

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการศึกษา โดยการรวบรวมจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
 - 1.1 ความหมายของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
 - 1.2 อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
 - 1.3 การกำหนดระยะของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
 - 1.4 การรักษาโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
2. ผลกระทบจากรังสีรักษาต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 3.4 การประเมินคุณภาพชีวิต
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
7. แนวคิดเกี่ยวกับอ้อมโนทัศน์

โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

ความหมายของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ หมายถึง โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ช่องปาก (oral cavity) โพรงหลังจมูก (nasopharynx) โพรงจมูก (paranasal sinus) ต่อม้ำลาย (salivary gland) กล่องเสียง (larynx) ลำคอ (pharynx) ต่อมไทรอยด์ (thyroid gland) กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลาร์ (mandible and maxilla) สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เป็นเยื่อชนิดสความัส (squamous cell carcinoma) (Otto, 1991, p. 164)

อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มักพบว่าประชากรในภูมิภาคแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีอัตราการเป็นโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอบอกว่าประชากรของประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา (Otto, 1991, p. 104) สำหรับในประเทศไทยพบถึงร้อยละ 20 ของการเกิดโรคมะเร็งทั้งหมด ซึ่งพบมากเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งปอดทั้งคู่ ทั้งนี้พบได้มากในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ (วิสุทธิ วุฒิพิทยกุล, 2529, หน้า 357 อ้างถึงใน นิติยา สมบัติแก้ว, 2536, หน้า 13; วรชัย ตั้งวรพจน์ชัย, 2532, หน้า 5-8)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จากการศึกษาและสถิติ พบว่า มีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ (กนิษฐา พงศ์ถาวรกุล, 2531, หน้า 203; Baker & Feldman, 1987, p. 295; Otto, 1991, p. 164)

1. การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหาร ทางเดินอาหารส่วนต้น และทางเดินหายใจ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งชนิดสแควมัส (squamous cell carcinoma) ของศีรษะและคอ ทำให้เกิดมะเร็งในช่องปาก และมะเร็งกล่องเสียง มากกว่าภาวะปกติ 10 เท่า
2. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มสุราจัด จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุราถึง 15 เท่า
3. การรักษานามัยในช่องปากไม่ดีและการได้รับสารระคายเคือง เช่น หมากพลู เมี่ยง หรือสารเคมีต่าง ๆ
4. การขาดวิตามินและแร่ธาตุในอาหาร เช่น วิตามินเอ วิตามินซี และวิตามินบี 12
5. การติดเชื้อเอบสไตน์-บาร์ ไวรัส (Epstein - Barr Virus) เชื่อว่าทำให้เกิดความผิดปกติของโครโมโซม และมีจำนวนมากขึ้นจนร่างกายไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งหลังโพรงจมูกถึงร้อยละ 75
6. พันธุกรรมและเผ่าพันธุ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 10 จะมีประวัติว่าบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งมาก่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมด้วย
7. การประกอบอาชีพที่ต้องใกล้ชิดกับสารเคมีและสารก่อมะเร็ง เช่น การสูดดมยาฆ่าแมลง ฆ่าหญ้า ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมเครื่องหนัง ทำไม้ เป็นต้น

การกำหนดระยะของโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ การดูกลายของมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะเริ่มต้นดูกลายไปยังเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง และดูกลายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ใกล้เคียง การดูกลายนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือช้าจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นโรคและอัตราการแบ่งตัวของมะเร็ง สามารถดูกลายไปยังกล้ามเนื้อ ฟังคิ และลึกถึงกระดูกได้ ในการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะ

และคอนั้น จะมีการแบ่งกลุ่ม ผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ตามความมากน้อยของโรคที่ตรวจพบในขณะเริ่มต้นให้การรักษา ซึ่งระบบการแบ่งกลุ่มย่อยที่นิยมใช้ได้แก่ ระบบที่เอ็มเอ็น (Tumor Metastasis Node System, TMN) ที่กำหนดโดยคณะกรรมการ สภาร่วมของอเมริกา (American Committee for Cancer Staging and Results Recording) มีประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความมากน้อยของโรคและช่วยในการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และบอกการดำเนินโรค (Baker & Feldman, 1987, p. 297; Otto, 1991, p. 166) โดยแบ่งระยะของโรค ดังนี้

Stage I	T ₁	N ₀	M ₀
Stage II	T ₂	N ₀	M ₀
Stage III	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁₋₃	N ₁	M ₀
Stage IV	T ₄	N _{0,1}	M ₀
	Any T ₁	N _{2,3}	M ₀
	Any T ₁	Any N	M ₁

T (Tumor) หมายถึง ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น

T₁ = ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 เซนติเมตร

T₂ = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-4 เซนติเมตร ไม่ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง

T₃ = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 4 เซนติเมตรลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง

T₄ = ก้อนมะเร็งมีขนาดโตมาก หรือกินทะลุถึงกระดูก

N (Node) หมายถึง สภาพของต่อมน้ำเหลืองแบ่งออกเป็น

N₀ = คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคอ

N₁ = คลำต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงกันได้ แต่เคลื่อนไหวได้

N₂ = คลำต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามได้ หรือคลำได้ทั้ง 2 ข้าง แต่เคลื่อนไหวได้

N₃ = มีต่อมน้ำเหลืองยึดแน่น เคลื่อนไหวไม่ได้

M (Metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายของโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น

M₀ = การตรวจทางคลินิกไม่พบการแพร่กระจาย

M₁ = ตรวจพบการแพร่กระจายนอกเหนือไปจากมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ทุดิษภูมิ (Regional Lymph Node)

การรักษาโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีหลายวิธี ซึ่งอาจเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้หลายอย่างร่วมกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ระยะของโรค และสภาพผู้ป่วย เช่น การใช้เคมีบำบัด การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการใช้การรักษาร่วมกัน (combination of treatment) ในปัจจุบัน

พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60-80 มักต้องเข้ารับการรักษารังสี (Otto, 1991, p. 273) ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมมากในการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เนื่องจากมะเร็งในบริเวณนี้เป็นเนื้อเยื่อที่ไวต่อรังสี (Baird, 1991, p. 567) สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเริ่มแรก และประคับประคองหรือบรรเทาอาการของโรคในระยะสุดท้ายที่หมดโอกาสที่จะรักษาให้หายขาด การใช้รังสียังช่วยรักษาความสวยงาม รูปร่าง และหน้าที่การทำงานของอวัยวะด้วย เพราะรังสีจะมีผลทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ให้หมดไปและจะมีผลต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด (Thomson, 1980, p. 1500) แต่อย่างไรก็ตาม รังสียังมีผลทำให้เซลล์ปกติเกิดการเปลี่ยนแปลง ที่คนทั่วไปเรียกว่า อาการแพ้รังสี (radiation sickness) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ได้รับ โดยทั่วไปวิธีการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอด้วยรังสีมี 2 วิธี คือ (วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย, 2532, หน้า 36-38)

1. การรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ห่างไกลจากตัวผู้ป่วยหรืออยู่นอกร่างกาย (teletherapy) ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ให้การรักษาง่าย สามารถคลุมตำแหน่งที่คาดว่ามะเร็งจะแทรกซึมไปถึง การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่จะแบ่งฉายรังสี (divided doses) ให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์ ในระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ จะมีปริมาณครบเพียงพอในการรักษาประมาณ 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ (cGy) โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ (Baker & Feldman, 1987, p. 297) ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน ใน 1 สัปดาห์
2. การรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ใกล้ก้อนมะเร็งหรือฝังเข้าไปในก้อนเนื้อออก (brachytherapy) การรักษามะเร็งวิธีนี้จะใช้กับโรคมะเร็งที่มีขนาดเล็ก อยู่ในชั้นตื้น (superficial lesion) หรือบริเวณที่จัดตำแหน่งของแร่ได้ง่าย เช่น บริเวณปลายลิ้น

ผลกระทบจากรังสีรักษาต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

ถึงแม้ว่าการรักษารังสีจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายจากโรค หรือช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปได้ แต่ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนมีมากเช่นกัน ซึ่งพบว่าจะเริ่มมีอาการแทรกซ้อนจากรังสีภายในระยะเวลา 7-10 วัน หลังจากเริ่มรักษา และอาการจะมากขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการดังกล่าวจะคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษา จนกระทั่งได้รับรังสีครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982, p. 638) โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะบริเวณที่ได้รับรังสี ซึ่งมีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ ลดลง และเกิดปัญหา ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ได้แก่ การอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสี จะมีอาการไม่สุขสบายจากการอักเสบของผิวหนัง (radiation dermatitis) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นนั้น จะปรากฏให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอับอาย และรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ (Walker, 1982, p. 2069) ซึ่งการอักเสบของผิวหนังจะเกิดขึ้นระหว่างการรักษา และภายใน 2 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดการรักษา โดยจะมีอาการปรากฏ อาการผิวหนังสีแดง จากการขยายตัวของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของคล้ายฮิสตามีน (histamine) ที่เกิดจากการทำลายเจอนินอลเซลล์ (germinal cell) ขุมขน (hair follicle) และต่อมไขมัน จะเกิดภายในเวลานับเป็นชั่วโมงหรือวัน ภายหลังจากได้รับรังสี โดยมักเป็นอยู่นาน 2-3 วัน อาการผิวแห้งและหลุดลอกเป็นสะเก็ด (dry desquamation) เกิดขึ้นเมื่อได้รับรังสี มากกว่า 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป ผิวหนังแตก ปวดแสบปวดร้อนผิวหนัง เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ และจะหายภายใน 2 สัปดาห์ ผิวหนังมีสีคล้ำกว่าปกติ เนื่องจากมีเมลานินมากขึ้น ซึ่งสีผิวที่คล้ำนี้จะคงอยู่ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังได้รับรังสีมาแล้ว 4 สัปดาห์

2. การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและอวัยวะภายในช่องปาก ได้แก่ เยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งแบ่งได้ 3 ระยะ ระยะที่ 1 ปฏิกิริยาตอบสนองน้อย (mild reaction) พบได้ในผู้ป่วยทุกรายและมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย และเยื่อช่องปากเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อน ๆ ระยะที่ 2 ปฏิกิริยาตอบสนองปานกลาง (moderate reaction) พบว่าเยื่อช่องปากแดงจะมากขึ้น รู้สึกเจ็บคอมากขึ้น มักเกิดในช่วงที่ได้รับรังสี 5,000 - 6,000 เซนติเกรย์ และระยะที่ 3 ปฏิกิริยาตอบสนองมาก (severe reaction) เยื่อจะเป็นสีแดงจัด และมักมีบริเวณสีขาว ๆ คล้ำ ๆ เป็นจ้ำ ๆ อยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างของลิ้น เพดานอ่อน และหลอดคอ ผู้ป่วยจะเจ็บคอมาก ซึ่งถ้าหยุดรังสีอาการจะดีขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ยังมีอาการปากแห้ง ซึ่งเกิดจากการที่อะซินาร์เซลล์ (acina cell) และท่อต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำลายจะลดลง น้ำลายจะเหนียว และเป็นกรดมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอาหาร ซึ่งมักเกิดเมื่อได้รับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ เนื่องจากรังสีไปทำลายไมโครวิลไล (micro villi) และผิวหนังชั้นนอกของต่อมรับรส จึงทำให้ต่อมรับรสฝ่อไป การเสื่อมนี้จะเพิ่มตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอาหารอย่างสิ้นเชิง เมื่อได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 3,000 เซนติเกรย์ และอาการจะดีขึ้นหลังจากสิ้นสุดการรักษาภายใน 20-60 วัน ฟันผุห่างจากรังสี เนื่องจากผลกระทบ

โดยตรงจากรังสี และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อาการปากแห้ง น้ำลายเป็นกรดมากขึ้น เป็นต้น และถ้าปากได้แคบกว่าปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากไม่สะดวก มีการติดเชื้อในช่องปาก และมีฟันผุได้ง่าย เคี้ยวอาหารลำบาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3. การระคายเคืองของตาจากรังสี โดยทั่วไปจะมีการป้องกันเป็นอย่างดีเพื่อไม่ให้ตาได้รับรังสี แต่อาจมีการระคายเคืองเกิดขึ้น เช่น ตาอักเสบ ตาแดง บวม คัน หรือ ปวดตา มีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรำคาญและเจ็บได้

4. อาการระคายเคืองของหูจากรังสี ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณหูหลายๆจะมีอาการบวมของแก้วหู มีเสียงในหู ถ้าเป็นนาน ๆ จะทำให้กระดูกหูถูกทำลาย สูญเสียการได้ยินไป และบางรายอาจมีการตีบตันของรูหู

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับภาวะแทรกซ้อนทั่วไป ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีในบริเวณกว้าง และปริมาณมาก ๆ ทำให้เกิดอาการไม่สบายภายหลังได้รับรังสีรักษาไปแล้วไม่กี่ชั่วโมงจนถึงหลาย ๆ วัน ความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่ง หรือบริเวณของร่างกาย และปริมาณของรังสีที่เนื้อเยื่อได้รับ อาการที่เกิดขึ้นประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแรง ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย และเบื่ออาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจเกิดอาการชืด มีภาวะร่างกายได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากอาการเจ็บปาก กลืนลำบาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จากการศึกษานของ นวลขนิษฐ ลิมปณวัศ (2531, หน้า 84) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสี ร้อยละ 50 จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย แม้ทำงานที่เคยทำเพียงเล็กน้อย ความแข็งแรงลดลง ไม่สามารถยกของหนักได้แม้ไม่หนักมาก หรือเป็นงานที่ผู้ป่วยเคยทำมาก่อน

