

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางการแพทย์สาธารณสุขของประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายในระดับต้น ๆ ของประชากรในทุกประเทศ ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในอัตราร้อยละ 58 ส่วนกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงถึงกว่าร้อยละ 80 ของอัตราการตายทั้งหมด (WHO, 1993 อ้างถึงใน สุจินต์ ไทยกลาง, ช่อลดา พันธุเสนา, และนิตยา ตากวิริยะนันท์, 2543, หน้า 2; Luggen, 1999, p. 230; Lueckenotte, 1996, pp. 341-342) สถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอัตราการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน พบว่าในปี พ.ศ. 2539 มีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เป็นอันดับที่สาม ในปี พ.ศ. 2541 มีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เป็นอันดับที่สอง และในปี พ.ศ. 2543 มีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น เป็นอันดับหนึ่ง (สถิติสาธารณสุข, 2543 อ้างถึงใน สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2545, หน้า 227) และคาดว่าจะมีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จากการจัดลำดับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในประชากรไทย พบว่า เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอร้อยละ 20 ซึ่งเป็นอันดับที่สี่ของการเกิดโรคมะเร็งในตำแหน่งต่าง ๆ ทั้งร่างกาย โดยพบมากในผู้สูงอายุ (วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย, 2532, หน้า 5-8; วรชัย รัตนธรรธร, 2541, หน้า 201) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดสารอาหาร การรักษาสุขภาพอนามัยภายในช่องปากไม่ดี การสัมผัสกับมลพิษต่าง ๆ และการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น (คณินันต์ พงศ์ถาวรกุล, 2531, หน้า 203; อภิชัย ลีละศิริ, 2542, หน้า 49; Baker & Feldman, 1987, pp. 294-295; Otto, 1991, p. 164) ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอประมาณร้อยละ 60-80 มักได้รับการรักษาด้วยรังสี (Otto, 1991, p. 273) ทั้งนี้เนื่องจากมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีความไวต่อรังสี (Baird, 1991, p. 567) สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเริ่มแรก ประคับประคองหรือบรรเทาอาการของโรค ช่วยรักษาความสวยงามของรูปร่างและการทำหน้าที่ของอวัยวะที่ได้รับรังสีได้ (Thomson, 1980, p. 1500) ถึงแม้ว่าการใช้รังสีรักษาจะมีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งได้ดี แต่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เป็น

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษา อาการที่ปรากฏทางร่างกาย ได้แก่ อาการแสบ คัน หรือมีแผลที่ผิวหนัง บริเวณที่ได้รับรังสี ผิวหนังมีสีดำนวล อาการปากและคอแห้ง มีแผลในช่องปากจากการอักเสบของ เยื่อเมือกในช่องปาก เจ็บปากและคอ กลืนอาหารลำบาก สูญเสียการรับรู้รสชาติของอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานอาหารไม่ได้ นอกจากนี้ยังได้รับความทุกข์ทรมาน จากอาการโดยทั่วไปของรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ซีด และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย กว่าคนปกติ เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ, และจิระภา ตันนาคนท์, 2534, หน้า 113-124) อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ภายในหนึ่งสัปดาห์หลังจากได้รับรังสีรักษา และมีอาการปรากฏ อยู่ตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับรังสี จนกระทั่งได้รับรังสีรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982, p. 638) ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตาม ระยะเวลาและปริมาณของรังสี ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะได้รับการรักษาด้วยรังสี เป็นระยะเวลายาวนาน 6 – 8 สัปดาห์ อาการเหล่านี้เป็นปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพ การงาน จากภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เช่น เกิดความวิตกกังวล ไม่แน่ใจในผลของการ รักษา ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต (Ladder, 1971, p. 46 อ้างถึงใน กฤษดา ดวงศิริ, 2531, หน้า 3) จากการศึกษาเจตคติและสภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อรังสีรักษาของ อนุรีย์ ตันสกุล (2522) พบว่า ผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากโรคมะเร็งและรังสีรักษาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธและไม่ ให้ความร่วมมือในการรักษา มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การรักษาจึงไม่ได้ผล และมีแนวโน้มที่ ผู้ป่วยจะเปลี่ยนวิธีการรักษาไปพึ่งพาการรักษาแบบไสยศาสตร์หรือแสวงหาการรักษาในทางที่ผิด ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้อาการของโรคมะเร็งรุนแรงและลุกลามมากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับทั้ง จากโรคและผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีองค์ประกอบครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Ferrell, 1996) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่อยู่ในระหว่างการได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตต่ำลง ดังเช่น จากการศึกษาของดัดเจก (Dudjak, 1987, p. 133) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นเวลาตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไป มีอาการอักเสบในช่องปาก ทำให้เจ็บปากมาก และเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหาร น้ำและอาหาร ทำให้รับประทาอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานไม่ได้ ความสามารถในการ ตอบสนองต่าง ๆ ทางร่างกายจึงลดลง ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เมคโคเคิล (McCorkle & Young, 1987, pp. 373-378) ที่พบว่า ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาทำให้ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สุขสบายหลายประการ เช่น อาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บปวด

