลของเกลือแร่ และภาวะซีด เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการฉายรังสี
- มีผลพยาธิยืนยัน
- ระยะของโรค (Staging)
- ส่งผู้ป่วยตรวจฟันก่อนฉายรังสี
- วางแผนการรักษาด้วยรังสี

1.6.2. การพยาบาลระหว่างการรักษาด้วยรังสี คือ การรักษาอาการต่างๆที่เกิดจากการฉายรังสี ได้แก่

1.อาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนการฉายรังสี หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนการฉายรังสี 3-4 ชั่วโมงก่อนการฉายรังสี จึงรับประทานอาหารอ่อนๆเบาๆ โดยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง งดอาหารที่รสจัดและอาหารที่มันมาก หลีกเลี่ยงอาหารที่เย็นจัดหรือร้อนจัด เป็นต้น

2. หลีกเลี่ยงจากการโดนน้ำ การใช้น้ำหอม ครีมหรือโลชั่น แป้งธรรมดาทาตัวบริเวณฉายรังสี เนื่องจากผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีจะเปลี่ยนสีและยุ่ยลอกออกง่าย ซึ่งน้ำ โลชั่น แป้ง เป็นตัวทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกความร้อนหรือเย็นมากเกินไป และการกระทบกระแทก การถูและเกาแรงๆ เป็นต้น

3. การเจ็บปาก และประสิทธิภาพในการเคี้ยวบดอาหารลดลง ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รับประทานอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนจากปลาและถั่งต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 แคลอรี่ ที่ต้องได้รับจากอาหารทั้งหมดใน 1 วัน ลดอาหารประเภทไขมันสูงและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหารเพิ่มมากขึ้น เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด และถั่วๆ ผักและผลไม้ที่มีสีส้มหรือสีเหลืองมากขึ้น ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 ซีซี/วัน เพื่อบรรเทาอาการท้องผูก โดยปรับเปลี่ยน ชนิดของเครื่องดื่มตามความชอบ และเป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น นมสด นมถั่วเหลือง หรือน้ำผลไม้เป็นต้น

5. การออกกำลังกาย เช่นการเดินหรือวิ่งเหยาะๆ วันละ 15-20 นาที โดยทำเป็นประจำ 3วัน/สัปดาห์ และพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 8-10 ชั่วโมง

6.ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยหาวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การระบายความรู้สึกต่างๆ กับผู้ใกล้ชิด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

7. ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

- สังเกตอาการบริเวณผิวหนัง ที่ได้รับรังสีรักษาอย่างสม่ำเสมอ และไม่ให้โดนน้ำ การใช้น้ำหอม ครีมหรือโลชั่น แป้งโรยตัวทา บริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อป้องกันการอักเสบและติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา

- ป้องกันการอักเสบภายในช่องปาก โดยทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด หรือเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็น

จัด หรืออาหารแข็งที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก ถ้าพบมีการอักเสบหรือติดเชื้อแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบเพื่อให้ความช่วยเหลือ

- เมื่อมีภาวะซีด ควรพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ 8-10 ชั่วโมง ทั้งกลางวันและกลางคืน ปรับการทำกิจกรรมให้เหมาะสม ลดการใช้พลังงานร่างกาย เพิ่มเวลาในตอนกลางวัน อย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง

- เมื่อมีอาการท้องเสีย บรรเทาอาการโดยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารสุกสะอาดมีกากหรือเส้นใยน้อยกว่าปกติ อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรี่สูง

- เมื่อมีอาการท้องผูก บรรเทาโดยการดื่มน้ำมากวันละๆ 2,500-3,000 ซีซี/วัน ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานอาหารที่กากและเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการท้องผูกติดต่อกันหลายวัน ให้แจ้งให้พยาบาลรับทราบเพื่อรายงานแพทย์รับทราบอาการและให้การรักษา

- ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วง โดยใช้ยาสระผมชนิดอ่อน หวีผมเบาๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การอบผมหรือดัดผม

- บรรเทาอาการผิวหนังแห้ง ผื่นคัน โดยการรักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีมหรือโลชั่นทาบริเวณผิวหนัง แต่หลีกเลี่ยงการทาบริเวณฉายรังสี ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดแรงๆ

- ป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดน้อยลง โดยการรับประทานอาหารที่สุกสะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อโรค หรือการได้รับเชื้อโรคจากบุคคลอื่น

- ป้องกันการเกิดเลือดออก จากการที่มีเกร็ดเลือดลดลง มีภาวะเลือดออกง่าย โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อบุต่างๆ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ต่างๆที่แสดงออกของการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง เป็นต้น

1.6.3. **การพยาบาลหลังจากการรักษาด้วยรังสี** แนะนำให้ผู้ป่วยระวังสุขภาพช่องปาก การบริหารช่องปาก การฟื้นฟูช่องปาก และการมาตรวจตามนัด เพื่อตรวจหาการกลับเป็นใหม่ของโรค และรักษาภาวะแทรกซ้อนจากรังสี

2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์กรอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1998) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต (Quality of life) ไว้ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ออนไลท์ (2552) ไม่ได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตโดยตรง แต่ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ และ คำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย เมื่อนำมารวมกันจึงสรุปได้ว่า บุคคลที่มีความเป็นอยู่ที่ดี

Zhan (1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับการดำรงชีวิตและประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

FerranและPowers(1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุก ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ

Ferrell และคณะ (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

Cella (1997) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ โดยไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคมและ ความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ (2538) ให้ความหมายคำว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้หรือความรู้สึกแต่ละบุคคลต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและการรักษา ทัศนคติและสภาวะอารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สุรีพร ธนศิลป์ (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (Dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปของกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงชีวิตต่างๆก็จะได้ผลแตกต่างกัน

PadillaและGrant (Padilla และ Grant, 1983 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2538) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทัศนคติส่วนบุคคล หรือสภาวะอารมณ์ ความผาสุก และการได้รับความช่วยเหลือทางสังคม

Ferrell (Ferrell, 1995 อ้างถึงในจิตติยา สมบัติบูรณ์, 2545) ให้ความหมายคำว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึงการรับรู้ความสุขสบายของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิตที่ได้รับทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ดังนี้จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา หมายถึง การรับรู้ขอบเขตที่คาดหวังโดยไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา ครอบคลุมด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดดังนี้

Ferran (Ferran, 1997 อ้างถึงใน นงลักษณ์ สรรสมและสุรีพร ธนศิลป์, 2553) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบรวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน

1.ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and function domain) เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพตนเอง การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระครอบครัวและสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศและการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) เกี่ยวกับกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อน เป็นการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการผูกมิตรกับบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน ที่พักอาศัย การศึกษาและการทำงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/spiritual domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตที่ตนตั้งไว้ ความสงบสุขในใจ การมีความเป็นตังของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนา การมีความหวังในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมั่นคงหรือวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต

4. ด้านครอบครัว (Family domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว คู่รัก/คู่ครอง บุตรหลาน สุขภาพของครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

Zhan (1992; 796 อ้างใน ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2550) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในเรื่องภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพ

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวอาชีพ การศึกษา และรายได้

Ferrell (1998) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงของวงจรประจำเดือน การเป็นหมัน การนอนหลับ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคลให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกมีประโยชน์ การมีความสุข ความพึงพอใจ การสามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้

3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4.ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ การมีความหวังและจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อทางวิญญาณ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1.ด้านร่างกาย (Physical domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ความรู้สึกมีพลังงาน ความรู้สึกอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน

2.ด้านจิตใจ (Psychological domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3.ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of indepence domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

4.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมและการมีเพศสัมพันธ์

5.ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) เกี่ยวกับความปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิประเทศ

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ

Cella (1997) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-Being) การรับรู้สุขภาพร่างกาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

2. ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (Social/Family well-Being) การรับรู้ต่อการได้รับการดูแลหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

3. ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ (Emotional well-Being) การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความหวัง หรือความวิตกกังวลของตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Function well-Being) การรับรู้ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ หรือความสามารถในการยอมรับของตัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษาในแต่ละเรื่อง ดังนี้

แบบวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบของ Maslow(1970) ที่สร้างโดย อังคณา เรือนก้อน (2540) ประกอบด้วยข้อความที่กล่าวถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก และด้านความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง และด้านการประจักษ์ในคุณค่าตนเอง มีจำนวน 67 ข้อคำถาม เป็นลักษณะมาตรวัด 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูง หมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งของ Padilla and Grants (1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 6 มิติ คือ การรับรู้ด้านความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และการรับรู้ต่อสังคมรอบตัวของผู้ป่วย

แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นจากผู้ป่วยมะเร็งของ Padilla and Grants (1985) นำมาแปลและปรับใช้ให้เข้ากับผู้ป่วยมะเร็งในวัฒนธรรมไทย โดยสมจิต หนุเจริญกุล มีจำนวน 19 ข้อ วัดความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการักษา ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1965 อ้างถึงใน บุญศรี นุเกตุ, 2541) เป็นการวัดความพึงพอใจกับความผาสุกในชีวิต มีลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้น มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 เป็นขั้นบันไดสูงสุด แสดงถึงระดับความผาสุกสูงสุด แบบวัดนี้ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบระดับการรับรู้ความผาสุกด้วยตนเอง โดยตัดสินการรับรู้ระดับการรับรู้ของตนในลักษณะผลรวมทุกด้าน ได้แก่ ความชื่นชมยินดี ความพึงพอใจ ความสุข และการบรรลุถึงความสำเร็จตามที่ตนใฝ่ฝัน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G Thai version แปลเป็นไทยโดย วรชัย รัตนธราธร แม้นมนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล (2544) ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านปฏิบัติ

กิจกรรม รวมทั้งหมด 27 ข้อ เป็นมาตรวัดอัตราส่วน 5 ระดับ คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G Thai version แปลเป็นไทยโดย วรชัย รัตนธราธร แม้นมนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล (2544) ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ cella (1997)

3. แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al (2001)

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจาก แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Larson และคณะ (1994) โดยเน้นถึงปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพ ที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อม ต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการ และแนวคิดผลลัพธ์จากอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการได้กล่าวถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาลที่ประกอบด้วยบุคคล (Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness) สิ่งแวดล้อม (Environment) และการพยาบาล (Nursing) ดังต่อไปนี้

1. บุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล ที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่อวุฒิภาวะ

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ

3. สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดอาการหรือทำให้อาการรุนแรงขึ้น โดยสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมรวมถึงที่บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคม รวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ

4. การพยาบาล ในแบบจำลองกล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดและควบคุมอาการ ไม่ให้รุนแรงมากขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน การวางแผน การพยาบาล และการประเมินผล

3.1 มโนทัศน์หลักของแบบจำลองการจัดการกับอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ (Doddและคณะ, 2001) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1.1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)

เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ประกอบด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) หมายถึงการที่บุคคลสังเกตพบว่าตนเองรู้สึกมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ การรับรู้เกี่ยวกับอาการจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและการรักษา

การประเมินผลของอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึง การตัดสินอาการที่ตนเองเผชิญอยู่ เช่น ความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ความสามารถในการรักษาอาการ และผลกระทบจากอาการ การประเมินเป็นการสะท้อนคุณลักษณะของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่ออาการของโรคซึ่งเกิดจากปัจจัยอันซับซ้อน นอกจากนี้รวมถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งที่เกิดอาการ ลักษณะของอาการที่เป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร ความบ่อยของอาการ ความสัมพันธ์กับการไร้สมรรถนะ และการประเมินถึงสิ่งที่คุกคามต่ออาการ

การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิด หรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากผลสืบเนื่องของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม โดยการตอบสนองทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นอาการทางกายภาพที่ปรากฏออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง การตอบสนองอาการด้านร่างกาย อาจกระตุ้นให้มีการตอบสนองของร่างกายด้านลบอื่นๆด้วย การตอบสนองทางด้านจิตใจ สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนคติ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความตั้งใจลดลง หรืออัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง ส่วนการตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดหรือการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ การตะโกน หรือการทำหน้าที่ของบุคคลที่ลดลง เช่น การหลีกหนีสังคม หรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยนแปลง

3.1. 2. **กลวิธีในการจัดการอาการ** (Symptom management strategies)

มีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการ คือ การป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุด ด้วยการใช้กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์และการใช้ยาในการรักษา การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตลอดเวลา โดยอาศัยกระบวนการทางการพยาบาลที่ประกอบด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีการจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ เช่น การศึกษาของ อมรรัตน์ นธะสนธิ์ (2550) ศึกษาอาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่า การจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีการจัดการกับอาการดังนี้ คือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม รับประทานอาหารสุกใหม่ บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น ใช้ยาแผนปัจจุบันโดยการรับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาวิตามิน 2) การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ โดยการยอมรับความเจ็บป่วย คิดทางบวกว่ามีโอกาสหายจากโรคที่เป็นอยู่ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย วันละ 2 ครั้ง 3) การผ่อนคลาย โดยการพักผ่อนนอนหลับ ดูโทรทัศน์ โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลวิธีการจัดการกับอาการจากแพทย์และพยาบาลจัดการกับอาการด้วยตนเอง