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเสมอ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วย และบุคคลอื่นๆเห็นว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย และในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอพบว่า จะมีอาการตอบสนองต่อทางอารมณ์ต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยที่ค่อนข้างซับซ้อนกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณอื่น ๆ เพราะบริเวณศีรษะและคอเปรียบเสมือนส่วนที่เป็นเอกลักษณ์ของบุคคล ดังนั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นทุกข์มากขึ้น เนื่องจากสูญเสียความสวยงามของใบหน้า รู้สึกอับอายในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และรู้สึกว่าตนสูญเสียเอกลักษณ์ (Denning, 1982, p. 269) รวมทั้งต้องเผชิญกับการรู้สึกว่าตนเป็นที่น่ารังเกียจ รู้สึกไร้คุณค่าจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น และกลัวการถูกทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Krum, 1982, p. 729) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ และสิ้นหวัง ซึ่ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และ

แสดงออก (ภาควิชาการพยาบาลอาชีวเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2535, หน้า 152) ดังนี้

1. ความกลัว (fear) อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรก หลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะกลัวตาย กลัวถูกแยกจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ในขณะที่ได้รับรังสีรักษามักจะกลัวเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากรังสี เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการเบื่ออาหาร กลัวไม่หาย กลัวรังสี และเครื่องฉายรังสี (David, 1995, p. 139) ซึ่งความกลัวดังกล่าวที่เกิดขึ้น จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด อันเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าทางอารมณ์มากที่สุด

2. ความวิตกกังวล (anxiety) จากการศึกษาของ มัดดินเจอร์ (Mudinger, 1978, p. 221) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนของการรักษา รู้สึกวิตกกังวลไม่สบายใจในการที่จะบอกกับผู้อื่นถึงการวินิจฉัยของแพทย์ ขบวนการรักษาต่าง ๆ (Mudinger, 1978, p. 221) ตลอดจนวิตกกังวลเกี่ยวกับแบบแผนการดำรงชีวิต ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไปในขณะที่รับการรักษา เช่น การทำงาน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้นผู้ป่วยบางคนยังได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา เช่น เข้าใจว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างมาก

3. อาการซึมเศร้า (depression) ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนเศร้าเสียใจที่ตนเป็นโรคที่คุกคามชีวิต ซึ่งอาการซึมเศร้านั้นเป็นผลจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา อันได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บปากและคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง รวมทั้งกลัวว่าตนเองจะเป็นที่น่ารังเกียจของบุคคลรอบข้าง (Earldley, 1986 cited in David, 1995, p. 139)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม จากการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยได้รับจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยจะเปิดเผยตนเองต่อชุมชน กลัวการเข้าสังคม และการที่จะต้องพบปะกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค กลัวอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น กลัวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ที่จะทำให้นุคคลอื่นรังเกียจขาดความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่จะต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านบทบาทหน้าที่ การทำงาน บทบาทในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและจากผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจติดตามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือกำลังได้ผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต พาติลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่คล้ายกันกับ แคมป์เบล (Campbell, 1976) ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1993) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงสถานะของตนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล

ซ่าน (Zhan, 1992, p. 799) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

ยัง และลองแมน (Young & Longman, 1983 cited in Padilla & Grant, 1985, p. 46) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลนั้น เฟอร์รานส์ (Ferran, 1990, p. 15) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกที่เป็น การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ของบุคคลในด้านต่าง ๆ ตามประสบการณ์ในชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การที่แต่ละบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ การแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีแตกต่างกันไปตามแนวคิดของนักวิชาการแต่ละท่าน ดังนี้

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978 cited in Oleson, 1990) แบ่งคุณภาพชีวิต ออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. มีความสุขสบายด้านร่างกายและวัตถุ ได้แก่ การมีร่างกายที่แข็งแรงปราศจากโรค มีบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

2. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การมีโอกาสสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่น
4. การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ตามระยะพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้และเข้าใจตนเอง การได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. การมีสันถนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985, p. 53) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษา รวมถึงความรู้สึกต่อสังคม

เฟอร์รานส์ (Ferran, 1990) แบ่ง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว

ซ่าน (Zhan, 1992) สรุปว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วยความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่วไป ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน อึดทนโน้ทน ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละคนมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากลักษณะการเจ็บป่วย และชนิดของการรักษา จากรายงานการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ ดังนี้

พาดิลลา และคณะ (Padilla & Grant, 1983 cited in Hanucharumkul, 1988, p. 35) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทัศนคติส่วนบุคคล หรือสภาวะอารมณ์ ความผาสุก และการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

สมาร์ท และเยทส์ (Smart & Yates, 1987) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า เป็นการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการของโรค และ/หรือจากผลการรักษา อาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม รวมทั้งลักษณะทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า หมายถึง ภาวะการรับรู้ความสุขสบายของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิตที่ได้รับทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ทักษะคิดส่วนบุคคลหรือสภาวะอารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกของบุคคล จากประสบการณ์ในชีวิตที่ได้รับจากการเจ็บป่วยและการรักษา ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีผู้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ดังนี้

แมคคาร์นีย์ และลาร์สัน (McCarney & Larson, 1987) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ภาวะทางร่างกาย ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง การรู้จัก ความจำ เพศสัมพันธ์ การมีบุตร และอาการของมะเร็งโดยเฉพาะอาการปวด และคลื่นไส้อาเจียน
2. ภาวะทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกถึงความผาสุก ความกังวล ความซึมเศร้า
3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพและการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคล ได้แก่ คู่รัก สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน
4. ภาวะเศรษฐกิจ

พาดิลลา และคณะ (Padilla et al., 1990 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ หุ่นย่อง, 2537, หน้า 25) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกายโดยทั่วไป โรค และการรักษาเฉพาะ
2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกและการรับรู้ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความหมายของความเจ็บปวดและมะเร็ง และการประสบความสำเร็จ

เฟอร์รานส์ (Ferran, 1990) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ 4 ด้าน ดังนี้

158854

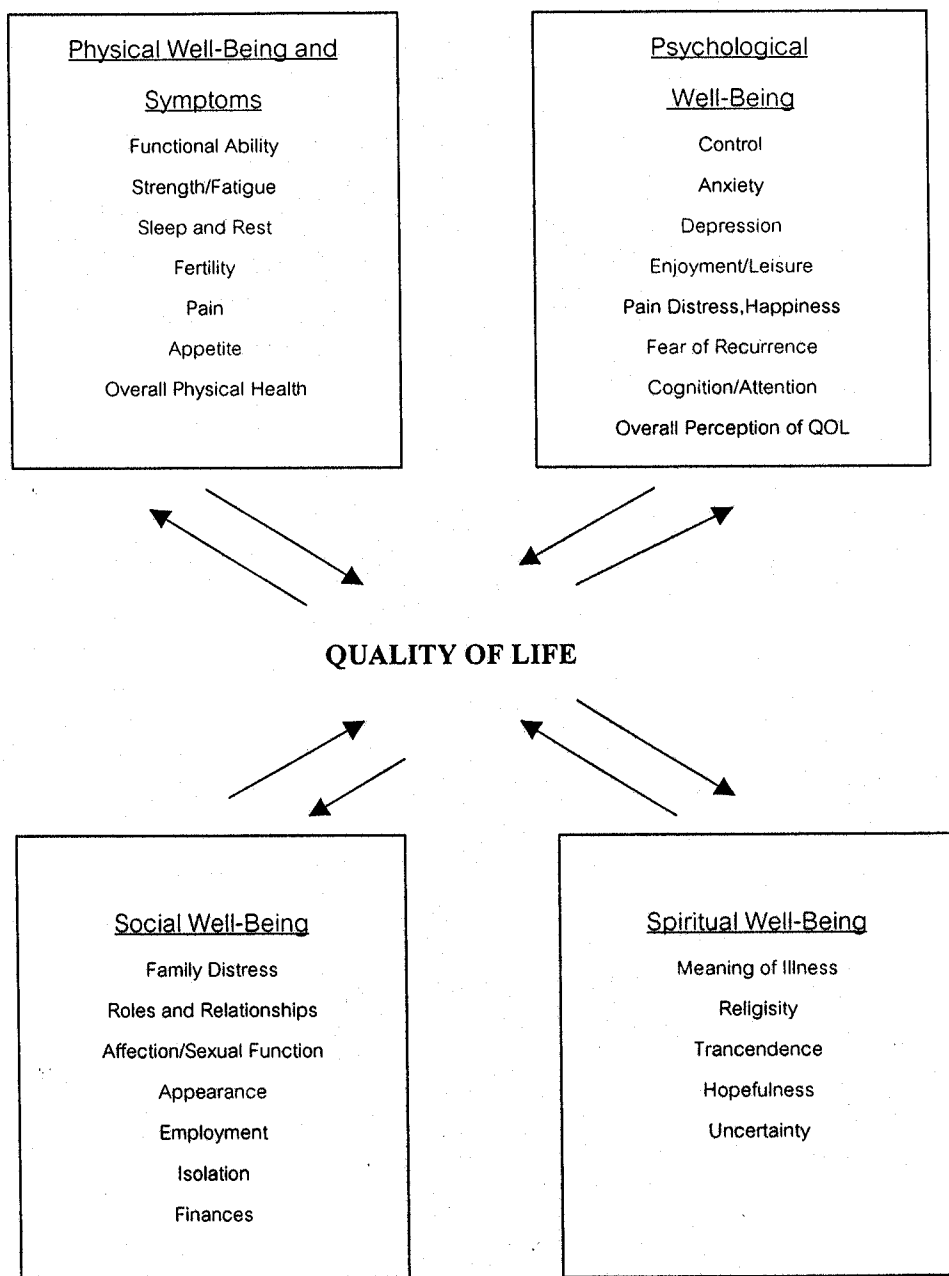
๖
๖๑๖.๙๙๔๙๓
๑ ๔๕๙๗
๑

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และงานอดิเรก
2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และความรู้สึกสงบ
4. ด้านครอบครัว ได้แก่ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็ง ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย และอาการทางกาย (physical well – being and symptom) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการเหนื่อยล้า การพักผ่อนและนอนหลับ ภาวะเจริญพันธุ์ อาการเจ็บหรือปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพของร่างกายโดยทั่วไป
2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ (psychological well – being) ได้แก่ ความสามารถในการควบคุม ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า การใช้เวลาว่าง ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความสุข ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ และการแพร่กระจายของโรค ความคิด ความตั้งใจ การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม และความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา
3. ด้านความผาสุกทางสังคม (social well – being) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัว บทบาทและสัมพันธภาพ บทบาททางเพศ การจ้างงาน การแยกตัว และฐานะทางเศรษฐกิจ
4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well – being) ได้แก่ การมีจุดหมายในชีวิต การมีส่วนร่วมในศาสนา ความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ ความหวัง และความไม่แน่ใจในอนาคต

โดยมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดเฟอร์เรลล์ (Ferrell et al., 1995, p. 916)

สรุปได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต โดยส่วนใหญ่พยายามที่จะอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) เพราะมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายแบบซึ่ง แตกต่างไปตามกับแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ปัจจุบันพบว่าการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ด้านวัตถุวิสัย (objective) ซึ่งเป็นการประเมินข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถที่จะมองเห็นได้ นับได้ หรือวัดได้ และการประเมินด้านจิตวิสัย (subjective) ซึ่งเป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยา จากการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวกับชีวิต โดยมีความเชื่อว่าความรู้สึก ความคิดของบุคคลนั้นจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต (UNESCO, 1980 อ้างถึงใน อังคณา เรือนก้อน, 2540; Meeberg, 1993) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งในปัจจุบันมี 2 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทหลายสเกลหลายมิติ (multiple separate scales) มักใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดหลายชนิดประกอบกัน ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเจ็บปวด (QLI – pain) และแบบวัดความรุนแรงของความเจ็บปวดในภาวะปัจจุบัน (present pain intensity scale) ของ เฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 1998) แบบวัดอึดทนโนทส์ ความวิตกกังวล และการรับรู้ความหมายชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งของ ลีวิส (Lewis, 1982) เป็นต้น

2. ประเภทสเกลเดียวหลายมิติ (multidimensional measure : scale) เป็นการวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้เครื่องมือในการประเมินเพียงชุดเดียว แต่วัดคุณภาพชีวิตครอบคลุมในมิติต่าง ๆ ประกอบกันเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ครรชนีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (QLI – CV) ของ เฟอร์แรน และเพาวเวอร์ (Ferran & Power, 1985) ดัชนีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่โครอสโตมีย์ (QOL – colostomy) (Padilla & Grant, 1985) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด (QLI – pain) (Ferrell et al., 1998) เป็นต้น

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีลักษณะที่แตกต่างไปตามความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัยหรือจิตวิสัย หรือประเมินทั้งสองด้าน โดยใช้เครื่องมือที่มีโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติก็ได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย

ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบสเกลเดียวหลายมิติ ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) โดยแบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งออกเป็น 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เพื่อนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 54 ข้อ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และคาดว่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวของบุคคล เนื่องจากเพศชายและหญิงมีการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีวิธีการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับได้ในลักษณะที่แตกต่างกัน (Adrean & Noris, 1972 , p. 353) ในสังคมไทย พบว่า ผู้ชายมักได้รับการยกย่องจากสังคมว่ามีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัว เป็นที่ปรึกษา สามารถปกป้องคุ้มครอง ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีของสมาชิกในครอบครัว (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2538 อ้างถึงใน อัญชลี แก้วสระศรี, 2541, หน้า 3) ดังนั้นเมื่อผู้ชายเจ็บป่วย ย่อมมีผลกระทบถึงบทบาทและการทำหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคมมากกว่าผู้หญิง ความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้ชายจึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และไม่พึงพอใจในตนเอง จึงมีการรับรู้และประเมินได้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Hanton & Pickett, 1984 อ้างถึงใน สายฝน จัปใจ, 2540, หน้า 39) ในขณะที่ผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และได้รับการคาดหวังจากสังคมน้อยกว่าผู้ชาย เมื่อเจ็บป่วยผู้หญิงจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ชาย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (Ferrell et al., 1995; สะอึ้ง ขวรางกูล, 2538)

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 (Hanlon & Pickett, 1984, p. 439) การพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตจึงลดลง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรังมักจะกลัวการถูกทอดทิ้ง วิพากษ์วิจารณ์ว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น และมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดมากขึ้น (Tran, Chatter, & Wright, 1991, p. 100) ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความปกติสุขของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ประภาพร จินันทุยา, 2536; สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ, 2538; พนิษฐา พานิชชีวะกุล, 2537; วันทนี จำเพ็ง, 2540; สายฝน จับใจ, 2540; สมพร ชัยยอพุทธ, 2542; Markides & Martin, 1979 อ้างถึงใน วรรณภา กุมภาพันธ์, 2543, หน้า 19)

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ จะมีคู่คิด ไม่รู้สึกเหงา หรือโดดเดี่ยว เกิดความมั่นคงในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส (Robert & Krouse, 1988, p. 44) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า ม่าย และแยกกันอยู่ (สุวิมล พนาวิวัฒนกุล, 2534; ประภาพร จินันทุยา, 2536; สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ, 2538; สายฝน จับใจ, 2540; จิรนุช สมโชค, 2540; จิระพร อภิชาติบุตร, 2540; วันทนี จำเพ็ง, 2540)

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะต่าง ๆ ช่วยให้บุคคลสามารถคิดและแก้ไขปัญหาได้ การที่มีระดับการศึกษาสูงแสดงว่ามีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาหลายปี บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถทำความเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตน ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เพราะการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ 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 ชาณสุกิจเมธี, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาลี เลิศมาลีวงศ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว เพราะครอบครัวที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุได้ เช่น อาหาร ยา รักษาโรค แหล่งบริการและค่าบริการทางสุขภาพ เป็นต้น (Thoits, 1982) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย จากการศึกษาของ วรณากุมารจันทร์ (2543) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษานั้น ถ้ายังมีระยะเวลาที่ยาวนานมากเท่าใด ก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลแทรกซ้อนจากรังสีรุนแรงมากขึ้น เพราะปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Rasovska, 1990, pp. 85-91) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการแพ้รังสี ส่งผลให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (นฤมล ศาสตร์สุข, 2540, หน้า 33; อังคณา เรือนก้อน, 2540, หน้า 41-42) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแทรกซ้อนจากรังสีภายในระยะเวลา 7-10 วัน หลังจากเริ่มรักษา และอาการมากขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยอาการดังกล่าวยังคงอยู่ตลอดช่วงของการรักษา จนกระทั่งได้รับรังสีครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982, p. 638; Dudjak, 1987) ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (เพ็ญจันทร์ นุ่นย่อง, 2537; แสงอรุณ สุขเกษม, 2533; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534; วรวรรณ เหนือคลอง, 2534; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ, 2534; Hanucharurnkul, 1988; Johnson et al., 1988)

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง เพราะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ อันเนื่องมาจากความไม่สุขสบายจากภาวะของโรคมะเร็งและการรักษา (McKhann, 1981 cited in Hickey, 1986; Miller & Power, 1988, Herth, 1989) เปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ภายในตัวผู้ป่วย ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ เกิดการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่กำลังคุกคามชีวิตตนเองอยู่ ไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ (Raleigh, 1992, p. 443; Miller, 1985; Lynch cited in Stephenson, 1991; Rustoen, 1995) การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะมี

ผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก (Burns, 1982, pp. 297-285) ผู้ป่วยมีความรู้สึกกว่าชีวิตของเขาไร้ความหมาย ไม่มีอนาคต หมดหนทางช่วยเหลือตนเอง หมดกำลังใจ เมื่อหน้าที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งหลาย เกิดความหวั่นวิตกไม่แน่ใจในอนาคตว่าสามารถหายจากการเจ็บป่วยได้หรือไม่ (Christman, 1990, p. 17) ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังลดลง และเกิดความรู้สึกสิ้นหวังได้ในที่สุด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังจะเป็นอุปสรรคอย่างมากในการรักษา เพราะผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยหมดโอกาสที่จะหายหรือทุเลาจากโรค ทั้งนี้เนื่องจากความหวังทำให้นุคคลมีความอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ยากลำบาก เป็นแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแนวทางที่หวัง (McGee, 1984, p. 37; Miller & Power, 1988; Herth, 1989; Mehmann, 1981 cited in Hickey, 1986) ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการหายหรือฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้ ไชมอนตัน, แมททิว-ไชมอนตัน และเครซตัน (Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton, 1987 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538, หน้า 21) ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งและพิสูจน์ได้ว่า ความหวังมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ การดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ลดความเครียด มีการปรับตัวที่ดี เมื่อผู้ป่วยเกิดความหวัง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง

สำหรับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษานั้น จากการศึกษาของ บุษเลอร์ (Buehler, 1975, pp. 1353-1356) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่จะรู้สึกหวั่นวิตกเกิดความไม่แน่ใจในอนาคต แต่เมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับความมั่นใจในการรักษาจากแพทย์ พยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะมีความหวังในการรักษาและมีระดับความอดทนต่ออาการต่าง ๆ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาและการรับรู้ว่าการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ภู่น้อย (2537) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และการศึกษาของ กฤษดา ดงศิริ (2531) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ความหมายของความหวัง มีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

สตอทแลนด์ (Stotland, 1969 cited in Raleigh, 1992, p. 433) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นความคาดหวังถึงสิ่งที่เป็นไปได้จากการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไปได้กับการรับรู้ความสำคัญของเป้าหมายนั้น ๆ ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นไปได้มาก จะทำให้บุคคล มีระดับความหวังที่สูงจะทำให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ที่จะบรรลุผลสำเร็จได้

มิลเลอร์ (Miller, 1985, p. 23) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นพลังสำคัญในการดำรงชีวิต โดยคาดหวังว่าในอนาคตจะสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา หรือหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่ได้รับ ซึ่งความหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในบุคคลที่ก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่าง ๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ความรู้สึกถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งมุ่งมั่นของจิตใจ การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต รวมทั้งความรู้สึกถึงความเป็นไปได้

