

ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา

นางสาวมาลี นิ่มพงษ์พันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION GUIDED BY ILLNESS BELIEFS MODEL ON
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH HEAD AND NECK
CANCER DURING RADIATION THERAPY

Miss Malee Nimpongpan

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 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อ
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ระหว่างการรับรังสีรักษา

โดย

นางสาวมาลี นิยมพงษ์พันธ์

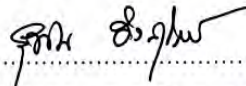
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

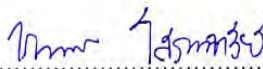
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์

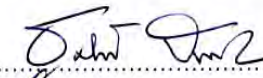
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ สีนุญวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิต)

มาลี นิมพงษ์พันธ์: ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา. (THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION GUIDED BY ILLNESS BELIEFS MODEL ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH HEAD AND NECK CANCER DURING RADIATION THERAPY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
ผศ. ดร. ชมพูนุช โสภางารย์, 133 หน้า.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ระยะของโรค และตำแหน่งที่เป็นโรคแล้วสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Random assignment) กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยใช้แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการสนทนาบำบัด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง และ 4) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและคงไว้ซึ่งความเชื่อที่เหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=5.17, SD=.23$ และ $\bar{X}=4.82, SD=.51$ $p<.05$).
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=5.17, SD=.23$ และ $\bar{X}=4.86, SD=.47$ $p<.05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา2551.....

ลายมือชื่อนิสิต..... ไทลี พิงทอพันธ์.....

ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... โทมัส โสภางารย์.....

5077596936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE / HEAD AND NECK CANCER / RADIATION THERAPY

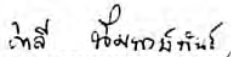
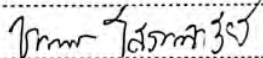
MALEE NIMPONGPAN : THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION GUIDED BY ILLNESS BELIEFS MODEL ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH HEAD AND NECK CANCER DURING RADIATION THERAPY.
ADVISOR: ASST. PROF. CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D., 133 pp.

The purpose of this quasi - experimental research was to examine the effect of nursing intervention guided by Illness Beliefs Model on health-related quality of life in persons with head and neck cancer during radiation therapy. Study sample consisted of 40 patients with head and neck cancer receiving radiation therapy at Ubonratchathani Cancer Center. Convenience Sampling was used to recruited subjects for this study. Subjects were matched by age, tumor stage, and tumor site, and then they were randomly assigned to either a control or an experimental group (n=20). The control group received conventional nursing care while the experimental group received nursing intervention guided by Illness Beliefs Model. The intervention using therapeutic conversation technique comprised of 4 sessions: a) Creating a context for changing beliefs, b) Assessing, uncovering, and distinguishing illness beliefs, c) Intervening and challenging constraining beliefs, and d) Distinguishing change: Bringing forth facilitating illness beliefs. Data collection instrument was Health-related quality of life questionnaire. The instrument was validated by panel of experts and tested for reliability (Cronbach's alpha coefficient =.80). Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Major results were as follows:

1. Health-related quality of life score of persons with head and neck cancer during radiation therapy after receiving the nursing intervention guided by Illness Beliefs Model was significantly higher than before receiving the intervention (\bar{X} =5.17, SD=.23 and \bar{X} =4.82, SD=.51 p<.05).
2. Health-related quality of life score of persons with head and neck cancer in the experimental group was significantly higher than those of the control group (\bar{X} =5.17, SD=.23 and \bar{X} =4.86, SD=.47 p<.05).

Field of Study : Nursing Science
Academic Year : 2008

Student's Signature 
Advisor's Signature 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาเอาใจใส่ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอื้ออาทร รวมทั้งให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้คำแนะนำอันมีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ ดร. รุ่งรังษี วิบูลย์ คุณชลิยา วามะลุน และคุณนารี ชื่นคล้าย ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานีและศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี ที่ให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรหอผู้ป่วยพิเศษพระปฐมบรมราชสุริยวงศ์ 3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทุกท่าน ที่เสียสละและสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสลาศึกษา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อชัยและคุณแม่เฮียง นิมพงษ์พันธ์ รวมทั้งสมาชิกครอบครัวทุกท่านที่ได้เอื้ออำนวยความสะดวก และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
มะเร็งศีรษะและคอ.....	11
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	22
รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย.....	35
การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69

	๕
บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ.....	91
รายการอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
ภาคผนวก ข ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน.....	109
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและ หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัย.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	133

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	72
2	จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา.....	74
3	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก่อนการทดลอง.....	76
4	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มทดลอง.....	77
5	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุม.....	78
6	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังการทดลอง.....	79
7	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน.....	110

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	25
2	ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย.....	36
3	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปี 2545 – 2550 พบมะเร็งศีรษะและคอมากเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็ง โดยคิดเป็นร้อยละ 12.83 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ในด้านการรักษานั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอประมาณร้อยละ 60-80 ได้รับรังสีรักษา (Radiation therapy) ติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ เป็นเวลานาน 6-8 สัปดาห์ (Iwamoto, 1997; สวัสดิ์ ณาพิกุลไพโรจน์, 2541; วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่เป็นชนิดสแควมัสเซลล์ (Squamous cell) ซึ่งไวและตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสี

ถึงแม้ว่ารังสีรักษาจะมีประโยชน์ในแง่การรักษามะเร็งศีรษะและคอได้ดีโดยการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ขณะเดียวกันรังสีรักษาก็ทำลายเซลล์ปกติที่อยู่ใกล้เคียงรวมทั้งต่อมต่างๆ ในบริเวณช่องปากและคอ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของรังสีรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีอาการแทรกซ้อนจากรังสีรักษาใน 7-10 วันหลังเริ่มการรักษา และอาการจะพบมากขึ้นภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์ขึ้นไป ที่สำคัญอาการดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Dorr & Hendry, 2001; Shih et al., 2003; Stone et al., 2003; Braam et al., 2007) อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างการได้รับรังสีรักษา

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตพบว่ามีการศึกษาของนฤมล ศาสตรสุข (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับการรักษาด้วยรังสี ผลการศึกษาพบว่าขณะรับรังสีรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความรักความเป็นเจ้าของอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความภาคภูมิใจและการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับการรักษาด้วยรังสีที่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านการรับประทานอาหาร ความวิตกกังวลและความสามารถในการทำงาน ผลการศึกษาในประเทศไทยข้างต้นสอดคล้องผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะรับรังสีรักษามีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายลดลง มีความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และมีการทำหน้าที่ลดลง (Chawla et al., 1999)

นอกจากนี้การศึกษาของ Bansal และคณะ (2004) ยังพบการลดต่ำลงของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านการทำงานที่ทางกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ Kelly และคณะ (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงระหว่างรับรังสีรักษา ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีกว่า (Tsai et al., 2007; Kroenke et al., 2008)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษาต่อภาวะหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ซึ่งประเมินได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง (Fang et al., 2002) ซึ่งใกล้เคียงกับ Ferrell et al. (1995) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ประเมินได้จากการรับรู้ผลกระทบของโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า เป็นการรับรู้ความผาสุกของบุคคลทางด้านร่างกายและอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยส่วนใหญ่ระบุว่าเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตเท่านั้น (เช่น การศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; จิตติยา สมบัติบุญ, 2545; วนิตา รัตนานนท์, 2545 เป็นต้น) อย่างไรก็ตามการพิจารณาองค์ประกอบและข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาเหล่านั้น พบว่าแทบทั้งหมดเป็นการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษาต่อภาวะหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งใกล้เคียงกับความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตามที่ Fang et al. (2002) และ Ferrell et al. (1995) ได้กล่าวไว้

นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า มีปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=.54, p<.05$) (บุษดี ศรีคำ, 2546) ความหวัง ($r=.39, p<.05$) (จิตติยา สมบัติบุญ, 2545) อคติโนทัศน์ ($r=.63, p<.05$) (จิตติยา สมบัติบุญ, 2545) และการสนับสนุนทางสังคม ($r=.64, p<.01$) (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยเชิงทดลองที่มุ่งเน้นการจัดการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ผ่านมามีเพียงหนึ่งงานวิจัย ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนและให้ความรู้ (ผ่องพรรณ กาวิวงศ์, 2533) ส่วนในต่างประเทศจะมุ่งเน้นการบำบัดด้านจิตสังคม (Hammerlid et al., 1999) การใช้กลุ่มสนับสนุน (Vakharia et al., 2007) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการพยาบาลที่ครอบคลุมการ จัดกระทำปัจจัยที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติโนทัศน์ และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเกิดการ

เจ็บป่วยบุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อที่ยึดถือ ซึ่งการได้รู้ถึงความเชื่อเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่จำกัดความสำเร็จ และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว และนำมาซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณลดลง (Wright, 2005; จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษาก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model) ของ Wright, Watson และ Bell (1996) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเป้าหมายหลักของแนวคิดนี้คือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเนื่องจากความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งเหล่านั้นถูกต้องเป็นความจริง มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และจาก

ประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆตามความเชื่อที่มีอยู่ ซึ่งความเชื่อมี 2 ประเภทคือ ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating beliefs) และความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Constraining beliefs)

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นรูปแบบการประเมินและปฏิบัติการพยาบาล สำหรับครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย โดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพ นำมาซึ่งการเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเปิดโอกาสสำหรับการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม (Wright, Watson, & Bell, 1996) อีกทั้งยังเป็นระบายนามความรู้สึกมีผลทำให้ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณลดลง (Wright, 2005)

เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น การจัดการหรือเผชิญกับความเจ็บป่วยขึ้นกับความเชื่อความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน บุคคลและครอบครัวจะมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีกว่า เมื่อมีความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ เพราะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เมื่อประยุกต์แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรักษา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบุคคลที่มีความเชื่อในทางที่ดีต่อโรคและการรับรังสีรักษาจะเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา รู้สึกว่าการเจ็บป่วยไม่ใช่สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงจนเกินไป สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง ทำให้มองเห็นคุณค่าในตนเองและเกิดอึดใจในทัศนคติที่ดี ต่างจากผู้ที่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากกรรมหรือการลงโทษจากการทำผิดจะทำให้ครอบครัวละเลยไม่สนใจในการหาทางรักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้ความเจ็บป่วยนั้นไม่ได้รับการแก้ไข

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรักษาให้ดีขึ้น โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย ชักถาม และบอกเล่าถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ตามความเชื่อความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงข้อมูลความเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวบอกเล่า จะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อที่มีโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อในการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านความหวัง และความเชื่อด้านอึดใจในทัศนคติ รวมทั้งศักยภาพการดูแลสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เมื่อพบว่ามีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง พยาบาลจะมีการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อส่งเสริมความหวัง และอึดใจในทัศนคติ รวมทั้งการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรักษาและครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย และสนับสนุนให้คงไว้ในส่วนของความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จต่อตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model) ของ Wright, Watson และ Bell (1996) ร่วมกับการศึกษานำร่องของผู้วิจัย และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรักษา เนื้อหาประกอบด้วย การสนทนากับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ร่วมกับการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมการกระทำ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อส่งเสริมความหวังและอัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลความเชื่อต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมาตามความเชื่อของตนเอง โดยการยอมรับความเป็นบุคคลโดยการแสดงท่าที่เป็นกันเองและรับฟังความคิดเห็น มีการประเมินความต้องการรวมทั้งการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อัตมโนทัศน์ ในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การพยากรณ์โรค ศาสนาและจิตวิญญาณ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ความหวัง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น และมีการชื่นชมเมื่อพบว่าความเชื่อที่เชื่อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่างและเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเมื่อพบว่าความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอ การวินิจฉัยโรค สาเหตุ การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา และภายหลังการรับรังสีรักษา วิธีการเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังโดยการฝึกคิดและพูดกับ

ตนเองในทางบวก การพูดสนับสนุนให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ แนะนำครอบครัวในการช่วยเหลือดูแล รวมทั้งมีการสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติการบริหารช่องปากและคอเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ซึ่งการให้ข้อมูลจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวในการช่วยบรรเทาหรือขจัดความนึกคิดหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนการแปลผลจากโรคและการรักษาที่ไม่ถูกต้อง และจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) และผู้วิจัยได้มอบคู่มือความรู้มะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา ให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไว้อ่านเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ร่วมกันสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวประเมินผลการนำข้อมูลไปปฏิบัติ ร่วมกับการประเมินของผู้วิจัยจากการสังเกต ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และผู้วิจัยพูดชื่นชมให้กำลังใจในความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วและส่งเสริมให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพูดชื่นชมให้กำลังใจจะทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงความดี ความสามารถของตนเอง และเกิดความมั่นใจในการช่วยลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวจากการเจ็บป่วย และยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและพยาบาล (Limacher & Wright, 2003)

จากการศึกษางานวิจัยที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในด้านสุขภาพพบว่า การปรับเปลี่ยนความเชื่อความเจ็บป่วยมีการใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของเนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) ที่นำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นแนวทางในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมกำหนดระยะเวลาในการพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของพัชริน แนนหนา (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว โดยผู้วิจัยได้วางแผนในการพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ครั้งๆละ 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวมีความทุกข์ทรมานลดลง ส่วนการศึกษาของวิไล อาริรุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวมีการพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตพบว่า มีระยะเวลาที่สามารถเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตได้ที่แตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของสวอร์ค รุจิชยากร (2550) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในการพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้งๆละ 45 - 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และบรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ (2549) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในการพบกลุ่มตัวอย่าง 9 ครั้งๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ส่วนไบศรี แสงบบาล (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อคุณภาพชีวิตสมรสในสตรีที่มีปัญหาครอบครัว ในการพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับการโปรแกรมการพยาบาลมีคุณภาพชีวิตสมรสสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลในด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส การสื่อสารกับคู่สมรส และด้านความผูกพันใกล้ชิดกับคู่สมรส และมีคุณภาพชีวิตสมรสสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลในด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส การสื่อสารกับคู่สมรส ด้านทัศนคติต่อคู่สมรส และด้านความผูกพันใกล้ชิดกับคู่สมรส และสุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างรับรังสีรักษา ในการพบกลุ่มตัวอย่าง 10 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของนาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ (2537) ที่ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ครั้งๆละ 30 - 45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ดังนั้น ในการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และเพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษาด้วยรังสีที่ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งส่วนหนึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษา 4 - 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายบุคคลพร้อมครอบครัว โดยพบกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์

ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Non-equivalent control group pretest-posttest design) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2552

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในส่วนของช่องปาก ลำคอ ต่อม้ำลาย ต่อมธัยรอยด์ กระดูกกรามและกระดูกแกกซีลาร์ กล่องเสียง โปรงหลังจมูก และโพรงอากาศช่องจมูก ที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษา

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาต่อผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา จากการรายงานด้วยตัวของผู้ป่วยเองโดยการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของ Ferrell และคณะ (1995) ในองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย เป็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการเหนื่อยล้า การพักผ่อนและการนอนหลับ ภาวะเจริญพันธุ์ อาการปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพร่างกายทั่วไป

2. ความผาสุกด้านจิตใจ เป็นการหาวิธีเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นในด้านการควบคุมความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ การกระจายของโรค การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม และความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา

3. ความผาสุกด้านสังคม เป็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวบทบาทและความสัมพันธ์ บทบาททางเพศ การแยกตัว และฐานะทางเศรษฐกิจ

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความหวัง ความเชื่อในด้านศาสนา หรือแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาและครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright, Watson และ Bell (1996) เนื้อหาประกอบด้วย การสนทนากับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพร้อมครอบครัว ร่วมกับการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมการจัดกระทำ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อส่งเสริมความหวังและอึดทนในทัศน และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้ระยะเวลาในการพบกลุ่มตัวอย่าง 5 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างความคุ้นเคย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อเนื่องทุกครั้งที่พบผู้ป่วยและครอบครัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยการแสดงท่าที่เป็นกันเองและรับฟังความคิดเห็นอย่างตั้งใจ มีการประเมินความต้องการ รวมทั้งการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อึดทนในทัศน ในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การพยากรณ์โรค ศาสนาและจิตวิญญาณ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ความหวัง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว และมีการชื่นชมเมื่อพบว่าความเชื่อนั้นเอื้อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยของครอบครัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่างและเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เมื่อพบว่าความเชื่อนั้นเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับ

ความเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอ การวินิจฉัยโรค สาเหตุ การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและภายหลังการรับรังสีรักษา วิธีการเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังโดยการฝึกคิดและพูดกับตนเองในทางบวก การพูดสนับสนุนให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ แนะนำครอบครัวในการช่วยเหลือดูแล รวมทั้งการสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติการบริหารช่องปากและคอ โดยใช้สื่อภาพพลิกและผู้วิจัยได้มอบคู่มือความรู้มะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา ให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไว้อ่านเพิ่มเติมตั้งแต่พบกันครั้งแรก ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ร่วมกันสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการสนทนาในแต่ละครั้ง รวมทั้งการประเมินของผู้วิจัยจากการสังเกต เปิดโอกาสให้ถามคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด และผู้วิจัยพูดชื่นชมให้กำลังใจในความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วและส่งเสริมให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยใน ที่ให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาของศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ในเรื่องการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การดูแลเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา การให้ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการให้ความรู้เป็นกลุ่มในเรื่องอื่นๆจากตัวแทนทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีขึ้น
2. เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว
3. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. มะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.1 สาเหตุการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.2 อาการและอาการแสดง
 - 1.3 การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.4 อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - 2.4 ผลกระทบของรังสีรักษาต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
 - 2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
3. รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model)
4. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในส่วนบนของระบบหายใจและระบบทางเดินอาหารอันได้แก่ ช่องปาก (Oral cavity) โฟรงหลังจมูก (Nasopharynx) โฟรงอากาศช่องจมูก (Paranasal sinus) ลำคอ (Pharynx) ต่อมน้ำลาย (Salivary gland) ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) กระดูกกรามและกระดูกแก้มซิลาร์ (Mandible and maxillar) กล่องเสียง (Larynx)

มะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เป็นเยื่อบุชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) (Semple et al., 2004; Otto, 1994; วิชาญ หล่อวิทยาและคณะ, 2544)

1.1 สาเหตุการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ

สาเหตุการเกิดมะเร็งศีรษะและคอยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.1.1 สารเคมีและสารระคายเคือง ได้แก่

ก. บุหรี่ เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งระบบทางเดินหายใจ และระบบอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่จัดรวมกับการดื่มสุราจัด มีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุราถึง 5-25 เท่า (สาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์, 2541) โดยพบว่าสารก่อมะเร็งเบ็นซ์ไพรีน (Benzpyrien) ที่ได้จากการสูบบุหรี่ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งช่องปากและมะเร็งกล่องเสียง

ข. แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหารทางเดินอาหารส่วนต้น และทางเดินหายใจส่วนต้น และพบว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งชนิดสแควมัส (ศรีสุนทรา เจริญวิวัฒน์, 2545)

ค. สารแอสเบสตอส (Asbestos) และการฉายรังสี (Otto, 2001) จะมีผลทำให้เกิดการชำรุดที่ยีน (Gene) โดยตรง

ง. การเคี้ยวหมาก การอมยาเส้น หรือสัมผัสสารระคายเคืองเรื้อรัง เนื่องจากการเสียดสีหรือการได้รับสารที่ทำให้เกิดความระคายเคืองช่องปากเป็นระยะเวลานาน ทำให้เซลล์ในช่องปากเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ (สุเมธ พิรุณ, 2541; พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534)

1.1.2 พันธุกรรม จากการที่พบว่ามะเร็งหลังโพรงจมูกมีความชุกสูงเฉพาะในบางเขตภูมิศาสตร์ เช่น ในประเทศจีนตอนใต้และส่วนอื่นๆที่ชาวจีนอพยพไป ทำให้มีการศึกษาว่าพันธุกรรมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดมะเร็งชนิดนี้ (ภาวีน เกษกุล, 2550) และยังมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดมะเร็งหู คอจมูก ซึ่งพบว่าเกิดจากได้รับการกระตุ้น (Activation) ของยีนที่ทำหน้าที่กำกับการเจริญเติบโตของเซลล์และแบ่งตัวของเซลล์ (Proto-oncogenes) และได้รับการยับยั้งการกระตุ้น (Inactivation) ของยีนที่ทำหน้าที่ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ (Tumor suppression genes) โดยปกติ p53 มีหน้าที่ควบคุมการแบ่งเซลล์ การเจริญเติบโตของเซลล์ การซ่อมแซมสารพันธุกรรม (DNA) และควบคุมการทำลายเซลล์ (Apoptosis) มีการเกิดการผ่าเหล่า (Mutation) บ่อยที่สุด โดยพบได้ร้อยละ 58 ในผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา (ประยุทธ์ ไรจน์ประดิษฐ์, 2544)

- 1.1.3 สุขภาพในช่องปากไม่ดี พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รักษาความสะอาดในช่องปาก อาจเป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งด้วย (ประยุทธ์ โจน์พรประดิษฐ์, 2544)
- 1.1.4 การขาดวิตามินและแร่ธาตุในอาหาร โดยพบว่าผู้ที่ขาดวิตามินเอ วิตามินบีและธาตุเหล็ก เป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งช่องปากและลำคอ (Haggood, 2001)
- 1.1.5 การติดเชื้อไวรัส ได้มีการพบสารพันธุกรรม (DNA) จากเชื้อฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส (Human papillomavirus) ในเนื้อเยื่อบริเวณหูด จมูก และพบสารพันธุกรรมจากเอ็บสไตน์บาร์ไวรัส (Ebstein-Barr Virus type 2 และ 3) ในเนื้อเยื่อมะเร็งโพรงหลังจมูก นอกจากนี้ยังพบว่าระดับอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin: Ig) ชนิด IgG และชนิด IgA ต่อแอนติเจน (Antigen) ของไวรัสในผู้ป่วยมีปริมาณที่สูงกว่าประชากรทั่วไปที่มีสุขภาพดี จึงเป็นที่ยอมรับว่าไวรัสเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็ง (ประยุทธ์ โจน์พรประดิษฐ์, 2544; สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ, 2548)