3.1. 3. **ผลลัพธ์ของอาการ** (Outcomes)

เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และเป็นผลจากกลวิธีในการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่

1.ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยรวมถึงรายได้และฐานะเศรษฐกิจ ระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รวมถึงรายได้ที่ลดลงจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน

2.สภาวะอารมณ์ (Emotional status)

3.การดูแลตนเอง (Self-care)

4.ภาระการทำหน้าที่ (Functional status)

5.คุณภาพชีวิต (Quality of life)

6.อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity)

7.อัตราการตาย (Mortality)

8. ความรุนแรงของอาการ (Symptom status)

โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน จากความสัมพันธ์ดังกล่าว มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของแนวคิดต่างๆในแบบจำลองการจัดการกับอาการดังนี้

Thanasilp และ Kongsatrakul (Thanasilpและ Kongsatrakul, 2005 อ้างใน สุรีพร ธนศิลป์, 2552) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ภาระการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัว และกลวิธีในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ต่ำ และต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ (r=.51, r=.28, r=.15, p<.01) แต่ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ (r=-.41, p<.01) นอกจากนี้ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 (adjusted R^2=.36, p<.01) โดยภาวะการทำหน้าที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (ß=.42, t=5.12, p<.01)นั่นคือ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนความสัมพันธ์ของแนวคิดบางแนวคิดที่กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ กล่าวคือ ภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการ ประสบการณ์เหนื่อยล้าซึ่งเป็นแนวคิดในประสบการณ์การมีอาการและการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นแนวคิดในสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการด้วยตนเองซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งในกลวิธีในการควบคุมอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

3.2 อาการและกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษากับคุณภาพชีวิต

3.2.1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่ อาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในแง่ของความถี่ของอาการ ความรุนแรงและการรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสี ประเทศไทยได้มีการศึกษาจากการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ไว้ดังนี้

อภิรดี ลดาวรรษ์ (2546) อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 5 อันดับแรก (ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน) ตามระยะความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง พบว่าอาการที่พบในลำดับต้นๆ ของทุกระยะความรุนแรงของโรคและระยะการดำเนินของโรค คือ 1) อาการปวด /เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) พบว่าประสบการณ์อาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ในด้านความถี่ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารไม่รู้รสชาด 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) กลืนลำบาก 4) ปวด/เจ็บคอ 5) เบื่อ

อาหาร อาการที่มีความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก คือ 1) กลืนลำบาก 2) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาด 3) ปวด/เจ็บคอ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 5) เจ็บปาก และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บคอ 2) เจ็บปาก 3) กลืนลำบาก 4) แผลในปาก 5) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง

3.2.2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ หมายถึงการนำวิธีการหรือกลวิธีต่างๆมาใช้ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกลวิธีการจัดการกับอาการโดยการใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน และการใช้การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการใช้แบบผสมผสาน มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. กลวิธีการจัดการกับอาการโดยการใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การใช้น้ำเกลือบ้วนปาก การใช้ยาแก้ปวด และการใส่สายยางให้อาหาร

2. กลวิธีการจัดการกับอาการโดยใช้การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการใช้แบบผสมผสาน ได้แก่ การใช้วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 5 กลุ่มการดูแลแบบผสมผสาน ตามการจัดกลุ่มของ NCCAM (2005) ได้แก่

1) การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese Medicine) การแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย เป็นต้น

2) การบำบัดโดยการประสานกายและจิต (Mind-body intervention) เช่น การใช้สมาธิบำบัด การสวดมนต์ การละหมาด การประกอบพิธี โยคะ ชี่กง เป็นต้น

3) การใช้สารชีวภาพ (Biological based therapy) คือวิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่าง ๆ เช่น สมุนไพร และอาหารชีวจิต เป็นต้น

4) การจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย (Manipulative and Body-Based Methods) คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก เป็นต้น

5) พลังบำบัด (Energy Therapies) คือวิธีการบำบัดรักษา ที่ใช้ พลังงาน ในการบำบัดรักษา ที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ ในการบำบัดรักษา เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เรกิ โยเร เป็นต้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีผลทั้งด้านความผาสุกด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกาย เช่น ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการเจ็บคอ กลืนอาหาร

ลำบาก ภาวะน้ำลายแห้ง การรับรสชาดอาหารเปลี่ยนแปลงไป (Van และคณะ, 2008) อาการข้างเคียงเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทางด้านร่างกาย และอาการดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจด้วยเช่นกัน กล่าวคืออาการดังกล่าวก่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเกิดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาสัปดาห์ที่ 4 และอาการวิตกกังวลจะลดลงในสัปดาห์ที่ 8 แต่อาการซึมเศร้ายังคงอยู่ตลอดช่วงที่ผู้ป่วยรับการรักษา (Armstrong, 2006; Kohda และคณะ, 2005)นอกจากนั้นอาการข้างเคียงจากการรักษายังส่งผลต่อความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องในการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคม และปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Babin และคณะ, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยภายในประเทศไทย ซึ่งมีผู้วิจัยถึงอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผลของอาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดังนี้

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าประสบการณ์อาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งในด้านความถี่ของอาการ 5 อันดับแรกได้แก่ 1) การรับประทานอาหารไม่รู้รสชาด 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) กลืนลำบาก 4) ปวด/เจ็บคอ 5) เบื่ออาหาร อาการที่มีความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก คือ 1) กลืนลำบาก 2) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาด 3) ปวด/เจ็บคอ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 5) เจ็บปาก และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บคอ 2) เจ็บปาก 3) กลืนลำบาก 4) แผลในปาก 5) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ส่วนวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผลการจัดการกับอาการเหล่านี้ ช่วยให้อาการทุเลาลงมากที่สุด และอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนการรักษา

อภิรดี ลดาวรรษ์ (2546) ศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะการดำเนินของโรค (trajectory phasing) ร่วมกับการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก (ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน) ตามระยะความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง พบว่าอาการที่พบในลำดับต้นๆ ของทุกระยะความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรค คือ 1) อาการปวด

/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4)เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ส่วนประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มมากขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม 2) การใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทานยาแก้ไอ 3) ใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ พักผ่อน นอนหลับ 4) ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร โดยการรับประทาน เช่น ยาลม น้ำผึ้ง น้ำมะนาว โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ และผู้ป่วยเป็นผู้จัดการอาการด้วยตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน เป็นเวลาที่แน่นอน โดยมีการรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งเป็นไปในทางที่ดี คือ มีอาการที่ดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ

นฤมล ศาสตร์สุข (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของมาสโลว์ออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภูมิใจและด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีมาก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยวดี ขัดทะเสมา (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีอายุระหว่าง 18-77 ปี วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งแตกต่างกันตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด 5-95 คะแนน และวิธีการจัดการกับอาการที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) รับประทานอาหารที่มีน้ำมากขึ้น 2) หลีกเลี่ยงอาหารที่รสจัด 3) บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเปล่า 4) แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร 5) พบทันตแพทย์ และผลของการจัดการอาการน้ำลายแห้งมีอาการดีขึ้น และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำลายแห้งกับคุณภาพชีวิต ภาวะ

น้ำลายแห้งกับโภชนาการ และภาวะน้ำลายแห้งกับบริเวณรังสีที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Schernhammer (2009) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการใช้การดูแลแบบผสมผสานในการรักษามะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติทางบวกเมื่อได้รับการรักษาแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลแบบผสมผสานได้ผลดี ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้การรักษาแบบผสมผสานในผู้หญิงและในประชากรที่มีตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป

Astin (1998) ศึกษาเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้แพทย์ทางเลือก พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่ใช้แพทย์ทางเลือก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างสูง การศึกษาต่ำ และรายได้น้อย ปัญหาสุขภาพที่ใช้แพทย์ทางเลือก 5 อันดับแรก คือ 1) ปวดหลัง 2) ภูมิแพ้ 3) เคล็ดขัดยอก/กล้ามเนื้อเกร็ง 4) อาหารไม่ย่อย 5) ปัญหาเกี่ยวกับปอด/ปอดอักเสบ/ระบบทางเดินหายใจ ในด้านความถี่ของการใช้แพทย์ทางเลือก 4 วิธการแรก คือ 1) การปรับโครงสร้างร่างกาย 2) การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหว 4) การพักผ่อน และนำวิธีการมาใช้บ่อยเมื่อมีปัญหา 1) ปวดเรื้อรัง 2) วิตกกังวล/อ่อนล้า 3) กล้ามเนื้อเกร็ง/ขัดยอก 4) ภูมิแพ้ 5) ปวดศีรษะ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยมะเร็งนำกลวิธีการจัดการกับอาการด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา กลวิธีการจัดการอาการส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหลายท่าน จึงให้ความหมายที่แตกต่างกันดังนี้

Orem (1991) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การพูดให้กำลังใจ การบอก การสัมผัส การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

Pender (2002) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับคำแนะนำ จากบุคคลในสังคม ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลนั้นรู้สึกมีคุณค่าและสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

House (House, 1981 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมทั่วไป รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่

สมรส เพื่อน และระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน

1. สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (esteem) ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (affect) ความไว้วางใจ (trust) ความห่วงใย (concert) และการได้รับฟังสิ่งต่างๆ (listening)

2. สนับสนุนด้านข้อมูลสื่อสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้เวลา สิ่งของหรือเงิน

4.การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back) การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (affirmation) รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

จากการให้ความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ได้รับคำแนะนำ ทั้งในด้าน ความไว้วางใจ ความห่วงใย การได้รับคำแนะนำหรือการแนะนำทางเลือกในการรักษา การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงาน การให้การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการยอมรับในสิ่งที่บุคคลนั้นแสดงออกมา จากบุคคลในสังคมหรือคนใกล้รวมทั้งผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ

5.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมได้มีนักวิชาการให้แนวคิดและสร้างแบบสอบถามไว้หลายท่าน ดังนี้ คือ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal resources questionnaire) ของ Brandt and Weinert (1987) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถาณการณ์ 2) เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือการได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมรส่วนร่วมในสังคมหรือส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับขวัญกำลังใจให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจาการ

หาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าอยู่ในช่วง 0.91-0.93 (n=100)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck (1981) โดยการพัฒนาเครื่องมือจาก Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วย แบประเมินเครือขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92(n=75)

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) โดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) มาดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ไว้หลายท่าน ดังนี้

สุธิสา เต็มทับ (2548) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ ความเข้มแข็งของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 42.7

อภันตรี กองทอง (2544) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในวันที่ 15 และวันที่ 30 ของการได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพิศ สงนวล (2548) ศึกษาประสบการณ์เยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับรู้ความหมายความผาสุกด้านจิตวิญญาณใน 3 ลักษณะ คือ 1) การอยู่กับโรคได้อย่างสมดุลและมีความสุข 2) มีจิตใจที่เข้มแข็ง 3) มีความหวังหล่อเลี้ยงใจ และผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ประสบการณ์ในการเยียวยาด้านจิตวิญญาณใน 3 วิธี คือ 1) การใช้หลักธรรมคำสอนและแนวปฏิบัติทาง

พระพุทธศาสนา โดยใช้แนวคิดวิธีการต่างๆใน 6 ลักษณะ ได้แก่ 1.1) คิดว่าเป็นเรื่องกรรม 1.2) เข้าใจธรรมชาติของชีวิต 1.3) สวดมนต์อธิฐานให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์และพระคุ้มครอง 1.4) ยึดมั่นในบุญและกรรมดี 1.5) นั่งสมาธิท่องพุท-โธ 1.6) อานหนังสือธรรมะ 2) มีการปรับจิตโดยตนเอง และ 3) การใช้ทางเลือกในการเผชิญความเครียดเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่มีผลสนับสนุนต่อการเยียวยาด้านจิตวิญญาณ คือ 1) ประสบการณ์ที่มีมาก่อนการเจ็บป่วย 2) การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและการสนับสนุนจากสังคมใกล้ชิด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่า ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าประสบการณ์อาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งในด้านความถี่ของอาการ 5 อันดับแรกได้แก่ 1) การรับประทานอาหารไม่รู้รสชาด 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) กลืนลำบาก 4) ปวด/เจ็บคอ 5) เบื่ออาหาร อาการที่มีความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก คือ 1) กลืนลำบาก 2) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาด 3) ปวด/เจ็บคอ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 5) เจ็บปาก และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บคอ 2) เจ็บปาก 3) กลืนลำบาก 4) แผลในปาก 5) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ส่วนวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้บ่อยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การใช้ยาแผนปัจจุบันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผลการจัดการกับอาการเหล่านี้ ช่วยให้อาการทุเลาลงมากที่สุด และอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนการรักษา

นฤมล ศาสตร์สุข (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของมาสโลว์ออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภูมิใจและด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยศีรษะและคอที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีมาก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยวดี ขัดทะเสมา (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีอายุระหว่าง 18-77 ปี วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งแตกต่างกันตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด 5-95 คะแนน และวิธีการจัดการกับอาการที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) รับประทานอาหารที่มีน้ำมากขึ้น 2) หลีกเลี่ยงอาหารที่รสจัด 3) บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเปล่า 4) แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร 5) พบทันตแพทย์ และผลของการจัดการอาการน้ำลายแห้งมีอาการดีขึ้น และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำลายแห้งกับคุณภาพชีวิต ภาวะน้ำลายแห้งกับโภชนาการ และภาวะน้ำลายแห้งกับบริเวณรังสีที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิรดี ลดาวรรษ์ (2546) ศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะการดำเนินของโรค (trajectory phasing) ร่วมกับการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก (ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน) ตามระยะความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง พบว่าอาการที่พบในลำดับต้นๆ ของทุกระยะความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรค คือ 1) อาการปวด /เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4)เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ส่วนประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มมากขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม 2) การใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทานยาแก้ไอ 3) ใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ พักผ่อน นอนหลับ 4) ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร โดยการรับประทาน เช่น ยาลม น้ำผึ้ง น้ำมะนาว โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ และผู้ป่วยเป็นผู้จัดการอาการด้วยตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน เป็นเวลาที่แน่นอน โดยมีการรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งเป็นไปในทางที่ดี คือ มีอาการที่ดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ

สุธิสา เต็มทับ (2548) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ ความเข้มแข็งของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 42.7

อภันตรี กองทอง (2544) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในวันที่ 15 และวันที่ 30 ของการได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพิศ สงนวล (2548) ศึกษาประสบการณ์เยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับรู้ความหมายความผาสุกด้านจิตวิญญาณใน 3 ลักษณะ คือ 1) การอยู่กับโรคได้อย่างสมดุลและมีความสุข 2) มีจิตใจที่เข้มแข็ง 3) มีความหวังหล่อเลี้ยงใจ และผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ประสบการณ์ในการเยียวยาด้านจิตวิญญาณใน 3 วิธี คือ 1) การใช้หลักธรรมคำสอนและแนวปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา โดยใช้แนวคิดวิธีการต่างๆใน 6 ลักษณะ ได้แก่ 1.1) คิดว่าเป็นเรื่องกรรม 1.2) เข้าใจธรรมชาติของชีวิต 1.3) สวดมนต์อธิฐานให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์และพระคุ้มครอง 1.4) ยึดมั่นในบุญและกรรมดี 1.5) นั่งสมาธิท่องพุท-โธ 1.6) อานหนังสือธรรมะ 2) มีการปรับจิตโดยตนเอง และ 3) การใช้ทางเลือกในการเผชิญความเครียดเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่มีผลสนับสนุนต่อการเยียวยาด้านจิตวิญญาณ คือ 1) ประสบการณ์ที่มีมาก่อนการเจ็บป่วย 2) การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและการสนับสนุนจากสังคมใกล้ชิด

สุรีพร ชุมแดง (2550) ศึกษาการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสานเป็นบางครั้ง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน การพยากรณ์โรค และการรักษาในระดับมาก และยังพบว่าวิธีการดูแลแบบผสมผสานที่นำมาใช้ระหว่างรับรังสีรักษามากที่สุด คือ การใช้สารชีวภาพ การบำบัดโดยการประสานกายและจิต พลังบำบัด การแพทย์ทางเลือก และการจัดการกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย

กัญญารัตน์ ชูชาติและคณะ(2553) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลาม ก่อน-ระหว่างและหลังรับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับยาคาร์โบพลาติน ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับยาคาร์โบพลาติน มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง และดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา ส่วนในรายด้านอื่นๆ เช่น จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บำเพ็ญจิต แสงชาติ, เพชรไสว ลิ้มตระกูลและอุบลรัตน์ ดีพร้อม (2545) ศึกษาการใช้บำบัดเสริมดุลยภาพในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งนำมาใช้มากที่สุด 10 วิธีแรกเรียงตามลำดับ ได้แก่ การสวดมนต์ภาวนา พยายามคิดในสิ่งที่ดี ฟังเพลง ดูหรือฟังธรรมะบรรยาย ออกกำลังกาย งดรับประทานอาหารบางชนิด ใช้สมุนไพร ประกอบพิธีกรรม/สะเดาะเคราะห์ ฟังเรื่องตลก ขบขันและทำสมาธิ

จิตติยา สมบัติบูรณ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง อัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า อัตมโนทัศน์ และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและอัตมโนทัศน์ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ส่วนเพศ อายุ และสภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

Kohda (2005) ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของภาวะจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างได้รับรังสีรักษาจะมีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและอาการปวดเพิ่มมากขึ้น และอาการวิตกกังวลจะลดลงในสัปดาห์ที่ 8 และอาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่วนภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าและอาการปวดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาด้วย

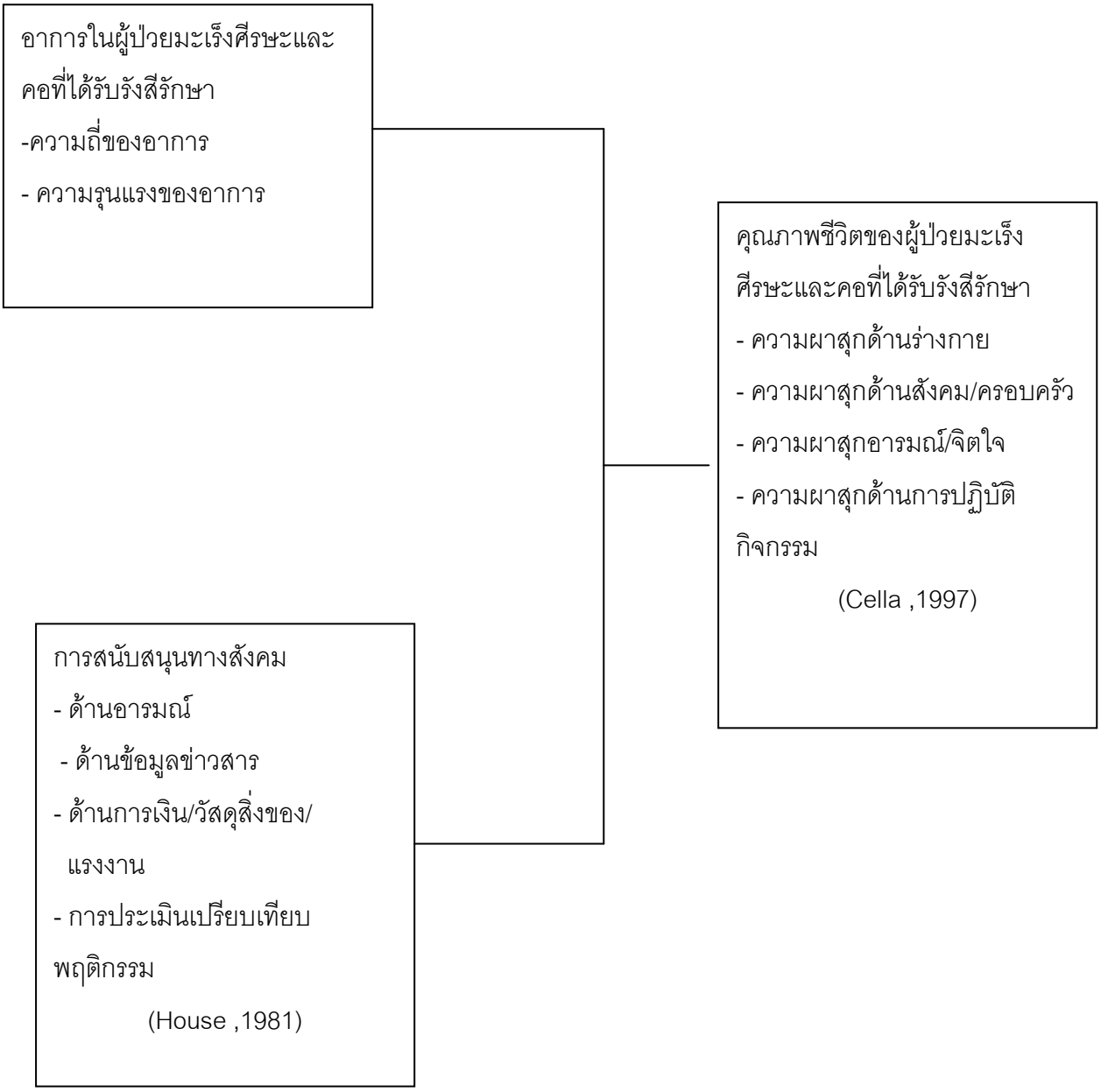
Schernhammer (2009) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการใช้การดูแลแบบผสมผสานในการรักษามะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติทางบวกเมื่อได้รับการ

รักษาแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลแบบผสมผสานได้ผลดี ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้การรักษาแบบผสมผสานในผู้หญิงและในประชากรที่มีตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป

Astin (1998) ศึกษาเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้แพทย์ทางเลือก พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่ใช้แพทย์ทางเลือก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างสูง การศึกษาต่ำ และรายได้น้อย ปัญหาสุขภาพที่ใช้แพทย์ทางเลือก 5 อันดับแรก คือ 1) ปวดหลัง 2) ภูมิแพ้ 3) เคล็ดขัดยอก/กล้ามเนื้อเกร็ง 4) อาหารไม่ย่อย 5) ปัญหาเกี่ยวกับปอด/ปอดอักเสบ/ระบบทางเดินหายใจ ในด้านความถี่ของการใช้แพทย์ทางเลือก 4 วิธการแรก คือ 1) การปรับโครงสร้างร่างกาย 2) การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหว 4) การพักผ่อน และนำวิธีการมาใช้บ่อยเมื่อมีปัญหา 1) ปวดเรื้อรัง 2) วิตกกังวล/อ่อนล้า 3) กล้ามเนื้อเกร็ง/ขัดยอก 4) ภูมิแพ้ 5) ปวดศีรษะ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ดังแสดงไว้ในกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย(Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ คือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้แก่ มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก ไฮโพฟาริงซ์ หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจากโรงพยาบาลในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเพศชาย ได้แก่ มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก ไฮโพฟาริงซ์ หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ที่มารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานีแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากภาคใต้มีโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยรังสีรักษาเพียง 2 แห่ง คือศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แต่ทั้งนี้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ปิดปรับปรุงแผนกรังสีรักษาและได้ทำการงดรับผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และได้ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายที่ได้รับรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และใช้หลักการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จนครบกลุ่มตัวอย่าง 130 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1.เป็นผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

2.เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20- 59 ปี

3.อยู่ในระยะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

4.มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

5.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตร Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้

N=10K+50

K คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ต้องการศึกษา

N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อนำมาแทนค่าในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

N= 10x4+50 (K ในงานวิจัยนี้มีทั้งหมด 4 ตัวแปร)

N= 90

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างจึง เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก40 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ คือ 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา (การแพทย์แผนปัจจุบัน, แบบผสมผสานและแผนปัจจุบัน) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่องการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของอภิรดี ลดาวรรษ์ (2546) ประกอบด้วยอาการจำนวน 14 อาการ ได้แก่อาการเฉพาะที่ จำนวน 9 อาการ และอาการทั่วไป จำนวน 5 อาการ โดยประเมินความถี่ของอาการ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 2 สัปดาห์

การประเมินความถี่ของอาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่มี	หมายถึง	ไม่มีอาการตามข้อความ
นานๆครั้ง	หมายถึง	มีอาการที่เกิดขึ้นประมาณ 1 ครั้งหรือมากกว่า 1 ครั้ง ภายในสองสัปดาห์
เป็นพักๆ	หมายถึง	มีอาการที่เกิดขึ้นประมาณ 1 ครั้งหรือมากกว่า 1 ครั้ง ภายในหนึ่งสัปดาห์

เป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน อาจเป็นวันละครั้ง หรือมากกว่าวันละครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการไม่หายเลย

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในการตอบแบบสัมภาษณ์ ในแต่ละข้อ ดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่มี	0
นานๆครั้ง	1
เป็นพักๆ	2
เป็นประจำ	3
ตลอดเวลา	4

การแปลผลคะแนนความถี่ของอาการ โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบ่อยๆหรือเกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้วิจัยได้นำคะแนนค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดแล้วหารด้วยช่วงหรือระดับที่ต้องการวัด (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 อ้างถึงใน นงลักษณ์ สรรสมและสุรีพร ธนศิลป์, 2553) คะแนนรวมของแบบวัดความถี่ของอาการจำนวน 14 อาการ อยู่ในช่วง 0-56 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-18.60 คะแนน หรือ 0-1.32 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนมากกว่า 18.60-37.30 คะแนน หรือ 1.32-2.66 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า37.30-56.00 คะแนน หรือ 2.66-4.00 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับสูง

การประเมินระดับความรุนแรง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11ระดับ (0-10) คือ 0-10 คะแนน โดยคะแนนที่น้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนนยิ่งมาก หมายถึงอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมาก และคะแนนสูงสุด (10 คะแนน) หมายถึง มีอาการรุนแรงมากจนทนไม่ไหว คะแนนรวมของแบบวัดความรุนแรงของอาการจำนวน 14 อาการ อยู่ในช่วง 0-140 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-28.00 คะแนน หรือ 0-2 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนนมากกว่า 28.00-56.00 คะแนน หรือ 2.00-4.00 คะแนน หมายถึง มีความ

รุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนมากกว่า 56.00-84.00 คะแนน หรือ 4.00-6.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 84.00-112.00 คะแนน หรือ 6.00-8.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง

คะแนนมากกว่า 112.0-140.00 คะแนน หรือ 8.00-10.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูงมาก

การประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดลำดับอาการ 5 อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด

3. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามประสบการณ์ในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดของ สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ประกอบด้วยกลวิธีการจัดการกับอาการ จำนวน 8 วิธี โดยแบ่งเป็น กลวิธีการจัดการอาการด้วยการใช้แพทย์แผนปัจจุบัน 3 วิธี คือ การใช้น้ำเกลือออมบ้วนปาก การใช้ยาแก้ปวด และการใส่สายยางให้อาหาร และได้เพิ่มเติมกลวิธีการจัดการอาการแบบผสมผสาน 5 กลุ่มวิธี (NCCAM, 2005) คือ การใช้แพทย์ทางเลือก การบำบัดโดยการใช้ประสานกายและจิต การใช้สารชีวภาพ การจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกายและพลังบำบัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีการตามข้อนี้เลย
ใช้น้อยมาก	หมายถึง	เมื่อมีอาการเกิดขึ้นใช้วิธีการนี้ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการขึ้นใช้วิธีการนี้1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์
ใช้เป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการขึ้นใช้วิธีการนี้ทุกวัน อาจเป็นวันละครั้งหรือมากกว่าวันละครั้ง
ใช้เป็นประจำ	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการขึ้นใช้วิธีการนี้เป็นประจำตลอดทั้งวัน

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในการตอบแบบสัมภาษณ์ ในแต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่ได้ใช้	0
ใช้น้อยมาก	1
ใช้เป็นบางครั้ง	2
ใช้เป็นส่วนใหญ่	3
ใช้เป็นประจำ	4

การแปลผลคะแนนความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยได้นำคะแนนค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดแล้วหารด้วยช่วงหรือระดับที่ต้องการวัด (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 อ้างถึงในนงลักษณ์ สรรสมและสุรีพร ธนศิลป์, 2553) คะแนนรวมของแบบวัดความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการจำนวน 14 อาการ อยู่ในช่วง 0-56 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-18.67 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนมากกว่า 18.67-37.34 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 37.34-56.0 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัยมาดัดแปลงและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ตามกรอบแนวคิด ของ House (1981) ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินคุณค่า จำนวนด้านละ 5 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยคำตอบที่ให้เลือกแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Likert scale: 0-4) โดย 0 คะแนน (มีการสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นน้อยที่สุด) ถึง 4 คะแนน (มีการสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นมีมาก) เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

มาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

มากที่สุด หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในการตอบแบบสัมภาษณ์ ในแต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่เคยเลย	0
เล็กน้อย	1
ปานกลาง	2
มาก	3
มากที่สุด	4

คะแนนรวมของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในช่วง 0-80 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-16.00 คะแนน หรือ 0-0.80 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนนมากกว่า 16.00-32.00 คะแนน หรือ 0.80-1.60 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนมากกว่า 32.00-48.00 คะแนน หรือ 1.60-2.40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 48.00-64.00 คะแนน หรือ 2.40-3.20 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

คะแนนมากกว่า 64.00-80.00 คะแนน หรือ 3.20-4.00 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก

5. แบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (FACT-G: Thai Version) ของ Cella (1997) ซึ่งแปลโดย วรชัย รัตนธราธร แม้นมนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล(2545) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตจำนวน 27 ข้อ ซึ่งครอบคลุมด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale: 0-4) โดย 0 คะแนน (มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นน้อยที่สุด) ถึง 4 คะแนน (มีคุณภาพในด้านนั้นมีมาก) ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามด้านความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด

ข้อคำถามความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ข้อคำถามความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 1 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ และข้อคำถามด้านความผาสุกด้านปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ในการคิดคะแนนผู้วิจัยได้แปลงค่าคะแนนกลับในข้อที่มีคำถามเป็นด้านลบก่อนนำมาคิดคะแนนรวมด้านคุณภาพชีวิต

คำถามด้านบวก เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีน้อยที่สุด
น้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีค่อนข้างมาก
มาก	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีมาก

คำถามด้านลบ เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีมาก
น้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีค่อนข้างมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีน้อย
มาก	หมายถึง	มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีน้อยที่สุด

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในการตอบแบบสอบถาม ในแต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

ลักษณะการตอบ	คำถามทางด้านบวก	คำถามทางด้านลบ
น้อยที่สุด	0	4
น้อย	1	3
ปานกลาง	2	2
ค่อนข้างมาก	3	1
มาก	4	0

คะแนนรวมของแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในช่วง 0-108 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-21.60 คะแนน หรือ 0-0.80 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนน 21.61-43.20 คะแนน หรือ 0.80-1.60 คะแนน หมายถึง มีอยู่คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

คะแนน 43.21-64.80 คะแนน หรือ 1.60-2.40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 64.81-86.40 คะแนน หรือ 2.40-3.20 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

คะแนน 86.41-108.00 คะแนน หรือ 3.20-4.00 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** (Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมจากนั้นนำแบบสอบถามไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง และหรือแพทย์เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษา จำนวน 1 คน
2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานและมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน
4. พยาบาล APN ด้านโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Beck, 2004)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงมีความสอดคล้อง

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง

4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยใช้สูตร CVI = จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 / จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยทำการปรับสำนวนภาษา ตัดข้อความที่อาจเป็นข้อคำถามในประเด็นเดียวกันและเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ในการวิจัยนี้แบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามมากและข้อคำถามมีความยาก ง่ายในแต่ละข้อคำถามไม่เท่ากัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.80

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.87

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.80

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.81

2. **การตรวจสอบความเที่ยง** (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามความถี่อาการ แบบสอบถามความถี่และความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่รักษาตัว ณ. ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด โดยหา

ค่าสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อทดลองใช้เท่ากับ 0.80, 0.75, 0.80, 0.71 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 130 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.86, 0.70, 0.86, 0.76 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง ทดลองใช้ (30 ราย)	ค่าความเที่ยง กลุ่มตัวอย่าง (130 ราย)
แบบสอบถามอาการ	0.80	0.86
แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ	0.75	0.70
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.80	0.86
แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	0.71	0.76

การเก็บรวมรวบข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ส่งถึงผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวมรวบข้อมูล

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการเก็บรวมรวบข้อมูลจากผู้อำนวยการสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยเข้าพบฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี สัปดาห์ละ 3 วัน รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา คือ 8.00-16.00น.โดยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างนอกเวลาที่ต้องรักษา ตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2555- สิงหาคม 2555 ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและหอผู้ป่วยใน

5. ขั้นตอนการดำเนินการโดยการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและหอผู้ป่วยใน ที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

6. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใตขณะได้รับรังสีรักษา อ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะที่ได้รับรังสีรักษา โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังในแต่ละข้อคำถามจนครบทุกแบบสอบถาม และกรอกคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามลงในแบบสอบถามจนครบทั้ง 130 ชุด

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของคำตอบที่ได้ หากยังขาดคำตอบด้านใดผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมให้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์โดยในบางคำตอบจะได้มาจากการดูเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบ 130 ชุด

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ทางสถิต โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

วิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ Alpha (Significance Level) = .05 มีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา (การแพทย์แผนปัจจุบันและแบบผสมผสานร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้ (Burns and Grove, 2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1-0.3	ต่ำ
มากว่า 0.3-0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพศชายขณะเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 130 คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการสอบถามและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถาม โดยใช้ตารางที่ประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตอนที่ 3 การศึกษาอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (n=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18-29 ปี	8	6.15
30-39 ปี	12	9.23
40-49 ปี	39	30
50-59 ปี	71	54.62
$\bar{x}$ = 51.12 SD= 8.47		
สถานภาพสมรส		
สมรส	71	54.62
โสด	34	26.15
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	25	19.23
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	30	23.08
ประถมศึกษา	61	46.92
มัธยมศึกษา	20	15.38
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา	13	10
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	6	4.61
อาชีพ (ในปัจจุบัน)		
เกษตรกรรม	64	49.23
รับจ้าง	26	20
ค้าขาย	9	6.92
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	23.08
อื่นๆ	1	0.77

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ในปัจจุบัน)		
ไม่มีรายได้	41	31.54
1-5,000 บาท	3	2.31
5,001-10,000 บาท	46	35.38
10,001-20,000บาท	36	27.69
20,001-30,000 บาท	3	2.31
มากกว่า 30,001 บาท	1	0.77
$\bar{x}$ = 7,963 SD= 7,410		
สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล(ในปัจจุบัน)		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	95	73.08
ประกันสังคม	35	26.92
บุคคลที่ช่วยเหลือ(ขณะอยู่ที่บ้าน)		
สมาชิกในครอบครัว	75	57.69
คู่สมรส	54	41.54
นายจ้าง/ผู้บังคับบัญชา	1	0.77

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพศชาย มีอายุในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.12 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.62 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.92ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.38 มีรายได้เฉลี่ย 7,963บาท ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ73.08 บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.69

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา จำแนกชนิดของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค ปริมาณรังสีที่ได้รับ การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา (n=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ		
มะเร็งต่อมทอนซิล	34	26.15
มะเร็งหลังโพรงจมูก	23	17.69
มะเร็งของสุปรากอสติส	18	13.85
มะเร็งที่ลิ้น	12	9.23
มะเร็งในเยื่อบุช่องปาก	9	6.92
มะเร็งโคนลิ้น	8	6.15
มะเร็งบริเวณพื้นปาก	6	4.62
มะเร็งไฮโพฟาริงซ์	6	4.62
มะเร็งเพดานอ่อน	4	3.08
มะเร็งกล่องเสียง	3	2.31
มะเร็งออโรฟาริงซ์	3	2.31
มะเร็งต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ	2	1.54
มะเร็งกระพุ้งแก้ม	2	1.54
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ		
0-6 เดือน	14	10.77
>6-12 เดือน	34	26.15
>1-5 ปี	56	43.08
> 5 ปี	26	20.00
ระยะความรุนแรงของโรค		
Stage I	5	3.85
Stage II	18	13.85
Stage III	68	52.31
Stage IVA	37	28.46
Stage IVB	2	1.54

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณรังสีรักษาที่ได้รับ			
0-2,500	เซนติเกย์	5	3.85
2, 501-3,000	เซนติเกย์	33	25.38
3,001-5,000	เซนติเกย์	64	49.23
5,001-7,000	เซนติเกย์	28	21.54
การรักษาที่เคยได้รับ			
การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน			
ผ่าตัด		58	44.62
เคมีบำบัด		37	28.46
รังสีรักษา		13	10.00
การรักษาแบบผสมผสาน			
การใช้สารชีวภาพ		12	9.23
การรักษาด้วยการประสานกายและจิต		6	4.62
การจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย		4	3.08
การใช้แพทย์ทางเลือก		0	0
พลังบำบัด		0	0

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล คิดเป็นร้อยละ 26.15 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5ปี คิดเป็นร้อยละ 43.08โดยป่วยเป็นมะเร็งใน stage III คิดเป็นร้อยละ 52.31 ปริมาณรังสีรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปริมาณ 3,001-5,000 เซนติเกย์ คิดเป็นร้อยละ 49.23 การรักษาที่ได้รับที่ผ่านมาด้วยวิธีแบบแผนปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 44.62 ส่วนการรักษาที่ได้รับที่ผ่านมาด้วยวิธีแบบผสมผสานส่วนใหญ่ คือ การใช้สารชีวภาพ คิดเป็นร้อยละ 9.23

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความผาสุกด้านร่างกาย	2.46	0.56	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	2.83	0.42	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ	3.15	0.64	สูง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	3.19	0.46	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.90	0.52	สูง

จากตารางที่ 4 แสดงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.90 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ความผาสุกด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 อยู่ในระดับสูง อันดับ 3 คือ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 อยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 การศึกษาอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ของอาการ (n=130)

ความถี่ของอาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง	2.82	0.75	สูง
อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ	2.65	1.01	ปานกลาง
อาการกลืนอาหารลำบาก	2.43	1.09	ปานกลาง
อาการเบื่ออาหาร	1.89	0.97	ปานกลาง
อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ	1.70	1.02	ปานกลาง
การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร	1.68	1.07	ปานกลาง
อาการอ่อนเพลีย	1.60	0.71	ปานกลาง
ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล	1.53	0.72	ปานกลาง
อาการคลื่นไส้อาเจียน	1.28	0.91	ต่ำ
อาการเหนื่อยล้า	0.86	0.81	ต่ำ
อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ	0.68	0.83	ต่ำ
อาการเหนื่อยง่าย	0.52	0.92	ต่ำ
อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หู	0.40	0.59	ต่ำ
อาการระคายเคืองตา	0.20	0.73	ต่ำ
รวม	1.45	7.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เมื่อพิจารณาด้านความถี่ของอาการ พบว่า อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.82 อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เกิดอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้งมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 0.20 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีอาการระคายเคืองตาน้อยที่สุด ส่วนความถี่ของอาการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการ (n=130)

ความรุนแรงของอาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง	4.83	1.63	ปานกลาง
อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ	4.62	1.99	ปานกลาง
อาการกลืนอาหารลำบาก	4.30	1.92	ปานกลาง
อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ	3.20	1.69	ต่ำ
อาการเบื่ออาหาร	3.18	1.67	ต่ำ
อาการอ่อนเพลีย	2.72	2.00	ต่ำ
การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร	2.69	1.58	ต่ำ
อาการคลื่นไส้อาเจียน	2.63	1.40	ต่ำ
ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล	2.45	1.78	ต่ำ
อาการเหนื่อยล้า	1.45	1.47	ต่ำมาก
อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ	0.99	1.54	ต่ำมาก
อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หู	0.86	1.51	ต่ำมาก
อาการเหนื่อยง่าย	0.76	1.44	ต่ำมาก
อาการระคายเคืองตา	0.22	0.77	ต่ำมาก
รวม	3.49	14.99	ต่ำ

จากตารางที่ 6 พบว่า ความรุนแรงของอาการ พบว่า อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้งมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 0.22 อยู่ในระดับต่ำมากซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการระคายเคืองตาน้อยที่สุด ส่วนความรุนแรงของอาการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก (n=130)

อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก		
อันดับที่ 1 อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง	68	52.31
อันดับที่ 2 อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ	49	37..69
อันดับที่ 3 อาการกลืนอาหารลำบาก	45	34.62
อันดับที่ 4 อาการคลื่นไส้	43	33.08
อันดับที่ 5 อาการเบื่ออาหาร	27	20.77

จากตารางที่ 6 พบว่าอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คือ อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.31 รองลงมา คือ อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.69 อันดับที่ 3 อาการกลืนอาหารลำบาก จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 อันดับที่ 4 อาการคลื่นไส้ จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.08 อันดับที่ 5 อาการเบื่ออาหาร จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.7

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

อาการ	ไม่ได้ใช้	ยาแก้ปวด	น้ำยาบ้วนปาก	ใส่สายให้อาหารสายยาง	แพทย์ทางเลือก	การประสานกายและจิต	สารชีวภาพ	การจัดกระทำ	พลังบำบัด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล	66(50.77)	2(1.54)	0(0)	0(0)	0 (0)	0(0)	62(47.69)	0(0)	0(0)
อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ	2(1.54)	9(6.92)	116(89.23)	3(2.31)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง	1(0.77)	0(0)	128(98.46)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.77)	0(0)	0(0)
อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ	2(1.54)	120(92.31)	0(0)	2(1.54)	0(0)	2(1.54)	0(0)	4(3.08)	0(0)
อาการกลืนอาหารลำบาก	18(13.85)	6(4.62)	8(6.15)	49(37.69)	0(0)	2(1.54)	47(36.15)	0(0)	0(0)
การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร	99(76.15)	2(1.54)	7(5.38)	8(6.15)	0(0)	0(0)	13(10.00)	1(0.77)	0(0)
อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ	118(90.77)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	12(9.23)	0(0)
อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หู	101(77.69)	28(21.54)	0(0)	0(0)	1(0.77)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
อาการระคายเคืองตา	130(100)	0(0)	0(0)	0 (0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

อาการ	ไม่ได้ใช้	ยาแก้ปวด	น้ำยาบ้วนปาก	ใส่สายให้อาหารสายยาง	แพทย์ทางเลือก	การประสานกายและจิต	สารชีวภาพ	การจัดกระทำ	พลังบำบัด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
อาการอ่อนเพลีย	16(12.31)	0(0)	0(0)	12(9.23)	0(0)	9(6.92)	88(67.69)	5(3.08)	0(0)
อาการเหนื่อยล้า	78(60.00)	0(0)	0(0)	1(0.77)	0(0)	33(17.69)	14(10.77)	4(3.08)	0(0)
อาการเหนื่อยง่าย	126(96.92)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1.54)	2(1.54)	0(0)	0(0)
อาการคลื่นไส้อาเจียน	24(18.46)	6(4.62)	86(66.15)	86(66.15)	0(0)	0(0)	10(7.69)	0(0)	0(0)
อาการเบื่ออาหาร	41(31.54)	0(0)	2(1.54)	2(1.54)	0(0)	0(0)	77(59.23)	0(0)	0(0)

จากตารางที่ 8 แสดงกลวิธีการจัดการกับอาการทั้ง 8 วิธี มาใช้กับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ดังนี้

อาการผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาใช้กลวิธีการจัดการกับอาการด้วยการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต พบว่า มีการนำมาใช้ จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 47.69 รองลงมา คือ การใช้ยาแก้ปวด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.77

อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 89.23 รองลงมา คือ การใช้ยาแก้ปวด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.92 และการยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31

อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 98.46 รองลงมา คือ การใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และการประสานกายและจิต จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54

อาการกลืนอาหารลำบาก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยางมากที่สุด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 37.69 รองลงมา คือ การใช้น้ำยาบ้วนปาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.15 การใช้ยาแก้ปวด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.62 และการใช้ประสานกายและจิต ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85

การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิตมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหาร

ทางสายยาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.15 และการใช้น้ำยาบ้วนปาก จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 76.15

อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ 90.77 มีเพียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 ที่ใช้กลวิธีการจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย ได้แก่ การนวด การจัดกระดูก

อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หูอื้อ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.54 โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้วิธีการใดในจำนวนทั้ง 8 วิธี มาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน101 คน คิดเป็นร้อยละ 77.69

อาการอ่อนเพลีย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิตมากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 67.69 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 12.31

อาการเหนื่อยล้า พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้การประสานกายและจิต ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ มากที่สุด จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17.69 รองลงมา คือ วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.77 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60

อาการเหนื่อยง่าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิตและใช้การประสานกายและจิต ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 96.92

อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาใช้วิธีการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.15 รองลงมา คือ การใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 และ

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธี มาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 18.46

อาการเบื่ออาหาร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต มากที่สุด จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 59.23 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 31.54

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.82	0.49	สูงมาก
ด้านข่าวสาร	2.48	0.50	สูง
ด้านทรัพยากร	2.66	0.59	สูง
ด้านการประเมินเปรียบเทียบ	2.76	1.64	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	2.74	2.05	สูง

จากตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเท่ากับ 2.74 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับสูงมาก หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ได้รับรังสีรักษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.48 อยู่ในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	ระดับ
ความถี่ของอาการ	-0.282*	ต่ำ
ความรุนแรงของอาการ	-0.380 *	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	0.126*	ต่ำ

P*<.05, **p<.01

จากตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา พบว่า

ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= -.282, p<.05)

ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= -.380, p<.05)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= .126, p<.05)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอได้แก่ มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก ไฮโพฟาริงซ์ หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ที่มารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยใน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และใช้หลักการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จนครบกลุ่มตัวอย่าง 130 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความถี่และความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .87, .80, .81 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86, .70, .86, .76 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เดือน 1 กรกฎาคม 2555 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2555 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งสุราษฎร์

ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 130 ชุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล กลวิธีการจัดการกับอาการด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีอายุในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.12 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.62 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.92ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.38 มีรายได้เฉลี่ย 7,963 บาท ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ73.08 บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล คิดเป็นร้อยละ 26.15 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.08โดยป่วยเป็นมะเร็งใน stage III คิดเป็นร้อยละ 52.31 ปริมาณรังสีรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปริมาณ 3,001-5,000 เซนติเกย์ คิดเป็นร้อยละ 49.23 การรักษาที่ได้รับที่ผ่านมาด้วยวิธีแบบแผนปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 44.62 ส่วนการรักษาที่ได้รับที่ผ่านมาด้วยวิธีแบบผสมผสานส่วนใหญ่ คือ การใช้สารชีวภาพ คิดเป็นร้อยละ 9.23

2. อาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เมื่อพิจารณาด้านความถี่ของอาการ พบว่าอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.82 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เกิดอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้งมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 0.20 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีอาการระคายเคืองตาน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาด้านความรุนแรงของอาการ พบว่า อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของ

อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้งมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 0.22 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการระคายเคืองตาน้อยที่สุด และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.31รองลงมา คือ อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.69 อันดับที่ 3 อาการกลืนอาหารลำบาก จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 อันดับที่ 4 อาการคลื่นไส้ จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.08 อันดับที่ 5 อาการเบื่ออาหาร จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.77

3. กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา การใช้ยาแก้ปวด สำหรับการรักษาในแผนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 92.31 ส่วนการใช้แบบแผนผสมผสาน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเลือกใช้วิธีการประสานกายและจิต ได้แก่ การสวดมนต์ การทำสมาธิ คิดเป็นร้อยละ 1.54 อาการกลืนอาหารลำบาก ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเลือกใช้วิธีการในแผนปัจจุบัน คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง คิดเป็นร้อยละ 37.69 และในแบบแผนผสมผสานใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารชีวจิต คิดเป็นร้อยละ 36.15 ส่วนอาการคลื่นไส้ และอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาไม่ได้เลือกใช้วิธีการใดที่กล่าวมาในการจัดการกับอาการ คิดเป็นร้อยละ 18.46 และ 31.54 ตามลำดับ

4 .การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะที่ได้รับรังสีรักษา โดยรวมมีค่าเท่ากับ 2.74 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับสูงมาก หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.48 อยู่ในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารน้อยที่สุด

5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะที่ได้รับรังสีรักษา พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ความผาสุกด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 อยู่ในระดับสูง อันดับ 3 ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 อยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

6. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา พบว่า

ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= -.282, p<.05)

ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= -.380, p<.05)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= .126, p<.05)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา**

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความผาสุกทั้ง 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ความผาสุกด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 ซึ่งอยู่ในระดับสูงนั้น จากผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดี แม้จะได้รับผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัวและคู่สมรสส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพศชายจึงมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบูรณ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton (Eaton 1987 อ้างใน นงลักษณ์ สรรสม, 2553) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสส่วนใหญ่จะมีผู้คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ มีกำลังใจที่ต่อสู้กับอุปสรรคส่งเสริมให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาโดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก

สมาชิกในครอบครัว(ร้อยละ57.69) และจากคู่สมรส (ร้อยละ 41.54) ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบูรณ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย การกำหนดบทบาททางสังคมให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว และได้รับการเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ส่งผลให้เพศชายรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถทางด้านร่างกายดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี(สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์,2544)

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านจิตใจ นั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาเพศชาย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว(ร้อยละ57.69) และจากคู่สมรส (ร้อยละ 41.54) ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบูรณ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 อยู่ในระดับสูง จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งบริเวณต่อมทอนซิล (ร้อยละ 26.15) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีอาการอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง (ร้อยละ 52.31) อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ (ร้อยละ 37.69) และอาการกลืนอาหารลำบาก (ร้อยละ 34.62) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่องปาก เป็นอาการเฉพาะที่ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสีอยู่ในช่วง 3,000-5,000 เซนติเกย์ ซึ่งการรักษาด้วยรังสีเพื่อหวังให้หายขาดจะต้องใช้ปริมาณรังสี ขนาด 7,000-8,000 เซนติเกย์ และใช้ระยะเวลารักษานาน 6-8 สัปดาห์ ตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาและอาการดังกล่าวจะมีความรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ (พวงทอง ไกรพิบูลย์และคณะ, 2534; Yasko, 1982; Ladder, 1971 , อ้างถึงในจิตติยา สมบัติบูรณ์, 2545)

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ โดยไม่ให้ผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูงนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Denham (Denham,1991; Patrick and Erickson, 1987; Spitzer, 1987 อ้างใน นุชจรี วุฒิสุพงษ์, 2541) ที่ศึกษาพบว่า การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นสิ่งสำคัญทำให้บุคคลเข้าใจถึงภาวะสุขภาพของตน ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ก็สามารถตัดสินได้ว่าบุคคลนั้น มีคุณภาพชีวิตดี ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะได้รับผลกระทบจากเจ็บป่วยหรือวิธีการรักษาก็ตาม

2. กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษา พบว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาเกิดอาการขึ้นขณะได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการ ดังนี้

กลวิธีการจัดการกับอาการผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาใช้กลวิธีการจัดการกับอาการด้วยการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต พบว่า มีการนำมาใช้ จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 47.69 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างใช้สมุนไพร คือ ว่านหางจระเข้มาใช้ในการรักษาอาการผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล รองลงมา คือ การใช้ยาแก้ปวด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.77

กลวิธีการจัดการกับอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 89.23 รองลงมา คือ การใช้ยาแก้ปวด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.92 และการยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยจะใช้วิธีการบ้วนปากบ่อยๆด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ผู้ป่วยทำขึ้นเอง จากการสอนและสาธิตของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล โดยกลุ่มตัวจะใช้น้ำยาบ้วนปากขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

กลวิธีการจัดการกับอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 98.46 รองลงมา คือ การใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และการประสานกายและจิต จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54

กลวิธีการจัดการกับอาการกลืนอาหารลำบาก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยางมากที่สุด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 37.69 รองลงมา คือ การใช้น้ำยาบ้วนปาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.15 การใช้ยาแก้ปวด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.62 และการใช้ประสานกายและจิต ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85

กลวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิตมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.15 และการใช้น้ำยาบ้วนปาก จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 76.15

กลวิธีการจัดการกับอาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ 90.77 มีเพียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 ที่ใช้กลวิธีการจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย ได้แก่ การนวด การจัดกระดูก

กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หูอื้อ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.54 โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้วิธีการใดในจำนวนทั้ง 8 วิธี มาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน101 คน คิดเป็นร้อยละ 77.69

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิตมากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 67.69 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 12.31

กลวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้การประสานกายและจิต ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ มากที่สุด จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17.69 รองลงมา คือ วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.77 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60

กลวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยง่าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิตและใช้การประสานกายและจิต ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 96.92

กลวิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาใช้วิธีการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.15 รองลงมา คือ การใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 18.46

กลวิธีการจัดการกับอาการเบื่ออาหาร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ใช้วิธีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามินและอาหารชีวจิต มากที่สุด จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 59.23 รองลงมา คือ การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาไม่ได้นำวิธีการใดเลยทั้ง 8 วิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 31.54

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีการแสวงหากลวิธีการจัดการกับอาการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแบบผสมผสาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง(2550) ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยใช้ยาแผนปัจจุบันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม นอกจากนี้จากการศึกษาของ Schernhammer (2009) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติในทางบวก เมื่อได้รับการรักษาแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลแบบผสมผสานให้ผลดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษา พบว่า อาการด้านความถี่ของอาการ พบว่าอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.82 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เกิดอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้งมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 0.20 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีอาการระคายเคืองตาน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาด้านความรุนแรงของอาการ พบว่า อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.83 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้งมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 0.22 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการระคายเคืองตาน้อยที่สุด และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.31 รองลงมา คือ อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.69 อันดับที่ 3 อาการกลืนอาหารลำบาก จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 อันดับที่ 4 อาการคลื่นไส้ จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.08 อันดับที่ 5 อาการเบื่ออาหาร จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.77 เมื่อพิจารณาโดยรวมด้านความถี่ของอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.24 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นอยู่ระดับปานกลาง ส่วนความรุนแรงของอาการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.90 อยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอยู่ระดับต่ำ ซึ่งอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยรังสี และจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นตามปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ นฤมล ศาสตร์สุข(2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำและผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีมาก จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสี และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความถี่อาการและความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาพบว่า ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -.282) สำหรับความรุนแรงของอาการ พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -.380) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ นั่นคือ ความรุนแรงของอาการเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการ ความถี่ของอาการเป็นแนวคิดในประสบการณ์การมีอาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ที่ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่า ประสบการณ์อาการตามการรับรู้ด้านความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรงของอาการและอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนรักษา ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้ช่วยให้อาการทุเลาลง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพสชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะที่ได้รับรังสีรักษา โดยรวมมีค่าเท่ากับ 2.74 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับสูงมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.48 อยู่ในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สงนวล(2548) ศึกษาประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ

รังสีรักษา พบว่าสิ่งที่สนับสนุนต่อการเยียวยาด้านจิตวิญญาณ คือจากสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและการสนับสนุนจากสังคมใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล คือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมา คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.54 การสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .126) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Doddและคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์หลักของการจัดการกับอาการ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ ซึ่งทั้ง 3 มโนทัศน์หลักมีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.62) และบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 57.69) และคู่สมรส (ร้อยละ 41.54) ผู้ป่วยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ที่ดี ซึ่งผู้ป่วยที่มีคู่สมรสส่วนใหญ่จะมีคนคอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจและลดความตึงเครียด มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรค ส่งเสริมให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต (Eaton ,1987; อ้างถึงใน นงลักษณ์ สรรสมและสุรีพร ธนศิลป์, 2553) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อแนะนำในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.อาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา จากการศึกษาผู้วิจัยเลือกเฉพาะอาการที่เป็นอาการที่พบบ่อย มีความรุนแรงและกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เพียง 14 อาการเท่านั้น ซึ่งอาการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งหมด ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาอาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาศึกษาด้วย

2.กลวิธีการจัดการกับอาการ ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำกลวิธีการจัดการกับอาการ จำนวน 8 วิธี ได้แก่ การใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน และการใช้การแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์ทางเลือก ซึ่งกลวิธีการจัดการกับอาการบางวิธีการ ไม่สามารถนำไปจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ เช่น อาการระคายเคืองตา พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำกลวิธีทั้ง 8 วิธีไปใช้ในการจัดการกับอาการ นอกจากนี้บางกลวิธีเป็นเรื่องใหม่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยรับรู้มาก่อน เช่น พลังบำบัด กลุ่ม

ตัวอย่างจึงไม่ได้นำกลวิธีดังกล่าวไปใช้ในการจัดการกับอาการ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรนำกลวิธีการจัดการกับอาการที่ครอบคลุมกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทั้งหมดมาศึกษา

3. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะเพศชาย เนื่องอุบัติการณ์เกิดมะเร็งศีรษะและคอในภาคใต้เกิดในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในอัตราส่วน 2:1 (American cancer society, 2009) ดังนั้นการศึกษาครั้งตอไปจึงควรมีการศึกษาในเพศหญิงด้วยเพื่อดูว่า อาการ กลวิธีการจัดการกับอาการใดที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเลือกใช้มากและเพศใดเลือกใช้มากกว่ากัน

4. เครื่องมือที่เลือกใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ มีข้อคำถามที่ยาก กลุ่มตัวอย่างเข้าใจยาก ผู้วิจัยจึงใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การตอบคำถามบางครั้งอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการเลือกเครื่องมือในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรคำนึงความยาก ง่าย ของเครื่องมือวิจัยและให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในด้านร่างกายมากที่สุด ดังนั้นการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรนำกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นมาทำการศึกษา

2.จากการศึกษาพบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ โดยส่วนใหญ่เกิดในช่องปาก จึงควรจัดทำโปรมแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาโดยทำการศึกษาตั้งแต่ก่อน ขณะและหลังสิ้นสุดการรักษา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา ศิริเจริญวงศ์. 2542. การศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา , 7(1): 1-8.

กัญญารัตน์ ชูชาติและคณะ. 2553. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่รักษา ด้วยเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับรังสีรักษา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 28(3): 127-137.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9.

ดุษฎีบูล บุตรสีเทา. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติยา สมบัติบูรณ์. 2545. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชบา เรียนรมย์. 2551. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชี่กงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นารี ชื่นคล้าย. 2548. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิรมล พจน์ด้วง. 2552. การจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะ น้ำลายแห้ง. วารสารโรคมะเร็ง, 29(1):3-11.

นฤมล ศาสตร์สุข. 2540. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นุชจรี วุฒิสุพงษ์. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธ์สตรีหลังได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงลักษณ์ สรรสม, สุรีพร ธนศิลป์. 2553. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ฉบับพิเศษ: 42-53.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ, เพชรไสว ลิ้มตระกูลและอุบลรัตน์ ดีพร้อม. 2545. การศึกษาการใช้การบำบัดเสริมดุลยภาพในผู้ป่วยมะเร็ง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญศรี นุเกตุ. 2541. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์. 2544. Head and Neck Cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงษ์, และชนวัธน์ เทศวิบูล (บรรณาธิการ), Manual of Radiation Oncology, หน้า 63-108. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประนอม หนูเพชรและวีณา คันฉ้อง. 2544. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง. ใน ช่อลดา พันธุเสนา (บรรณาธิการ) , ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่, 3(2): 29- 42. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ปิยวดี ขัดทะเสมา. 2552. ประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พันตรีหญิง ขนิษฐา นิลศร. 2544. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พันทิตา เฉลิมพนาพันธ์, ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. 2550. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 5(1): 66-71.

พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญและจีระภา ตันนานนท์. 2534. ฟิสิกส์ ชีวรังสีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว. 2550. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลี นิ่มพงษ์พันธ์. 2551. ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรือเอกหญิงมาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ศิริ ทาโต. 2551. การวิจัยทางการพยาบาลสาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วนิดา รัตนานนท์ และ สุรีพร ธนศิลป์. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(3): 72-83.

วรรณา ฉายอรุณ. 2550. ผลของโปรแกรมการจัดระบบบริการพยาบาลต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วิชาญ หล่อวิทยา. 2544. Manual of Radiation Oncology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารวิจัยการศึกษา, 44(2): 88-92.

วรชัย รัตนธราธร, แม้นมนา จิระจรัสและสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. 2544. การแปลและตรวจสอบคุณภาพแบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4 ฉบับแปลภาษาไทย. วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 84(10): 1430-1442.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2554. การนวด. [ออนไลท์]. แหล่งที่มา: http; // www.ittm.dtam.moph.go.th[4 สิงหาคม 2554]

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2552. สถิติโรคมะเร็ง [ออนไลท์]. แหล่งที่มา: http: // www. nci.go.th [4 สิงหาคม 2554]

สาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์. 2541. Head and Neck Cancer. ใน วรชัย รัตนธนาธร (บรรณาธิการ), ตำรารักษาโรคมะเร็ง 2, หน้า 201-233. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. 2550. ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพิศ สงนวล. 2548. ประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุเมธ พีรวุฒิ. 2541. มะเร็งหู คอ จมูกเป็นได้ก็รักษาได้. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.

สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์. 2544. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีพร ชุมแดง. 2550. การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุรีพร ธนศิลป์. 2552. การดูแลแบบผสมผสาน. ใน การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2. หน้า 232-245. สุรีพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ รุ้งระวี นาวีเจริญ (บก). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีพร ธนศิลป์. 2552. การจัดการกับอาการ. ใน การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2. หน้า 162-168. สุรีพร ธนศิลป์ , สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ รุ้งระวี นาวีเจริญ (บก). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีพร ธนศิลป์. 2552. คุณภาพชีวิต. ใน การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2. หน้า 262-268. สุรีพร ธนศิลป์ , สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ รุ้งระวี นาวีเจริญ (บก). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธิสา เต็มทับ. 2548. อิทธิพลของการรับรู้ความเข็มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550. สถิติโรคมะเร็ง. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http:// www.bps2.moe.go.th [10 กุมภาพันธ์ 2554].

สำนักการแพทย์ทางเลือก. 2551. การดูแลแบบผสมผสาน [ออนไลท์]. แหล่งที่มา: http://www.thaicam.go.th [4 สิงหาคม 2554].

สมจิต หนุเจริญกุล, และคณะ. 2538. ผลของการ สนับสนุนการดูแลตนเองและการเผชิญกับโรคต่อคุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ ทุกข์โศก และความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 1(2): 28-39.

ศิริพร เสมสารและสุรีพร ธนศิลป์. 2552. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, 2(3): 37-45.

อภิรดี ลดาวรรษ์. 2547. การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อมรรัตน์ นธะสนธิ์. 2550. อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภันตรี กองทอง. 2544. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อังคณา เรือนก้อน. 2540. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพินธุ์ โสวัณณะ. 2550. สถานการณ์การใช้สมุนไพรในประเทศไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก , 5(2): 94-95.

ภาษาอังกฤษ

American Cancer Society. 2009. Cancer facts& figures [Online]. Available from: http:// www.cancer.org [2010, April 5].

Babin. E. et al. 2008. Quality of life in head and neck cancers patients: predictive facters, functional and psychosocial outcome. Eur Arch Otorhinolaryngol, 265: 265-270.

Brady,W.T., Heilman, P.H., & Molls, M. 2003. Cancer of head and neck. In Radiation oncology for cure and palliation ,pp. 187-234. NewYork:Springer.

Camp-Sorrell, D. 2004. Dysphagia. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge,& M.Goodman (Eds.), Cancer symptom management 3rd ed, pp. 168-178. Boston: Jones and Bartlett.

Chambers, M.S., Rosenthal,D.I.,& Weber, R.S. 2006.Radiation- induced xerostomia. Head & Neck, 29(1): 58-63.

Cella, D. 1997. FACIT-Sp-Ex (Version 4) [Online]. Available from: http:// www.facit.org/ [2010, May 15].

Cleeland CS, Janjan N, Scott CB, Seiferheld WF, Curran WJ. 2000. Cancer pain management by radiotherapists: a survey of radiation therapy oncology group physicians. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 47:203–8.

Denham, M.J. 1991. Care of the long-stay Elderly patient. London: Chapmar and Hall.

Dodd et al. 2001. Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science symptom management. Journal of Advanced Nursing, 33(5): 668-676.

Epstein, J.B., & Sehubert, M.M. 2003. Oropharyngeal Mucositis in cancer therapy review of pathogenesis, diagnosis, and management. Oncology, 17: 1767-1782.

Ferrans, C.E., & Power, M.J. 1985. Quality of life index: development and psychometric properties. Advance in Nursing Science, 8(1), 15-24.

Ferrell, B.R., et al. 1995. Quality of life in long term cancer survivor. Oncology Nursing Forum, 22(6), 915-922.

Grace .M .Kuo & et al. 2004. Factors associated with herbal use among urban multiethnic Primary care patient: a cross-sectional survey. BMC Complementary and Alternative Medicine [Online]. Available from: http:// www. Pubmed [2010, May 20].

House, J. S. 1981. Work stress and social Support. California: Addison-Wesley Publishing Company, 19.

Iwamoto, R. 1997. Cancer of the head and neck. In K. H. Dow, J. D. Bucholtz, R. Iwmato, V. Fieler, & L. Hiderley (Eds.), Nursing Care in radiation oncology, pp: 239-260. Philadelphia: W. B. Saunders.

Larson, P.J., Kohlman, V.C.,& Dodd, M.J., et al. 1994. A model of symptom management. IMAGE:Journal of Nursing Scholarship, 26(4): 272-276.

Maslow, A.H.1970. Motivation and Personality. New York: Harper &Raw Publishers.

Astin, John A. 1998. Why Patients Use Alternative Medicine. JAMA, 279(19): 1548-1553.

Armstrong, Judith A. & Ruth McCaffrey. 2005. The Effects of Mucositis on Quality of life in Patients with Head and Neck Cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing, 10: 53-57.

Kohda, R.et al. 2005. Prospective Studies on Mental status and Quality of life in Patients with Head and Neck Cancer Treated by Radiation. Psycho-Oncology, 14: 331-336.

Loprinzi, C.L., Gastineau, D.A.,& Foote,R.L. 2004. Oral complication. In M.D. Abeloff, J.O. J.E. Niederhuher,M.B. Kastan, W.G. Mekenna(Eds.), Clinical oncology. 3rd ed, 778-789. Philadephia : Lippincott.py.

National center of Complementary and Alternative Medicine. 2005. CAM basic [Online]. Available from: http:// www. Pubmed [2010, May 20].

Orem, D. 1991. Nursing: Concept of Practice. 5th ed. St. Louis: Mosby

Otto, J.E. 1991. Oncology Nursing. St Louis: Mosby.

Padilla, G. & Grant, M. 1985. Quality of life as cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Science, 10: 45-60.

Patrick, D.L. and Erickson,P. 1987. Quality of life Assessment and Application. Lancester: MTP press.

Sammarco A. 2001. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. Cancer Nurse, 24(3): 212-219.

Schernhammer, Eva S. 2009. Attitudes about the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Treatment. The journal of alternative and complementary medicine, 15(10): 1115-1120.

Shiba, G. H. 1999. Nasopharyngeal cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.), Oncology nursing: Assessment and clinical care, pp: 1145-1167. St. Louis: Mosby.

Sonis, S. T. 1993. Oral Complication of cancer therapy. In V. T. Pecita (Ed.), Principle and practice of oncology, pp: 2358-2393. Philadephia: Lippincott.

Spitzer, W.O. 1987. State of 1986; Quality of life and functional status as target variable for research. Journal of chronic Disease, 40(6): 465-471.

Strohl, R. A. 1999. Radiation therapy. In C. Miashowski & P. Buchsel (Eds.), Oncology nursing: Assessment and clinical care, pp: 59-81. St. Louis: Moshy.

Thanasilp, S. & Kongsaktrakul, P. 2005. Factors Predicting Quality of life of Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy. Thai Journal of Nursing Research, 9(4), 306-315.

Thordike, R.M. 1978. Correlational procedures for research. New York: Gardner.

Van C.M. Rij et al. 2008. Parotid gland sparing IMRT for head and neck cancer improves xerostomia related quality of life. Radiation oncology, 3:41.

Walsh, D. & Rybicki, L. 2006. Symptom clustering in advance cancer. Support Care Cancer, 14(8): 831-836.

WHOQOL Group. 1998. Development of the WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine, 28: 555-558.

Yasko, J.M. 1982. Care of the patient receiving radiation therapy. Nursing Clinic of North American, 17(4): 631-648.

Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, 17(7), 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	**ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน**
1. แพทย์หญิงดรุณี สวนพลู	แพทย์ชำนาญการ งานรังสีรักษา ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี
2. ผศ.ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณพิมลลักขณ์ ดำเนียร	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็ง สุราษฎร์ธานี
4. คุณชบา เรียนรมย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN ด้านโรคมะเร็ง) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี (ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัสผู้ป่วย .....

สถานที่ .....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

ก. ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือขีดเครื่องหมาย $\surd$ ในวงเล็บ ( ) หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง โดยแต่ละข้อขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) สมรส ( ) โสด ( ) ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด
   ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา
   ( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี/เทียบเท่า
   ( ) ปริญญาโท ( ) อื่นๆ(ระบุ).....
5. อาชีพ
   ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) นักเรียน/นักศึกษา ( ) รับราชการ
   ( ) ค้าขาย ( ) เกษตรกรรม ( ) รับจ้าง
   ( ) อื่นๆ(ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท
7. สิทธิการรักษาปัจจุบัน
   ( ) เบิกได้ ( ) สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
   ( ) ประกันสังคม ( ) ชำระเงินเอง
   ( ) อื่นๆ(ระบุ).....
8. บุคคลที่ช่วยเหลือท่าน(ขณะอยู่บ้าน)
   ( ) คู่สมรส ( ) สมาชิกในครอบครัว
   ( ) เพื่อน/เพื่อนบ้าน ( ) นายจ้าง/ผู้บังคับบัญชา
   ( ) เจ้าหน้าที่/พยาบาล/แพทย์ ( ) อื่นๆ(ระบุ).....

รหัสผู้ป่วย .....
สถานที่ .....
วันที่...../...../.....

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (บันทึกโดยผู้วิจัย)

1. การวินิจฉัยโรค.....เมื่อ .....
   ผลพยาธิสภาพ .....
   .....
   .....
2. ระยะความรุนแรงของโรค (Cancer staging) .....T.....N.....M.....
3. ระยะเวลาของการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา.....สัปดาห์
4. ปริมาณรังสีรักษาที่ได้รับ.....เซนติเกรย์
5. การรักษาที่เคยได้รับ
   ( ) แบบแผนปัจจุบัน
      ( ) เคมีบำบัด
      ( ) รังสีรักษา
      ( ) ผ่าตัด
      ( ) ประคับประคอง
   ( ) แบบผสมผสาน
      ( ) การใช้แพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม กดจุด อายุรเวท
      ( ) การบำบัดโดยการประสานกายและจิต เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์
      ( ) การใช้สารชีวภาพ เช่น สมุนไพร วิตามิน อาหารชีวจิต
      ( ) การจัดกระทำกับส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น การนวด การจัดกระดูก
      ( ) พลังบำบัด เช่น โยเร พลังจักรวาล ชี่กง
      ( ) อื่นๆ ระบุ .....

รหัสผู้ป่วย .....
สถานที่ .....
วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 .**แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา**

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบว่าในรอบ 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการใดขึ้นบ่อยที่สุด มีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใดและความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา จำนวน 15 อาการ และอาการใดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยจัดลำดับ 1 ถึง อันดับ 5 (อันดับ 1 หมายถึง อาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มากที่สุด และอันดับ 5 หมายถึง อาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน น้อยที่สุด)

ก. โปรดตอบทุกคำถามตามความเป็นจริงโดยกาเครื่องหมาย √ ลงในช่องหลังข้อความ เพื่อต้องการทราบความถี่ของอาการ ดังนี้

ไม่มี	หมายถึง	ไม่มีอาการตามข้อความ
นานๆครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นพักๆ
เป็นพักๆ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณอาทิตย์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นประจำ
เป็นประจำ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน อาจจะเป็นวันละครั้ง
ตลอดเวลา	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการไม่หายเลย

และใช้เครื่องหมาย √ ลงในช่องตรงตัวเลขทางขวามือของท่าน เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในตัวท่าน ในรอบ 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ตัวเลข 0	หมายถึง	ท่านไม่มีอาการ
ตัวเลข 10	หมายถึง	อาการนั้นมีความรุนแรงมากจนทนไม่ไหว

อาการ	ความถี่ของอาการ					ระดับความรุนแรงของอาการ										
	ไม่มี	นานๆครั้ง	เป็นพักๆ	เป็นประจำ	ตลอดเวลา	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล																
2. เยื่อบุช่องปากอักเสบ																
3. อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง																
4. อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ																
5. อาการกลืนอาหารลำบาก																
6. การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร																
7. อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ																
8. อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หูอื้อ																
9. อาการระคายเคืองของตา																
10. อาการอ่อนเพลีย																
11. เหนื่อยล้า																
12. เหนื่อยง่าย																
13. คลื่นไส้อาเจียน																
14.เบื่ออาหาร																

ข. อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับ

คำชี้แจง ให้ท่านประเมินอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการรับรู้ว่าอาการใดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด โดยจัดลำดับ 1 ถึง อันดับ 5 (อันดับ 1 หมายถึง อาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มาก และอันดับ 5 หมายถึง อาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน น้อยที่สุด)

1……

2……

3……

4……

5……

รหัสผู้ป่วย……..
สถานที่ …….
วันที่…../…../……...

ส่วนที่ 3. **แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา**

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบว่า ท่านใช้วิธีการใดในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ให้ท่านการเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ วิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ท่านใช้ในการจัดการกับอาการหรือการแก้ไขอาการที่ท่านใช้ปฏิบัติดังต่อไปนี้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

2.1 อาการที่เลือกใช้ หมายถึง อาการเฉพาะที่ จำนวน 9 อาการอาการแทรกซ้อนทั่วไป จำนวน 5 อาการ ดังนี้

1	หมายถึง	ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล
2	หมายถึง	เยื่อบุช่องปากอักเสบ
3	หมายถึง	อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง
4	หมายถึง	อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ
5	หมายถึง	อาการกลืนอาหารลำบาก
6	หมายถึง	การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร
7	หมายถึง	อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ
8	หมายถึง	อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หูอื้อ
9	หมายถึง	อาการระคายเคืองของตา
10	หมายถึง	อาการอ่อนเพลีย
11	หมายถึง	เหนื่อยล้า
12	หมายถึง	เหนื่อยง่าย
13	หมายถึง	คลื่นไส้อาเจียน
14	หมายถึง	เบื่ออาหาร

2.2 วิธีการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานำมาใช้ในการจัดการกับอาการ ได้แก่ การใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน 3 วิธี คือ การใช้ยาแก้ปวด การใช้น้ำยาบ้วนปาก และการใส่สายยางให้อาหาร และการใช้ แบบแผนผสมผสาน คือ การแพทย์

ทางเลือก การบำบัดโดยการประสานกายและจิต การใช้สารชีวภาพ การจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย และพลังบำบัด ดังนี้

1	หมายถึง	การใช้ยาแก้ปวด
2	หมายถึง	การใช้น้ำยาบ้วนปาก
3	หมายถึง	การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายยางให้อาหาร
4	หมายถึง	ฝังเข็ม, กดจุด, อายุรเวท
5	หมายถึง	นั่งสมาธิ, สวดมนต์
6	หมายถึง	สมุนไพร, วิตามิน, อาหารชีวจิต
7	หมายถึง	นวด, จัดกระดูก
8	หมายถึง	โยเร, พลังจักรวาล, ชี่กง

2.3 เกณฑ์การประเมิน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ คือ

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีการตามข้อนี้เลย
ใช้น้อยมาก	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการน้อยมาก
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นบางครั้ง
ใช้เป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นส่วนใหญ่
ใช้เป็นประจำ	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นประจำ

อาการ	วิธีการจัดการกับอาการ								ความถี่ของการใช้				
	1	2	3	4	5	6	7	8	ไม่ได้ใช้	ใช้น้อยมาก	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้เป็นส่วนใหญ่	ใช้เป็นประจำ
1. ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/คล้ำ/มีแผล													
2. เยื่อบุช่องปากอักเสบ													
3. อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง													
4. อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ													
5. อาการกลืนอาหารลำบาก													
6. การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร													
7. อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ													
8. อาการเจ็บหู/การได้ยินลดลง/หูอื้อ													
9. อาการระคายเคืองของตา													
10. อาการอ่อนเพลีย													
11. เหนื่อยล้า													
12. เหนื่อยง่าย													
13. คลื่นไส้อาเจียน													
14.เบื่ออาหาร													

หมายเหตุ 1 = **การใช้ยาแก้ปวด** 2= **การใช้น้ำยาบ้วนปาก** 3 = **การยินยอมให้แพทย์/พยาบาลใส่สายยางให้อาหาร** 4 = **ฝังเข็ม , กดจุด, อายุรเวท** 5 =**นั่งสมาธิ, สวดมนต์** 6 = **สมุนไพร, วิตามิน, อาหารชีวจิต** 7 = **นวด, จัดกระดูก** 8 = **โยเร, พลังจักรวาล, ชี่กง**

รหัสผู้ป่วย .....
สถานที่ .....
วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบว่า ท่านได้มีการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินเปรียบเทียบ โดยผ่านการประเมินตัดสิน จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในยามที่เจ็บป่วย มีจำนวนข้อคำถาม 20 โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
มาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
ปานกลาง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
เล็กน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย

โปรดตอบทุกคำถามตามความเป็นจริงโดยกาเครื่องหมาย √ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
ด้านอารมณ์					
1.ฉันมั่นใจว่าคนที่ฉันรักจะไม่ทอดทิ้งฉันขณะเจ็บป่วย					
2.ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว					
3.เมื่อฉันมีเรื่องเดือดร้อนไม่สบายใจ ฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนได้					
4.ฉันได้รับคำชื่นชมจากแพทย์/พยาบาลเมื่อปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ					
5.ฉันได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว					

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
ด้านข่าวสาร					
6.ฉันได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่					
7.คนในครอบครัวช่วยหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวและการรักษาเกี่ยวกับโรคของฉัน					
8.ฉันได้รับข่าวสารใหม่ๆที่เกี่ยวกับสุขภาพ/ความเจ็บป่วยจากเพื่อนๆ					
9.ฉันได้รับทราบถึงผลข้างเคียงของการรักษาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่					
10. ฉันได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายจากคนใกล้ชิด					
ด้านทรัพยากร					
11.ฉันได้รับความช่วยเหลือด้านเงินหรือสิ่งของจากบุคคลในสังคม					
12.บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆในระหว่างฉันเจ็บป่วย					
13.ฉันได้รับการช่วยเหลือในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา จากคนในครอบครัว					
14.ฉันไม่ต้องทำงานที่ต้องออกแรงมากๆ เพราะมีคนช่วยฉัน เช่น เมื่อฉันยกของหนัก					
15.ฉันได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจากคนใกล้ชิด					

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
ด้านการประเมินเปรียบเทียบ					
16.ฉันได้กลับมาทำงานประจำอีกครั้ง					
17.ฉันได้รับความเคารพ ยกย่องและนับถือจากคนในครอบครัว					
18.ฉันได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ขณะที่เจ็บป่วย					
19.ฉันสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ					
20.ฉันสามารถออกกำลังกายได้ปกติ					

รหัสผู้ป่วย .....
สถานที่ .....
วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบว่า ท่านมีคุณภาพชีวิตขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา ตามการรับรู้ของท่าน ในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาก หมายถึง มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีมาก
ค่อนข้างมาก หมายถึง มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีค่อนข้างมาก
ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีปานกลาง
น้อย หมายถึง มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีน้อยที่สุด

โปรดตอบทุกคำถามตามความเป็นจริงโดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความผาสุกด้านร่างกาย					
1. ฉันรู้สึกว่าตนเองหมดเรี่ยวแรง					
2.ฉันรู้สึกว่ามีอาการคลื่นไส้					
3.ฉันรู้สึกว่าสภาพร่างกายทำให้มีปัญหาในการรับภาระต่างๆในครอบครัว					
4.ฉันรู้สึกว่ามีอาการปวด					
5.ฉันรู้สึกรำคาญต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา					
6.ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย					
7.ฉันต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง					

ข้อคำถาม	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว					
8. ฉันรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ					
9.ฉันรู้สึกถึงกำลังใจที่ได้รับจากคนในครอบครัว					
10.ฉันรู้สึกได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ					
11.ครอบครัวของฉันให้การยอมรับในความเจ็บป่วยของฉัน					
12.ฉันรู้สึกพึงพอใจต่อการสื่อสารกันภายในครอบครัว					
13.ฉันรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง/คนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ					
14.ฉันรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง					
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ					
15.ฉันรู้สึกเศร้าใจ					
16.ฉันรู้สึกพอใจกับวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเอง					
17.ฉันรู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย					
18.ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ					
19. ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย					
20. ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าอาการจะแย่ลง					

ข้อคำถาม	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม					
21. ฉันสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)					
22. ฉันรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน					
23. ฉันรู้สึกถึงการมีชีวิตที่สนุกสนาน					
24. ฉันยอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่					
25.ฉันมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี					
26.ฉันรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ					
27.ฉันรู้สึกพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนในขณะเจ็บป่วย					

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 407/55 **วันที่** 3 กรกฎาคม 2555

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองผลการพิจารณา
2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ใบยินยอม
4. แบบสอบถาม

ตามที่ **นางสาวสุชาดา ธราพร** นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 049.1/55 เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับรังสีรักษา (RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOM, MANAGEMENT, SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS HEAD AND NECK CANCER TREATED BY RADIATION) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ รับรองวันที่ 29 มิถุนายน 2555

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศ์โรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 099/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 049.1/55 : ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับรังสีรักษา

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุชาดา ธราพร

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 29 มิถุนายน 2555 **วันหมดอายุ** : 28 มิถุนายน 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 049.1/55
วันที่รับรอง 29 มิ.ย. 2555
วันหมดอายุ 28 มิ.ย. 2556

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
*4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น***
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุชาดา ธราพร ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) ที่อยู่ ตึกผู้ป่วยในสามัญชาย ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี เลขที่ 431 หมู่ที่ 5 ตำบล ขุนทะเล อำเภอ เมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี 84100

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 518/1 หมู่ 5 ตำบล จันดี อำเภอ ฉวาง จังหวัด นครศรีธรรมราช 80250

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 077-211625-8 ต่อ 1043

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-9089485

E-mail: suchada_tha@hotmail.co.th

เลขที่โครงการวิจัย 049.1/55
วันที่รับรอง 29 มิ.ย. 2555
วันหมดอายุ 28 มิ.ย. 2556

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 150 คน

4.2 การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

2. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 -59 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

3. รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. ระดับอาการของโรคเพิ่ม เช่น เหนื่อยหอบ เพลีย หรือมีอาการปวด

2. ผู้ป่วยขอยุติการตอบแบบสัมภาษณ์

เลขที่โครงการวิจัย 044.1/55
วันที่รับรอง 29 มิย. 2555
วันหมดอายุ 28 มิย. 2556

4.3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยเท่าๆกัน คือ ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 75 คน และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 75 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ใช้สัดส่วน 1:1

5. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลเวร ขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการสุ่มไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างนอกเวลาที่ต้องรักษา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสัมภาษณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1ครั้ง

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและหอผู้ป่วยสัปดาห์ละ 3 วัน รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา คือ 8.00-16.00 น.

ส่วนการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แผนกผู้ป่วยนอกรังสี รักษาและหอผู้ป่วย สัปดาห์ละ 3 วัน รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในสองช่วงเวลา คือ 8.00-12.00 น.และ13.00-16.00 น.

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นระยะเวลา 30 นาที ซึ่งแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 5 ชุด ได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบสัมภาษณ์อาการ จำนวน 19 ข้อ แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการกับอาการ จำนวน 14 ข้อ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 27 ข้อ ได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปเป็นผลการวิจัย

6. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้ไม่สมัครใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงใหม่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละแห่งและหากผู้วิจัยได้ข้อมูลไม่ครบ ผู้วิจัยจะขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง

7. ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์และประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียหรือปวด เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลร่วมกับให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ในกรณีที่สัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความไม่สบายใจเรื่องใด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา และนำข้อมูลที่ได้มาประเมินปัญหาและประสานงานให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป

AF 04-07

8. ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา นอกจากนี้ระหว่างทำแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจ หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาหรือซักถามข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรค ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่กลุ่มตัวอย่าง

9. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ ข้อมูลสนับสนุนส่งเสริมความรู้ สำหรับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการพยาบาลแผนปัจจุบันเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

10. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแต่ให้เป็นของที่ระลึกตอบแทน ได้แก่ ผ้าขนหนูผืนเล็กสำหรับเช็ดหน้า 1 ผืนแก่ท่าน

11. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวสุชาดา ธราพร ได้โดยตรงทางโทรศัพท์หมายเลข 089-9089485

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 041.1/55
วันที่รับรอง 29 มิ.ย. 2555
วันหมดอายุ 28 มิ.ย. 2556

AF 05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ .....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ....ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อผู้วิจัย .....นางสาวสุชาดา ธราพร .....

ที่อยู่ที่ติดต่อ .....บ้านเลขที่ 431 หมู่ 5 ต. ขุนทะเล อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84100.....

โทรศัพท์ .....089- 9089485.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถามของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตามแบบสัมภาษณ์จำนวน 5 ชุด *ได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบสัมภาษณ์อาการ จำนวน 19 ข้อ แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการกับอาการ จำนวน 14 ข้อ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 27 ข้อ เป็นจำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลา 30 นาที*

ข้าพเจ้ามี**สิทธิถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมทั้งข้าพเจ้าจะยังได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามปกติที่เคยได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษา**เป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความผาสุกด้านร่างกาย	**17.19**	**3.89**
1. ความรู้สึกว่าตนเองหมดเรี่ยวแรง	2.84	0.82
2. ความรู้สึกว่ามีอาการคลื่นไส้	2.50	0.69
3. ความรู้สึกว่าสภาพร่างกายทำให้มีปัญหา	2.73	0.86
4. ความรู้สึกว่ามีอาการปวด	1.86	0.85
5. ความรู้สึกรำคาญต่ออาการข้างเคียง	2.23	0.85
6. ความรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย	2.59	0.89
7. การต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง	2.43	1.03
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	**19.82**	**2.96**
8. ความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	2.42	0.89
9. กำลังใจที่ได้รับจากคนในครอบครัว	3.66	0.55
10.การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ	2.06	0.63
11.การยอมรับความเจ็บป่วยจากครอบครัว	3.42	0.54
12.ความพึงพอใจต่อการสื่อสารภายในครอบครัว	3.44	0.60
13.ความใกล้ชิดกับคู่ครอง/คนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ	3.42	0.67
14.ความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง	1.40	0.78
ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ	**18.88**	**3.82**
15.ความรู้สึกเศร้าใจ	3.21	0.95
16.ความพอใจกับวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเอง	3.05	0.56
17.ความรู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย	3.12	0.85

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ		
18.ความรู้สึกกระวนกระวายใจ	3.34	0.94
19.ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	3.20	0.79
20.ความวิตกกังวลว่าอาการจะแย่ลง	2.98	0.90
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	**22.33**	**3.24**
21.ความสามารถในการทำงานทั่วไป	3.02	0.77
22.ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน	3.25	0.73
23.การมีชีวิตที่สนุกสนาน	3.00	0.61
24.การยอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	3.36	0.61
25.คุณภาพการนอนหลับ	3.48	0.66
26.ความรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ	2.72	0.71
27.ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตขณะเจ็บป่วย	3.51	0.72
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**78.23**	**10.77**

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านอารมณ์	**15.49**	**2.49**
1. ฉันมั่นใจว่าคนที่ฉันรักจะไม่ทอดทิ้งฉัน	3.59	0.63
2. ฉันได้รับความห่วงใยจากคนในครอบครัว	3.56	0.64
3. เมื่อมีเรื่องเดือดร้อนไม่สบายใจสามารถพึ่งพาเพื่อนได้	2.50	0.67
4. ได้รับคำชื่นชมจากแพทย์/พยาบาลเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำ	2.31	0.72
5. ได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพจาก	3.53	0.63
ด้านข่าวสาร	**12.45**	**2.50**
6. ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่	2.61	0.56
7. คนในครอบครัวช่วยหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว/การรักษา	2.63	0.75
8. ได้รับข่าวสารใหม่ๆเกี่ยวกับสุขภาพ/ความเจ็บป่วยจากเพื่อนๆ	2.19	0.73
9. ได้รับทราบผลข้างเคียงของการรักษาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่	2.62	0.71
10. ได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายจากคนใกล้ชิด	2.40	0.73

ตารางที่ 11 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านทรัพยากร	13.82	2.59
11. ได้รับความช่วยเหลือด้านเงินหรือสิ่งของจากบุคคลในสังคม	1.42	0.81
12. บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆขณะเจ็บป่วย	3.13	0.68
13. ได้รับการช่วยเหลือในการเดินทางเมื่อมารับการรักษาจากคนในครอบครัว	3.57	0.60
14. ไม่ต้องทำงานที่ต้องออกแรงมากๆ	2.85	0.76
15. ได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจากคนใกล้ชิด	2.85	0.76
ด้านการประเมินเปรียบเทียบ	13.09	2.98
16. ฉันได้กลับมาทำงานประจำอีกครั้ง	2.41	0.78
17. ได้รับความเคารพ ยกย่องและนับถือจากคนในครอบครัว	3.68	1.80
18. ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานขณะเจ็บป่วย	2.32	0.64
19.สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	2.45	0.65
20. สามารถออกกำลังกายได้ปกติ	2.24	0.61
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	54.85	8.19

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสุชาดา ธราพร เกิดวันที่ 28 กรกฎาคม 2521

ที่อยู่ บ้านเลขที่ 518/1 หมู่ 5 ตำบล จันดี อำเภอ ฉวาง จังหวัด นครศรีธรรมราช

ประวัติการศึกษา

- สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2544
- สำเร็จการศึกษาหลักสูตรนิติศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2553
- กำลังเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2552

ประวัติการทำงาน

- เข้ารับราชการ ณ ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน
- ปัจจุบันปฏิบัติงานหน่วยงาน กลุ่มการบริการวิชาการผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญชาย ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