ดูฟอลท์ และมาทอชชีโอ (Dufault & Martocchio, 1985, p. 380) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นแรงขับหรือแรงผลักดันที่เป็นพลวัตและมีหลายมิติ (multidimensional dynamic life force) มีลักษณะเป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต แม้จะไม่มีความแน่ใจในความคาดหวังต่อความสำเร็จ ความหวังเป็นความคิดความรู้สึกที่สอดคล้องกับเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

โนวอทนี (Nowotny, 1989) อธิบายไว้ว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด ความหวังจะทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความหวังจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามช่วงอายุ กาลเวลา และเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

เฮิร์ท (Herth, 1990) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล เป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ความหวังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

จากความหมายของความหวังดังกล่าว สรุปได้ว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เป็นพลังภายในของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถที่จะผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ และเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลพยายามกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวัง เป็นสิ่งที่ช่วยหล่อเลี้ยงจิตใจให้บุคคลอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข และความหวังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้แนวคิดของ เฮิร์ท (Herth, 1992) เนื่องจากมีการผสมผสานแนวคิด ปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความหวัง มีความครอบคลุมหลายด้าน ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยตรง มีการปรับปรุงเพื่อลดความซ้ำซ้อนในมิติต่าง ๆ ของความหวัง

องค์ประกอบของความหวัง เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้ศึกษาโครงสร้างความหวังทั้ง 6 มิติ ของคูฟอลท์และมาทอกซิโอ และพบว่ามีความซ้ำซ้อนในแต่ละมิติ จึงได้แบ่งโครงร่างของความหวังขึ้นใหม่เป็น 3 มิติ ดังนี้ (Herth, 1991; 1992)

1. ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต (inner sense of temporality and future) เป็นการรวมมิติทางด้านสติปัญญาและมิติด้านกาลเวลาไว้ด้วยกัน โดยเป็นการรับรู้ภายใน ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาอันใกล้และในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าจะสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นจริงได้ในอนาคต
2. ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในทางบวก (inner positive readiness and expectancy) เป็นการรวมมิติทางด้านอารมณ์และมิติทางพฤติกรรมไว้ด้วยกัน เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้บุคคลมีความรู้พร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อที่จะบรรลุในสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมายนั้น
3. การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น (interconnectedness with self and other) เป็นการรวมมิติด้านความผูกพันและมิติด้านสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนเอง ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

การประเมินความหวัง มีผู้สร้างแบบประเมินความหวังไว้หลายแบบแตกต่างกันไปตามแนวคิดเกี่ยวกับความหวัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความหวัง โดยใช้ดัชนีบ่งชี้ความหวังของ เฮิร์ท (Herth, 1992) เนื่องจากความหวังของเฮิร์ทได้ผ่านการผสมผสานแนวคิดปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความหวังมีความครอบคลุมหลายด้าน และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและนิยมใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล เช่น ใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น (Farran, Herth & Popovich, 1995) รวมทั้งมีจำนวนข้อคำถามที่น้อย ใช้เวลาในการตอบไม่มาก ข้อคำถามสั้นกระชับได้ใจความ เข้าใจง่าย ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุ

แบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังของ เฮิร์ท (Herth Hope Index, HHI) (Herth, 1992) เป็นแบบประเมินที่ย่อและพัฒนามาจากแบบประเมินมาตรวัดความหวังที่เฮิร์ทสร้างขึ้น (Herth Hope Scale, HHS) (Herth, 1991) จากแนวความคิดของ คูฟอลท์ และมาทอกซิโอ (Dufault & Martocchio's Model of Hope) ที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มาเป็นข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งในแต่ละมิติของความหวังจะประกอบด้วยข้อคำถามละ 4 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถประเมินความหวังในแต่ละด้านได้ชัดเจนมากขึ้น และใช้ระยะเวลาในการประเมินที่สั้นลง สามารถที่จะประเมินได้ครอบคลุมในโครงสร้างความหวังในแต่ละมิติ นำไปใช้ประเมินความ

หวังในคลินิกได้ดีขึ้น ซึ่งแบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย จำนวน 4 คน กลุ่มของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ 12 คน และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ จำนวน 172 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 70 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 71 ราย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 31 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 และจากการทำการทดสอบซ้ำ (test – retest) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91 (Herth, 1992) แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยทางการแพทย์กับการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ในคลินิกกว่า 30 ประเภท ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดีในการประเมินความหวัง จากการหาความเชื่อมั่นในการศึกษาหลายครั้ง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .87 - .91

ในประเทศไทย จันทนา เตชะภุหะ (2540) ได้นำแบบวัดความหวังของเฮิร์ทมาแปลเป็นภาษาไทย โดยนำไปตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาและเชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา แปลข้อความจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และนำไปตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ 2 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 คน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83 สำหรับในผู้สูงอายุ นั้น ชมนาด สุ่มเงิน (2543) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82 และจงกรม ทองจันทร์ (2544) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 คน ทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและการได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความเครียด ความวิตกกังวลมากขึ้น กลัวการถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยมะเร็งมักหลีกเลี่ยงการติดต่อสื่อสารกับเครือข่ายต่าง ๆ ทางสังคม เพราะกลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจ มีความรู้สึกที่ไม่มีใครเข้าใจ และอับอายในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Wortman, 1984) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็น

กลไกสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยจากผลร้าย หรือสิ่งคุกคามต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้เกิดผลดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยลดภาวะเครียด โดยช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี มีพลังใจที่จะต่อเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ (Wortman, 1984; Northouse, 1988, p. 91) ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุนั้น นอกจากร่างกายจะมีการเสื่อมสมรรถภาพลงตามวัยแล้วภาวะของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงต้องการความช่วยเหลือ หรือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม (Philips, 1991, p. 539) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิต สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีความผาสุกทางด้านจิตใจ มีความสุข สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เกิดความพึงพอใจในชีวิต (กฤษฎา ตงศิริ, 2531; สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2543, หน้า 38; Caplan, 1981; Thoits, 1982; Bruckhardt, 1985; Cohen & Wills, 1985; Wortman, 1984; Hanucharumkul, 1988)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ที่ให้ความสนใจศึกษา ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ หลากหลาย ดังต่อไปนี้

คobb (Cobb, 1976, pp. 300-314) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่า มีบุคคลคอยให้การดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก ให้ความเคารพ เป็นผู้ที่มีความค่า และการรู้สึกว่าตนเองเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979 cited in Norbeck, Barnes, & Lou Ellen, 1992, p. 151) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน

นอร์เบค (Norbeck, 1982, p. 22) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการลดตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด ช่วยป้องกันโรคและเพิ่มความคงไว้ซึ่งสุขภาพ และมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล และทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการได้รับวัตถุสิ่งของ ข่าวสาร คำแนะนำ และการตอบสนองในด้านอื่น ๆ ที่มี ความจำเป็น ซึ่งสิ่งที่บุคคลได้รับนั้น จะช่วยให้เขาสามารถจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมาะสม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมพบว่า แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนที่เกิดจากกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ซึ่งมี ผู้ศึกษาและแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

แมคเอลวิน (McElveen, 1979 อ้างถึงใน เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, 2542, หน้า 31) แบ่งกลุ่ม บุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ มักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน และมีการติดต่อกันบ่อยครั้ง
2. กลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีการติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง มีความสนใจ หรือมีค่านิยมที่คล้ายคลึงกัน มีอายุและมีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน

แคปแลน (Caplan, 1974 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ แสงใจ, 2542, หน้า 10) แบ่งกลุ่มบุคคล ที่เป็น แหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous or natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทที่เป็นบุคคลในครอบครัวสายตรง (kin) ได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว และครอบครัวใกล้ชิด (kith) เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน
2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ (organized support not directed by caregiving professional) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นชมรมอย่างเป็นรูปแบบ โดยอาจเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยมีองค์กรของรัฐให้การสนับสนุน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมอาปนกิจ องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานทั่วไปของรัฐ
3. กลุ่มบุคลากรทางวิชาชีพสุขภาพ (professional health care workers) หมายถึง บุคคล ที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของ ประชาชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เฮาส์ (House, 1981 cited in Cohen & Syme, 1985, p. 13) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่ง สนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของความสัมพันธ์ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (informal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความ ช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ มีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนสนิท
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (formal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ บุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทในการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะ

เจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น เพื่อนร่วมงาน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทีมสุขภาพ หรือกลุ่มสังคมอื่น ๆ เป็นต้น

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม กอตต์ลิบ (Gottlieb, 1985 อ้างถึงใน จริยวัตร คมพักษ์, 2531, หน้า 101) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ระดับกว้าง (macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งอาจวัดได้จากความสัมพันธ์ในสถาบันสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน
3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (microlevel) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย ตามแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป จะใช้เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบใดก็ควรใช้แบบประเมินที่มีความสอดคล้องกับตัวแปรที่จะศึกษา และการออกแบบโครงสร้างของเครื่องมือที่จะนำมาใช้ประเมินเป็นแบบสอบถามที่ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์, คูเนีย, และลาซาลัส (Social Support Questionnaire Part II : SSQ) (Schaefer, Cuyne, & Lazarus, 1981) กับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค, ลินด์เซย์, และคาร์เรียรี (Norbeck Social Support Questionnaire : NSSQ) (Norbeck, Lindsay, & Carrieri, 1981) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยระบุนามชื่อบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในขณะที่เจ็บป่วย พร้อมทั้งบอกความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลนั้นตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 แหล่ง ได้แก่ 1) ครอบครัว 2) บุคคลที่ผู้ป่วยอยู่ด้วย 3) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทางสุขภาพ 4) เพื่อนและเพื่อนบ้าน 5) หัวหน้างานหรือผู้ร่วมงาน ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1 ประเมินการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ คำถามข้อที่ 2 – 5 ประเมินการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร คำถามข้อ 6 และ 7 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ จากบุคคลที่ผู้ป่วยระบุไว้ในส่วนที่ 1

สมจิต หนูเจริญกุล นำแบบสัมภาษณ์นี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ ในระยะเวลา 3 วัน กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเท่ากับ .94 และนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 112 คน ทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .97 ซึ่งแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้มีข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามสั้น เหมาะสมที่จะใช้ประเมินในผู้ป่วยวัยสูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ความหมายของอัตมโนทัศน์ อัตมโนทัศน์จัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งนักจิตวิทยาเชื่อว่า อัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมมาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากประสบการณ์ในอดีตและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและช่วยให้มนุษย์ปรับตัวได้ดี โดยมี ผู้ให้แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ไว้ดังนี้

สจ๊วต และซันดีน (Stuart & Sundeen, 1987, pp. 396-397) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นความคิดเห็น ความเชื่อ องค์ประกอบความรู้ที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยจะแสดงพฤติกรรมในทางบวกหรือลบนั้นขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองอย่างไร

เมททีอิส (Mattheis, 1982 อ้างถึงใน ลำเนาวิ เรื่องยศ, 2535, หน้า 10) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นนามธรรมที่บ่งบอกถึงการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ตลอดจนลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพ เจตคติ การตัดสินใจ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถและการประเมินคุณค่าของลักษณะเหล่านั้น

แอนดรูว์ และรอย (Andrew & Roy, 1991) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อ การรับรู้ และความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง โดยเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเป็นสิ่งที่ใช้กำหนดพฤติกรรมของบุคคล

สรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคลที่มีต่อตนเอง โดยได้รับอิทธิพลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์จะมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิด ทฤษฎี หรือคำจำกัดความของอัตมโนทัศน์ ซึ่งการแบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ที่เป็นที่นิยมมาก คือ การแบ่งตามแนวคิดของ ฟิทท์ (Fitt, 1971 อ้างถึงใน สิริอร พัวศิริ, 2533, หน้า 28-30) ที่พิจารณา 2 มิติใหญ่ ๆ ดังนี้

1. พิจารณาจากลักษณะภายใน (internal frame of reference) ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (identity self) หรืออัตตา ในฐานะเป็นสิ่งที่ถูกมอง คือมองว่า “ฉันเป็นใคร” เป็นการตราหรือให้สัญลักษณ์แก่ตนเอง ที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่น เป็นเอกลักษณ์ของบุคคล และความเห็นของบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองว่าตนเองเป็นคนอย่างไร

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านการตัดสินใจ (judging self) หรืออัตตาในฐานะที่เป็นผู้สังเกตและตัดสินใจ โดยสังเกตเอกลักษณ์และพฤติกรรมของตนเอง แล้วประเมินว่า “ฉันชอบ” หรือ “ฉันพอใจ” หรือเป็นการมองด้วยความพึงพอใจในตนเอง (self-satisfaction) การยอมรับตนเอง (self acceptance) ซึ่งจะทำให้รู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง (self esteem)

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (behavioral self) หรืออัตตาในฐานะเป็นผู้ถูกกระทำ หรือมองว่า “ฉันประพฤติอย่างไร” โดยบุคคลจะกระทำการต่าง ๆ ตามที่อยากทำ และผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้นจะเป็นสิ่งที่กำหนดว่าควรจะทำต่อหรือไม่ และนำไปเชื่อมโยงกับอัตตา ด้านเอกลักษณ์ ถ้ามีผลเป็นที่น่าพึงพอใจเขาก็จะทำงานซ้ำนาย และกลายเป็นเอกลักษณ์ไป

2. การพิจารณาจากลักษณะภายนอก (external dimension of the self)

2.1 อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (physical self) เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองด้านความสามารถทางร่างกาย และด้านรูปลักษณะ ประกอบด้วย

2.2 ด้านศีลธรรม-จรรยา (moral-ethical self) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ค่านิยมของสังคม ค่านิยมทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ อุดมคติ ค่านิยม ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่า ความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ

2.4 ด้านครอบครัว (family self) เป็นความรู้สึกมีคุณค่าและพอใจที่ฐานที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือเหินห่างจากครอบครัว

2.5 ด้านสังคม (social self) เป็นความเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการ

นอกจากนี้ ไดรเวอร์ (Drier, 1976, pp. 174-175 อ้างถึงใน ลำเนา เรืองยศ, 2535, หน้า 10-11) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (physical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของตนเองที่เห็นจากภายนอก (body image) การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรม (somatic self)

2. อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองตาม ความเชื่อ อุดมคติ ค่านิยม ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่า ประกอบด้วย

2.1 ด้านความมั่นคงในตนเอง (self-consistency) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง ความเสมอต้น เสมอปลาย หรือความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ

2.2 ด้านศีลธรรม-จรรยา (moral-ethical self) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ค่านิยมของสังคม ค่านิยมทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม

2.3 ด้านปณิธานและความคาดหวัง (self-ideal, self-expectancy) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความหวังของตนเอง รวมถึงความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง ในสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังว่าจะเป็นหรือจะทำ ถ้าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่คิดหรือคาดหวังไว้ จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความท้อแท้ ไร้อำนาจ หดหวั่น หดแค้น หดกำลังใจ และเบื่อหน่ายชีวิต

2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองว่า ตนเองมีประโยชน์ ได้รับการยกย่อง ขอมรับจากบุคคลอื่นหรือไม่ เพียงใด ถ้าหากบุคคลเกิดการสูญเสียคุณค่าในตนเอง และไม่สามารถยอมรับตนเองได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ไม่มีประโยชน์ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ตามแนวคิดของพิทท์ เนื่องจากมีองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ ที่มีความครอบคลุมลักษณะของบุคคลทั้งลักษณะภายในและภายนอก โดยเชื่อว่าจะสามารถประเมินอัตมโนทัศน์ใน ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม (holistic)

อัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จัดเป็นวิกฤตการณ์ที่บุคคลประสบและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ (Barry, 1989; Rustoen, 1995; Halldorsdottir & Hamrin, 1996; Cook, 1999) ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลไม่ว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย หรือรุนแรง ทั้งที่เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทางกายหรือทางจิต ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมหรือมี การแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ดังที่เคยเป็นไปในภาวะปกติได้ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางที่ต่ำลง (ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 2531, หน้า 25 – 27; กนกพร ใจแก้ว, 2537;

สายสม ภาณุมาศมณฑล, 2534; Halldorsdottir & Hamrin, 1996; Cook, 1999) มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวต่อการยอมรับความเจ็บป่วยนั้น และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะต้องประสบกับปัญหาในการปรับตัวในอัตมโนทัศน์ ที่พบมาก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งการรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฉีดเส้นที่บ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสีไว้บนใบหน้าและคอตลอดระยะเวลาของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเป็นที่น่ารังเกียจ สูญเสียภาพลักษณ์ (Denning, 1982, p. 269) และเมื่อได้รับรังสีรักษาไปแล้วภายในสัปดาห์ที่สองผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี เช่น มีการอักเสบของ ผิวหนัง ผิวหนังแห้งจนหลุดลอกเป็นสะเก็ด สีผิวคล้ำขึ้นมากกว่าปกติ เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2524, หน้า 316-317) ผู้ป่วยจึงมีความทุกข์ใจ เกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการพยากรณ์โรคและการรักษา มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองได้ ประกอบกับการที่มีสมรรถภาพทางกายลดลง ผลข้างเคียงจากการรักษา และรับรู้ว่าคุณเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วยไปตลอดชีวิต จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง และต้องการพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง คิดว่าคุณต้องเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา มาก จะมีอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับต่ำ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์จึงมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต และการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Barry, 1989; Halldorsdottir & Hamrin, 1996)

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และอยู่ในระยะที่กำลังได้รับรังสีรักษานั้น นอกจากได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มี อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ผู้ป่วยยังต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ตามวัย ซึ่งในผู้สูงอายุพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ จะทำให้อัตมโนทัศน์ถูกรบกวน ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ฉันทนา กาญจนพจน์, 2530, หน้า 20; ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, 2535, หน้า 14-15; กนกพร ใจแก้ว, 2537, หน้า 17-18; Havighurst, 1963 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2533) จากเหตุและผลดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และอยู่ในระยะที่กำลังได้รับรังสีรักษานั้น จะได้รับผลกระทบจากอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับคุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต่ำลง

การประเมินอัตมโนทัศน์ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โดยทั่วไปสามารถจะประเมินอัตมโนทัศน์ได้ โดยใช้เครื่องมือหลายแบบ แล้วแต่แนวความคิดที่ยึดถือ ซึ่งนิยมใช้ มี 2 วิธี จะกระทำวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือร่วมกันทั้ง 2 วิธีก็ได้ คือ

1. การให้ผู้อื่นประเมิน (inferred self concept) ซึ่งอาจเป็นผู้เชี่ยวชาญ นักจิตวิทยา หรือผู้ที่ศึกษาเรื่องของจิตใจเป็นผู้ประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรมของบุคคล แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสรุปความเห็น

2. การซักถามโดยตรงจากผู้ที่จะต้องได้รับการประเมิน ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากการซักถาม เรียกว่า คำรายงานการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self report) การประเมินวิธีนี้ถือว่าถูกต้องแน่นอน เพราะเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่รู้จัก และเข้าใจตนเองได้ดีกว่าผู้อื่น ซึ่งเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี ตามแนวคิดของฟิทท์ (Tennessee Self-Concept Scale) (Fitt, 1971 อ้างถึงใน ฉันทนา กาญจนพจน์, 2530, หน้า 29) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์เทนเนสซี ตามแนวคิดของ ฟิทท์ (Tennessee Self-Concept Scale) (Fitt, 1971 อ้างถึงใน ฉันทนา กาญจนพจน์, 2530, หน้า 29) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อำไพ ศิริพัฒน์ และนำมาดัดแปลงโดย ฉันทนา กาญจนพจน์ (2530) ซึ่งแบ่งการประเมินอัตมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ การพยาบาล และผู้ที่มีประสบการณ์ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 8 ท่าน ซึ่งมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 หากความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ หากค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ต่อมา สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 เช่นเดียวกัน และนำทดลองใช้ในชมรมผู้สูงอายุจำนวน ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83 และ ลำเนาวั เรืองยศ (2535) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดในบทที่ 3