ขาดสมาธิ และมีความรู้สึกรีดกั้วถึงถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตน ซึ่งมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตต่ำลง สำหรับในประเทศไทยนั้น นฤมล ศาสตร์สุข (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ฐนย่อง (2537) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ 4 มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีรักษา

เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยและการรักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอดังกล่าวข้างต้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมาจึงมีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งพบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา รายได้ ระดับการศึกษา ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค เป็นต้น (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; เพ็ญจันทร์ ฐนย่อง, 2537; Hanucharunkul, 1988; Dudjak, 1987, Rasoaska, 1990) และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปรับตัว และความวิตกกังวล เป็นต้น (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; เพ็ญจันทร์ ฐนย่อง, 2537; Hanucharunkul, 1988; Mudinger, 1978) อย่างไรก็ตามการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไทยโดยเฉพาะนั้นยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะที่กำลังได้รับรังสีรักษา โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ ปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้เนื่องจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (กฤษฎา คงศิริ, 2531; วรวรรณ เหนือคลอง, 2534; บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, สมจิต หนูเจริญกุล, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2534; เพ็ญจันทร์ ฐนย่อง, 2537; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540; สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2543, หน้า 38; Hanucharunkul, 1988; Thoits, 1982; Bruckhardt, 1985; Krishnasamy, 1996) เช่นเดียวกับปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่คัดสรรมา ได้แก่ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; กนกพร ใจแก้ว, 2537; ฉันทนา กาญจนพนัง, 2537; Hanucharunkul, 1988; Wortman, 1984; Roustoen, 1995) ทั้งนี้เนื่องจากความหวังเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและอาการต่าง ๆ ในทางที่ดี ก่อให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะเครียดต่างได้ดี นอกจากนี้ความหวังยังช่วยให้ผู้ป่วยปรารถนาจะมีชีวิตอยู่ต่อไป และเกิดแรงจูงใจ

ที่จะติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532, หน้า 78-79; วิลรัตน์ ภูวราวุฒิพาณิชย์, 2538, หน้า 20-24; Miller, 1985; Rustoen, 1995) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยจากสิ่งที่คุกคามชีวิต ช่วยลดความเครียด ทำให้บุคคลมีกำลังใจ และสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กฤษฎา ตงศิริ, 2531; สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2543, หน้า 38; Thoits, 1982; Bruckhardt, 1985; Hanucharurnkul, 1988; Krishnasamy, 1996) สำหรับอ้อมโนทัศน์นั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในชีวิต ท้อแท้ สิ้นหวัง เพราะไม่สามารถจะกระทำหรือแสดงออกถึงพฤติกรรมดังที่เคยเป็นในภาวะปกติได้ (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542, หน้า 43) ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่ออ้อมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (กนกพร ใจแก้ว, 2537; Barry, 1989; Halldorsdottir & Hamrin, 1996; Cook, 1999)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ณ แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้บริการในการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคมะเร็งให้แก่ ประชาชนในเขตภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ โดยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบทางการพยาบาลและวางแผนในการดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอ้อมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ วัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม

และอัตมโนทัศน์ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัย
สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์
ของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา
ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณ
ศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา
ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
บริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

สมมติฐานและเหตุผลสนับสนุนการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยและให้
เหตุผลสนับสนุนได้ ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวของบุคคล เนื่องจากเพศ
ชายและหญิงมีการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีวิธีการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับได้ในลักษณะที่
แตกต่างกัน (Adrean & Noris, 1972 , p. 353) ในสังคมไทย พบว่า ผู้ชายมักได้รับการยกย่องจาก
สังคมว่ามีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัว เป็นที่
ปรึกษา สามารถปกป้องคุ้มครอง ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบ
ครอบครัวค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีของสมาชิกในครอบครัว (สำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2538 อ้างถึงใน อัญชลี แก้วสระศรี, 2541, หน้า 3) ดังนั้น
เมื่อผู้ชายเจ็บป่วย ย่อมมีผลกระทบถึงบทบาทและการทำหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคมมากกว่า
ผู้หญิง ความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น
ผู้ชายจึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และไม่พึงพอใจในตนเอง
จึงมีการรับรู้และประเมินได้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Hanton & Pickett, 1984) ในขณะที่ผู้หญิง
มีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และได้รับการคาดหวังจากสังคมน้อยกว่าผู้ชาย เมื่อเจ็บป่วย

ผู้หญิงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ชาย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (Ferrell et al., 1995; สะอิง ขวรางกุล, 2538)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

1. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

อายุ องค์การอนามัยโลกแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลางมีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี และผู้สูงอายุวัยท้าย มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538, หน้า 3) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีการพึ่งพาผู้อื่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย เพราะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Hanton & Pickett, 1984, p. 439) การพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกลดลงเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตจึงลดลง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักจะกลัวการถูกทอดทิ้ง วิตกกังวลว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น และมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดมากขึ้น (Tran, Chatter, & Wright, 1991, p. 100) ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความปกติสุขของผู้สูงอายุ จากการศึกษามาก่อนพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ประภาพร จินันทุยา, 2536; สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ, 2538; พนิษฐา พานิชชีวะกุล, 2537; วันทนีย์ จำเริญ, 2540; สายฝน จับใจ, 2540; สมพร ชัยอยุธยา, 2542; (Markides & Martin, 1979 อ้างถึงใน วรรณ กุมารจันทร์, 2543, หน้า 19) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

สถานภาพสมรส ผู้ที่มีสถานภาพสมรสอยู่มักจะได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ได้รับคำปลอบโยน คำปรึกษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นทางใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยลดความเครียด เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักคิดและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่จะต้องเผชิญได้ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงรู้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษามาก่อนพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า ม่าย และแยกกันอยู่ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984, pp. 266-269; Muhlenkamp & Sayles, 1986, pp. 334-338; Robert & Krouse, 1988, pp. 44-52; Warkeit, 1979 cited in Hanucharurnkul, 1988, p. 16) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ ช่วยให้บุคคลสามารถคิดและแก้ไขปัญหาได้ การที่มีระดับการศึกษาสูงแสดงว่ามีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาหลายปี บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถทำความเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตน ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เพราะการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ รู้จักตั้งคำถาม ชักถามปัญหา ตลอดจนรู้จักที่จะใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดี (Muhlenkamp & Sayles, 1986, p. 336) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ, 2538; จิระพร อภิชาติบุตร, 2540; จิรนุช สมโชค, 2540; สายฝน จับใจ, 2540; ศิริพรรณ ชาณุกิจเมธี, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาลี เลิศมาลีวงศ์และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