1.2 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมักมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงแตกต่างกัน ขึ้นกับตำแหน่งของโรคที่เป็นดังนี้ (วิชาญ หล่อวิทยาและคณะ, 2544)

มะเร็งช่องปาก (Oral cavity) ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยแผลเรื้อรัง ในระยะแรกจะไม่มีอาการปวด แต่ถ้ามีอาการปวดมากเฉพาะที่แสดงว่ามะเร็งนั้นอาจลุกลามไปในส่วนนั้นๆ หรือลุกลามไปตามเส้นประสาทหรือกระดูก ผู้ป่วยร้อยละ 30-45 จะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งสายเสียง (Vocal cord) จะมีอาการเสียงแหบ เมื่อเป็นมากจะมีอาการเจ็บคอ เจ็บในหู หรือบริเวณไทรอยด์ (Thyroid)

มะเร็งของคอหอยส่วนบน (Oropharynx) อาการที่พบบ่อยคือ เจ็บคอ กลืนเจ็บ ผู้ป่วยที่เป็นมากอาจมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ พูดไม่ชัด และหายใจหอบได้ ผู้ป่วยร้อยละ 44-76 จะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งของคอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx) มักมาด้วยอาการกลืนเจ็บและปวดหู เมื่อมีอาการมากจะมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ หรือมีกลิ่นในช่องปาก ส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) ส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการหูอื้อ ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เลือดออกทางจมูก ความผิดปกติของเสียงหรือประสาทตา เป็นต้น

มะเร็งต่อมน้ำลาย (Parotid) มักจะมีอาการบวมหรือมีก้อนที่บริเวณต่อมน้ำลาย อาจมีอาการปวดที่ก้อนหรือบริเวณใบหน้า กัดเจ็บ อ้าปากลำบาก หรืออาจมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

การกำหนดระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

การกำหนดระยะต่างๆของมะเร็งศีรษะและคอ จะมีการแบ่งกลุ่มย่อยหลายรูปแบบ แต่ที่ใช้กันมากคือระบบทีเอ็มเอ็น (TMN = Tumor Metastasis Node system) โดย American Joint Committee for Cancer Staging and Results recording ซึ่งจะบอกระยะของมะเร็งตามความรุนแรงและการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความมากน้อยของโรคและช่วยในการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และยังช่วยบอกถึงการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งในปัจจุบันการรักษามะเร็งจะใช้ลักษณะของเนื้อเยื่อและตำแหน่ง เป็นตัวตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา (Otto, 1991; วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ, 2544) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

Primary tumor (T): ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ

TX	ไม่สามารถประเมินขนาดของมะเร็งได้
T0	ไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นของมะเร็งได้
Tis	มะเร็งระยะเริ่มแรก
T1	มะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร
T2	มะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 4 เซนติเมตร
T3	มะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 4 เซนติเมตร
T4	มะเร็งมีขนาดโตมาก ลุกลามไปเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือทะลุถึงกระดูก
T4a	มะเร็งมีการกระจายไปในโครงสร้างอื่นๆที่สามารถผ่าตัดได้
T4b	มะเร็งมีการกระจายไปในโครงสร้างอื่นๆที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

Regional node (N): ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง

NX	ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้
N0	ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง
N1	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 3 เซนติเมตร
N2	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามได้ หรือทั้ง 2 ข้าง

- N2a มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร
- N2b มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่งข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร
- N2c มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้าง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร
- N3 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 6 เซนติเมตร

Distant metastasis (M): การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่น ๆ

- MX ไม่สามารถประเมินได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย
- M0 ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง
- M1 มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

Staging grouping: ระยะเวลาความรุนแรงของโรค

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stage IV A	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	AnyT	N2	M0
Stage IVB	AnyT	N3	M1
Stage IVC	AnyT	AnyN	M1

โดยทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่จะมารับการรักษาเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งมะเร็งศีรษะและคอจะมีการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นร้อยละ 3-7 โดยพบว่าอวัยวะที่กระจายไปบ่อยที่สุดคือ ปอดและกระดูก (ประยูรทิโรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

1.3 การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

โดยทั่วไปการรักษามะเร็งศีรษะและคอระยะที่ 1 และ 2 นิยมรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือการฉายรังสี ในขณะที่ระยะที่ 3 และ 4 นิยมใช้การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้มะเร็งหายขาดเช่นกัน ส่วนในรายที่เป็นมากเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้นั้นอาจต้องใช้วิธีการผ่าตัดหรือการฉายรังสีอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาบรรเทาอาการเท่านั้น ในปัจจุบันการใช้เคมีบำบัดยังไม่ถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษา (Standard therapy) ยกเว้นในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงระยะที่ 3 และ 4 การให้เคมีบำบัดก่อนแล้วตามด้วยการฉายรังสีเพื่อรักษากล่องเสียงไว้ และใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกลับเป็นใหม่หรือกระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว (วิชาญ หล่อวิทยาและคณะ, 2544) ในการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมครั้งนี้ มุ่งเน้นที่การใช้รังสีรักษาในโรคมะเร็งศีรษะและคอ ดังนี้

จากการศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่า ร้อยละ 95 ของมะเร็งศีรษะและคอเป็นชนิดสแควมัสเซลล์ (Squamous cell carcinoma) ซึ่งไวและตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสี ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอประมาณร้อยละ 60-80 จึงได้รับรังสีรักษา โดยทั่วไปถ้าเป็นการรักษาเพื่อให้หายขาด การฉายรังสีที่เหมาะสมที่สุดคือวันละ 180-200 เซนติเกรย์ ติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ และพัก 2 วัน (Conventional fraction) เป็นระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ (Iwamoto, 1997; สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541; วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ, 2544) สำหรับการรักษาด้วยรังสี วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ (2544) ศิริวรรณ วิจิตร และคณะ (2548) ได้เสนอไว้ดังนี้

1.3.1 การรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ห่างจากตัวผู้ป่วยหรืออยู่นอกร่างกาย (Teletherapy) เป็นวิธีที่สามารถฉายรังสีได้ครอบคลุมในวงกว้าง การรักษาวิธีนี้ส่วนใหญ่แบ่งการฉายรังสีให้กับผู้ป่วยเป็นเวลาหลายสัปดาห์ โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ จนกระทั่งครบเพียงพอในการรักษาประมาณ 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ ซึ่งจะใช้ในการรักษาในผู้ป่วยที่ทนการรักษาด้วยรังสีปริมาณมากไม่ได้และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การฉายรังสีครั้งละน้อยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า

1.3.2 การรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ชิดก้อนมะเร็ง หรืออยู่ในบริเวณตำแหน่งก้อนมะเร็ง (Brachytherapy) การรักษาด้วยวิธีนี้นิยมใช้กับโรคมะเร็งที่มีขนาดเล็ก อยู่ในชั้นตื้น หรือบริเวณที่จัดตำแหน่งของแร่ได้ง่าย เช่น มะเร็งโพรงจมูก เป็นต้น

1.3.3 การรักษาโดยการฉายรังสีแบบอื่นๆ ซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีการพัฒนาการทางรังสีรักษาเป็นอย่างมาก เช่น

ก. Stereotactic radiation therapy (SRT) เป็นวิธีการฉายรังสีด้วยลำรังสีเล็กๆจำนวนหลายๆลำไปยังก้อนเนื้อออก ซึ่งมีความแม่นยำเป็นมิลลิเมตรทำให้อ่อนเนื้ออกได้รับรังสีปริมาณสูง ส่วนบริเวณเนื้อเยื่อปกติรอบเนื้ออกได้รับรังสีต่ำ

ข. Conformal radiation therapy การฉายรังสีวิธีนี้สามารถปรับลำรังสีให้มีลักษณะเหมือนกับลักษณะของก้อนมะเร็ง ทำให้เนื้อเยื่ออกก้อนมะเร็งได้รับรังสีน้อยหรือไม่ได้รับรังสีเลย

ค. Intensity modulated radiation therapy (IMRT) เป็นวิธีการฉายรังสีซึ่งสามารถปรับความเข้มของลำรังสีตามสัดส่วนความหนาบางของก้อนมะเร็ง ทำให้แต่ละส่วนของก้อนมะเร็งได้รับรังสีไม่เท่ากัน รังสีจะสูงที่สุดบริเวณที่ก้อนมะเร็งหนาที่สุดและรังสีจะต่ำสุดบริเวณที่ก้อนมะเร็งบางที่สุด

1.4 อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ถึงแม้ว่ารังสีรักษาจะมีประโยชน์ในแง่การรักษามะเร็งศีรษะและคอได้ดีโดยการทำลายเซลล์มะเร็ง และขณะเดียวกันรังสีรักษาก็ทำลายเซลล์ปกติที่อยู่ใกล้เคียงรวมทั้งต่อมต่างๆ ในบริเวณช่องปากและคอ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของรังสีรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการแทรกซ้อนจากรังสีรักษาใน 7-10 วันหลังเริ่มการรักษา และอาการจะพบมากขึ้นภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Dorr & Hendry, 2001; Shih et al., 2003; Stone et al., 2003; Braam et al., 2007; Graff et al., 2007; วิชาญ หล่อวิทยาและคณะ, 2544) ซึ่งผลกระทบของรังสีรักษาที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แบ่งออกได้ดังนี้

1.4.1 การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ จากผลของรังสีรักษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อร่างกาย ดังนี้

ก. การอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีจะมีอาการไม่สุขสบายจากการอักเสบของผิวหนัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นจะปรากฏให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายและสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งการอักเสบของผิวหนังที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาและภายใน 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการรักษา โดยจะมีอาการผิวหนังร้อนแดงจากการขยายตัวของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ซึ่งจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของคล้ายฮีสตามีน (Histamine) ที่เกิดจากการทำลายเจอมินอลเซลล์ (Germinal cell) ขุมขน (Hair follicle) และต่อมไขมัน อาการจะเกิดภายในชั่วโมงหรือเป็นวันภายหลังการรับรังสีโดยมักจะเป็นนาน 2 - 3 วัน ส่วนอาการผิวแห้งและหลุดลอกเป็นสะเก็ด (Dry desquamation) เกิดขึ้นเมื่อได้รับรังสีประมาณ 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป อาการผิวหนังแตก ปวดแสบปวดร้อนผิวหนังเกิดขึ้นหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ และจะหายภายใน 2 สัปดาห์ ผิวหนังมีสีคล้ำกว่าปกติเนื่องจากการสร้างเมลานินมากขึ้น ซึ่งสีผิวที่คล้ำนี้จะคงอยู่ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังได้รับรังสีรักษามาแล้ว 4 สัปดาห์

ข. การอักเสบของเยื่อช่องปาก เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ รังสีจะเข้าไปยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะไมโตติก (Mitotic) ให้ช้าลง ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดจำนวนลงหรือเป็นเซลล์ที่ไม่สมบูรณ์ ขณะเดียวกันเซลล์เก่ามีการหลุดลอกไปตามอายุแต่ร่างกายไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนได้ จึงเกิดเป็นแผลอักเสบภายในช่องปากขึ้น (Sonis, 2007; Haggood, 2001) ซึ่งการอักเสบของเยื่อช่องปากระยะแรกจะพบเยื่อปากเป็นสีแดงอ่อนและมีเลือดมาคั่งบริเวณเยื่อช่องปากมากขึ้น เกิดการบวมทั่วไปมีไฟบรินออกมาคลุมบริเวณที่มีการอักเสบและมีซีรั่มซึมออกมา เมื่อไฟบรินมีการหลุดลอกทำให้เกิดเป็นแผลและก่อให้เกิดความเจ็บปวดในช่องปากและคอตามมา อาการนี้จะปรากฏให้เห็นได้ชัดเจนเมื่อได้รับรังสีประมาณ 2,500 เซนติเกรย์ (พวงทอง ไกรวิบูลย์ และคณะ, 2541) และความรุนแรงของการอักเสบในช่องปากจะมากขึ้นเมื่อได้รับรังสี 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ และคงอยู่ 2 - 3 สัปดาห์ภายหลังจากฉายรังสีครบแล้ว

ค. อาการปากและคอแห้ง จากการที่อะซินาร์เซลล์ (Acina cell) และต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ปริมาณการผลิตน้ำลายลดลงและเหนียวและมีความเป็นกรดมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคในช่องปากลดลง เกิดฟันผุได้ง่าย โดยทั่วไปพบว่าปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็วในสัปดาห์แรกของการรักษาและลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งถึง 36 เดือนภายหลังจากการรักษา

ง. การเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร มักเกิดเมื่อรับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ เนื่องจากรังสีไปทำลายไมโครวิลไล (Micro villi) และผิวหนังชั้นนอกของต่อมรับรสจึงทำให้ต่อมรับรสฝ่อไป การเสียมนี้จะเป็นตามปริมาณรังสีที่ได้รับซึ่งผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการรับรสอาหารอย่างสิ้นเชิง เมื่อได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 3,000 เซนติเกรย์ และอาการจะดีขึ้นหลังสิ้นสุดการรักษาภายใน 20 - 60 วัน

จ. การอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (Trismus) เกิดจากผลกระทบของรังสีรักษาต่อกล้ามเนื้อบริเวณช่องปากและข้อต่อบริเวณขากรรไกร (Temperomandibular) ทำให้เกิดเยื่อพังผืด (Fibrosis) ดึงรั้งบริเวณกล้ามเนื้อและข้อต่อบริเวณขากรรไกร ทำให้ผู้ป่วยอ้าปากได้แคบกว่าปกติ โดยทั่วไปพบว่าปริมาณรังสี 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ จะทำให้มีโอกาสเกิดพังผืดสูงขึ้นและอ้าปากได้แคบกว่าปกติมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากไม่สะดวก มีการติดเชื้อในช่องปากและมีฟันผุได้ง่าย รวมทั้งทำให้เกิดการเคี้ยวอาหารลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ช. อาการระคายเคืองตา โดยทั่วไปจะมีการป้องกันเป็นอย่างดี แต่อาจจะมีอาการระคายเคืองเกิดขึ้นได้ เช่น ตาอักเสบ ตาแดง บวม คัน หรือปวดตา มีการอุดตัน

ของท่อน้ำตาทำให้ผู้ป่วยรำคาญและเจ็บได้ ในรายที่เป็นมากจะทำให้กระจกตา (Cornea) เป็นแผล การอักเสบในส่วนหน้าของลูกตา และทำให้เกิดเป็นต้อกระจกได้เมื่อแก้วตา (Lens) ได้รับรังสีในปริมาณ 750 – 1,000 เซนติเกรย์

ซ. อาการระคายเคืองของหู ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณหูมากๆ จะมีการบวมของแก้วหู ทำให้หูอื้อเกิดเสียงในหู มีอาการปวด ถ้าเป็นนานๆจะทำให้กระดูกหูถูกทำลาย บางรายอาจมีท่อเยื่อหุ้มสมองอักเสบทำให้สูญเสียการได้ยิน

1.4.2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปของรังสี มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณกว้างและปริมาณมาก โดยพบได้ร้อยละ 70 (เอมอร์ แซ่จิ๋ว, 2545; Nail, 2004) อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอคือ อาการอ่อนล้า (Fatigue) พบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม นอกจากนี้อาจเกิดภาวะซีดและความต้านทานโรคต่ำเนื่องจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวได้ช้ากว่าปกติ

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา

(สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ศิริวรรณ วิจิตร และคณะ, 2548; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามีความจำเป็น เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย หากภาวะแทรกซ้อนนั้นรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดการฉายรังสีชั่วคราว ดังนั้นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมาน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีแนวทางให้การพยาบาลและให้ข้อมูล ดังนี้

1.5.1 การพยาบาลก่อนรับรังสีรักษา

อธิบายให้ทราบและเข้าใจขั้นตอนการรักษา รวมทั้งระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำมาปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งแนะนำครอบครัวในการปรับระดับระคองด้านจิตใจผู้ป่วย

1.5.2 การพยาบาลระหว่างการรับรังสีรักษา

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก ดังนั้นการพยาบาลจึงมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.5.2.1 การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื้อปลา นม ไข่ ถั่วต่างๆ ผัก ผลไม้ และต้องมีปริมาณแคลอรีที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและปรุงให้อยู่ในรูปอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารมัน

1.5.2.2 กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี

1.5.2.3 เสื้อผ้าที่สวมใส่ต้องสะอาดและอ่อนนุ่ม

1.5.2.4 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.5.2.5 ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

1.5.2.6 ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ

1.5.2.7 การผ่อนคลายความวิตกกังวลโดยการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจและทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เป็นต้น

1.5.2.8 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกความร้อนหรือแสงแดดจัดโดยตรง

เป็นระยะเวลานานๆ เพราะแสงอัลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet) จะทำลายเมลานินไซท์ (Melanocyte) ในชั้นผิวหนังกำพร้าทำให้เกิดการระคายเคืองมากขึ้น กรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ควรสวมหมวกหรือกางร่ม

2) ห้ามเช็ดล้างหรือทำความสะอาดบริเวณรอยหมึกที่แพทย์เขียนไว้ เนื่องจากบริเวณรอยหมึกจะเป็นบริเวณสำคัญที่แพทย์คำนวณไว้เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องแม่นยำ หากบริเวณนี้โดนน้ำโดยบังเอิญให้ใช้ผ้านุ่มสะอาดซับให้แห้ง

3) กรณีที่ใส่หน้ากากในขณะที่รับรังสีและมีเส้นตีไว้บนหน้าาก ถ้าแพทย์อนุญาตให้อาบน้ำได้ในระหว่างการรักษา จะต้องไม่ขัดถูบริเวณที่รับรังสีให้รดน้ำผ่านๆ แล้วซับให้แห้ง

4) ห้ามนำครีม โลชั่น แป้งหรือสิ่งอื่น ๆ ทาบริเวณที่รับรังสี

5) ห้ามใช้ความร้อนหรือความเย็นประคบผิวหนังบริเวณรับรังสี เพราะอาจทำให้ผิวหนังพุพอง เกิดแผลติดเชื้อได้

6) ไม่โกนหนวดหรือขนบริเวณที่ได้รับรังสี เพราะอาจทำให้เกิดบาดแผลและติดเชื้อได้ง่ายถ้าจำเป็นควรใช้กรรไกรตัดแทน

7) หลีกเลี่ยงการแกะ เกะเกาผิวหนังบริเวณที่ฉายแสง เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย หากมีอาการคันให้ใช้มือลูบเบาๆ และหากคันมากสามารถปรึกษาแพทย์และพยาบาล

1.5.2.9 การดูแลช่องปาก

1) มีการประเมินช่องปากอย่างน้อยวันละครั้งในเรื่องความสะอาดของปากและฟัน สี ความชุ่มชื้นของเยื่อช่องปาก ความเจ็บปวด แผลในช่องปาก

2) แนะนำการทำความสะอาดช่องปากและฟันในช่วงเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน และหลังรับประทานอาหารทุกมื้อโดยมีแนวทางดังนี้คือการแปรงฟันควร

เลือกแปรงสีฟันที่มีขนาดเหมาะสมกับช่องปากและมีขนแปรงอ่อนนุ่ม ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องการขัดฟันด้วยด้ายขัดฟันจากความเคยชินหรือเมื่อมีอาการติดชอกฟันที่แปรงไม่ออก ควรเลือกด้ายขัดฟันชนิดที่เคลือบไขเพื่อช่วยลดโอกาสเกิดบาดแผล กรณีรู้สึกเจ็บขณะขัดฟันไม่ควรทำต่อไป ควรทำการขัดฟันเพียงวันละครั้งเท่านั้น และบ้วนปากกักล้างคอกหลังแปรงฟันหรือขัดฟันนานอย่างน้อย 1-2 นาที เพื่อให้ น้ำสะอาดชอกฟันจะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น การใช้ น้ำยาบ้วนปากควรเลือกใช้ชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

3) หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดทุกชนิด ผลไม้เปรี้ยวจัด อาหารที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด เพราะระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก

4) ป้องกันการติดเชื้อในช่องปากเพราะจะส่งเสริมให้เกิดแผลในช่องปากมากขึ้น

5) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้เยื่อช่องปากไวต่อรังสีและเป็นแผลได้ง่าย

1.5.2.10 การบริหารช่องปาก เพื่อป้องกันปากแคบและชากรรไกรยึด

1) การใช้ท่อพลาสติกหรือจุกไม้คอร์กสะอาดขนาดใหญ่ๆ นำมาคาบในช่องปาก วันละ 4-5 ครั้งๆ ละ 1-2 นาที

2) อ้าปากกว้างๆ แล้วหุบทำซ้ำๆ กันวันละ 30-50 ครั้ง

1.5.2.11 การบริหารบริเวณคอ เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อพังผืดยึดบริเวณคอ

1) หันหน้าไปทางซ้ายสุดและหันไปทางขวาสุด ทำซ้ำๆ ประมาณ 20 ครั้ง ควรทำบ่อยๆ และทุกครั้งที่นึกได้

2) ก้มศีรษะจนคางชิดอก แล้วค่อยๆ แหงนศีรษะจนสุด ทำซ้ำๆ ซ้ำหลายๆ ครั้ง

3) หมุนศีรษะไปทางซ้าย 3 รอบและไปทางขวา 3 รอบ สลับกันไปมาวันละหลายๆ ครั้ง

1.5.3 การพยาบาลภายหลังการรับรังสีรักษาครบ

1.5.3.1 เมื่อได้รับการฉายรังสีครบแล้ว ให้ดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะรับการฉายรังสีต่อไปอีก 4- 6 สัปดาห์

1.5.3.2 ควรพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว

1.5.3.3 ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ยังไม่ควรทำงานหนัก

1.5.3.4 ควรออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินเล่น เป็นต้น

1.5.3.5 ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันทานโรค เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้

1.5.3.6 รักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.5.3.7 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด พลุพลุผ่าน เช่น
โรงภาพยนตร์ การใกล้ชิดหรือสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ

1.5.3.8 รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการผิดปกติให้ติดต่อ
แพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life)

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1998) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related quality of life) เป็นการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตให้แคบลงโดยเน้นด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา ที่มีต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ (Fang et al., 2002) ในขณะที่ Ferrell et al. (1995) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกิดจากผลกระทบของโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่าเป็นการรับรู้ความผาสุก (Well-being) ของบุคคลในด้านร่างกายและอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาดังกล่าวพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นการรับรู้ความผาสุกของบุคคลต่อผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา ในด้านร่างกายและอาการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากการรายงานด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นแนวคิดที่ได้มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ระบุว่าเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตเท่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาองค์ประกอบที่ใช้ในการศึกษาเหล่านั้น พบว่าแทบทั้งหมดเป็นการกล่าวถึงผลที่เกิดจากโรคและการรักษา ซึ่งผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงเฉพาะคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนี้

Padilla และ Grant (1985) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิด ทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 6 ด้าน คือ

- 1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการประกอบอาชีพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม
- 2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต
- 3) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image concerns) ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้
- 4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis/treatment) ได้แก่ การรับรู้อาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดจากการรักษา และสามารถปรับตัวรับสภาพอาการที่เกิดขึ้นได้
- 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ (Diagnosis/treatment: Nutrition) การรับรู้ความรู้สึกลอยๆรับประทานอาหาร
- 6) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (Social concerns) ได้แก่ การรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม

Ferrans (1997) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการรับมือต่อครอบครัว ต่อสุขภาพของตนเอง ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม
- 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการศึกษา
- 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/spiritual domain) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา
- 4) ด้านครอบครัว (Family domain) เป็นสภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัวบุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Ferrell et al. (1995) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ที่เกิดจากผลกระทบของโรคและการรักษา จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งไว้ 4 ด้าน คือ

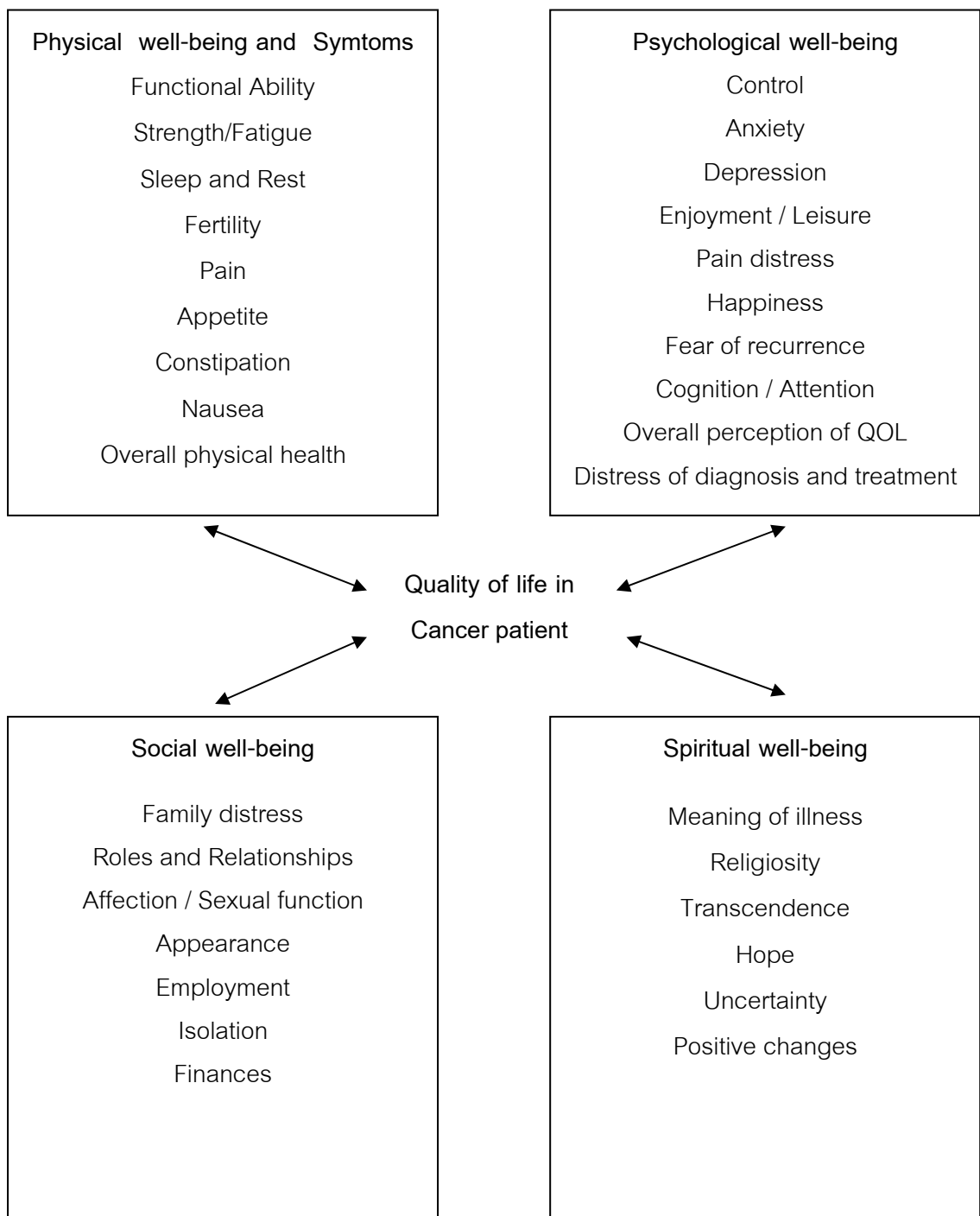
1) ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptoms) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการเหนื่อยล้า การพักผ่อนและการนอนหลับ ภาวะเจริญพันธุ์ อาการปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพร่างกายทั่วไป

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นการหาวิธีเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการควบคุมความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ การกระจายของโรค การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม และความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา

3) ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัว บทบาทและความสัมพันธ์ บทบาททางเพศ การแยกตัว และฐานะทางเศรษฐกิจ

4) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความหวัง ความเชื่อในด้านศาสนา หรือแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประกอบด้วยหลายองค์ประกอบซึ่งมีความหมายและความแตกต่างกันตามแต่ละแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตามแนวคิดของ Ferrell et al. (1995) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นจากการรับรู้ผลกระทบของโรคและการรักษา ที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Ferrell et al., 1995)

แหล่งที่มา : Ferrell, B. R., Dow, K. H., & Grant, M. 1995. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research* 4(6): 523-531.

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นการประเมินการรับรู้ผลที่เกิดจากโรคและผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยมีเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดังนี้

2.3.1 แบบประเมินดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of life index) ของ Padilla และ Grant (1985) ได้พัฒนาขึ้นในปี 1985 เพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ ด้านลบ 7 ข้อ ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล (1988) และมีการดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับคนไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .89 ซึ่งต่อมา มาลี วรธนากุล (2535) ได้นำมาปรับข้อคำถามเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยเคมีบำบัด การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 14 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณเชิงเส้น (Linear analog scale) ซึ่งยาว 100 มิลลิเมตร โดยมีข้อความกำกับไว้ตรงตำแหน่งที่ 0 (คุณภาพชีวิตต่ำที่สุด) และ 100 (คุณภาพชีวิตสูงที่สุด) ซึ่งกนกพร ใจแก้ว (2537) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา และมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2.3.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสร้างโดยนฤมล ศาสตร์สุข (2540) ตามกรอบแนวคิดของ Maslow (1970) เพื่อใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินความพึงพอใจ ต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย 23 ข้อ ด้านความปลอดภัย 20 ข้อ ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ 14 ข้อ ด้านความภาคภูมิใจ 7 ข้อ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง 10 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 74 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการจัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือเริ่มจาก 0 (ไม่มีความพึงพอใจ) ถึง 4 (มีความพึงพอใจมากที่สุด) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88

2.3.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

สร้างโดย จิตติยา สมบัติบุญ (2545) ตามกรอบแนวคิดของ Ferrell (1996) เพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย 19 ข้อ ด้านจิตใจ 16 ข้อ ด้านสังคม 11 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ รวมข้อความทั้งหมด 54 ข้อ ความหมายเชิงบวก 31 ข้อ ความหมายเชิงลบ 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการวัดความรู้สึก 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด คะแนนในแต่ละข้อจะมีค่าตั้งแต่ 0 (ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย) ถึง 4 (มีความรู้สึกมากที่สุด) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด (Item-total correlation) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .25 - .71 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Murphy & Davidshofer, 1994) และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .94

2.3.4 แบบประเมิน EORTC QLQ-C30 (Version 3) พัฒนามาจากแบบ

ประเมิน EORTC QLQ-C35 ที่สร้างโดยองค์กรยุโรปสำหรับการวิจัยและรักษาโรคมะเร็ง (The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology) เป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างแบบหลายมิติ ครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 9 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางกาย (Physical functioning) ด้านบทบาท (Role functioning) ด้านความคิด (Cognitive functioning) ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ด้านสังคม (Social functioning) อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการปวด (Pain) อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global quality of life) รวมข้อความทั้งหมด 30 ข้อ การให้คะแนนตั้งแต่ 0 -100 โดยแบบวัดการทำหน้าที่และประเมินคุณภาพชีวิต (Functional and global quality of life scales) คะแนนที่สูงหมายถึงการมีระดับการทำหน้าที่ได้ดี สำหรับการวัดเกี่ยวกับอาการ (Symptom-oriented scales) คะแนนที่สูงหมายถึงการมีอาการรบกวนมาก ซึ่งแบบสอบถามได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆแต่ยังไม่เคยแปลเป็นภาษาไทย และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Test-retest) .07-.94 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Internal consistency) โดยมีความสัมพันธ์กับแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปที่ใช้เป็นมาตรฐาน (Anderson et al., 1993; Aaronson et al., 1993 ; Murphy et al., 2007)

2.3.5 แบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy-General version4 (FACT-G) เป็นแบบประเมินการบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป ซึ่งพัฒนาโดย Cella และคณะ (1993) โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้านคือ ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functioning well-being) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional well-being) ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (Social / family well-being) และด้านความสัมพันธ์กับแพทย์ (Relationship to doctor) รวมข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ การให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 5 (เป็นอย่างมาก) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Test-retest) 0.92 ซึ่งแบบประเมินได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆแต่ยังไม่เคยแปลเป็นภาษาไทย และมีการพัฒนาเพื่อใช้เฉพาะสำหรับมะเร็งชนิดต่างๆ (Murphy et al., 2007)

2.3.6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (The quality of life: Cancer version) ของ Ferrell, Grant และ Hassey-Dow (1995) แบบประเมินประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 8 ข้อ มิติด้านจิตใจ 18 ข้อ มิติด้านสังคม 8 ข้อ และมิติด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 15 ข้อ ด้านลบ 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราอันดับ (Numeric scale) ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 10 (มีอย่างเต็มที่) Ferrell, Grant และ Hassey-Dow (1995) ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงโดยใช้การตรวจสอบหลายแบบทั้งจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ (Panel discussion) การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) การแยกแยะโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่รู้ลักษณะ (Construct validity known group technique) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การตรวจสอบซ้ำ (Test – retest reliability) ได้ค่ามิติของคุณภาพชีวิตโดยรวม .89 - .93 (ด้านร่างกาย .77 - .88 ด้านจิตใจ .89 - .88 ด้านสังคม .81 - .81 และด้านจิตวิญญาณ .71-.90) แบบประเมินได้รับการแปลและดัดแปลงข้อคำถามเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา ครุฑแก้ว และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2539) เพื่อนำไปใช้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในมิติคุณภาพชีวิตโดยรวม .91

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา โดยแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของ Ferrell et al. (1995) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกายและอาการทางกาย ความผาสุกทางด้านจิตใจ ความผาสุกทางด้านสังคม และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

2.4 ผลกระทบของรังสีรักษาต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รังสีรักษาทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบต่อความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า ผลกระทบของรังสีรักษาต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ การอักเสบของผิวหนัง เยื่อช่องปากอักเสบ ปากและคอแห้ง น้ำลายลดลงและเหนียว กลืนอาหารลำบากและการรับรสเปลี่ยนแปลง (Shih et al., 2003; Stone et al., 2003; Graff et al., 2007) และการศึกษาของ Rose-Ped et al. (2002) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ยังพบว่านอกจากผลข้างเคียงของรังสีจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการอ่อนเพลียมาก ปากแห้ง มีแผลในช่องปาก อาการปวด และตุ่มรับรสเปลี่ยนแปลง แล้วยังทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 27 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการเหล่านี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับภาวะแทรกซ้อนทั่วไปของรังสีได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย ซีด และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544)

2.4.2 ผลกระทบต่อความผาสุกด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและการรักษาซับซ้อนกว่าผู้ป่วยอื่น เนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเปรียบเสมือนส่วนที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล และจากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความมั่นคงในชีวิต คุณค่าในตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า (निया สอ อารีย์, 2546; Kelly et al., 2007; Francoeur, 2005; Lai et al., 2003) ท้อแท้ทุกข์ทรมานจากการรักษา (สุพิศ สงนวน, 2548) ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ส่งผลให้มีกรเปลี่ยนแปลง อึดมโนทัศน์ไปในทางลบ (กนกพร ใจแก้ว, 2537; Cook, 1999; Halldorsdottir & Hamrin, 1996) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (จิตติยา สมบัติบุรณ์, 2545)

2.4.3 ผลกระทบต่อความผาสุกด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากผลกระทบของรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Cheng & Chang, 2003) และการอยู่โรงพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพกับลูกหลาน คู่สมรส ร้อยละ 81.7 (บุปผา ซอบใช้, 2536) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ที่ผู้ป่วยดำรงอยู่ จากการศึกษานของอัญชลี แก้วสระศรี (2541) ในผู้ป่วยชายโรคมะเร็งศีรษะและคอเพศชายรับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวในบทบาทของสามีและบทบาทของบิดาอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งความทนต่อผลข้างเคียง

ของการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาลดลง ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย (Leanne, 2004; Cheng & Chang, 2003; Barrera, 2002)

2.4.4 ผลกระทบต่อความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ผลกระทบจากการเป็นโรคมะเร็งและอาการข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปคิดว่าการรักษาด้วยรังสีเป็นหนทางสุดท้ายของการรักษา และให้ความหมายต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่หมดหวังและนำไปสู่ความตาย (ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์, 2542) จึงทำให้ในระยะแรกของการเริ่มรักษาด้วยรังสี ผู้ป่วยรู้สึกด้านลบต่อโรคมะเร็งและรังสีรักษา มีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวล กลัว เครียด และไม่มั่นใจในการรักษา (โชมพัลลภ มณีวัต, 2541) จากการศึกษาของ นุปผา ชอบใจ (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีหรือเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74.67 ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิม เนื่องจากมีความหวาดหวั่นจากการรักษา วิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมานและความกลัวจากความเจ็บปวดและความตาย ต้องเปลี่ยนจุดมุ่งหมายในชีวิตร้อยละ 18.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สงนวล (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ปัญหาและสภาวะจิตวิญญาณเมื่อต้องได้รับรังสีรักษาคือ ท้อแท้ทุกข์ทรมานจากการรักษา ทุกข์ใจจากความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา ห่วงลูกและหลาน และเมื่อรับรังสีแล้วเกิดผลแทรกซ้อนต่างๆตามมาจึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ไม่ต้องการรักษาต่อ และมีความหวังลดลง

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำลง ดังนั้นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีศรัทธาและค้อมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่

2.5.1.1 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุมาก จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อย เนื่องจากมีการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ดีกว่า รวมทั้งสามารถปรับตัวและเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้ดีกว่า (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกา ภูักัณห์พันธ์ (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา ที่พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ โดย

พบว่ากลุ่มที่อายุน้อยมีความวิตกกังวลและปัญหาด้านการเงิน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบคุณภาพชีวิต ($r=-.19, p<.05$) ส่วนการศึกษาของจิตติยา สมบัติบุญ (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.5.1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบุญ (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Terrell et al. (2004) ที่พบว่าปัจจัยด้านเพศสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร่วมกับปัจจัยอื่นๆได้

2.5.1.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง อันจะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) จากการศึกษาของจิตติยา สมบัติบุญ (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.22, p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา ภูักถนพันธ์ (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และการศึกษาของจุฬารัตน์ สยงกูร (2550) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในสตรีที่ผ่าตัดมดลูก ($r=.22, p<.05$) และการศึกษาของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง

2.5.1.4 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว และคู่สมรสจะเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยคู่สมรสจะมีส่วนในการช่วยลดและแบ่งเบาปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญกับความเครียดและมีการปรับตัวได้ (นงนุช เชาวศิริศิลป์, 2540) และจากการศึกษาของนุชจรี วุฒิสุพงษ์ (2541) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีหลังได้รับเคมีบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มือคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโสด หม้าย หย่าร้างตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา สมบัติบุญ (2545) กนกพร ใจแก้ว (2537) และมาลี วรลัดคนากุล (2535) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.5.1.5 รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคม ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีรายได้ดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเอง

และมีโอกาสใช้แหล่งบริการทางสังคมได้ดีกว่า จากการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบุรณ์ (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.24, p<.05$) และ กนกพร ใจแก้ว (2537) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ($r=.21, p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fang et al. (2002) ที่พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ, 2539) ส่วนการศึกษาของ มาลี วรลัคนากุล (2535) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.5.1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคล

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร ชัมภลิต, 2539) จากการศึกษาของบุษดี ศรีคำ (2546) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งความผาสุกทางใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต ($r=.54, p<.05$) และการศึกษาของ เนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ($r=.53, p<.001$) และนอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (กฤษดา ตงศิริ, 2531) ($r=.70, p<.001$)

2.5.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่

อึดมโนทัศน์ เป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านความเชื่อ ความนึกคิด การยอมรับตนเองด้านรูปร่างลักษณะและความสามารถของบุคคล อันเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคคลที่มีความหมายในชีวิต (Stuart & Sundeen, 1987) จากการศึกษาของจิตติยา สมบัติบุรณ์ (2545) พบว่า ปัจจัยด้านอึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ($r=.63, p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pedro (2001) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงจะรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตสูง ($r = 0.69, p = 0.00$)

2.5.2 ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ได้แก่

ความหวัง เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล มีลักษณะเป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่างๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความหวังเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Herth, 1990) จากการศึกษาของจิตติยา สมบัติบุรณ์ (2545) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ปัจจัยด้านความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.39, p<.05$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Vellone et al.(2006) ในผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.35, p<.05$)

2.5.3 ปัจจัยด้านโรคและการรักษา

2.5.3.1 **ระยะของโรคหรือระดับความรุนแรงของโรค** จากการศึกษาของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าปัจจัยด้านระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบคุณภาพชีวิต ($r_{bis}=-.21, p<.05$) และจากการศึกษาของ Fang et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่รอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดและการรักษาด้วยรังสี ที่มีระยะของโรคลุกลามจะรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป และสรุปว่าระยะของโรคมะเร็งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และการศึกษาของ Hammerlid et al. (2001) และ Bjordal et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ป่วยในระยะลุกลามรายงานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ป่วยในระยะแรก

2.5.3.2 **ระยะเวลาของการรักษา** จากการศึกษาของนุชจรี วุฒิสุพงษ์ (2541) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีหลังได้รับเคมีบำบัด พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการรักษามีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาของจิตติยา สมบัติบุญ (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=-.47, p<.05$) โดยผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนการได้รับรังสีรักษา (นฤมล ศาสตร์สุข, 2540)

2.5.3.3 **ตำแหน่งที่เป็นโรค** จากการศึกษาของ Hammerlid et al. (2001) และ Bjordal et al. (2001) พบว่า ตำแหน่งที่เป็นโรคมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งคอหอย (Pharyngeal cancer) รายงานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไปต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ส่วนการศึกษาของ Mowry et al. (2006) ในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer) และผู้ป่วยมะเร็งของคอหอย (Oropharyngeal cancer) ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความบกพร่องของภาวะการทำหน้าที่ใกล้เคียงกัน ในด้านการกลืน การเคี้ยว และการรับรส ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมะเร็งของคอหอยส่วนบนมีปัญหาเกี่ยวกับต่อมน้ำลายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง

2.5.4 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและความไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจที่เกิดจากการยอมรับและเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง (House, 1981) จากการศึกษาของ Sammarco (2001) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .42, p = .00$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบุญ (2545) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ($r = .23, p < .05$) การศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ($r = .20, p < .05$) และการศึกษาของ Yimin (2000) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง ($r = .64, p < .01$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยด้านพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ อคติทัศนคติ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความหวัง ปัจจัยด้านโรคและการรักษา ได้แก่ ระยะของโรคหรือระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ตำแหน่งที่เป็นโรค และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นนั้นจำเป็นต้องจัดการกับปัจจัยเหล่านี้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้มากที่สุด และสามารถจัดการกระทำได้ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านความหวัง ด้านทัศนคติ และด้านการสนับสนุนทางสังคม ในการจัดทำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยศึกษาโปรแกรมที่ใช้ในการจัดการกับตัวแปรที่คัดสรรเหล่านี้ที่ผ่านมา พบว่ามีโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน (นภารัตน์ ธรพร, 2545) การใช้กระบวนการกลุ่ม (จิรารัตน์ จินวัฒน์, 2541; จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2535) การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน (วนิดา หาญคุณากุล, 2539) ส่วนโปรแกรมที่ส่งเสริมด้านความหวัง ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงรายบุคคล (ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, 2546) กลุ่มจิตบำบัด (สุนทรี วัฒนเบญจโสภา, 2543; ชลธิดา สิมะวงศ์, 2545) กลุ่มสนับสนุน (รัศมี วิบูลย์กุล, 2542) การรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิธีคิดเชิงบวก (Tarathamarat, 2000; Ketrnai, 2000) และโปรแกรมส่งเสริมด้านทัศนคติ ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (รัชนีพร คนชุม, 2547; สมปอง พะมุลิตา, 2550)

