



บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชาย ภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

Relationships between Symptoms, Social Support, and Quality of Life in Head and Neck Cancer Male Patients Treated with Radiation, Southern Region

สุชาดา ธาราพร, พย.ม. (Suchada Tharaporn, M.N.S.)*

สุรีพร ธนศิลป์, D.N.S. (Sureeporn Thanasilp, D.N.S.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสีรักษา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสี

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะได้รับรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี คัดเลือกตามสะดวก จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80, .87, .80, และ .81 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80, .75, .80, และ .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: 1) อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีความถี่และความรุนแรงของอาการมากที่สุด โดยจัดการกับอาการด้วยการใช้น้ำยาบ้วนปาก การใช้ยาแก้ปวด และการใส่สายให้อาหาร มากที่สุด 2) คุณภาพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.90$, $SD=0.52$)

3) ความถี่และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ($r=-.28$, $r=-.38$, $p<.05$) และ

4) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ($r=.13$, $p<.05$)

สรุป: อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกายมากที่สุดดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยส่วนใหญ่เกิดในช่องปากที่มีทั้งความรุนแรงและความถี่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มตั้งแต่ก่อน ขณะ และหลังสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: อาการ/การสนับสนุนทางสังคม/คุณภาพชีวิต/ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ/รังสีรักษา

Abstract

Purpose: To study symptoms, symptom management, and quality of life of head and neck cancer male patients undergoing radiation therapy, and to examine relationships between symptoms, social support, and quality of life in head and neck cancer male patients undergoing radiation therapy, southern region.

Design: Descriptive correlational research.

Method: The subjects were 130 head and neck cancer male patients undergoing radiation therapy at the Suratthani Cancer Hospital recruited through a convenience sampling. Data were collected using personal information form, symptom questionnaire, symptom management strategies questionnaire, social support questionnaire, and quality of life questionnaire. Their content validity indices were .80, .87, .80, and .81, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were .80, .75, .80, and .71, respectively. Data were analyzed using the frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient.

Findings: 1) The symptom that severely and frequently occurred in head and neck male patients undergoing radiation therapy was dry mouth (xerostomia). They managed it by using mouth wash, pain killers, and retaining NG tube. 2) The quality of life of head and neck cancer male patients undergoing radiation therapy was at a high level ($\bar{x}=2.90$, $SD=0.52$). 3) The frequency and the severity of symptom were negatively and significantly related to quality of life of head and neck cancer male patients undergoing radiation ($r=-.28$, $r=-.38$, $p<.05$,



respectively). Social support was positively and significantly related to quality of life ($r=.13$, $p<.05$).

Conclusion: The symptom that severely and frequently occurred in head and neck cancer male patients undergoing radiation therapy was dry mouth and it influenced their quality of life, especially in the physical domain. Therefore, nurses should develop appropriate strategies before, during, and after the radiation therapy to help these patients manage with this oral complication. Their family members could play a major role in the management.

Keywords: Symptoms/Social Support/Quality of life/Head and neck cancer patients/Radiation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอในประเทศไทยในปี 2552 พบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในเพศชาย โดยพบถึงร้อยละ 8.4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2552) สำหรับภาคใต้มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอในเพศชายจำนวน 12.9 ต่อแสนประชากร โดยพบมากเป็นอันดับ 2 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) การรักษาโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอประมาณร้อยละ 60-80 มักได้รับการรักษาด้วยรังสี เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอมีความไวต่อรังสี การรักษาด้วยรังสีรักษาเพื่อหวังให้หายขาดจะต้องใช้ปริมาณรังสีมาก ตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลข้างเคียงจากรังสีรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2534) ทำให้เกิดอาการต่างๆ ในร่างกาย (Astin, 1998) อาการข้างเคียงเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทางด้านร่างกาย และส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ (Kohda, 2005; Babin, 2008) นอกจากนี้ อาการข้างเคียงจากการรักษายังส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องในการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมี

สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคม และปฏิบัติกิจกรรมลดลง (สุริพร ธนศิลป์, 2552) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จึงแสวงหากลวิธีจัดการกับอาการด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมกับการนำวิธีการรักษาแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการกับอาการจากผลข้างเคียงของรังสี การดูแลแบบผสมผสาน เป็นการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ดุชนิภูมิล บุตรสีเทา, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพยายามหากลวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ และใช้รูปแบบการพยาบาลแผนปัจจุบัน (วรรณฉายอรุณ, 2550; พันทิศา เกลิมพนาพันธ์, และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มลิน, 2550) อย่างไรก็ตาม พบว่า งานวิจัยในส่วนการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ยังมีการศึกษาเพียงแค่ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (ดุชนิภูมิล บุตรสีเทา, 2543) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) โดยเลือกศึกษาวิธีการจัดการอาการ ได้แก่ แบบผสมผสาน การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแบบผสมผสาน



ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่ อาการ/อาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และผลลัพธ์อาการ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้ยังศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน และการสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (พันทิตา เณลิมพนาพันธ์ และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน, 2550) เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบทางโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่เน้นการดูแลด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา อาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเพศชาย ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเพศชาย ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 130 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก รังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้มเหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน (Oropharynx) ส่วนบนของคอหอยที่ติดกับจมูก (Nasopharynx) ไฮโปฟาริงซ์ (Hypopharynx) หูชั้นกลาง และต่อมน้ำลาย
- 2) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
- 3) อยู่ในระยะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา (แพทย์แผนปัจจุบัน) การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (แบบผสมผสานและแผนปัจจุบัน)



2. แบบสอบถามอาการ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อภิรดี ลดาธรรม (2547) ประกอบด้วยอาการจำนวน 14 อาการ โดยประเมินความถี่ของอาการ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้คะแนน 0-4 คะแนน โดยแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00-1.32 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับต่ำ

1.33-2.66 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง

2.67-4.00 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับสูง

ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 11 ระดับ คือ 0-10 คะแนน โดยแปลผลคะแนน ดังนี้

0.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำมาก

2.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ

4.01-6.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง

6.01-8.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง

8.01-10.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูงมาก

ประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 2 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดลำดับอาการ 5 อาการ ที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด

3. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ สุจิรา พึ่งเพื่อง (2550) ประกอบด้วยกลวิธีการจัดการกับอาการจำนวน 8 วิธี มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้คะแนน 0-4 คะแนน โดยแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00-18.67 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอยู่ในระดับต่ำ

18.68-37.34 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอยู่ในระดับปานกลาง

37.35-56.00 คะแนน หมายถึง มีความถี่ของการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ตามกรอบแนวคิด ของ House (1981) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ มีการให้คะแนน 0-4 คะแนน โดยแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0.00-0.80 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก

0.81-1.60 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

1.61-2.40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

2.41-3.20 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

3.21-4.00 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก

5. แบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิต ของ Cella (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรชัย รัตนธรรรแมนนา จิระจรัส และสุวรรณี ลิริเลิศตระกูล (2544) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็นความพึงพอใจด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด ความพึงพอใจด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ความพึงพอใจด้านอารมณ์/จิตใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 1 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ และความพึงพอใจด้านปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ในการคิดคะแนนผู้วิจัยได้กลับ



คะแนนของข้อคำถามด้านลบ ก่อนนำมาคิดคะแนนรวมด้านคุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้คะแนน 0-4 คะแนน โดยแปลผลคะแนน ดังนี้

0.00-0.80 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมาก

0.81-1.60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

1.61-2.40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2.41-3.20 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

3.21-4.00 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80, .87, .80, และ .81 ตามลำดับ จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา และผู้ป่วยในของศูนย์มะเร็งศีรษะและคอ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .80, .75, .80, และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA no. 099/2555 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2555

