บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาโรคมะเร็ง ด้วยรังสีรักษา ณ แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ในเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 จำนวน 130 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาเป็นรายบุคคล ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารอรับรังสีรักษา ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบวัดความหวังของเฮิร์ทที่ จันทนา เตชะคฤห (2540) นำมาแปลเป็นภาษาไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์, คูนีย์, และลาซาลัส (Social Support Questionnaire Part II : SSQ) (Schaefer, Cuyne, & Lazarus, 1981) กับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค, ลินด์เซย์, และคาร์เรียรี (Norbeck Social Support Questionnaire : NSSQ) (Norbeck, Lindsay, & Carrieri, 1981) แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์เทนเนสซี่ของ ฟิทท์ (Tennessee Self-Concept Scale) (Fitt, 1971 อ้างถึงใน ฉันทนา กาญจนพนัง, 2530, หน้า 29) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อำไพ ศิริพัฒน์ (2515 อ้างถึงใน ฉันทนา กาญจนพนัง, 2530, หน้า 29) ซึ่งดัดแปลงโดย ฉันทนา กาญจนพนัง (2530) และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก ด้วยวิธีหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวมของข้อคำถาม

ทั้งชุด (item – total correlation) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .25 - .71 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .94 สำหรับแบบวัดความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์นั้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ แล้วทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ได้เท่ากับ .80, .87 และ .86 ตามลำดับ

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 10.0 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมการถดถอยพหุคูณโดยใช้เทคนิคแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ผลการวิเคราะห์สรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา มีจำนวน 130 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.54 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.38 อายุเฉลี่ย 68.8 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.31 จำนวนปีที่ใช้ในการศึกษาเฉลี่ย 3.3 ปี (SD = 2.51) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000 – 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.61 ค่าเฉลี่ยของรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 8,594.6 บาท (SD = 9317.87) เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 42.31 อยู่ในช่วงระยะที่ได้รับรังสีรักษา 1 – 5 วันแรก คิดเป็นร้อยละ 33.08 ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาเฉลี่ย 12.2 วัน (SD = 8.68)

2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 123.39, SD = 28.42) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า มีความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกายอยู่ในระดับปาน ($\bar{X}$ = 42.71, SD = 12.70) ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 38.29, SD = 11.72) ความผาสุกด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.19, SD = 5.74) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 18.19, SD = 5.16) มีความหวังอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 36.6, SD = 4.95) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.41, SD = 2.80) และอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 142.9, SD = 15.34)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ส่วนเพศ อายุ และสถานภาพ

สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

4. อัตมโนทัศน์ และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา เป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอัตมโนทัศน์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (*Beta*) เท่ากับ .594 และ -.426 ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้งสองนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้ ร้อยละ 57.2 และสามารถเขียนสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิต′ = -16.681 + 1.100 (อัตมโนทัศน์) – 1.394 (ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z'_{\text{คุณภาพชีวิต}} = .594\ (Z_{\text{อัตมโนทัศน์}}) - .426\ (Z_{\text{ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา}})$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. อัตมโนทัศน์ และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 57.2 โดยอัตมโนทัศน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย การรักษาด้วยรังสี และการเปลี่ยนแปลงตามวัย มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ กล่าวคือ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืน การหายใจ และการพูด นอกจากนี้บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของโรคยังเป็นบริเวณที่เปิดเผยต่อสายตาของผู้อื่น เป็นจุดที่ดึงดูดใจของผู้พบเห็น ดังนั้นเมื่อมีความผิดปกติหรือมีก้อนเนื้องอกยื่นออกมา จะทำให้รูปร่างหน้าตาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความรู้สึกน่ากลัว น่ารังเกียจ แก่ผู้ที่พบเห็น (Nealon, 1976 อ้างถึงใน