4. จำนวนปีที่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว เพราะครอบครัวที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุได้ เช่น อาหาร ยารักษาโรค แหล่งบริการและค่าบริการทางสุขภาพ เป็นต้น (Thoits, 1982) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย จากการศึกษาของ วรณากุมารจันทร์ (2543) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

5. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษายาวนานมากเท่าใด ก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลแทรกซ้อนจากรังสีรุนแรงมากขึ้น เพราะปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Rasovska, 1990, pp. 85-91) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการแพ้รังสี ส่งผลให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (นฤมล ศาสตร์สุข, 2540, หน้า 33; อังคณา เรือนก้อน, 2540, หน้า 41-42) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการ

แทรกซ้อนจากรังสีภายในระยะเวลา 7-10 วัน หลังจากเริ่มรักษา และอาการจะมากขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยอาการดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษา จนกระทั่งได้รับรังสีครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982, p. 638; Dudjak, 1987) ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (เพ็ญจันทร์ ชื่นย่อง, 2537; แสงอรุณ สุขเกษม, 2533; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534; วรพรรณ เหนือคลอง, 2534; บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และคณะ, 2534; Hanucharurnkul, 1988; Johnson et al., 1988) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

6. ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับการรังสีรักษา

ความหวัง การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมาก ทำให้เกิดปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ได้หลายอย่าง เช่น ความวิตกกังวล หวาดกลัว ซึมเศร้า รู้สึกผิด ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่แน่ใจในอนาคต (Burn, 1982, pp. 279 – 285, Christman, 1990) ความหวังจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี (Herth, 1992) เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยแสดงออกและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามที่หวัง (Miller & Poewr, 1988; Herth, 1989) เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การคิดหาหนทางในการแก้ไขปัญหา ความหวังช่วยป้องกัน ความเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต และสุขภาพกาย ซึ่งเกิดจากความท้อแท้ในความเจ็บป่วย (Miller, 1985, p. 23) และการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะความหวังมีส่วนทำให้ความผาสุกในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลับคืนมา (Nowotny, 1989; Rustoen, 1995, p. 355; Rustoen et al., 2000, p. 214) จากการศึกษาของ รัสตัน วิงราวด์ ฮาร์เนคเทต และมอนส์ (Rustoen, Wiklund, Hanestad, & Moum, 1998, p. 242) เกี่ยวกับความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 96 ราย พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ เบคเกอร์แมน และนอร์ธโรป (Beckerman & Northop, 1996) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความหวังอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา แล้วไม่สามารถที่จะปรับตัวได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (Herth, 1990; Beckerman & Northrop, 1996) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มารับการรักษาอย่าง ไม่ต่อเนื่อง ทำให้การรักษาไม่ได้ผล อาการของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนวิธีการรักษา เช่น ใช้การรักษาทางไสยศาสตร์ มีวิธีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งมีผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2538) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

7. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

การสนับสนุนทางสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความเครียด ความวิตกกังวลมากขึ้น กลัวการถูกทอดทิ้ง เป็นต้น จึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Philips, 1991, p. 539) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมักหลีกเลี่ยงการติดต่อสื่อสารกับเครือข่ายต่าง ๆ ทางสังคม เพราะกลัวผู้อื่น รังเกียจ มีความรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ และอับอายในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยจากผลร้าย หรือสิ่งคุกคามต่าง ๆ เกิดผลดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยลดภาวะเครียด ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี มีพลังที่ต่อเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ได้ดี (Wortman, 1984; Northouse, 1988, p. 91) การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีความผาสุกทางด้านจิตใจ มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิต (กฤษดา ตงศิริ, 2531; สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2543, หน้า 38; Thoits, 1982; Bruckhardt, 1985; Hanucharurnkul, 1988; Krishnasamy, 1996, pp. 761-762) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

8. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

อึดมโนทัศน์ คือ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคลที่มีต่อตนเอง โดยได้รับอิทธิพลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีอึดมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการอดทนและยอมรับสภาพที่จะช่วยตนเองให้คงอยู่ในสภาพที่เจ็บป่วยได้ และมีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้น ความรู้สึกสูญเสียนี้จะมีทั้งความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆทางด้านร่างกาย ภาพลักษณ์ ตลอดจนมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าลดลงไม่สามารถกระทำหรือแสดงออกถึงพฤติกรรมอย่างที่เคยปฏิบัติก่อนการเจ็บป่วยได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องประสบกับปัญหาด้านอึดมโนทัศน์ ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการพยากรณ์โรคและการรักษา มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถที่ควบคุมสุขภาพของตนเองได้ (Anderson & Johnson, 1994 cited in Cook, 1999, p. 319) ประกอบกับการที่มีสมรรถภาพทางกายลดลง ผลข้างเคียงจากการรักษา และรู้ว่าตนเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จะต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วยไปตลอดชีวิต จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง และต้องการพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง และรู้

สีกผิดที่ต้องเป็นภาระของครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษามาก มีอัตรามโนทัศน์อยู่ในระดับต่ำ การเปลี่ยนแปลงอัตรามโนทัศน์จึงมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต และการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Barry, 1989; Halldorsdottir & Hamrin, 1996) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

9. อัตรามโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตรามโนทัศน์ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้ จึงตั้งสมมติฐานว่า

10. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตรามโนทัศน์ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการประเมินคุณภาพชีวิตและวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา

2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปประกอบการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้นักศึกษาพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต และนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ได้

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต และนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ได้

4. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการพยาบาล ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา และเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มารับการรักษาด้วยรังสี ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี และไม่เคยเข้ารับการรักษาระยะแรกด้วยเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือรังสีรักษาในรอบการรักษาอื่นมาก่อน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่สุ่มมาจากประชากรที่ศึกษา จำนวน 130 คน ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ เดือนสิงหาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2544

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มารับการรักษาด้วยรังสี ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี และไม่เคยเข้ารับการรักษาระยะแรกด้วยเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือรังสีรักษาในรอบการรักษาอื่นมาก่อน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

2. ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่ผู้วิจัยคัดเลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา แบ่งเป็น เพศชาย และ เพศหญิง

2.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา นับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้นับเป็น 1 ปี

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาในปัจจุบัน แบ่งเป็น สถานภาพสมรสคู่ และ โสด/ม่าย/หย่า/แยก

2.4 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นจำนวนปีเต็มของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ใช้ในการศึกษาแบบโรงเรียน

2.5 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง ค่าตอบแทนจากการทำงานของสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา รวมกันนับเป็นบาทต่อเดือน

2.6 ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันแรกของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

3. ความหวัง หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นพลังภายในบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต สามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก และความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น สามารถประเมินได้โดยใช้ดัชนีบ่งชี้ความหวังของ เฮิร์ท (Herth Hope Index : HHI) (Herth, 1992) ที่ จันทนา เตชะกฤต (2540) แปลเป็นภาษาไทย

4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ต่อการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลที่ติดต่อกันในเครือข่ายทางสังคม 5 แหล่ง ได้แก่ ครอบครัว บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย เจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อนและเพื่อนบ้าน และหัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์ คูเนีย และลาซาลัส (Social Support Questionnaire Part II : SSQ) (Schaefer, Cuyne, & Lazarus, 1981) กับแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค ลินด์เซย์ และคาร์เรียรี (Norbeck Social Support Questionnaire : NSSQ) (Norbeck, Lindsay, & Carrieri, 1981)

5. อึดมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ การรับรู้ ค่านิยม และเจตคติของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษามีต่อตนเอง ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์อึดมโนทัศน์เทนเนสส์ของ