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ ศูนย์มะเร็งศีรษะและคอ

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งศีรษะและคอ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยพร้อมด้วยผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งศีรษะและคอ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและเป็นการลับ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและทำการแจกแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน 130 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและกลวิธีการจัดการกับอาการ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ที่ได้รับการรังสีรักษา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา จำนวน 130 คน ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.62 มีอายุเฉลี่ย 51.12 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.62 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.92 มีรายได้ อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.38 มีรายได้เฉลี่ย 7,963 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 73.08 บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.69 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล คิดเป็นร้อยละ 26.15 มีระยะเวลาเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.08 โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งใน stage III คิดเป็นร้อยละ 52.31 ปริมาณรังสีรักษาที่ได้รับอยู่ในช่วงปริมาณ 3,001-5,000 เซนติเกรย์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.23 การรักษาที่ได้รับที่ผ่านมาด้วยวิธีแบบแผนปัจจุบัน คือ การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 44.62 และวิธีแบบผสมผสาน คือ การใช้สารชีวภาพ คิดเป็นร้อยละ 9.23

2. อาการ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีอาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีความถี่และความรุนแรงของอาการมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.82 และ 4.83 ตามลำดับ และอาการระคายเคืองตา มีความถี่และความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 0.20 และ 0.22 สำหรับอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.31 2) อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.69 3) อาการกลืนอาหารลำบาก จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62

4) อาการคลื่นไส้ จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.08 และ 5) อาการเบื่ออาหาร จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.77

3. กลวิธีการจัดการกับอาการ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา เมื่อเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ น้ำลายเหนียว/คอแห้ง อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ และอาการกลืนอาหารลำบาก ผู้ป่วยเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับอาการด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้น้ำยาบ้วนปาก การใช้ยาแก้ปวด และการใส่สายให้อาหาร มาจัดการกับอาการดังกล่าวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.23, 98.46, 92.31 และ 37.69 ตามลำดับ สำหรับการนำกลวิธีการจัดการกับอาการแบบแผนผสมผสาน ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการประสานกายและจิต ได้แก่ การสวดมนต์ การทำสมาธิ เมื่อมีอาการเหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 17.69 และการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามิน อาหารชีวจิต โดยผู้ป่วยนำมาใช้เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และผิวแห้ง/คัน/มีแผล คิดเป็นร้อยละ 67.69, 59.23 และ 47.69 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

4. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะที่ได้รับรังสีรักษา มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.74 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับสูงมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.48 อยู่ในระดับสูง

5. คุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะที่ได้รับรังสีรักษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 2.90 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความ



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลวิธีจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (n=130)

อาการ	ไม่ได้ใช้ n (%)	ยาแก้ปวด n (%)	น้ำยา บ้วนปาก n (%)	ใส่สาย อาหาร n (%)	แพทย์ ทางเลือก n (%)	การประสา นกายและจิต n (%)	สารชีวภาพ n (%)	การจัด กระทำ n (%)
ผิวหนังแห้ง / คล้ำ / มีแผล	66(50.77)	2(1.54)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	62(47.69)	0(0)
เยื่อช่องปากอักเสบ	2(1.54)	9(6.92)	116(89.23)	3(2.31)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
น้ำลายเหนียว / คอแห้ง	1(0.77)	0(0)	128(98.46)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.77)	0(0)
เจ็บปวดในช่องปากและคอ	2(1.54)	120(92.31)	0(0)	2(1.54)	0(0)	2(1.54)	0(0)	4(3.08)
กลิ่นอาหารลำบาก	18(13.85)	6(4.62)	8(6.15)	49(37.69)	0(0)	2(1.54)	47(36.15)	0(0)
การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	99(76.15)	2(1.54)	7(5.38)	8(6.15)	0(0)	0(0)	13(10.00)	1(0.77)
อ้าปากได้แคบกว่าปกติ	118(90.77)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	12(9.23)
เจ็บหู / การได้ยินลดลง	101(77.69)	28(21.54)	0(0)	0(0)	1(0.77)	0(0)	0(0)	0(0)
ระคายเคืองตา	130(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
อาการอ่อนเพลีย	16(12.31)	0(0)	0(0)	12(9.23)	0(0)	9(6.92)	88(67.69)	5(3.08)
อาการเหนื่อยง่าย	78(60.00)	0(0)	0(0)	1(0.77)	0(0)	33(17.69)	14(10.77)	4(3.08)
อาการเหนื่อยง่าย	126(96.92)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1.54)	2(1.54)	0(0)
อาการคลื่นไส้อาเจียน	24(18.46)	6(4.62)	86(66.15)	86(66.15)	0(0)	0(0)	10(7.69)	0(0)
อาการเบื่ออาหาร	41(31.54)	0(0)	2(1.54)	2(1.54)	0(0)	0(0)	77(59.23)	0(0)



ผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.19 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ความผาสุกด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.15 อยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.50 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังตารางที่ 2

6. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา (ตารางที่ 3) ผลการศึกษา พบว่า

ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .05$)

ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย อธิบายได้ดังนี้

1. กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาเพศชาย ($n = 130$)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความผาสุกด้านร่างกาย	2.46	0.56	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	2.83	0.42	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ	3.15	0.64	สูง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	3.19	0.46	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.90	0.52	สูง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ($n = 130$)

	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	ระดับ
ความถี่ของอาการ	-0.28^*	ต่ำ
ความรุนแรงของอาการ	-0.38^*	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	0.13^*	ต่ำ

* $p < .05$



ได้รับรังสีรักษา นำกลวิธีการจัดการกับอาการแบบผสมผสานมาใช้ร่วมกับแผนปัจจุบัน เช่น เมื่อมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการกลืนอาหารลำบาก โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการใช้ยาแก้ปวด การใช้ยาบ้วนปาก การใส่สายให้อาหารทางสายยาง และมีการใช้สารชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร วิตามิน อาหารชีวจิต เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิรา พุ่งเพ็ญ (2550) ศึกษาประสบการณ์อาการวิธีการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาแผนปัจจุบันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Schernhammer (2009) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติในทางบวก เมื่อได้รับการรักษาแบบผสมผสานโดยผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลแบบผสมผสานให้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ฝอยทอง อีรนุช ทานิรัตติย์ และชดช้อย วัฒนะ (2555) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า และการรับรู้ผลกระทบของอาการต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษา พบว่า อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง มีความถี่และความรุนแรงของอาการมากที่สุด และอาการระคายเคืองตา มีความถี่และความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด สำหรับอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการน้ำลายเหนียว/คอแห้ง 2) อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ 3) อาการกลืนอาหารลำบาก 4) อาการคลื่นไส้ และ 5) อาการเบื่ออาหาร เมื่อ

พิจารณาโดยรวมด้านความถี่ของอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นอยู่ระดับปานกลาง ส่วนความรุนแรงของอาการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษามีความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอยู่ระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา พบว่า ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.28$) สำหรับความรุนแรงของอาการ พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.38$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ นั่นคือ ความรุนแรงของอาการเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการ ความถี่ของอาการเป็นแนวคิดในประสบการณ์การมีอาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการ ตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิรา พุ่งเพ็ญ (2550) ที่ศึกษาประสบการณ์อาการวิธีการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่า ประสบการณ์อาการตามการรับรู้ด้านความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรงของอาการและอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้



คุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนรักษา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายขณะที่ได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับสูงมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.48 อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ สงนวล (2548) ศึกษาประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า สิ่งสนับสนุนต่อการเยียวยาจิตวิญญาณ คือ จากสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคมใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล คือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมา คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.54 การสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .13$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วยมนทัศน์หลักของการจัดการกับอาการ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ ซึ่งทั้ง 3 มโนทัศน์

หลักมีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.62) และบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 57.69) และคู่สมรส (ร้อยละ 41.54) ผู้ป่วยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ที่ดี ซึ่งผู้ป่วยที่มีคู่สมรสส่วนใหญ่จะมีคนคอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจและลดความตึงเครียด มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรค ส่งเสริมให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต (Eaton, 1987; อ้างถึงใน นงลักษณ์ สรรสม และสุริพร ธนศิลป์, 2553) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 3.19 อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ความพึงพอใจด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 อยู่ในระดับสูง ส่วนความพึงพอใจด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.46 อยู่ในระดับสูงนั้น จากผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดี แม้จะได้รับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัวและคู่สมรส ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา สมบัติบุญ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton (1987 อ้างใน นงลักษณ์ สรรสม และสุริพร



ธนศิลป์, 2553) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติส่วนใหญ่จะมีผู้คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ มีกำลังใจที่ต่อสู้กับอุปสรรคส่งเสริมให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต จากแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้โดยไม่ให้ผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาจากแนวคิดดังกล่าวผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงนั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษารับรู้ว่าคุณภาพดี ร่างกายแข็งแรง ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ก็สามารถตัดสินใจว่าคุณภาพ

มีคุณภาพชีวิตดี ถึงแม้ว่าคุณภาพนั้นจะได้รับผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยหรือวิธีการรักษาก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกายมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการพัฒนากลวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยส่วนใหญ่เกิดในช่องปากที่มีทั้งความรุนแรงและความถี่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มตั้งแต่ก่อน ขณะ และหลังสิ้นสุดการรักษาเพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

.....

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ดุชนันท์ บุตรสีทา. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตติยา สมบัติบุญ. (2545). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นฤมล ศาสตรสุข. (2540). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ สรรสม และสุริพร ธนศิลป์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(ฉบับพิเศษ), 42-53.

- พันทิตา เกลิมพนาพันธ์ และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร*. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 5(1), 66-71.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และจิระภา ตันนายนท์. (2534). *ฟิลิกส์ ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- วรรณ ฉายอรุณ. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดระบบบริการพยาบาลต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ* ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ธีญบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรชัย รัตนธรรมา, แม้นมมา จิระจรัส และสุวรรณี ลิริเลิศตระกูล. (2544). การแปลและตรวจสอบคุณภาพแบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4 ฉบับแปลภาษาไทย. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 84(10), 1430-1442.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2552). *สถิติโรคมะเร็ง* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2552 จาก <http://www.nci.go.th/>
- สุจิรา พึ่งเฟื่อง. (2550). *ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ สงนวล. (2548). *ประสบการณ์การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุริพร ธนศิลป์. (2552). การดูแลแบบผสมผสาน. ใน สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ รุ่งระวี นาวีเจริญ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ ฝอยทอง อีรนุช ห่านิวัติชัย และชดช้อย วัฒนะ. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(3), 107-119.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติโรคมะเร็ง* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2554 จาก <http://www.bps2.moe.go.th/>
- อภิรดี อดาวรรณ. (2547). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาษาอังกฤษ**
- American Cancer Society. (2010). *Cancer facts & figures* [Online]. Retrieved April 5, 2010, from: <http://www.cancer.org/>
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine. *JAMA*, 279(19), 1548-1553.
- Babin, E. et al. (2008). Quality of life in head and neck cancers patients: Predictive factors, functional and psychosocial outcome. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 265, 265-270.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2003). *Understanding nursing research*, (3rd ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Cella, D. (1997). *FACIT-Sp-Ex (Version 4)* [Online]. Retrieved May 15, 2010, from <http://www.facit.org/>
- Denham, M.J. (1991). *Care of the long-stay elderly patient*. London: Chapman and Hall.



- Dodd, M. et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social Support*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Kohda, R. et al. (2005). Prospective studies on mental status and quality of life in patients with head and neck cancer treated by radiation. *Psycho-Oncology*, 14, 331-336.
- Patrick, D.L. & Erickson, P. (1987). *Quality of life Assessment and Application*. Lancaster: MTP Press.
- Schernhammer, E.S. (2009). Attitudes about the use of complementary and alternative medicine in cancer treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(10), 1115-1120.
- Spitzer, W.O. (1987). State of 1986; Quality of life and functional status as target variable for research. *Journal of Chronic Disease*, 40(6), 465-471.