นวลขนิษฐ์ ลิมปนวัสส์, 2531, หน้า 2) บางครั้งอาจมีแผลและมีกลิ่นเหม็นรุนแรง ผู้ที่พบเห็นอาจแสดงกิริยาอาการที่แตกต่างกันไป เช่น แปลกใจ ขยะแขยง รังเกียจ เกรงกลัว เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงออกมาเช่นนั้น มีอิทธิพลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกขาดความมั่นใจในตนเองในการติดต่อสื่อสารหรือพบปะกับผู้อื่น มีความรู้สึกว่าตนด้อยค่า กลัวผู้อื่นรังเกียจ และกลัวว่าตนเองจะถูกทอดทิ้ง เป็นต้น (Denning, 1982, p. 269) สำหรับการได้รับรังสีรักษานั้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายจากอาการต่างๆที่เกิดจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา อาการที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการแสบคันหรือเกิดแผลของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี มีอาการปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก มีแผลในช่องปากจากการอักเสบของเยื่อบุช่องปาก สูญเสียความสามารถในการรับรสชาดอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยหรือรับประทานไม่ได้เลย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับความทุกข์ทรมานจากผลกระทบโดยทั่วไปจากรังสี เช่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซีด และติดเชื้อโรคต่างๆได้ง่าย เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงของอาการดังกล่าวนี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณของรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2524, หน้า 316-317; Yasko, 1982) ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับจากผลข้างเคียงของรังสีรักษานี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เพราะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ดังเดิม จากการศึกษาของนวลขนิษฐ์ ลิมปนวัสส์ (2531, หน้า 84) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาร้อยละ 71 ไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจว่าตนเองต้องเป็นภาระของผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า (Metcalfe & Fischman, 1985, pp.22-23 อ้างถึงใน อัญชลี แก้วสระศรี, 2541, หน้า 3) และในขณะที่ต้องได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอต้องได้รับการขีดเส้น เพื่อแสดงบริเวณที่ฉายรังสีไว้บนใบหน้าและคอตลอดการรักษา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอับอาย รู้สึกว่าตนเองเป็นที่น่ารังเกียจของผู้อื่น และรู้สึกสูญเสียความสวยงามของใบหน้า (Denning, 1982, p.270)

ส่วนการเปลี่ยนแปลงตามวัยนั้น พบว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ จะมีผิวหนังเหี่ยวย่น ฟันโยกคลอน เล็บเปราะ ตามัว หูตึง ความจำไม่ดี เป็นต้น ซึ่งการเสื่อมโทรมตามวัยดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม เช่น การสูญเสียตำแหน่งและหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวจากผู้นำครอบครัวเป็นผู้อาศัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา เศร้า หมดหวัง และหดหู่ใจ (Havighurst, 1963 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, 2533; ลำเนาว์ เรืองยศ, 2535, หน้า 14-15) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผลต่อการรับรู้อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ (Carlson & Blackwell, 1978 อ้างถึงใน สุวิมล พนาวัฒนกุล, 2534, หน้า 2) ดังนั้นภาวะการเจ็บป่วย การรักษาด้วยรังสี และการ

เปลี่ยนแปลงตามวัยจึงมีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา จากการศึกษาของเลมอน, เบงท์สัน และปีเตอร์สัน (Lemon, Bengtson & Peterson, 1972 อ้างถึงใน สุวิมล พนาวัฒนกุล, 2534, หน้า 44) พบว่า ผู้ที่มีอัตมโนทัศน์ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ที่พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

สำหรับระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษารองจากอัตมโนทัศน์นั้น อธิบายได้ว่า เนื่องจากปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากทั้งทาง ร่างกาย และจิตใจ (Rasovska, 1990, pp. 85-91) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา เป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการแพ้รังสี ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (นฤมล ศาสตร์สุข, 2540, หน้า 33; อังคณา เรือนก้อน, 2540, หน้า 41-42) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการแทรกซ้อนจากรังสีภายในระยะเวลา 7-10 วัน หลังจากเริ่มรักษา และอาการมากขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยอาการดังกล่าวยังคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งได้รับรังสีครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982, p. 638) ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดัดเจก (Dudjak, 1987, p. 138) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเป็นระยะเวลาประมาณหนึ่งสัปดาห์ จะมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในช่องปาก และอาการดังกล่าวจะมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีเป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางด้านร่างกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ คิง (King, 1985 อ้างถึงใน นฤมล ศาสตร์สุข, 2540, หน้า 66) ที่พบว่า ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาประมาณสัปดาห์ที่ 3-6 ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อร่างกายสูงสุด มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและอารมณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นฤมล ศาสตร์สุข (2540) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับการรักษา และการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ นุ้นย่อง (2537) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ต่ำกว่าช่วงสัปดาห์แรก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงระยะเวลาที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (แสงอรุณ สุขเกษม, 2533; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534; วรวรรณ เหนือคลอง, 2534; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ, 2534; Hanucharurnkul, 1988; Johnson et al., 1988)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้ ได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา อภิปรายได้ว่า การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะต่าง ๆ ช่วยให้บุคคลสามารถคิดและแก้ไขปัญหาได้ การที่มีระดับการศึกษาสูงแสดงว่ามีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาหลายปี บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถทำความเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตน ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เพราะการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ รู้จักตั้งคำถาม ซักถามปัญหา ตลอดจนรู้จักที่จะใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดี (Muhlenkamp & Sayles, 1986, p. 336) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ (2538) จิระพร อภิชาตบุตร (2540) จีรนุช สมโชค (2540) สายฝน จับใจ (2540) ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา อภิปรายได้ว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้ดีมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุได้ เช่น อาหาร ยารักษาโรค แหล่งบริการและค่าบริการทางสุขภาพ เป็นต้น (Thoits, 1982) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา กุมารจันทร์ (2543) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ได้หลายอย่าง เช่น ความวิตกกังวล หวาดกลัว ซึมเศร้า รู้สึกผิด ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่แน่ใจในอนาคต (Burn, 1982, pp. 279 – 285, Chrisman, 1990) การมีความหวังจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ดี (Herth, 1992) เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยแสดงออกและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามที่หวัง (Miller & Poewr,

1988; Herth, 1989) เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การคิดหาหนทางในการแก้ไขปัญหา ความหวังช่วยป้องกันความเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต และสุขภาพกาย ซึ่งเกิดจากความท้อแท้ในความเจ็บป่วย (Miller, 1985, p. 23) และการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะความหวังมีส่วนทำให้ความผาสุกในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลับคืนมา (Nowotny, 1989; Rustoen, 1995, p. 355; Rustoen & Wiklund, 2000, p. 214) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา แล้วไม่สามารถที่จะปรับตัวได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (Herth, 1990; Beckerman & Northrop, 1996) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การรักษาจึงไม่ได้ผล อาการของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนวิธีการรักษา เช่น ใช้การรักษาทางไสยศาสตร์ มีวิธีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง คุณภาพชีวิตจึงต่ำลง (สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ, 2538; Christman, 1990, p. 17) จากการศึกษาของ บูชเลอร์ (Buehler, 1975, pp. 1353-1356) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่จะรู้สึกหวั่นวิตกเกิดความไม่แน่ใจในอนาคต แต่เมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับความมั่นใจในการรักษาจากแพทย์ พยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะมีความหวังในการรักษาและมีระดับความอดทนต่ออาการต่าง ๆ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาและการรับรู้ว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมได้ จากการศึกษาของ รัสตัน, วิงราวด์, ฮาร์เนดเทด, และมอนส์ (Rustoen et al., 1998, p. 242) เกี่ยวกับความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจำนวน 96 ราย พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ฉุ้นย่อง (2537) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และการศึกษาของ กฤษดา ตงศิริ (2531) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา อภิปรายได้ว่า ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุนั้น นอกจากร่างกายจะมีการเสื่อมสมรรถภาพลงตามวัยแล้วภาวะของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงต้องการความช่วยเหลือ หรือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งโดยปกติผู้สูงอายุก็ต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ๆ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะที่เจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีความผาสุกทางด้านจิตใจ มีความสุข สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Philips, 1991, p. 539) นอกจากนี้ผู้สูงอายุในสังคมไทยมัก

จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความเคารพยกย่อง จากสมาชิกในครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง และเครือข่ายต่าง ๆ ในสังคมโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย จึงเกิดความมั่นคงขึ้นในจิตใจ รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดพลังและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยได้ดี เมื่อความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ความเครียดจะลดลง จึงมีสุขภาพจิตที่ดี จึงคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของ มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเมธานนท์, 2538; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; Hanucharurnkul, 1988) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