การฟื้นฟูสภาพ (อุทัย เกษกัน, 2541) และการทำกลุ่มการบำบัด (กัลยา ไม้เกาะ, 2537) ส่วนโปรแกรมที่ส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลดังกล่าวพบว่า สามารถเพิ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนทางสังคมได้ ผู้วิจัยจึงได้นำเอากิจกรรมเหล่านี้มาประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

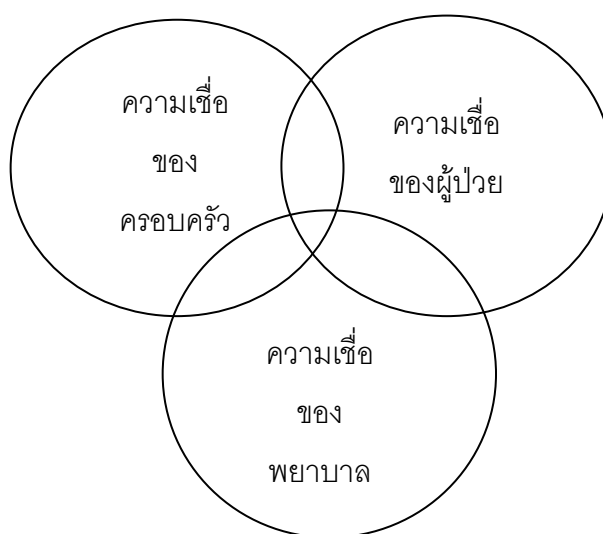
3. รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model)

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright, Watson และ Bell (1996) เป็นรูปแบบการพยาบาลสำหรับครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสังคมอื่นๆ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีการใช้องค์ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลครอบครัวและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง และมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (วรรณิ เดียววิเศษ, 2547 อ้างถึงใน พัชริน เน้นหนา, 2550)

ความเชื่อเป็นพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Biopsychosocial-spiritual structures) และเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ซึ่งความเชื่อมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน การเผชิญปัญหา ศักยภาพการดูแล และการเยียวยาหรือความสมดุลของบุคคลและครอบครัว ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคลเรียกว่า ความเชื่อหลัก (Core beliefs) เป็นความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อระบบครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงคือ ความเชื่อของแต่ละบุคคลซึ่งอาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละบุคคล

เป้าหมายหลักของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อในบริบทของความเจ็บป่วยและการปรับพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ดังเช่นในแผนภาพที่ 2 จะเห็นว่าความเชื่อของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความเชื่อที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามมีความเชื่อบางส่วนที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว แต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของพยาบาล และความเชื่อส่วนที่สอดคล้องกันระหว่างพยาบาลและ

สมาชิกครอบครัว แต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) เนื่องจากบุคคลมีโครงสร้างที่ต่างกัน มีความรู้ ประสบการณ์ บริบทที่ต่างกัน หรือบางครั้งอาจเป็นผลจากการปรับตัวจากความเจ็บป่วย มีส่วนน้อยที่เชื่อมกัน (Intersection) ซึ่งเป็นบริเวณที่ความเชื่อของทุกฝ่ายสอดคล้องกัน เป็นส่วนที่ผู้ดูแลสุขภาพเข้าใจความทุกข์ทรมาน ความคิด พฤติกรรม และศักยภาพการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด และการหายก็จะเป็นไปตามมา ดังนั้นการประเมินและการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์นั้นจะต้องเป็นไปในลักษณะการประสานความร่วมมือกัน ไม่ใช่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ



แผนภาพที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Wright, Watson & Bell, 1996)

แหล่งที่มา: จินตนา วัชรสินธุ์. 2550. ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

Wright, Watson และ Bell (1996) แบ่งความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating beliefs) เป็นความเชื่อที่สามารถทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นฐานะของครอบครัว การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทุกคน และสมาชิกทั้งหมดมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย จะมีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สามารถช่วยให้เกิดการหายและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining beliefs) เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัวที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากกรรมหรือการลงโทษจากการทำผิด ครอบครัวก็จะละเลยไม่สนใจหาทางรักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นยังคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก็ยังคงอยู่เช่นกัน

ซึ่งการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เชื่อว่าการหายหรือลดความทุกข์ลงจะขึ้นกับบริบทของความรัก (Context of love) การพยาบาลตามรูปแบบนี้เป็นการสนทนาที่ประสานความเชี่ยวชาญของสมาชิกครอบครัวและพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่เปี่ยมด้วยความรัก การสนทนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการบอกเล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ การดูแลและการเผชิญความเจ็บป่วย การบอกเล่าจะทำให้เปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ศักยภาพการดูแลความเจ็บป่วยของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณลดลง (Wright, 2005)

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วย ตามแนวคิดของ Wright, Watson และ Bell (1996) เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic conversation) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a context for changing beliefs) เป็นการค้นหาและสังเคราะห์บริบทที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.1 การสร้างและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี (Engagement) เป็นสิ่งแรกที่ต้องทำโดยการแนะนำตนเอง อธิบายลักษณะงาน กำหนดการ ระยะเวลา และขอบเขตของการสนทนาเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ทำให้ได้ข้อมูลจากครอบครัวโดยที่ครอบครัวไม่รู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพและศึกษาครอบครัว คือ โครงสร้างพันธุกรรม (Genogram) โครงสร้างความผูกพันในครอบครัว (Family attachment) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและสิ่งแวดล้อม (Ecomap) หรือระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 การแยกแยะปัญหาหรือความเจ็บป่วย (Distinguishing the problem or illness concerns) เป็นการซักถามเพื่อให้ได้ปัญหาที่ชัดเจนขึ้นและให้ความหมายกับปัญหา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง ปัญหาที่แยกแยะได้เกิดจากการร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญหรือพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัว วิธีการที่ใช้และพบว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแยกแยะปัญหา คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวถามคำถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบในการพบกันแต่ละครั้ง (One question questions) เนื่องจากการให้ถามคำถามเดียวจะเป็นการทำทนายให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญ

ที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้พยาบาลทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยหรือครอบครัว

1.3 การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing obstacles to change) ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพและการแยกแยะปัญหา มีอุปสรรคที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการมาร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจขัดโดยการประเมินความต้องการและเหตุผลของการมาร่วมกิจกรรม ขึ้นจากความพยายามของครอบครัวที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและเจาะลึกถึงผลกระทบการเจ็บป่วยต่อครอบครัว เป็นต้น

2. การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Assessing, uncovering, and distinguishing illness beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดที่เชื่อเชิญให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว บอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness narratives) เริ่มจากการเชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่น่าสนใจในการเปิดเผยและแยกแยะ มีดังนี้

2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Beliefs about diagnosis) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาวิธีการรักษา การตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรค ซึ่งอาจแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของโรคและวัฒนธรรม

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดของโรค (Beliefs about etiology) เป็นการค้นหาความเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วยจากสมาชิกครอบครัว ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละคน อาจเชื่อว่าโรคหรือการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่แตกต่างกันมีผลทำให้ครอบครัวหาวิธีการดูแลรักษาที่ต่างกัน

2.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการเยียวยาและการรักษา (Beliefs about healing & treatment) เนื่องจากเชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อมั่นในวิธีการรักษาก็จะมีผลต่อการเยียวยาด้วย การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย และบอกเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยของตนเองและการแสดงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยเป็นวิธีการเยียวยาวิธีหนึ่ง ซึ่งการเยียวยาจะเกิดขึ้นหรือความทุกข์ทรมานจะลดลงเมื่อความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาและเยียวยาสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

2.4 ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และจัดกระทำต่อความเจ็บป่วย (Beliefs about mastery, control, and influence) เป็นการค้นหาศักยภาพและความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในการแก้ปัญหา และการแยกแยะสิ่งที่อิทธิพลต่อความเจ็บป่วยตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว อาจถามความคาดหวังเกี่ยวกับระยะเวลาของการหาย

2.5 ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (Beliefs about prognosis) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นอนาคตซึ่งจะส่งผลกระทบต่อดูแลตนเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำ

ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตครอบครัว การค้นหาและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความทุกข์ทรมานและความหวังกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิก ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความทุกข์มากขึ้นถ้าความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคแตกต่างจากพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพ

2.6 ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา-จิตวิญญาณ (Beliefs about religion/spiritual) ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมาน การรักษาและการหาย จากการศึกษาคครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรังของ McLeod และ Wright (2001) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความเชื่อมโยงของความทุกข์ทรมาน ความเชื่อ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการลดความทุกข์ทรมานของครอบครัว

2.7 ความเชื่อเกี่ยวกับที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิต (Beliefs about the place of illness in our lives) ที่อยู่ของความเจ็บป่วยอาจแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเรียนรู้ การวินิจฉัยโรค และความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัวของบุคคลและครอบครัว เช่น เริ่มแรกที่รู้ว่าเป็นโรคบุคคลจะพยายามให้ที่อยู่กับความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยสามารถอยู่ในชีวิตของบุคคลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ วิธีหนึ่งของการผสมผสานความเจ็บป่วยในชีวิตของบุคคล คือการให้ความเจ็บป่วยอยู่ในที่ของมันโดยไม่มีปัญหากับการดำรงชีวิต

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Intervening and challenging constraining beliefs) เป็นการเชื่อเชิงอุปสรรคต่อครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การให้คำชื่นชม (Offering commendations) เป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยันให้ความรักและความเอื้ออาทรแก่ครอบครัว เป็นการชี้จุดแข็ง ความเป็นประโยชน์ ความสามารถของบุคคลและครอบครัว การให้คำชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำได้จริงมีฉะนั้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึกที่ไม่จริงจัง และควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้ผสมผสานกับความเชื่อที่สำคัญของครอบครัว ในการให้ความมั่นใจหรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดี ควรให้คำชื่นชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัว เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีและเพิ่มการยอมรับของครอบครัว นอกจากนี้ควรให้คำชื่นชมเมื่อเสร็จสิ้นการพบกันรวมถึงก่อนที่จะเสนอความคิดเห็นหรือให้คำแนะนำ

3.2 การใช้คำถามการรักษ (Asking interventive questions) เป็นการถามเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัวหรือความเจ็บป่วย โดย

- 1) ถามคำถามที่เชื่อเชิงอุปสรรคต่อครอบครัวถึงผลที่เกิดขึ้น
- 2) ถามครอบครัวเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
- 3) เชิญชวนครอบครัวให้ถามคำถาม

3.3 การแยกความแตกต่าง (Drawing distinctions) ทำได้โดยการถามคำถาม เสนอความคิดเห็น ให้คำแนะนำ การแยกความแตกต่างนี้อาจมีผลให้เกิดความเชื่อใหม่ๆ ขึ้นได้

3.4 การพูดในสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถพูดออกมาได้ (Speaking the unspeakable) เป็นการพูดแทนผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นที่ไม่สามารถพูดได้ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว เกี่ยวกับความตาย เป็นต้น

3.5 การแยกแยะความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม (Distinguishing incongruence between beliefs and behavior) เป็นการชี้ให้เห็นถึงความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อของบุคคลกับสิ่งที่เขาปฏิบัติ ไม่ใช่เป็นการตำหนิ การกล่าวโทษ หรือนั่นผลกระทบที่เกิดจากการกระทำนั้น แต่เป็นการทำให้บุคคลยอมรับเกี่ยวกับความไม่สัมพันธ์ ความขัดแย้งกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น ซึ่งทำได้โดย 1) ค้นหาความเชื่อที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล และ 2) เน้นให้บุคคลเห็นถึงความไม่สัมพันธ์ คิดหาเหตุผล คำอธิบายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเหล่านี้จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยปฏิบัติ ตรงกับความเชื่อที่มี ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

3.6 การเสนอสิ่งสมมติที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Offering hypothetical facilitating belief) คำถามสมมติเป็นวิธีการถามทางอ้อมของการเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ข้อสมมติที่ใช้ถามมีอำนาจทำลายให้ครอบครัวเกิดความเชื่อใหม่และพิจารณาทางเลือกใหม่ หรือให้ลองคิดหาทางใหม่

3.7 การใช้ทีมสะท้อน (Using reflecting teams) เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายต่อสมาชิกครอบครัวโดยทีมสุขภาพ ทำได้โดยให้สมาชิกทีมอยู่หลังกระจกที่มองเห็นด้านเดียว (One-way mirror) เพื่อสังเกตการสนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่กับสมาชิกครอบครัว หลังจากนั้นสะท้อนคิดสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ครอบครัวฟัง จะทำให้ครอบครัวได้รับรู้ ได้คิด และ ประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของสมาชิกทีม ทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาหรือพฤติกรรมของตนเองหรือครอบครัวที่ชัดเจนขึ้น

3.8 การเขียนจดหมายบำบัด (Writing therapeutic letters) เป็นการสนทนา รูปแบบหนึ่งที่ทำให้ความมั่นใจและยืนยันกระบวนการบำบัด ที่เชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนระหว่างสนทนาหรือตอนจบสนทนา โดยการเสนอคำชื่นชม เสนอคำถามที่ผู้ให้การดูแลสามารถถามในระหว่างการสนทนา การใช้คำพูด ความคิด ที่เด่น ดึงดูด และประทับใจครอบครัว สรุปจุดเด่น จุดสำคัญของการทำงานกับครอบครัวว่าทีมสุขภาพได้เรียนรู้อะไรบ้างจากครอบครัว เป็นการเขียนสิ่งที่ทำลายความเชื่อที่เป็นข้อจำกัดของครอบครัวและทีมสุขภาพ เป็นการเน้นจุดแข็งในความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของสมาชิกครอบครัว

3.9 การใช้วีดิโอเทป (Offering videotapes) บันทึกรายการเหตุการณ์ขณะสนทนา ระหว่างเจ้าหน้าที่กับครอบครัว การนำวีดิโอเทปกลับมาดูใหม่หลายๆครั้ง จะทำให้ครอบครัวได้สะท้อนคิดโดยไม่รู้สึกรู้ว่าถูกคุกคามทำให้เข้าใจปัญหาได้ชัดเจนขึ้น รวมทั้งได้เห็นในสิ่งที่มองไม่เห็น ในขณะที่กำลังสนทนาจากการใช้วีดิโอเทป ทำให้ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคถูกทำลายและความเชื่อที่ส่งเสริมได้รับการยืนยันมากขึ้น

3.10 การแยกปัญหาอาการและการแก้ปัญหาออกจากตัวบุคคล (Externalizing problem, symptom, and solutions) มุมมองนี้จะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกไม่ใช่ที่ตัวบุคคล ดังนั้นแทนที่บุคคลจะถูกมองกลับเป็นปัญหา อาการ และการแก้ปัญหา เป็นสิ่งที่ถูกมองแทน

3.11 การเสนอความคิดที่แตกต่าง (Offering differing opinions: Split-opinion intervention) เป็นการเสนอความคิดหลากหลายที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการปฏิบัติการเพื่อแบ่งแยกความคิดให้ชัดเจนมากขึ้น โดยใช้หลักการเปรียบเทียบระหว่างความคิดเห็น 2 อย่างหรือมากกว่านั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนขึ้น ทำได้โดยสมาชิกทีมจะร่วมกันสนับสนุนหรือทำลายความเชื่อของสมาชิกครอบครัว วิธีการนี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความคิดที่หลากหลายในการเผชิญปัญหา นำเอาความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ และทำให้คิดแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

3.12 การใช้ผลการวิจัย (Using research findings) ทำได้ 2 อย่างคือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยหรือการใช้กระบวนการในการวิจัยในการทำลายและเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งการใช้ผลงานวิจัยนี้จะช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเปิดโอกาสสำหรับการฟังความรู้ใหม่ๆ อาจเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหา

3.13 การเสนอทางเลือกหรือความเชื่อใหม่เกี่ยวกับชีวิต ความสัมพันธ์ หรือการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว (Offering alternate (new or modified) belief about family members' lives, relationship, or illness) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ฟังความคิดหรือความเชื่อใหม่ๆ โดยการเล่าเรื่องราวความรู้ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัวอื่น จะมีประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคได้

3.14 การเสนอหรือการเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของครอบครัว (Offering sermonettes and story telling) การเล่าเรื่องราวเป็นการเสนอความเชื่อของเจ้าหน้าที่เมื่อเห็นว่าข้อมูลที่ให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ก่อนเล่าเรื่องราวจะต้องทราบความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการฟังก่อน เพื่อไม่เป็นการบังคับให้ฟังและเพื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวได้ร่วมสนทนาเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะเล่า ซึ่งเรื่องราวที่เล่าให้ฟังนี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีทางเลือกที่เหมาะสมมากขึ้น

3.15 การใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่นุ่มนวลมีพลัง ที่เชื่อเชิญการเยียวยา (Using words / Voice to invite healing) การใช้คำพูดและน้ำเสียงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ถ้าหากใช้ไม่เหมาะสมจะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวสะท้อนคิดออกมาได้ และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

4. การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Distinguishing change: Bringing forth facilitating illness beliefs) เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัววางใจซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดี ประกอบด้วย

4.1 การตั้งใจและพยายามที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Pursuing change) เนื่องจากบ่อยครั้งที่ครอบครัวไม่สามารถบอกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ การให้ครอบครัวพูดและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้สามารถแยกแยะการเปลี่ยนแปลงได้

4.2 การมองเห็นการเปลี่ยนแปลง (Seeing change) เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการถามสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับอิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางบวกและทางลบ และในทางกลับกันการเปลี่ยนแปลงก็มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว

4.3 การสำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring change) การแยกแยะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะต้องมาจากมุมมองที่แตกต่างกันของสมาชิกในครอบครัว กระทำโดยถามความคิดเห็น ประสบการณ์ และการปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวหลายคนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนั้น

4.4 การเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting observations of others' observations) เป็นการประเมินการรับรู้ความเชื่อหรือการปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งผ่านการสะท้อนคิดของอีกคนหนึ่ง ได้แก่ 1) การรับรู้ของคนอื่นต่อการมองเห็นการเปลี่ยนแปลง 2) การอธิบายของคนอื่นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) การรับรู้ของคนอื่นต่อผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.5 การสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง (Exploring the effects of change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทางหนึ่งที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคงคือ การสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง โดยการสำรวจและสะท้อนคิดที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้

4.6 การเชื่อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting explanations of change) การหาคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นหนทางหนึ่งในการแยกแยะ

การเปลี่ยนแปลงและยืนยันการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งมีความเชื่อที่ว่าถ้าสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้เท่ากับว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะคงอยู่ต่อไป

4.7 การแยกแยะความแตกต่างของความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ

(Distinguishing facilitating beliefs)

4.8 การฉลองการเปลี่ยนแปลง (Celebrating change) ทำได้โดยการพูดซ้ำ

คำพูดของสมาชิกครอบครัว การใช้คำพูดชื่นชมโดยไม่ปล่อยให้ความพยายามของครอบครัวลดลง

4.9 การเผยแพร่ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง (Publishing change) โดย

การนำเอารูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหามาจากครอบครัวหนึ่ง ไปเผยแพร่กับอีกครอบครัวหนึ่งที่มีบริบทคล้ายกัน โดยก่อนการเผยแพร่จะต้องถามถึงความต้องการเผยแพร่ก่อน รูปแบบการเผยแพร่ทำได้โดยการแลกเปลี่ยนหรือการแนะนำ

การสนทนาบำบัด (Therapeutic conversation) เป็นการสนทนาที่มีจุดมุ่งหมาย มีกำหนดเวลา เป็นการนำเอาความเชี่ยวชาญของสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพมาใช้ ผสมผสานกันเพื่อสร้างกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว ซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้จะเปี่ยมไปด้วยความรัก นอกจากนี้จะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง ยังช่วยส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อของสมาชิกครอบครัว และพยาบาล อีกทั้งการสนทนายังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสบายใจ มีพลัง มีความหวังกำลังใจ หรือทำให้เกิดการหายตามมา

จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการนำเอารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) ได้ประยุกต์แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนาบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที พบว่า สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากการศึกษาของ พัชริน แนนหนา (2550) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนาบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว 4 ครั้งๆละ 45 นาที พบว่า สามารถลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mcleod & Wright (2001) ในการสนทนาบำบัดกับครอบครัวที่เกิดความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต 4 ครั้ง พบว่า ทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง และการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2549) ที่พบว่า รูปแบบการสนทนาบำบัดกับครอบครัว 4 ครั้ง ทำให้ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานลดลง สามารถ

ปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ และการศึกษาของวิล อาเรียรุ่งเรือง (2551) เกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การนำเอารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว ซึ่งเป็นมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต และการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว ซึ่งเป็นมิติด้านร่างกายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่มุ่งเน้นการจัดการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ผ่านมามีเพียงหนึ่งงานวิจัย ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนและให้ความรู้ (ผ่องพรรณ กาวีวงศ์, 2533) ส่วนในต่างประเทศจะมุ่งเน้นการบำบัดด้านจิตสังคม (Hammerlid et al., 1999) การใช้กลุ่มสนับสนุน (Vakharia et al., 2007) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ครอบคลุมการคัดกรองทำปัจจัยที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น โดยการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

4. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลในการประเมิน ค้นหา ความเชื่อที่แตกต่างกัน และพบว่าเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับอาการเจ็บป่วยของครอบครัว โดยพยาบาลมีการเสนอข้อมูลเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกรอบเนื้อหาของข้อมูลนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2551 จำนวน 3 รายและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหา ความรู้สึก และความเชื่อระหว่างการรับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวมีความเชื่อทั้งในส่วนที่เอื้อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและความเชื่อที่เป็นอุปสรรค โดยพบว่าในด้านรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งหมดรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและจำเป็นต้องได้รับการรักษา และมีความเชื่อส่วนใหญ่ว่าสอดคล้องกับความเชื่อครอบครัว เกี่ยวกับการงดเว้นการรับประทานอาหารที่คิดว่าส่งผลต่อก้อนมะเร็ง ซึ่งได้แก่เนื้อวัว เนื้อหมูติดมัน เนื้อไก่ ไข่ ของหมักดอง อาหารทะเล หน่อไม้ เพราะมีความเชื่อว่าจะเมื่อรับประทานเข้าไปแล้วจะไปบำรุงเซลล์มะเร็ง

ทำให้แผลหายช้า เกิดอาการคันที่แผล และมีความเชื่อว่าระหว่างการเจ็บป่วยควรงดเว้นการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากๆ พักผ่อนให้มากขึ้น และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายหนึ่งเคยมีความเชื่อว่าการรับรังสีรักษาจะทำให้โรคลุกลามมากขึ้น และการใส่สายยางให้อาหารหมายถึงการป่วยหนัก โดยพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ราย เคยได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้านมาก่อนการรับรังสีรักษา

ในด้านความหวัง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวทุกคนมีความคาดหวังว่าจะหาย ถึงแม้ว่าจะไม่หายจากโรคที่เป็น อย่างน้อยอาการเจ็บป่วยน่าจะดีขึ้นหรือไม่ลุกลามไปมากกว่านี้ และใช้วิธีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความหวังของตน โดยการพยายามคิดถึงในสิ่งที่ดีๆ คิดว่าคนอื่นก็เป็นเหมือนเรา พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ดพดกิจกรรมที่เชื่อว่าจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรค และมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ในดูแลตนเองโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น เพื่อนบ้าน สื่อโทรทัศน์ และการอ่านหนังสือเกี่ยวกับมะเร็ง

ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความวิตกกังวล กลัวไม่หายจากโรค กลัวการลุกลามของโรค กลัวตาย อารมณ์หงุดหงิดง่าย พยายามหลีกเลี่ยงไม่กล่าวถึงโรคที่ตัวเองเป็นกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการมีรอยโรคบริเวณใบหน้า การอักเสบของเยื่อช่องปาก อาการเจ็บปากและคอ กลืนอาหารลำบาก ส่งผลให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือได้น้อย ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บางรายต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารแทน การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่รับรังสี นอกจากนี้บางคนต้องเลื่อนระยะเวลาในการรักษาออกไปเนื่องจากปริมาณเม็ดเลือดต่ำ ผิดปกติจากการที่รังสีและเคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูก

และด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลัวว่าเมื่อตนเองเสียชีวิตภรรยาและบุตรจะขาดที่พึ่งพา ต้องหยุดงานเป็นระยะเวลานานเพื่อรับการรักษา ส่วนครอบครัวมีความวิตกกังวลกับอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ต้องหยุดงานเพื่อมาเฝ้าผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอปฏิบัติตามความเชื่อต่างๆคือ อิทธิพลจากครอบครัว เครือญาติ ผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน หมอพื้นบ้าน ความรุนแรงของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ความล้มเหลวของการรักษาที่ผ่านมา

จากผลการศึกษานำร่องดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดต่ำลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright, Watson และBell (1996) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา โดยกำหนดกรอบเนื้อหาที่ได้จากการศึกษานำร่อง การทบทวนวรรณกรรมและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้มากที่สุดและสามารถจัดกระทำได้ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านความหวัง ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลความเชื่อต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เล่าประสบการณ์ ความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้น โดยการยอมรับในความเป็นบุคคลด้วยท่าที่เป็นกันเอง และประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อัตมโนทัศน์ ในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การพยากรณ์โรค ศาสนาและจิตวิญญาณ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ความหวัง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งการจัดการความเจ็บป่วยที่ผ่านมา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว สะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากความเชื่อต่อตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว และมีการชื่นชมเมื่อพบว่าความเชื่อที่เชื่อต่อจัดการกับความเจ็บป่วยของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง โดยการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิดเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่าง เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพร้อมครอบครัว ตามโปรแกรมการพยาบาลในเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอ สาเหตุ การวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและภายหลังการรับรังสีรักษา วิธีการเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังโดยการฝึกคิดและพูดกับตนเองในทางบวก การพูดสนับสนุนให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ และแนะนำครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลรวมทั้งการสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติการบริหารช่องปากและคอ เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ซึ่งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ สามารถลดภาวะกดดันด้านจิตใจและช่วยเพิ่มความผาสุกทางใจของผู้ป่วยได้ (Rui, 1999; ปวีณา แน่นหนา, 2549) และผู้วิจัยได้มอบคู่มือความรู้มะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไว้อ่านเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวร่วมกันสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการสนทนา และผู้วิจัย

เปิดโอกาสให้ประเมินผลปัญหาการปฏิบัติร่วมกับการประเมินของผู้วิจัยจากการสังเกตซึ่งผลลัพธ์ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และผู้วิจัยพูดชื่นชมให้กำลังใจในความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้ว และส่งเสริมให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

แสงอรุณ สุขเกษม (2533) ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างได้รับรังสีรักษาและสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรับรักษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วรวรรณ เหนือคลอง (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกระหว่างสัปดาห์ที่ 4 ของรังสีรักษาจำนวน 75 ราย และครั้งที่สองภายหลังได้รับรังสีครบ 2-6 สัปดาห์ จำนวน 51 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาเพิ่มสูงขึ้นกว่าขณะได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อังคณา เรือนก้อน (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษาครั้งแรกจำนวน 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือก่อนการรับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน

และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด จำนวน 65 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก

Liang xiaokun (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 20 ราย ที่โรงพยาบาลในกรุงปักกิ่ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงต่ำลงในระหว่างการได้รับรังสีรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านจิตวิญญาณต่ำที่สุด

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ผ่องพรรณ กาวิวงศ์ (2533) ศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 34 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะคือ ก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างรับรังสีรักษาและก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตามก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาจนครบ จำนวน 60 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในขณะที่ได้รับรังสีรักษาน้อยกว่าภายหลังได้รับรังสีรักษาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นฤมล ศาสตร์สุข (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่เข้ารับการรักษาด้วยรังสีครั้งแรก จำนวน 25 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนที่จะได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อแยกคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ด้านตามแนวคิดของมาสโลว์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนการได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษามาก และมี

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษาน้อย และมีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาน้อย

จิตติยา สมบัติบุรณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาจากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง อุตมโนทัศน์ และการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย ที่รับการรักษาที่แผนกรังสี ศูนย์ป้องกันและควบคุมมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ส่วนอ้อมมโนทัศน์และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 57.2 ปัจจัยจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความหวัง อ้อมมโนทัศน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.22, .24, .39, .63$ และ $.22$ ตามลำดับ, $p<.05$) ส่วนระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.47$, $p<.05$) ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

List et al. (1999) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และรับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะลุกลาม จำนวน 64 ราย โดยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มรักษา ระหว่างการรักษา และภายหลังการรักษาภายใน 3 เดือนที่มาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงที่พบในระหว่างการรับรังสีรักษาลดลงจนอยู่ในระดับเท่ากับก่อนเริ่มการรักษาเมื่อระยะเวลา 12 เดือน ส่วนอาการข้างเคียงที่ยังคงอยู่คืออาการปากแห้ง การไม่รู้รสชาติอาหาร และยังคงรับประทานอาหารอ่อน

Chawla et al. (1999) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะรับรังสีรักษา ในด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ จำนวน 50 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนเริ่มรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3-4 ของการรับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า สัปดาห์ที่ 3-4 ของการรับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ลดลง และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสี 3 เดือนเริ่มดีขึ้น แต่ต่ำกว่าก่อนเริ่มรังสีรักษา

Bjordal et al. (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ระหว่างการรักษาและหลังการรักษาด้วยรังสีรักษา การผ่าตัด และเคมีบำบัด จำนวน 357 ราย ประกอบด้วยมะเร็งในส่วนของช่องปาก คอหอย กลัองเสียง และอื่นๆ (มะเร็งจมูก ไซนัส และต่อมน้ำลายระยะแพร่กระจาย) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 6 ครั้ง คือ 0, 1, 2, 3, 6, 12 เดือนหลังเริ่มการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตหลัง 12 เดือน มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดต่ำลงในระหว่างการรับรังสีรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งคอหอย (Pharyngeal cancer) รายงานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไปต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น เมื่อติดตามต่อเนื่องจนกระทั่งถึง 12 เดือนพบมีการฟื้นตัวอย่างช้าๆ ในด้านการรับรู้ความรู้สึก อากาปากแห้ง และเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าระยะของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

Hammerlid et al. (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 357 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของก้อนมะเร็งแตกต่างกันจะรายงานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมะเร็งคอหอยส่วนล่าง (Hypopharyngeal cancer) รายงานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไปต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น และจากการศึกษายังพบว่าระยะของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

Rose and Yates (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาในด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ จำนวน 58 ราย โดยเก็บข้อมูลในสัปดาห์แรก สัปดาห์สุดท้าย และภายหลังได้รับรังสี 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตในสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีสูงกว่าในสัปดาห์สุดท้ายและภายหลังได้รับรังสี 1 เดือน ส่วนอาการอ่อนล้าและความเจ็บปวดในสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีต่ำกว่าในสัปดาห์สุดท้ายและภายหลังได้รับรังสี 1 เดือน

Fang et al. (2002) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รอดชีวิตภายหลังการรักษา 2 ปี จำนวน 182 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ไม่มีประวัติโรคมะเร็งที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รอดชีวิตภายหลังการรักษาจะมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รอดชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีงานทำ และไม่มีความพิการร่วมจากโรคหรือการรักษา มีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่า

Bansal et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพิการที่เกิดขึ้นกับรังสีรักษาและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างรับรังสีรักษา ในกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย ผลการศึกษาพบว่า รังสีรักษามีผลกระทบต่อเยื่อร้อยละ 66.4 ต่อม่าน้ำลายร้อยละ 84 และหลอดอาหารร้อยละ 53 ซึ่งผลกระทบต่อเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอยากรับประทานอาหารร้อยละ 76.46 เหนื่อยล้าร้อยละ 65.75 และอาการปวดร้อยละ 44.77 และอาการบวมที่เกิดขึ้นนำไปสู่

การลดต่ำลงของคุณภาพชีวิตในด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกาย สังคม และอารมณ์ และอาการต่างๆจะดีขึ้นภายหลังจากรับรังสี 1 เดือนแต่ก็ยังไม่อยู่ในระดับเท่ากับก่อนรับรังสีรักษา

Fang et al. (2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่รอดชีวิตหลังการรักษาโดยการผ่าตัดและฉายแสงมากกว่า 2 ปี จำนวน 66 ราย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ทั้ง 8 มิติในผู้ป่วยต่ำกว่าประชากรทั่วไป โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า รายได้ครอบครัวต่ำกว่า มีระยะของโรคลุกลาม และมีการดิ่งรังของแฟลป (Flap) จะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำและผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า ว่างาน ระยะของโรคลุกลามจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนด้านกายได้ร้อยละ 63 และด้านจิตใจได้ร้อยละ 51 ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำกว่าประชากรทั่วไป และปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจและระยะของโรคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

Braam et al. (2007) ศึกษาคุณภาพชีวิตและการผลิตน้ำลายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ภายในระยะเวลา 5 ปีหลังการรับรังสีรักษาครบ จำนวน 44 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนรับรังสีรักษา และจากการติดตามเมื่อมาตรวจตามนัดหลังการรับรังสีรักษาครบภายใน 5 ปี พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในส่วนของอาการปากแห้งพบว่ามีอาการน้อยลงตามระยะเวลาแต่ไม่เหมือนเดิม โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 41 ยังประสบกับอาการปากแห้งระดับปานกลางถึงระดับมาก

Kelly et al. (2007) ศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการซึมเศร้าในระหว่างการรับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 118 ราย โดยวัดก่อนเริ่มรังสีรักษา ระหว่างการรับรังสีรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างรับรังสีผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวล โดยพบว่าค่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตในสปีดาร์ห์แรกคือ 71.27 ระหว่างรับรังสีคือ 63.72 และสิ้นสุดการรับรังสีคือ 59.35 และในระหว่างการรับรังสีคะแนนที่ลดลงมากที่สุดคือ การรับรส การกลืน และการเคี้ยว ตามลำดับ

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย

เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและผาสูกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยการสนทนากับบัด ในสปีดาร์ห์ที่ 1, 2, 3 และ 5 รวมทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30

นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 5 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชริน แน่นหนา (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 20 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนากับ 5 สัปดาห์ๆ 1 ครั้งๆละ 45 นาที ส่วนผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 6 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิไล อาริรุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยโดยการสนทนากับ 4 สัปดาห์ๆ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mcleod & Wright (2001) ศึกษาการใช้วิธีการสนทนากับครอบครัวที่เกิดความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต จำนวน 4 ครอบครัวๆละ 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การเปิดโอกาสให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องจิตวิญญาณ การให้อ่านคำสอนของศาสนา การทำพิธีกรรม การไปโบสถ์ และการรับฟังเรื่องราวความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ทำให้ความทุกข์ทรมานของครอบครัวลดลงได้

จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ และรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับครอบครัว ในเขตจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัวโดยการสนทนากับครอบครัวเฉลี่ย 4 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 2 สัปดาห์ทำให้

ครอบครัวมีพลังอำนาจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ความทุกข์ทรมานลดลงและสามารถปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

จากผลการศึกษาทำให้มองเห็นภาพของความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ความทุกข์ทรมาน ความคิด พฤติกรรม และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติในทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; จิตติยา สมบัติบุญ, 2545; วนิดา รัตนานนท์, 2545; Sammarco, 2001; Vellone et al., 2006; บุษดี ศรีคำ, 2546) การศึกษานำร่องของผู้วิจัย และการใช้แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model) (Wright, Watson, & Bell, 1996) ที่มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับการสนทนาบำบัด (Therapeutic conversation) ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงข้อมูลความเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าจะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อที่มี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติในทัศนคติ และศักยภาพการดูแลของครอบครัว เมื่อพบความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพยาบาลจะมีการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อส่งเสริมความหวัง อคติในทัศนคติ รวมทั้งการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (แผนภาพที่ 3)

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ตามแนวคิดของ Wright, Watson และ Bell (1996) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ (ใช้ระยะเวลาในการสนทนา 5 สัปดาห์ๆละ 1 ชั่วโมง)

1. **การสร้างสัมพันธภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ**
 - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และครอบครัว
 - ประเมินโครงสร้างครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเกี่ยวกับ ความผูกพันในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับ สิ่งแวดล้อม
2. **การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย**
 - ประเมินประสบการณ์ความเชื่อและวิธีการจัดการความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนจากครอบครัว
 - เปิดโอกาสให้สะท้อนคิดเกี่ยวกับความเชื่อ เพื่อแยกแยะความเชื่อที่เป็น ประโยชน์หรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย
3. **การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความเจ็บป่วย**
 - การให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มทางเลือกแก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและ ครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยน ความเชื่อเพื่อส่งเสริมความหวังและอึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนให้ ครอบครัวมีส่วนร่วม
 - การให้คำชื่นชม
4. **การแยกแยะความแตกต่างที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง**
 - การประเมินผลการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เกิดขึ้น
 - การคงไว้ซึ่งความเชื่อที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับครอบครัว

คุณภาพชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
(Ferrell et al., 1995)

1. ความผาสุกด้าน ร่างกาย
2. ความผาสุกด้านจิตใจ
3. ความผาสุกด้านสังคม
4. ความผาสุกด้าน จิตวิญญาณ

แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Non-equivalent control group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

$$\begin{array}{ccc} O_1 & \times & O_2 \\ O_3 & & O_4 \end{array}$$

X	หมายถึง	การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
O ₁	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
O ₂	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
O ₃	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₄	หมายถึง	การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาที่ศูนย์มะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งดุบลราชธานีและครอบครัว จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย

ขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1.1 เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่
- 1.2 ได้รับรังสีรักษา 1 ครั้งต่อวัน และสามารถรับรังสีรักษาได้ตามแผนการรักษา
- 1.3 มีสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ที่มีหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตลอดการศึกษานี้
- 1.4 สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้
- 1.5 มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวนอย่างน้อยที่สุด 30 ราย โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit & Hunger, 1999) ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มละ 20 ราย

3. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกและที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ถูกคัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยวิธีการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 40 ราย

3.1.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 ราย ทำการจับสลากเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง (Random assignment) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อ 15 คนแรกของการมารับรังสีรักษาเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อ 15 คนหลังของการมารับรังสีรักษาเป็นกลุ่มทดลอง

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 2 หอผู้ป่วยๆละ 5 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการจับสลากเช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกได้หอผู้ป่วยสามัญชายเป็นกลุ่มควบคุม และหอผู้ป่วยสามัญหญิงเป็นกลุ่มทดลอง

3.2 การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยวิธีการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ โดยกำหนดให้มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี (นันทกา ภูักถนพันธ์, 2544; กนกพร ใจแก้ว, 2537) ระยะของโรคหรือระดับความรุนแรงของโรค (กนกพร ใจแก้ว, 2537; Hammerlid et al., 2001; Bjordal et al., 2001) และตำแหน่งการ

เกิดโรค (Hammerlid et al., 2001; Bjordal et al., 2001) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ไม่ได้นำมาใช้ เช่น ระดับการศึกษา รายได้ เนื่องจากเป็นลักษณะที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มประชากร และระยะเวลาของการรักษาไม่ได้นำมาใช้ เนื่องจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะสัปดาห์แรกของการรับรังสีรักษา ส่วนปัจจัยด้านเพศพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนแสดงในตารางที่ 7 (ภาคผนวก ข)

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีหอดผู้ป่วยในสามัญชาย และหอดผู้ป่วยในสามัญหญิงศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีเป็นหน่วยงานที่ให้บริการระดับตติยภูมิในการร่วมรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ นครราชสีมา และชัยภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (ภาคผนวก ค)

เป็นโปรแกรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา โดยใช้แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright, Watson และ Bell (1996) ร่วมกับการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติทัศนคติ และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright, Watson และ Bell (1996) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา การลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง

ศรัทธาและคอรระหว่างการรับรังสีรักษา หลังจากนั้นนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อสร้างโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา

1.1.2 การสร้างโปรแกรมการพยาบาล กำหนดกรอบเนื้อหาการส่งเสริม

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา จากปัญหาและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับรังสีรักษา แผนการรักษา อาการข้างเคียงของรังสีรักษาที่ครอบคลุมในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติทัศนคติ และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Wright, Watson และ Bell (1996) โดยผู้วิจัยให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและครอบครัว กำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ๆละ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และครอบครัว โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวแนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลความเชื่อต่างๆและให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และร่วมกันศึกษาบริบทของครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นขั้นตอนของการร่วมกันค้นหาความเชื่อที่เอื้อต่อความสำเร็จ และเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความเจ็บป่วยของครอบครัว โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยตามความเชื่อของตนเอง ให้การยอมรับความเป็นบุคคล โดยการแสดงท่าที่เป็นกันเอง รับฟังความคิดเห็น และมีการประเมินความต้องการ รวมทั้งการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติทัศนคติในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การพยากรณ์โรค ศาสนาและจิตวิญญาณ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ความหวังและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล รวมทั้งการจัดการความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เกิดการสะท้อนคิดและมองเห็นความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่าง และเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ

และคอและครอบคร้ว เมื่อพบว่าความเชื่อเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอ สาเหตุ การวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและภายหลังการรับรังสีรักษา การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา วิธีการเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังโดยการฝึกคิดและพูดกับตนเองในทางบวก การพูดสนับสนุนให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ และแนะนำครอบคร้วในการช่วยเหลือดูแล

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เป็นขั้นตอนที่

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบคร้วถามคำถาม หลังจากนั้นร่วมกันสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการสนทนา ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และผู้วิจัยพูดชื่นชมให้กำลังใจในความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วและส่งเสริมให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง

1.2 สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการพยาบาล ประกอบด้วย

1.2.1 คู่มือความรู้มะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ การดูแลสุขภาพทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อรับรังสีรักษาครบ (ภาคผนวก ค)

1.2.2 ภาพพลิก ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปในการรับรังสีรักษา การบริหารต้นคอ การบริหารช่องปาก (ภาคผนวก ค)

1.2.3 เอกสารแผ่นพับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา (เอกสารของศูนย์มะเร็ง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โปรแกรมตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ควรเพิ่มรายละเอียดให้

ชัดเจนว่าจะสนทนาอะไรบ้าง กำหนดระยะเวลาในการสนทนาในแต่ละประเด็น รูปแบบการประเมินให้เห็นเป็นรูปธรรม

2. สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ควรเพิ่มการใช้สื่อในแต่ละเนื้อหาเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนและน่าสนใจ เพิ่มรูปภาพการสาธิตการบริหารช่องปากในคู่มือผู้ป่วย

หลังจากทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำเครื่องมือดำเนินการทดลองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาด้วยผู้ใหญ่มากกว่า 5 ราย ที่ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี จังหวัดปทุมธานี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน จึงได้ปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการสนทนาแต่ละครั้ง เป็น 1-2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ประกอบด้วย

แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติทัศนคติ และการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา (ภาคผนวก ค) จำนวน 16 ข้อคำถาม คำตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0) โดยใช้ประเมินผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเมื่อสิ้นสุดการสนทนาในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย

การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ คะแนนในแต่ละข้อจะมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมดจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 16

การแปลผลคะแนน สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความเชื่อทางบวก (ความเชื่อที่เอื้อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย) อยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนนความเชื่อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544)

0.00 – 05.00	คะแนน	หมายถึง	มีความเชื่อทางบวกโดยรวมระดับต่ำ
05.01– 10.00	คะแนน	หมายถึง	มีความเชื่อทางบวกโดยรวมระดับปานกลาง
10.01– 16.00	คะแนน	หมายถึง	มีความเชื่อทางบวกโดยรวมระดับสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

การศึกษานี้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลอง โดยภายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างควรมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติทัศนคติ และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่ามีคะแนนความเชื่อต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะได้รับพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพิ่มเติม ตามประเด็นของการประเมินในภาคผนวก ค งานวิจัยนี้ภายหลังให้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้

ภาวะสุขภาพ ความหวัง อัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพิ่มเติม ดังรายละเอียดในหน้า 68

ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินความเชื่อ มีดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเสริมสร้างความหวัง อัตมโนทัศน์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ
3. ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 และได้เสนอแนะให้มีการปรับแก้ไขด้านภาษาที่ใช้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่จะไปทำการศึกษาจริง

หลังจากทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำเสนอต่อ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษา วิทยุผู้ใหญ่อายุ 30 ราย ที่ศูนย์มหาชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82 เมื่อนำไปใช้จริงหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .79

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เช่น การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาร่วมที่ได้รับ โดยข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างและออกแบบสอบถาม โดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย

ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบโดยตัวผู้ป่วยเอง ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เช่น การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาร่วมที่ได้รับ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ระหว่างการรับรังสีรักษา (ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของ Ferrell และคณะ (1995) แบบสอบถามประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 8 ข้อ มิติด้านจิตใจ 18 ข้อ มิติด้านสังคม 8 ข้อ มิติด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก 15 ข้อ ด้านลบ 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราอันดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 10 (มีอย่างเต็มที่) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงโดยการตรวจสอบจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ (Panel discussion) การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) การแยกแยะโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่รู้ลักษณะ (Construct validity known group technique) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การตรวจสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่ามิติของคุณภาพชีวิตโดยรวม .89 -.93 (ด้านร่างกาย .77- .88 ด้านจิตใจ .89 -.88 ด้านสังคม .81 - .81 และด้านจิตวิญญาณ .71 - .90)

การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ คะแนนในแต่ละข้อจะมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมดจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 410 การหาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 41 ข้อ

การแปลผลคะแนน สำหรับข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงหาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมดซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าคุณภาพชีวิตยิ่งสูง

การแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนที่เป็นไปได้ ดังนี้

(ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544)

0.00 – 3.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระดับต่ำ

3.34 – 6.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง

6.68 – 10.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระดับสูง

ขั้นตอนการแปลแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
2. นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของ Ferrell และคณะ (1995) มาแปลโดยใช้วิธีแปลกลับ (Back translation) โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยและนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเนื้อหา ภาษา และรูปแบบ หลังจากแก้ไขข้อผิดพลาดแล้วนำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแปลแบบสอบถามกลับเป็นภาษาต้นฉบับ และทำการเปรียบเทียบและปรับปรุงการแปลให้มีความใกล้เคียงกับแบบสอบถามต้นฉบับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความตรงของเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .95 และได้เสนอแนะให้มีการปรับแก้ไขด้านภาษาที่ใช้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่จะไปทำการศึกษาจริง

หลังจากทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาผู้ใหญ่ จำนวน 30 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 เมื่อนำไปใช้จริงหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย 3 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพิ่มเติมจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในด้านการพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยอื่นๆในหน่วยงาน เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการสนทนากับผู้ป่วย โดยการศึกษาจากตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การเข้าประชุมวิชาการและรับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการสนทนากับผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
3. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัยคือเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ปีขึ้นไป หลังจากนั้นผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่ในการติดต่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2552 หลังจากได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างแล้ว แจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

7. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยวาจาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวครั้งแรก ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หลังจากนั้นดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวทั้งหมด 5 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี แนะนำตนเอง แจ้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว โดยการทักทายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจและเปิดเผยข้อมูลความเชื่อต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำความเข้าใจบริบทของครอบครัว โดยการศึกษาเกี่ยวกับประวัติครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ความผูกพันของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะกับครอบครัว และระบบสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ซึ่งในการสร้างสัมพันธภาพทำได้ค่อนข้างเร็ว ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวให้ความสนใจบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง และสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลหลักในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่เป็นภรรยาหรือสามี รองลงมาคือบุตร ลักษณะของครอบครัวมีทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

2. ผู้วิจัยประเมินความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว รวมทั้งปัญหาในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง และอัตมโนทัศน์ ในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา ความคาดหวังเกี่ยวกับโรคและการรักษา ความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพูดระบายความรู้สึก สะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลความเชื่อความเจ็บป่วยและนำไปใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว มีความเชื่อทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บป่วยและความเชื่อที่เป็นอุปสรรค โดยพบว่าในด้านรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งหมดรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและจำเป็นต้องได้รับการรังสีรักษา วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา บางรายไม่แน่ใจว่าการรับรังสีรักษาจะทำให้โรคลุกลามมากขึ้นหรือไม่ บางรายคิดว่าการฉายรังสีเป็นสิ่งที่น่ากลัวเหมือนไฟช็อต มีความคาดหวังว่าจะหายหรืออาการเจ็บป่วยน่าจะดีขึ้นหรือไม่ลุกลามไปมากกว่านี้ คิดว่าตนเองยังสามารถทำงานได้เหมือนปกติ งดเว้นอาหารที่คิดว่าจะทำให้โรคลุกลาม เป็นต้น และพบว่าส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวจะมีความเชื่อที่สอดคล้องกับครอบครัว

3. ในส่วนของความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บป่วยในเรื่องดังกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเสนอแนวคิดที่แตกต่างในเรื่องรังสีรักษา การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา วิธีการคิดและพูดทบทวนกับตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าโดยการให้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง ตามความสามารถ รวมทั้งการพูดสนับสนุนให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4. ผู้วิจัยมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ และการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาไว้ให้อ่านเพิ่มเติม และผู้วิจัยบันทึกปัญหาที่พบจากการสนทนา รวมระยะเวลาในการสนทนา ประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหอผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ทบทวนข้อมูลและสิ่งที่ได้ปฏิบัติจากการสนทนาครั้งที่ผ่านมารวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าปัญหาอุปสรรคที่พบ และร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยสังเกตจากคำพูดของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนในเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารปลาแทนเนื้อสัตว์ การพูดเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะรับรังสีรักษาตามแผนการรักษา

2. ผู้วิจัยประเมินเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเพิ่มเติมในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา วิธีการจัดการ รวมทั้งค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ การสร้างเป้าหมายในชีวิต และให้ข้อมูลเพิ่มตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งให้ข้อมูลวิธีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา การบริหารช่องปาก การบริหารคอ โดยการใช้อุปกรณ์ประกอบการรักษาและให้ทดลองปฏิบัติการ
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และบันทึกปัญหาที่พบจากการสนทนา รวมระยะเวลาในการสนทนาประมาณ 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ทบทวนข้อมูลและสิ่งที่ได้ปฏิบัติจากการสนทนาครั้งที่ผ่านมารวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าปัญหาอุปสรรคที่พบ และร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้แม้ว่าจะเริ่มมีอาการแทรกซ้อนที่เกิดด้านร่างกายมากขึ้น ผู้วิจัยพูดชื่นชมในส่วนที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดีและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อเนื่อง
2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเพิ่มเติม รวมทั้งความคาดหวังในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ความหวังของผู้ป่วยลดลงจากเดิม น้อยลงมากขึ้น รู้สึกว่าชีวิตไม่แน่นอน ผู้วิจัยพูดสนับสนุนให้กำลังใจ ยกตัวอย่างผู้ป่วยและครอบครัวที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันและสามารถผ่านพ้นประสบการณ์ในระยนี้ไปได้ และให้ข้อมูลเพิ่มในเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังการรับรังสีครบ
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และบันทึกปัญหาที่พบจากการสนทนา รวมระยะเวลาในการสนทนาประมาณ 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี พูดคุยประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพบกันครั้งที่แล้ว สรุปสิ่งที่เกิดขึ้นจากการพบกันที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความเชื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

จากคำพูดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ครอบครัว และการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยมีพลังใจ มีความตั้งใจมากขึ้นในการที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆในระหว่างการรักษา และเมื่อผู้วิจัยประเมินความเชื่อของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะ

สุขภาพ ความหวัง อัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนจากครอบครัว ผลการประเมินความเชื่อพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 17 ราย (ร้อยละ 85) มีความเชื่อทางบวกโดยรวมระดับสูง มีเพียง 3 ราย (ร้อยละ 15) ที่มีความเชื่อทางบวกโดยรวมระดับปานกลางซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงได้ให้การสนทนากับผู้เพิ่ม ซึ่งเมื่อพิจารณาดูรายละเอียดของผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางบวกระดับปานกลางพบว่าผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งในขณะนี้ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะด้านร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน กลัวว่าจะเป็นที่น่ารังเกียจของคนอื่น และภายหลังการประเมินความเชื่อผู้วิจัยได้มีการพูดสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนี้จะค่อยๆ เบาลงเมื่อสิ้นสุดการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความอดทน และผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือตามอาการที่พบ รวมทั้งผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดให้กำลังใจและเพิ่มการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้มากขึ้น เมื่อสิ้นสุดการสนทนาผู้วิจัยสังเกตพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวมีสีหน้าแสดง ความวิตกกังวลน้อยลง พยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะส่งเสริมให้ดีขึ้น ซึ่งรวมระยะเวลาในการสนทนาประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง

ขั้นประเมินผล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 ที่แผนกผู้ป่วยนอก รังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมกับที่ใช้ประเมินครั้งแรก ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และดำเนินการปิดสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 ที่แผนกผู้ป่วยนอก รังสีและหออผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยใช้แบบประเมินชุดเดิมกับที่ใช้ประเมินครั้งแรก ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและดำเนินการปิดสัมพันธภาพ

จากการสนทนากับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวที่ผ่านมา พบว่า มีความเชื่อ ทั้งในส่วนที่เชื่อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและความเชื่อที่เป็นอุปสรรค โดยพบว่าในด้านรับรู้ ภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งหมดรับรู้ว่าเป็นตัวเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและจำเป็น

จะต้องได้รับการรักษาด้วยรังสี และมีความเชื่อส่วนใหญ่ที่สอดคล้องกับความเชื่อครอบครัว โดยเฉพาะเกี่ยวกับการงดเว้นการรับประทานอาหารที่คิดว่าส่งผลต่อก่อนมะเร็ง มีความรู้ความเข้าใจในการรักษาด้วยรังสีเพิ่มมากขึ้น ในด้านความหวัง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวทุกคนมีความคาดหวังว่าจะหายหรืออาการเจ็บป่วยน่าจะดีขึ้นกว่านี้ พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความวิตกกังวล กลัวไม่หายจากโรค กลัวการลุกลามของโรค กลัวตาย อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการมีรอยโรคบริเวณใบหน้า ร่างกายซูบผอมลง ทุกข์ทรมานจากอาการอักเสบของเยื่อช่องปาก เจ็บปากและคอ กลืนอาหารลำบาก และด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มมากขึ้นในเรื่องการจัดเตรียมอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพูดคุยให้กำลังใจ และการอำนวยความสะดวกในการพามารับรังสีรักษา ส่วนครอบครัวรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้นที่มีคนเข้าใจเกี่ยวกับภาระหน้าที่ของตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในการเข้ารับการรักษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติขณะเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การลบเทปทิ้งหลังสิ้นสุดการวิจัย และการใช้รหัสแทนชื่อจริง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้นและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวยินดีเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (ภาคผนวก ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือต่ำกว่า ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ได้ p-value เท่ากับ .20 ซึ่งมีความมากกว่า .05 แสดงให้เห็นว่าการกระจายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2552 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มละ 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยวิธีการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) หลังจากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับสลาก โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ระยะของโรค และตำแหน่งที่เป็นโรค ในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยจากผู้วิจัยร่วมกับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษาก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล และที่พักอาศัยระหว่างการรับรังสีรักษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	70	12	60
หญิง	6	30	8	40
อายุ (ปี)				
20-39	3	15	3	15
40-59	17	85	17	85
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	$\bar{X} = 50.00$ SD=9.89		$\bar{X} = 48.20$ SD=11.02	
ศาสนา				
พุทธ	20	100	20	100
สถานภาพสมรส				
โสด	1	5	2	10
คู่	16	80	16	80
หม้าย	2	10	0	0
แยกกันอยู่	1	5	2	10
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	16	80	17	85
มัธยมศึกษา	3	15	2	10
ประกาศนียบัตร	1	5	0	0
ปริญญาตรี	0	0	1	5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ทำนา	13	65	14	70
รับจ้าง	2	10	0	0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	25	6	30
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 5,000	16	80	16	80
5,001 – 10,000	4	20	3	15
มากกว่า 10,000	0	0	1	5
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพ 30 บาท	17	85	17	85
ประกันสังคม	0	0	1	5
เบิกต้นสังกัด	3	15	2	10
บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล				
คู่สมรส	13	65	15	75
บุตร	5	25	5	25
บิดามารดา	2	10	0	0
ที่พักอาศัยระหว่างการรับรังสีรักษา				
โรงพยาบาล	5	25	5	25
บ้านพักส่วนตัว	5	25	7	35
บ้านเช่า	10	50	8	40

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 49 – 59 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85 ทั้งสองกลุ่ม โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 50 ปี (SD=9.89) และอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 48.20 ปี (SD=11.02) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาศึกษามากที่สุด ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 80 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 85 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา

ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ
 ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 25 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 30 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาททั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 80 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตร
 ประกันสุขภาพ 30 บาทคิดเป็นร้อยละ 85 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง บุคคลในครอบครัวที่
 ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75
 และที่พักอาศัยระหว่างการรับรังสีรักษาส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มพักบ้านเช่าในกลุ่มควบคุมคิดเป็น
 ร้อยละ 65 รองลงมาคือพักบ้านส่วนตัวและที่โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนกลุ่มทดลองพัก
 บ้านเช่าคิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือพักบ้านส่วนตัวและที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35 และ
 25 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งการเกิดโรค ระยะของโรค
 และการรักษาที่ได้รับ

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งการเกิดโรค				
Nasopharynx	4	20	4	20
Tongue	3	15	3	15
Lip	2	10	2	10
Oral cavity	2	10	2	10
Parotid gland	2	10	2	10
Buccal mucosa	1	5	1	5
Glottic	1	5	1	5
Gum	1	5	1	5
Hard palate	1	5	1	5
Larynx	1	5	1	5
Oropharynx	1	5	1	5
Tonsil	1	5	1	5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรค				
ระยะที่ 1	4	20	4	20
ระยะที่ 2	6	30	6	30
ระยะที่ 3	7	35	7	35
ระยะที่ 4	2	10	2	10
ไม่ทราบระยะโรค	1	5	1	5
การรักษาที่ได้รับ				
รังสีรักษา	8	40	8	40
รังสีรักษาและเคมีบำบัด	7	35	7	35
รังสีรักษาและการผ่าตัด	5	25	5	25

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูกคิดเป็นร้อยละ 20 รองลงมาคือลึนคิดเป็นร้อยละ 15 และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือระยะที่ 2 และระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 30 และ 20 ตามลำดับ ส่วนการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มได้รับรังสีรักษาอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด และรังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 35 และ 25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

คะแนนคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	ก่อนการทดลอง				t	p
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความผาสุกทางด้านร่างกาย	6.68	1.05	6.22	.92	1.48	>.05
ความผาสุกทางด้านจิตใจ	4.46	1.19	4.02	.90	1.33	>.05
ความผาสุกทางด้านสังคม	5.41	.36	5.33	.35	.73	>.05
ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ	5.01	.53	4.83	.30	1.37	>.05
คะแนนคุณภาพชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	5.15	.63	4.82	.51	1.81	>.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอโดยรวมของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.15 (SD=.63) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.82 (SD=.51) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยด้วยการทดสอบที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านความผาสุกทางร่างกายในระดับสูง ส่วนกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านความผาสุกทางร่างกายในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n= 20)				t	p
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความผาสุกทางด้านร่างกาย	6.22	.92	5.39	.74	5.47	<.05
ความผาสุกทางด้านจิตใจ	4.02	.90	4.68	.27	-7.16	<.05
ความผาสุกทางด้านสังคม	5.33	.35	5.88	.32	-9.72	<.05
ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ	4.83	.30	5.37	.34	-9.90	<.05
คะแนนคุณภาพชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	4.82	.51	5.17	.23	-6.49	<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.82 (SD= .51) ภายหลังจากทดลองมีค่าเฉลี่ย 5.17 (SD= .23) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายภายหลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ เจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุม ในระยะ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n= 20)				t	p
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความผาสุกทางด้านร่างกาย	6.68	1.05	5.28	.99	10.14	<.05
ความผาสุกทางด้านจิตใจ	4.46	1.19	4.42	.81	.41	>.05
ความผาสุกทางด้านสังคม	5.41	.36	5.36	.35	1.02	>.05
ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ	5.01	.53	4.93	.50	1.52	>.05
คะแนนคุณภาพชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	5.15	.63	4.86	.47	5.41	<.05

การวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 5.15 (SD= .63) ภายหลังจากทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.86 (SD=.47) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภายหลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายภายหลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

คะแนนคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	หลังการทดลอง				t	p
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	n= 20		n= 20			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความผาสุกทางด้านร่างกาย	5.28	.99	5.39	.74	-0.38	>.05
ความผาสุกทางด้านจิตใจ	4.42	.81	4.68	.27	-1.35	>.05
ความผาสุกทางด้านสังคม	5.36	.35	5.88	.32	-4.90	<.05
ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ	4.93	.50	5.37	.34	-3.27	<.05
คะแนนคุณภาพชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	4.86	.47	5.17	.23	-2.67	<.05

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการทดลองคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอโดยรวมของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 4.86 (SD=.47) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 5.17 (SD=.23) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยด้วยการทดสอบที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Non - equivalent control group pretest - posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีและครอบครัว ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2552 ผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ถูกคัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยวิธีการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 ราย ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยวิธีการจับคู่กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ โดยกำหนดให้มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี ระยะของโรคหรือระดับความรุนแรงของโรค และตำแหน่งการเกิดโรค ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 ราย ทำการจับสลากเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง (Random assignment) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อ 15 คนแรกของการมารับรังสีรักษาเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อ 15 คนหลังของการมารับรังสีรักษาเป็นกลุ่มทดลอง

2. กลุ่มตัวอย่างที่รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 2 หอผู้ป่วยๆละ 5 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการจับสลากเช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกได้หอผู้ป่วยสามัญชายเป็นกลุ่มควบคุม และหอผู้ป่วยสามัญหญิงเป็นกลุ่มทดลอง

3. คุณสมบัติของครอบครัวที่เข้าร่วมวิจัย เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส บิดามารดา บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตลอดการศึกษานี้รวมทั้งสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ และมีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ครอบครัวละ 1 คน

ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 49 – 59 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85 ทั้งสองกลุ่ม โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 50 ปี (SD=9.89) และอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 48.20 ปี (SD=11.02) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 80 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 85 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 25 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 30 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาททั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 80 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทคิดเป็นร้อยละ 85 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75 และที่พักอาศัยระหว่างการรับรังสีรักษาส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มพักบ้านเช่าในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือพักบ้านส่วนตัวและที่โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนกลุ่มทดลองพักบ้านเช่าคิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือพักบ้านส่วนตัวและที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35 และ 25 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นโปรแกรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright, Watson และ Bell (1996) ร่วมกับการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติโนทัศน์ และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและครอบครัว กำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ๆละ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งมีองค์ประกอบของโปรแกรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว 2) การประเมิน ค้นหา

และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อความเจ็บป่วย 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการ

เปลี่ยนแปลง 4) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและการสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความเชื่อ และพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง

สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการพยาบาล ประกอบด้วย คู่มือความรู้มะเร็งศีรษะและคอ และการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา ภาพพลิกเรื่องการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา แผ่นพับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา (เอกสารศูนย์มะเร็ง) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติในทัศนคติ และการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา จำนวน 16 ข้อคำถาม ใช้ประเมินผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเมื่อสิ้นสุดการสนทนาในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัย ซึ่งเครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความน่าเชื่อถือ CVI ได้ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของ Ferrell et al. (1995) โดยใช้วิธีแปลกลับ (Back translation) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความน่าเชื่อถือ CVI ได้ .95 และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

การดำเนินการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการพยาบาลที่วางไว้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลความเชื่อต่างๆ และร่วมกันศึกษาบริบทของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นขั้นตอนของการร่วมกันค้นหาความเชื่อที่เชื่อต่อความสำเร็จ และเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความเจ็บป่วยของครอบครัว โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยตามความเชื่อของตนเอง ให้การยอมรับความเป็นบุคคลโดยการแสดงท่าทีเป็นกันเอง รับฟังความคิดเห็น และมีการประเมินความต้องการ รวมทั้งการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อึดมั่นในทัศนคติ ในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การพยากรณ์โรค ศาสนาและจิตวิญญาณ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ความหวัง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล รวมทั้งการจัดการความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เกิดการสะท้อนคิดและมองเห็นความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง โดยการให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่าง และเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เมื่อพบว่าความเชื่อเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอ สาเหตุ การวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา และภายหลังการรับรังสีรักษา การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา วิธีการเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังโดยการฝึกคิดและพูดกับตนเองในทางบวก การพูดสนับสนุนให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถและแนะนำครอบครัวในการช่วยเหลือดูแล สิ่งที่ใช้ในโปรแกรมการพยาบาลประกอบด้วย คู่มือความรู้มะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา ภาพพลิกการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา แผ่นพับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา (เอกสารศูนย์มะเร็ง)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอและครอบครัวสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการสนทนา การสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความเชื่อและพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในสัปดาห์ที่ 4 และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในสัปดาห์ที่ 5 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหออผู้ป่วยใน และได้รับการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในสัปดาห์ที่ 5 ด้วยแบบประเมินชุดเดิมเช่นเดียวกับครั้งแรก รวมระยะเวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลนาน 5 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน จากผลการวิจัย (ตารางที่ 4) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.82 (SD=.51) ภายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความ

เชื่อความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ย 5.17 (SD=.23) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมภายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 1

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้นำเอาแนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังเช่นการศึกษาของ เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) ได้ประยุกต์แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากการศึกษาของ พัชริน แน่นหนา (2550) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า สามารถลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mcleod & Wright (2001) ในการสนทนากับครอบครัวที่เกิดความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต พบว่า ทำให้ความทุกข์ทรมานลดลงและการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2549) ที่พบว่า รูปแบบการสนทนากับครอบครัว ทำให้ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานลดลงสามารถปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ และการศึกษาของวิไล อารีรุ่งเรือง (2551) เกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และจากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การนำเอารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว ซึ่งเป็นมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต และการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว เป็นมิติด้านร่างกายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตได้

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ที่เชื่อว่าการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการพยาบาลที่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อที่ยึดถือ ซึ่งการได้รู้ถึงความเชื่อเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่จำกัดความสำเร็จ และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้อย่างเหมาะสมกับ

บริบทของผู้ป่วยและครอบครัว และนำมาซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณลดลง (Wright, Watson, & Bell., 1996; Wright, 2005) ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงได้นำการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ด้วยความมุ่งหวังว่าจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ซึ่งการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวตั้งแต่พบกันครั้งแรก โดยการแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลความเชื่อต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม 2) การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความแตกต่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมาตามความเชื่อของตนเอง โดยการยอมรับความเป็นบุคคลโดยการแสดงท่าทีเป็นกันเอง และรับฟังความคิดเห็น มีการประเมินความต้องการ รวมทั้งการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อคติในทัศนคติ ในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การพยากรณ์โรค ศาสนาและจิตวิญญาณ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา ความหวัง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการความเจ็บป่วยที่ผ่านมา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากความเชื่อต่อตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่างและเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว เมื่อพบว่าความเชื่อเป็นอุปสรรคต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอ การวินิจฉัยโรค สาเหตุ การรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและภายหลังการรับรังสีรักษา วิธีการเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังโดยการฝึกคิดและพูดกับตนเอง ในทางบวก การพูดสนับสนุนให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ แนะนำครอบครัวในการช่วยเหลือดูแล รวมทั้งมีการสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติการบริหารช่องปากและคอเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ซึ่งการให้ข้อมูลจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวในการช่วยบรรเทาหรือขจัดความนึกคิดหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนการแปลผลจากโรคและการรักษาที่ไม่ถูกต้อง และจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่

ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ผู้วิจัย ได้มีการใช้ภาพพลิกการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาประกอบกรรให้ข้อมูล และมอบคู่มือความรู้ มะเร็งศีรษะและคอและการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไว้อ่านเพิ่มเติม

4) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว ร่วมกันสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอและครอบครัวประเมินผลการนำข้อมูลไปปฏิบัติ ร่วมกับการประเมินจากการสังเกต ของผู้วิจัย และผู้วิจัยพูดชื่นชมให้กำลังใจในความเชื่อและการปฏิบัติที่ดีอยู่แล้วรวมทั้งส่งเสริมให้ คงไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพูดชื่นชมให้กำลังใจจะทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงความดีความสามารถของ ตนเอง และเกิดความมั่นใจในการช่วยลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวจากการเจ็บป่วย และยัง ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาล (Limacher & Wright, 2003)

สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณภายหลังได้รับการพยาบาลตาม รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ เจ็บป่วย มีเพียงคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายที่พบว่าต่ำกว่าก่อนได้รับ การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ดังมีรายละเอียดดังนี้

คะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายภายหลังได้รับการพยาบาลตาม รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยพบว่าต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ($\bar{X} = 6.22$, $SD = .92$ และ $\bar{X} = 5.39$, $SD = .74$ ตามลำดับ)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยรังสีนั้นผู้ป่วยมีอาการแสดงต่างๆ ของโรคทางด้านร่างกายอยู่แล้ว เช่น อาการปวด มีแผลที่เกิดจากตัวโรค หรือจากการผ่าตัดเพื่อทำ การรักษา ประกอบกับได้รับผลข้างเคียงของรังสีรักษาทำให้เพิ่มความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแทรกซ้อนจากรังสีรักษาใน 7-10 วันหลังเริ่มการรักษาและอาการจะพบมากขึ้นภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการ ดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งภายหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Dorr & Hendry, 2001; Shih et al., 2003; Stone et al., 2003; Braam et al., 2007) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ศาสตร์สุข (2540) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ คอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีที่พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงจากผลข้างเคียงของ รังสีรักษาและผลการศึกษาของ Chawla และคณะ (1999) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชาย ขณะรับรังสีรักษา พบว่า สัปดาห์ที่ 3-4 ของการรับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง และการศึกษาของ Bansal และคณะ (2004) พบว่าผลกระทบของรังสีรักษาทำให้คุณภาพชีวิตที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างรับรังสีรักษาลดต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ (2007) ที่พบว่าในระหว่างการรับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงโดยคะแนนที่ลดลงมากที่สุดคือ การรับรส การกลืน และการเคี้ยว ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านความผาสุกทางร่างกายและอาการทางกายจะลดต่ำลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย พบว่า คะแนนที่ลดต่ำลงยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยจากผู้วิจัย ที่ใช้วิธีการสนทนบำบัดที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ปัญหาและความต้องการที่แท้จริง รวมทั้งการรับฟังอย่างตั้งใจและติดตามสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการพูด เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า นับถือตนเอง และเกิดพลังใจจากการได้สื่อสารความคิด อารมณ์ความรู้สึก และอาจเกิดการสะท้อนคิดมองสถานการณ์ด้วยมุมมองใหม่ๆ เกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้นและอาจพบวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ การปฏิบัติขณะได้รับรังสีรักษา การป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น เช่น การพยายามทำจิตใจให้สบายไม่วิตกกังวลเพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการปวดการดูแลช่องปาก และการบริหารช่องปากสม่ำเสมอ ทำให้ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่มากนัก อีกทั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามสิ่งที่สงสัยได้ตลอดเวลา มีการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในทุกสัปดาห์ที่พบผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของวิลโล อาร์รุ่งเรือง (2551) ที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยโดยการสนทนบำบัดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัย (ตารางที่ 6) พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอโดยรวมของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 4.86 (SD=.47) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 5.17 (SD= .23) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ

ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยด้วยการทดสอบที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้นำเอารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังเช่นการศึกษาของ เนตรลาวัฒน์ เกิดหอม (2548) ที่ได้ประยุกต์แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากการศึกษาของ พัชริน แน่นหนา (2550) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวลดความทุกข์ทรมานลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mcleod & Wright (2001) ในการสนทนากับครอบครัวที่เกิดความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต พบว่า ทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง และการศึกษาของจินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2549) ที่พบว่า รูปแบบการสนทนากับครอบครัว ทำให้ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานลดลง สามารถปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ และการศึกษาของวิไล อารีรุ่งเรือง (2551) เกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การนำเอารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว ซึ่งเป็นมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต และการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว ซึ่งเป็นมิติด้านร่างกายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตได้

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Ferrell et al. (1995) พบว่า รั้งสีรักษาทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยได้รับสนทนากับครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอครอบครัวเข้าใจปัญหาที่เกิดจากการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายได้ เช่น การสนทนากับครอบครัวจะเป็นการเชื่อเชิญให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและผลกระทบที่ได้รับจากการเจ็บป่วย การรักษา การดูแลตนเอง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ดังเช่นคำกล่าว

ของผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ว่า “ ตอนนี้อยู่รู้สึกว่าตนเองเหมือนคนแก่มากๆ เพราะไม่มีฟัน...หมอบอกให้ถอนออกหมด... กินอะไรก็ลำบาก...ที่บ้านต้องทำพวกข้าวต้มให้กินแทน” การสนใจในการรับฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเกิดพลังใจจากการบอกเล่าความคิด อารมณ์ และความรู้สึก อาจทำให้เกิดการสะท้อนคิดมอของสถานการณ์ด้วยมุมมองใหม่ นำมาซึ่งการพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) การปรับเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วยโดยการชื่นชมผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยรายที่ 1 ที่พยายามบริหารช่องปากและต้นคอให้ผู้วิจัยดู ภายหลังจากการสนทนาในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่า “คุณหมอบอกให้ผมหน่อย...ผมทำถูกไหม” ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไป เป็นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงอีกวิธีหนึ่ง (Limacher & Wright, 2003) การใช้คำถามเดียว (One question) ที่ผู้ป่วยต้องการคำตอบเป็นการทำให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ว่า “คุณหมอ (ผู้วิจัย) ผมสงสัยว่าเป็นมะเร็งนี่กินเนื้อได้ไหม” ซึ่งคำถามนี้ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยมีอยู่ ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นมีผลต่อการเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วย (Wright et al., 1996) และการนำเสนอข้อมูลหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองมากขึ้น นอกจากนี้การเชื่อเชิญให้ผู้ป่วยอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงนั้นและคงไว้ซึ่งการพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยรายที่ 3 ที่ว่า “ เมื่อก่อนนี่ก็เครียดมาก ใครๆก็บอกว่าเป็นมะเร็งไม่ช้าก็เร็วจะต้องตายทุกคน...พอมาคูคุยกับคุณหมอ (ผู้วิจัย) ทำให้มีกำลังใจมากขึ้น...ขนาดเด็กที่บ้านอายุไม่เท่าไรหรอกก็ตายก่อนเรา...ถ้าเราดูแลตนเองดีๆก็น่าจะอยู่ได้” ซึ่งวิธีการเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยคลายความความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณลงได้ (Wright et al., 1996; Wright, 2005)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) อาจเนื่องจากคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (0.46 และ 0.44 คะแนน ตามลำดับ) ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายมากขึ้นและจากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความมั่นคงในชีวิต คุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวล ซึมเศร้า (นิยา สออารีย์, 2546; Francoeur, 2005; Lai et al., 2003) ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางลบ (Halldorsdottir & Hamrin, 1996; Cook, 1999; กนกพร

ใจแก้ว, 2537) อย่างไรก็ตามจากการพิจารณาการลดลงของคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดลงมากถึง 1.40 คะแนน ในขณะที่กลุ่มทดลองลดลงเพียง 0.83 คะแนนเท่านั้น

จะเห็นได้ว่ารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นแนวคิดที่ประสานความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้วิจัย ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยสอดคล้องกับความเชื่อและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ดังนั้นจึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยนี้พบว่า การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีได้ จึงควรนำการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างการรับรังสีร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 ในการนำเอาการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปประยุกต์ใช้พยาบาลควรมีความรู้และทักษะด้านการสนทนาบำบัด เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย แต่จากผลของการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการทดลองคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ควรเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพิ่มขึ้น

2. ด้านการเรียนการสอน

ควรมีการนำเอาแนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในการกระบวนการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาในการรับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอแต่ละราย และมีการติดตามต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดการรับรังสี 1 เดือน เพื่อติดตามผลความยั่งยืนของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

3.2 ควรมีการประยุกต์โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆหรือในผู้ป่วยเรื้อรัง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร ใจแก้ว. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กมลวรรณ จันตระกูล. 2547. **ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษดา ตงศิริ. 2531. **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา ไม้เกาะ. 2537. **ผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไข่มพัสตร์ มณีวัต. 2541. **การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. 2535. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติยา สมบัติบุรณ. 2545. **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา วัชรสินธุ์. 2550. **ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. พิมพ์ครั้งที่1. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.**

- จินตนา วัชรสินธุ์, พิศมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ. 2549. **ปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ และรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับ ครอบครัวในเขตจังหวัดระยอง: รายงานการวิจัย.** ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิรารัตน์ จี้นวัฒนะ. 2541. **ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารัตน์ สัยงูร. 2550. **ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทน ของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลธิดา สิมะวงศ์. 2545. **การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิต การพิมพ์
- ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. 2546. **ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวัง ในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงนุช เซาว์นศิลป์. 2540. **ผลของกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการปรับตัวและคุณภาพ ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล ศาสตร์สุข. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภารัตน์ ธรพร. 2545. **ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นันทกา ภูักัดมพันธ์. 2544. **การวิเคราะห์งานเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หลังรักษาด้วยรังสีรักษา**. เชียงใหม่: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย มะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาจนครบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นินยา สออารีย์. 2546. **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: แม็ก มีเดีย วาย ทู เค เพรส.
- นุชจรี วุฒิสุพงษ์. 2541. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีหลังได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์. 2537. **ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. 2548. **ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และผาสูกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์. 2549. **ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุปผา ชอบใช้. 2536. **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- บุษดี ศรีคำ. 2546. **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใบศรี แสงบาล. 2544. **ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์สต่อคุณภาพชีวิตสมรสของสตรีที่มีปัญหาครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประยุทธ์ ไรจน์พรประดิษฐ์. 2544. Head and neck cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตน์พงศ์ และชนวัธน์ เทศะวิบูล(บรรณาธิการ), *Manual of radiation oncology*, หน้า63-108. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีณา แฉ่งหนา. 2549. **ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของสตรีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ กาวิวงศ์. 2533. **ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพัทธ์ พิทยพันธุ์. 2542. **กระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และ จีระภา ตันตานนท์. 2534. **ตำรารังสีรักษา: ฟิสิกส์ ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, จีระภา ตันตานนท์, รัตนา พีระบุล และ วิภา บุญกิตติเจริญ. 2541. **Advanced radiation therapy.** ใน วรชัย รัตนธนาทร (บรรณาธิการ), **ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2**, หน้า 119-141. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2551. **อยู่กับมะเร็งอย่างเป็นสุข.** กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

- พัชริน แนนหนา. 2550. **ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ
เจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ
ครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ
ครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภาวีน เกษกุล. 2550. มะเร็งหลังโพรงจมูก. ใน **โครงการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนครั้งที่
8: เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับมะเร็งบริเวณศีรษะ,** หน้า 14-18. กรุงเทพมหานคร:
สถานวิทยามะเร็งศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ. 2539. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี วรลัดนากุล. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ
ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี
บำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับ
อาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนีพร คนชุม. 2547. **ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ใน
ผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัศมี วิบูลย์กุล. 2542. **ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อ
ไวรัสเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแล
ตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง
ผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา หาญคุณกุล. 2539. **ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้
ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วรวรรณ เหนือคลอง. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลภา ครุฑแก้ว. 2540. **ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตน์พงศ์ และชนวัธน์ เทศะวิบูล. 2544. **Manual of radiation oncology.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีไล อารีรุ่งเรือง. 2551. **ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีสุนทรา เจริญวิวัฒน์. 2545. **การพยาบาลหู คอ จมูก.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ศิริพร ชัมภลลิขิต. 2539. **แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล.** พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร, บรรณาธิการ. 2548. **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ฮายาบุสะกราฟฟิก.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2545. **การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1.** พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: วี เจ ฟรินตัง.
- สมปอง พะมุลิลลา. 2550. **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สวรรค์ รุจิชากร. 2550. **ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร.** หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุขอรุณ วงษ์ทิม. 2548. **การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต.
สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. **สถิติผู้ป่วยมะเร็งปีงบประมาณ 2545-2550** [Online].
แหล่งที่มา: <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html> [4 มิถุนายน 2551]
- สาวิตรี เมฆพิฑูไลไพโรจน์. 2541. Head and neck cancer. ใน วรชัย รัตนธนาทร (บรรณาธิการ), **ตำราโรคมะเร็ง 2**, หน้า 201-233. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภณ. 2543. **ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพิศ สงนวล. 2548. **ประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ. 2548. Carcinoma in Head and neck. ใน กวีธา ม่วงทอง, ประสิทธิ์ มหากิจ, ปริยนันท์ จารุจินดา และภาณุวิชญ์ พุ่มหิรัญ (บรรณาธิการ), **ตำราโรคหู คอ จมูก**, หน้า 266-272. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- สุเมธ พีระวุฒิ. 2541. **มะเร็งหู คอ จมูก เป็นได้ก็รักษาได้.** กรุงเทพมหานคร: ไอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- แสงอรุณ สุขเกษม. 2533. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี แก้วสระศรี. 2541. **การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยชายโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอขณะได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา เรือนก้อน. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เอมอร แซ่จิ๋ว. 2545. **ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อู๋ฉย เกษกัน. 2541. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการปรับตัวด้านร่างกายและการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Aaronson, N.K., & et al. 1993. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 85: 365-642.
- Anderson, R.T., Aaronson, N.K., & Wilkin, D. 1993. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research* 2: 369-395.
- Bansal, M., & et al. 2004. Radiation related morbidities and their impact on quality of life in head and neck cancer patients receiving radical radiotherapy. *Quality of Life Research* 13: 481-488.
- Barrera, R. 2002. Nutritional support in cancer patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 26(5): 563-569.
- Bjordal, K., & et al. 2001. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal data. *Laryngoscope* 111(8): 1440-1452.
- Braam, M. P., Roesink, M. J., Raaijmakers, C., Busschers, B. W., & Terhaard, C. 2007. Quality of life and salivary output in patients with head and neck cancer five years after radiotherapy. *Radiation Oncology* [Online]. Available from: <http://www.ro-journal.com/content/2/1/3>[2008, June 30]
- Chawla, S., & et al. 1999. Temporal assessment of quality of life of head and neck cancer patients receiving radical radiotherapy. *Quality of Life Research* 8: 73-78.

- Cheng, K.K.F., & Chang, A.M. 2003. Palliative of oral mucositis systems in pediatric patients treated with cancer chemotherapy. **Cancer Nursing** 26(6): 476 – 484.
- Connor, N. P., & et al. 2006. Impact of conventional radiotherapy on health-related quality of life and critical functions of head and neck. **International Journal of Radiation-Oncology, Biology, Physics** 65(4): 1051-1062.
- Cook, N. F. 1999. Self-concept and cancer: understanding the nursing role. **British Journal of Nursing** 8(5): 318-323.
- Dorr, W., & Hendry, J. H. 2001. Consequential late effects in normal tissue. **Radiotherapy and Oncology** 61: 223-231.
- Fang, F.M., & et al. 2002. Health-related quality of life for nasopharyngeal carcinoma patients with cancer-free survival after treatment. **International Journal of Radiation-Oncology, Biology, Physics** 53(4): 959-968.
- Fang, F.M., & et al. 2004. Health-related quality of life outcome for oral cancer survivors after surgery and postoperative radiotherapy. **Japanese Journal Clinical Oncology** 34(11): 641-646.
- Ferrans, C. E. 1997. Development of a conceptual model of quality of life. In A.G. Gift (ed.), **Clarifying concepts in nursing research**, pp.110-121. New York: Springer.
- Ferrell, B. R., Dow, K. H., & Grant, M. 1995. Measurement of the quality of life in cancer survivors. **Quality of Life Research** 4(6): 523-531.
- Ferrell, B.R., Dow, K. H., Leigh, S., & Gulasekaram, P. 1995. Quality of life in long term cancer survivors. **Oncology Nursing Forum** 22(6): 915-922.
- Francoeur, R.B. 2005. The relationship of cancer symptom cluster to depressive affect in the initial phase of palliative radiation. **Journal of pain and symptom management** 29(2): 130–150.
- Graff, P., & et al. 2007. Impact of intensity-modulated radiotherapy on health-related quality of life for head and neck cancer patients: matched-pair comparison with conventional radiotherapy. **International Journal of Radiation-Oncology, Biology, Physics** 67(5): 1309-1317.
- Haggood, A.S. 2001. Head and neck cancer. In S.E. Otto (ed.), **Oncology Nursing**, pp.285-325. St.Louis: Mosby.

- Halldorsdottir, S., & Hamrin, N. 1996. Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. **Cancer Nursing** 19(1): 29-36.
- Hammerlid, E., Persson, L-O., Sullivan, M., & Westin, T. 1999. Quality of life effects of psychosocial intervention in patients with head and cancer. **Otolaryngology Head and Neck Surgery** 120(4): 507-516.
- Hammerlid, E., & et al. 2001. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part I: At diagnosis. **Laryngoscope** 111(4): 669-680.
- Herth, K. A. 1990. Fostering hope in terminally ill people. **Journal of Advanced Nursing** 15(11): 1250-1259. .
- House, J.S. 1981. The nature of social support. In M.A. Reading (ed.), **Work stress and social support**, pp.13-23. Philadelphia: Addison Wesley.
- Iwamoto, R. 1997. Cancer of the head and neck. In K. H. Dow, J. D., Bucholtz, R., Iwamoto, V., Fieler, & L. Hiderley (eds.), **Nursing care in radiation oncology**, pp. 239-260. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ketnai, S. 2000. **Effects of perception without awareness, self-care information and positive thinking on hope in cervical cancer patients undergoing radiotherapy**. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Kelly, C., Paleri, V., Downs, C., & Shah, R. 2007. Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. **Otolaryngology Head and Neck Surgery** 136(1): 108-111.
- Kroenke, C.H., Kubzansky, L.D., Adler, N., & Kawachi, I. 2008. Prospective change in health-related quality of life and subsequent mortality among middle-aged and older women. **American Journal of Public Health** [Online]. Available from: <http://www.ajph.org/cgi> [2008, May 29]
- Lai, Y.H., & et al. 2003. System distress, catastrophic thinking and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. **Cancer Nursing**. 26(6): 485 – 492.
- Leanne, B. 2004. Nutrition matters for cancer. **Australia Journal Rural Health** 12(3): 131.
- Limacher, L.H., & Wright, L.M. 2003. Commendation: Listening to the silent side of a family intervention. **Journal of Family Nursing** 9(2): 130-150.

- McLeod, D. L., & Wright, L. M. 2001. Conversations of spirituality: Spirituality in family systems nursing-making the case with four clinical vignettes. **Journal of Family Nursing** 7(4): 391- 415.
- Mowry, S., & et al. 2006. Quality of life outcomes in laryngeal and oropharyngeal cancer patients after chemoradiation. **Otolaryngology Head and Neck Surgery** 135(4): 565-570.
- Murphy, R.K., & Davidshofer. 1994. **Psychological testing principles and application**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Murphy, B.A., Ridner, S., Wells, N., & Dietrich, M. 2007. Quality of life research in head and neck cancer: A review of current state of the science. **Critical Reviews in Oncology Hematology** 62: 251-267.
- Nail, L.M. 2004. Fatigue. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, & M. Goodman (eds.), **Cancer symptom management** (3rd ed), pp.47-60. Boston: Jones and Bartlett.
- Orem, D.E. c2001. **Nursing: Concepts of practice**. 6th ed. St.Louis: Mosby.
- Otto, S. E. 1991. **Oncology Nursing**. St. Louis: Mosby.
- Otto, S. E. 1994. **Oncology Nursing**. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Otto, S. E. 2001. **Oncology Nursing**. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **Advances In Nursing Science** 8(1): 45-60.
- Pedro, L.W. 2001. Quality of life for long-term survivors of cancer: Influencing variables. **Cancer Nursing** 24(1): 1-11.
- Polit, D.F., & Hunger, B.P. 1999. **Nursing research: principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Rose-Ped, A.M., & et al. 2002. Complications of radiation therapy for head and neck cancers: The patient's perspective. **Cancer Nursing** 25(6): 461-466.
- Rui, G. 1999. **Effect of informational support on psychological well-being of postmastectomy patient..** Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Chiang Mai University.
- Sammarco, A. 2001. Percieved social support, uncertainly, and quality of life of younger breast cancer survivors. **Cancer Nursing** 24(3): 212-219.

- Semple, J. C., Sullivan, K., Dunwoody, L., & Kernohan, G. 2004. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. **Cancer Nursing** 27(6): 434-441.
- Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M., Stotts, N. A., & MacPhail, L. 2003. Mechanisms for radiation-induced oral mucositis and the consequences. **Cancer Nursing** 26: 222-229.
- Sonis, T.S. 2007. Pathobiology of oral mucositis: Novel insights and opportunities. **The Journal of Supportive Oncology** 5(9): 9 -11.
- Stone, H. B., Coleman, C. N., Anscher, M. S., & McBride, W. H. 2003. Effects of radiation on normal tissue: Consequences and mechanisms. **The Lancet Oncology** 4: 529-536.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. 1987. **Principles and practice of psychiatric nursing**. 2nded. St. Louis: Mosby.
- Tarathamarat, P. 2000. **Effects of perception without awareness, self-care information and positive thinking on hope in cervical cancer patients undergoing radiotherapy**. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Tsai, S-Y., Chi, L-Y., Lee, C-H., & Chou, P. 2007. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. **European Journal of Epidemiology** 22: 19-26.
- Vakharia, T. K., Ali, J. A., & Wang, J. S. 2007. Quality of life impact of participation in a head and neck cancer support group. **Otolaryngology Head and Neck Surgery** 136(3): 405-410.
- Vellone, E., Rega, L. M., Galletti, C., & Cohen, Z. M. 2006. Hope and related variables in Italian cancer patients. **Cancer Nursing** 29(5): 356-366.
- WHOQOL Group. 1998. Development of the WHOQOL-BREF quality of Life assessment. **Psychological Medicine** 28: 551-558.
- Wright, L. M. 2005. **Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing**. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. 1996. **Beliefs: The heart of healing in families and illness**. New York: Basic books.

Yimin, C. 2000. **Social support and quality of life among laryngectomy patients.**
Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School,
Chiang Mai University.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. รุ่งรังษี วิบูลชัย	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
นางชลธิยา วามะฉุน	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์มะเร็ิงอุบลราชธานี
นางสาวนารี ชื่นคล้าย	พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ตารางที่ 7 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ตำแหน่งของการเกิดโรค และระยะโรคหรือความรุนแรงของโรค

คู่ที่	อายุ (ปี)		ตำแหน่งการเกิดโรค		ระยะโรคหรือความรุนแรงของโรค	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	58	59	Tonsil	Tonsil	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
2	59	49	Tongue	Tongue	ระยะที่ 1	ระยะที่ 1
3	49	45	Nasopharynx	Nasopharynx	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
4	42	38	Tongue	Tongue	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
5	50	52	glottic	glottic	ระยะที่ 2	ระยะที่ 2
6	53	55	Lip	Lip	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
7	59	59	Oropharynx	Oropharynx	ระยะที่ 2	ระยะที่ 2
8	37	41	Nasopharynx	Nasopharynx	ระยะที่ 2	ระยะที่ 2
9	20	24	Nasopharynx	Nasopharynx	ระยะที่ 4	ระยะที่ 4
10	52	49	Nasopharynx	Nasopharynx	ระยะที่ 2	ระยะที่ 2
11	57	53	Gum	Gum	ระยะที่ 1	ระยะที่ 1
12	48	53	Lip	Lip	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
13	59	59	Tongue	Tongue	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
14	52	48	Oral cavity	Oral cavity	ระยะที่ 1	ระยะที่ 1
15	43	45	Oral cavity	Oral cavity	ระยะที่ 3	ระยะที่ 3
16	57	56	Parotid gland	Parotid gland	ระยะที่ 2	ระยะที่ 2

คู่ที่	อายุ (ปี)		ตำแหน่งการเกิดโรค		ระยะโรคหรือความรุนแรงของโรค	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
17	38	33	Parotid gland	Parotid gland	ระยะที่ 1	ระยะที่ 1
18	53	58	Hard palate	Hard palate	ไม่ทราบระยะโรค	ไม่ทราบระยะโรค
19	56	59	Larynx	Larynx	2	2
20	58	56	Buccal mucosa	Buccal mucosa	4	4

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
(สัปดาห์ที่ 1)

กลุ่มเป้าหมาย
สถานที่
ระยะเวลา
วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาและครอบครัว

หอผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

1 - 2 ชั่วโมง

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว

1. สามารถประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การดูแลสุขภาพขณะรับรังสี ความคาดหวังเกี่ยวกับโรคและการรักษา อคติในทัศนด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาด้วยรังสี การดูแลสุขภาพขณะรับรังสี ความคาดหวังเกี่ยวกับโรคและการรักษา อคติในทัศนด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. สามารถแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งความเชื่อที่เอื้อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 1 (พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวครั้งที่ 1)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการ / กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และครอบครัว และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย	สวัสดิ์ดีคะ ดิฉัน ... เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อของการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านและครอบครัวในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวมีบทบาทโดยการร่วมมือกับผู้วิจัยในการเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยของตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความหวัง อึดมั่นในทัศนคติ (ความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อตัวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัว...	1.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวที่ห่อผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี - กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลเพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง และแนะนำตนเอง - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและครอบครัวแนะนำตนเอง - ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการพบกัน บทบาทผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและคอครอบครัว บทบาทผู้วิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย 1.2 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	10 นาที		- การสังเกต ความสนใจ และความกระตือรือร้นในการสนทนา

คู่มือ

ความรู้โรคมะเร็งศีรษะและคอ
และวิธีการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วย



โดย
นางสาวมาลี นิ่มพงษ์พันธ์
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์

คำนำ

คู่มือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาด้วยการฉายรังสี วิธีการปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสี และวิธีป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการฉายรังสี

ซึ่งการอ่านทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ท่านสามารถป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของรังสี ตลอดจนฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

ผู้จัดทำ

ตุลาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ	1
ปัจจัยเสี่ยง	1
การรักษา	2
ภาวะแทรกซ้อนขณะรับการฉายรังสีที่พบบ่อย	3
การปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสี	
การดูแลสุขภาพทั่วไป	4
การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี	6
การดูแลช่องปาก	7
การบริหารช่องปาก	8
การบริหารลำคอ	9
การปฏิบัติตัวภายหลังการรับการฉายรังสีครบ	11
สำหรับบันทึก	12
บรรณานุกรม	16



มะเร็งศีรษะและคอ เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในส่วนบนของระบบหายใจ และระบบทางเดินอาหาร อันได้แก่ ช่องปาก โพรงหลังจมูก โพรงอากาศ ช่องจมูก ลำคอ ต่อม้ำลาย ต่อมธัยรอยด์ กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลาร์ และกล่องเสียง

ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุการเกิดมะเร็งศีรษะและคอยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องคือ

1. การสูบบุหรี่
 2. การดื่มแอลกอฮอล์
 3. การเคี้ยวหมาก การอมยาเส้น หรือสัมพัส
- สารระคายเคืองเรื้อรัง
4. สุขภาพในช่องปากไม่ดี
 5. การติดเชื้อไวรัส
 6. พันธุกรรม

ภาพพลิก

การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา



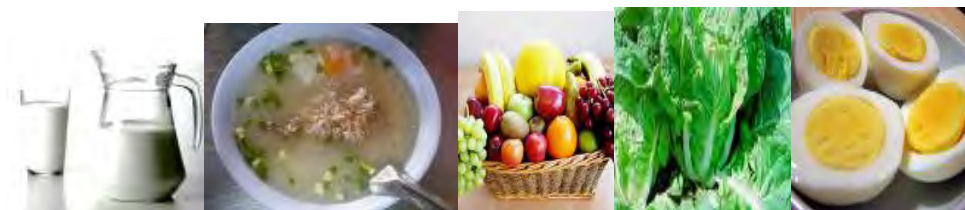
โดย
นางสาวมาลี นิ่มพงษ์พันธ์
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์

การปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสี

● การดูแลสุขภาพทั่วไป

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและย่อยง่าย ได้แก่ เนื้อปลา นม ไข่ ตับสัตว์ ถั่วต่างๆ พัก ผลไม้ หรือรับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ข้าวโอ๊ตสำเร็จรูป รวมทั้งดื่มอาหารเหลวอื่น ๆ เช่น โยเกิร์ต นม น้ำเต้าหู้



2. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ขวดลิตร เพื่อช่วยให้ร่างกายสดชื่น รวมทั้งผิวหนังและเยื่อชุ่มชื้น



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

อายุ ปี

เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย

() 4. หย่า/แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา

() 1. ประถมศึกษา

() 2. มัธยมศึกษา

() 3. ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา

() 4. ปริญญาตรี

() 5. สูงกว่าปริญญาตรี

ศาสนา () 1. พุทธ

() 2. อิสลาม

() 3. คริสต์

() 4. อื่นๆ ระบุ

อาชีพ

() 1. ทำนา

() 2. ค้าขาย

() 3. รับจ้าง

() 4. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

() 5. อื่นๆ ระบุ

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

สิทธิในการรักษา

() 1. ชำระเงินเอง

() 2. ประกันสุขภาพ

() 3. ประกันสังคม

() 4. เบิกจากต้นสังกัด

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

การวินิจฉัยโรค

ระยะของโรคT.....N.....M.....

การรักษา

() 1. การผ่าตัด.....วันที่.....

() 2. เคมีบำบัด.....เริ่มวันที่.....

() 3. รังสีรักษา

ชนิดของรังสีวันที่.....

ตำแหน่ง.....ปริมาณ.....เซนต์เกรย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง อัจฉมโนทัศน์ และการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิด หรือความเชื่อของท่านในขณะนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด หรือความเชื่อของท่าน
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด หรือความเชื่อของท่าน

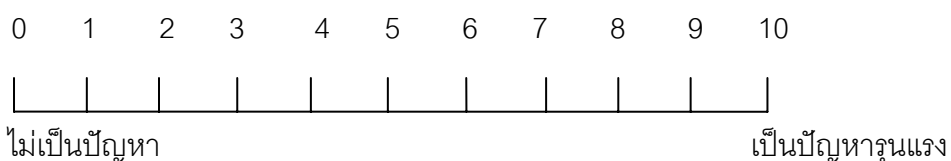
ข้อความ	คำตอบ	
	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
1. ท่านเชื่อว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้		
2. ท่านเชื่อว่าสุขภาพของท่านจะดีขึ้นภายหลังการรักษาด้วยรังสี		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16. ท่านเชื่อว่าเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างการรับรังสีรักษา (สำหรับผู้ป่วย)

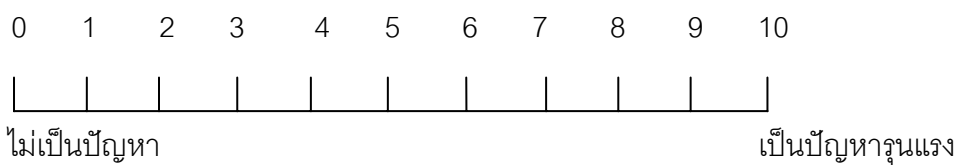
คำชี้แจง แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบ ความรู้สึกหรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้ ขอให้ท่านตอบโดยการทำ เครื่องหมาย x ลงบนเส้นตรงที่มีคะแนน 0 – 10 คะแนน ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ความผาสุกทางด้านร่างกาย

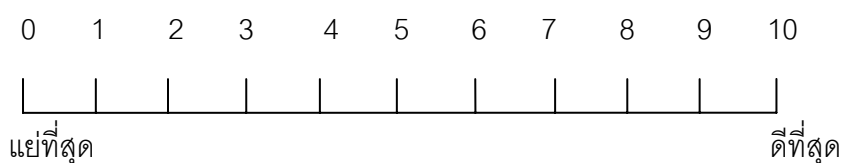
1. อาการเหนื่อยล้าเป็นปัญหากับท่านเพียงใด



2. การเปลี่ยนแปลงความอยากรับประทานอาหารเป็นปัญหากับท่านเพียงใด



8. สุขภาพร่างกายของท่านขณะนี้เป็นอย่างไ



ความผาสุกทางด้านจิตใจ

1. การเจ็บป่วยและการฉายรังสีทำให้การต่อสู้กับปัญหาของท่านเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

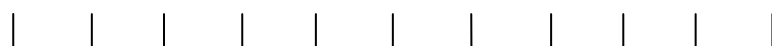


ไม่ยากลำบากเลย

ยากลำบากที่สุด

2. คุณภาพชีวิตของท่านขณะนี้เป็นอย่างไ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



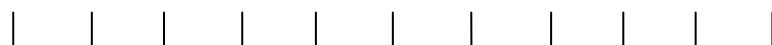
แย่ที่สุด

ดีที่สุด

.....

26. ท่านกลัวว่ามะเร็งจะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

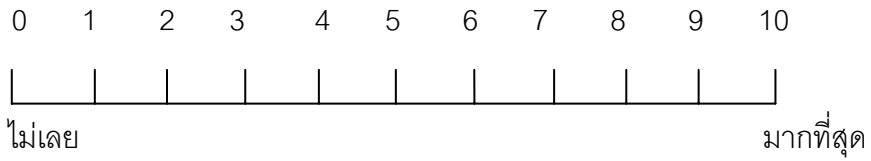


ไม่เลย

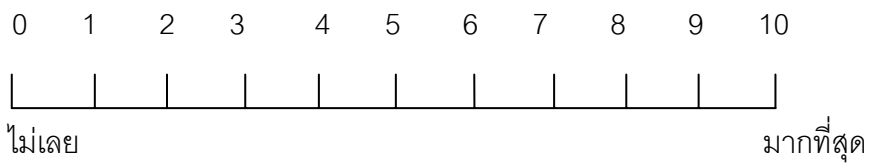
มากที่สุด

ความผาสุกทางด้านสังคม

27. สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดกับอาการป่วยของท่านเพียงใด



28. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นตามที่ท่านต้องการเพียงใด



.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

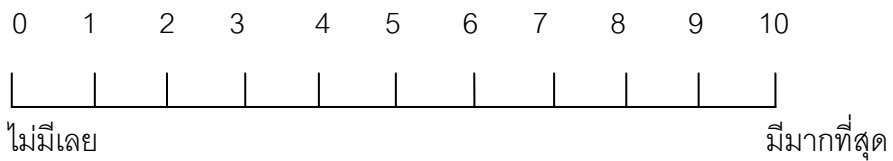
.

.

.

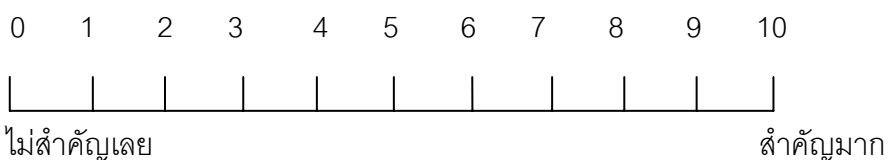
.

34. การเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการฉายรังสี ทำให้ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายเพียงใด

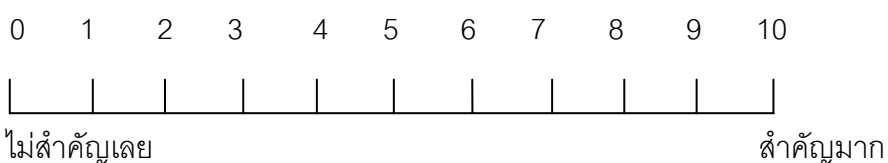


ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

35. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด หรือไปโบสถ์ มีความสำคัญกับท่านเพียงใด



36. การปฏิบัติเพื่อช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การทำสมาธิ มีความสำคัญกับท่านเพียงใด



.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

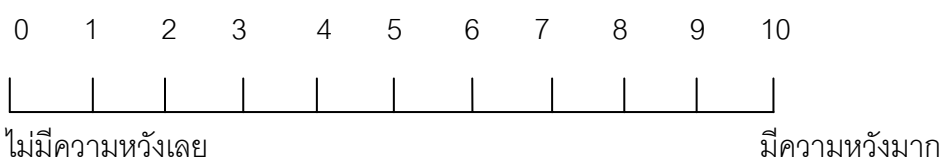
.

.

.

.

41. ท่านรู้สึกมีความหวังในชีวิตมากน้อยเพียงใด



ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
และหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ**จากผู้วิจัยชื่อ นางสาวมาลี นิมพงษ์พันธ์ ที่อยู่ 99/5 ถนนชยางกูร ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ 08-1389-2263 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตรายและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ**สมัครใจ**และข้าพเจ้า**มีสิทธิ**จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาวมาลี นิมพงษ์พันธ์)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

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

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวมาลี นิมพงษ์พันธ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมมวารราชสุริยวงศ์ 3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (ที่บ้าน) 99/5 ถนนชยางกูร ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-244973 ต่อ 1510 โทรศัพท์ (ที่บ้าน) 045-315699 โทรศัพท์มือถือ 08-1389-2263 E-mail: mal.pan@yahoo.com
สถานที่วิจัย	แผนกผู้ป่วยนอกรังสีและหอผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านและครอบครัวได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
3. วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับในการร่วมวิจัย คือการมีส่วนร่วมในการหาแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา
5. จำนวนกลุ่มตัวอย่างวิจัยผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 40 คน ได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มๆละ 20 คน
 - 5.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วย

นอกรังสีและหอผู้ป่วยใน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงจากการรับรังสีรักษา การให้ความรู้เป็นกลุ่มในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องจากตัวแทนทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อรับรังสีรักษา การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา การแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา และจะได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยให้ตอบแบบสอบถามในครั้งแรกที่พบกันและเมื่อครบ 5 สัปดาห์ ซึ่งใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

5.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นรูปแบบการสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมาตามความเชื่อของตนเอง กรณีที่พบว่าเป็นความเชื่อที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวสนับสนุนให้คงไว้ ขณะเดียวกันเมื่อพบว่าความเชื่อนั้นเป็นอุปสรรคต่อการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้วิจัยจะมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องมะเร็งศีรษะและคอ การปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรับรังสีรักษา การส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ขณะสนทนาผู้วิจัยขออนุญาตในการบันทึกข้อมูลและบันทึกเทปการสนทนา ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวิจัยคนละ 5 สัปดาห์ๆละ 1 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยให้ตอบแบบสอบถามในครั้งแรกที่พบกันและเมื่อครบ 5 สัปดาห์ ซึ่งใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

6. เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากผู้วิจัยพบอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างขณะการสนทนาผู้วิจัยจะหยุดการสนทนาและให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมทันที

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. ในกรณีที่มีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยคือ นางสาวมาลี นิมพงษ์พันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 08-1389-2263 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ส่วนเทปบันทึกคำบอกเล่าของท่านจะได้รับการลบทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 045-285610 ต่อ 1013



ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ
เจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใน
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา

ผู้วิจัย นางสาวมาลี นิมพงษ์พันธ์

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์มะเร็ง
อุบลราชธานี

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายธนุต์ม์ กว๊วยเจริญพานิชก์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ – สกุล	นางสาวมาลี นิ่มพงษ์พันธ์
วัน เดือน ปี เกิด	5 สิงหาคม 2511
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2534	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
พ.ศ. 2541	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2550	เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ประวัติการทำงาน	
ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมมวารราชสุริยวงศ์ 3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