จากการที่จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้ อาจเนื่องมาจาก การวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนใช้วิธีการเพิ่มตัวแปรเข้าไปในสมการเป็นขั้น ๆ โดยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดกับคุณภาพชีวิตซึ่งได้แก่ อัตมโนทัศน์เข้าไปก่อน ตามด้วยปัจจัยตัวอื่น ๆ ที่ถูกคัดเลือกเข้าตามลำดับของค่าสหสัมพันธ์ จากค่าสูงสุดไปถึงค่าต่ำสุด โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและสัมประสิทธิ์การถดถอย ถ้าถึงระดับความมีนัยสำคัญจึงจะสามารถเข้าสู่สมการได้ นอกจากนี้ตัวแปรบางตัวที่มีความสัมพันธ์ภายในกับอัตมโนทัศน์ ซึ่งถูกเลือกเข้าสมการไปก่อนก็จะไม่ถูกเลือกเข้าไปในสมการอีก ซึ่งเป็นเทคนิคการตัดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภายในออกไปจากสมการถดถอยพหุคูณ ซึ่งตัวแปรเหล่านั้น ได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

จากผลการศึกษาที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน จึงมีปัญหาและแบบแผนในการดำรงชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงเมื่อเจ็บป่วยจะต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Hatcher, Durham, & Richey, 1985, p. 35) ดังนั้นผู้สูงอายุทั้งเพศชาย

และหญิงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่าง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒนกุล (2534) วันทนี ขำเพ็ง (2540) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสามารถ ในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้มีความวิตกกังวลต่อปัญหาการเจ็บป่วยน้อยกว่า และมักจะยอมรับในความเจ็บป่วยนั้นได้ โดยถือว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง และมีการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยของตนเอง (จีรนุช สมโชค, 2540, หน้า 71) และในลักษณะของความเป็นอยู่ของครอบครัวในสังคมไทย จะมีการเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ก่อให้เกิดความหวังและมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน จึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึงมีปัญหาและแบบแผนในการดำรงชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิระพร อภิชาตบุตร (2540) จีรนุช สมโชค (2540) และศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสที่จะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การปลอบโยน และคำปรึกษาจากคู่สมรส ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความสุข สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว แต่ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุอีกร้อยละ 30 ซึ่งมีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าหรือแยก ก็ไม่ได้ขาดความรัก ขาดคู่คิด ขาดกำลังใจ หรือบุคคลที่จะดูแล เอาใจใส่ และการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ สังเกตได้จากคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ อยู่ในระดับปานกลาง และจากความเป็นอยู่ของครอบครัวไทยจะอยู่ร่วมกัน อย่างอบอุ่น เป็นระบบเครือญาติ มีความใกล้ชิดสนิทสนม รักใคร่ ผูกพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุได้ ทำให้ความเครียดต่าง ๆ ลดลง มีสุขภาพจิตดีขึ้น (สุพัตรา สุภาพ, 2533, หน้า 71) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ โสด ม่าย หย่า หรือแยก จึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัย พบว่า อัตมโนทัศน์และระยะเวลาที่ได้รังสีรักษาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ร้อยละ 57.2 ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. **ด้านปฏิบัติการพยาบาล** บุคลากรในทีมสุขภาพควรตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี มีระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษายาวนาน และสามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ เช่น ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ที่ดี โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถยอมรับสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะที่ได้รับรังสีรักษาได้ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษายาวนาน ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

2. **ด้านการศึกษาพยาบาล** อาจารย์พยาบาลควรสอนให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยทีมีอัตมโนทัศน์ไม่ดี และมีระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษายาวนาน

3. **ด้านการบริหารการพยาบาล** ผู้บริหารการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของอัตมโนทัศน์ และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ โดยจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่บุคลากรในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ที่ดี และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษายาวนาน ให้สามารถเผชิญกับผลข้างเคียงที่ได้รับจากรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. **ด้านการวิจัย** ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

4.1 ควรศึกษากับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุ ในตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกาย โดยใช้ตัวแปรทำนายเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบว่าผลการศึกษาจะแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้หรือไม่

4.2 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้คัดสรรมาวิจัยในครั้งนี้ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นต้น

4.3 ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาในเชิงคุณภาพ หรือใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น

4.4 ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา โดยเพิ่มความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

4.5 ควรนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ที่เป็นโรคมะเร็งในตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกายต่อไป

4.6 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ถ้าจะนำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งในตำแหน่งอื่น ๆ หรือผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ครั้งต่อไป ควรนำไปดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษา