

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ วัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับ การศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับ รังสีรักษา ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มารับการรักษาด้วยรังสี ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2544 อยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาโรค มะเร็งด้วยรังสีรักษา และไม่เคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ในรอบการรักษาอื่นมาก่อน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่สุ่มมาจากประชากร โดยสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) จำนวน 130 คน และมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มารับการรักษาด้วย รังสี ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ในเดือนสิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 อยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษา และไม่ เคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือรังสีรักษาในรอบการรักษาอื่นมาก่อน
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้
4. มีความยินดีที่จะร่วมการวิจัย

การสุ่มตัวอย่างเป็นไปตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Biddle & Marlin, 1987, p. 10) คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ($N \geq 10$ (จำนวนตัวแปรอิสระ + 2) ซึ่งจำนวนตัวแปรอิสระมี 11 ตัว ดังนั้นจึงคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 คน
2. จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 368 คน ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2544 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุมารับการรักษาด้วยรังสีรักษาในจำนวนใกล้เคียงกัน คิดโดยเฉลี่ย 30 คนต่อเดือน และเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่มารับรังสีรักษาในแต่ละเดือน มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสุ่มเดือนที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดกลุ่มเดือนทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 4 เดือน สุ่มได้เดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน
3. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยขอรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษา ในเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 จากแผนกรังสีรักษา แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนครบจำนวน 130 คน
5. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุ ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารอรับรังสีรักษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่มารับรังสีรักษา มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดและแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา

2. แบบวัดความหวัง เป็นแบบวัดที่เฮอร์ทสร้างขึ้น (Herth Hope Index : HHI) (Herth, 1992) เพื่อใช้วัดความหวังในประชากรทั้งที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วย โดยแบ่งโครงสร้างของความหวังออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต ความรู้สึกพร้อมและคาดหวังในทางบวก ความเชื่อมโยงกับตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งแบบวัดความหวังนี้นิยมใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยในคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในการศึกษาหลายครั้ง พบว่าอยู่ในช่วง .88 - .91 (Farran, Herth, & Popovich, 1995) และจากการหาค่าความเชื่อมั่นวิธีวัดซ้ำ (test - retest) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .87 - .91

ในประเทศไทย จันทนา เตชะฤทธิ (2540) ได้นำแบบวัดความหวังของเฮอร์ทมาแปลเป็นภาษาไทย โดยนำไปตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาและเชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา แปลข้อความจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และนำไปตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ 2 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 คน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83 สำหรับในผู้สูงอายุนั้น ชมนาค สุ่มเงิน (2543) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82 และ จงกรม ทองจันทร์ (2544) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 คน ทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ได้เท่ากับ .79 แบบวัดความหวังนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อที่มีความหมายด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 และ 6 ที่เหลืออีก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน	ตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
ตอบ เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	ตอบ เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ตอบ ไม่เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน
ตอบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	ตอบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน

นำคะแนนที่ได้แต่ละข้อมารวมกัน คะแนนจะมีค่าได้ตั้งแต่ 12 – 48 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การประเมินความหวังในรูปของคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ดังนี้

12.00 – 23.00 คะแนน แสดงว่า มีความหวังในระดับต่ำ

23.01 – 35.00 คะแนน แสดงว่า มีความหวังในระดับปานกลาง

35.01 – 48.00 คะแนน แสดงว่า มีความหวังในระดับสูง

3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ เซฟเฟอร์, คูนิย์, และลาซาลัส (Social Support Questionnaire Part II : SSQ) (Schaefer, Cuyne, & Lazarus, 1981) กับแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค, ลินด์เซย์, และคาร์เรียรี (Norbeck Social Support Questionnaire : NSSQ) (Norbeck, Lindsay, & Carrieri, 1981) แบบสัมภาษณ์นี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้ผู้ป่วยระบุรายชื่อบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในขณะที่เจ็บป่วย 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 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของจากบุคคลที่ผู้ป่วยระบุไว้ในส่วนที่ 1

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988, pp. 84 – 85) นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ ในระยะเวลา 3 วัน กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม เท่ากับ .94 และนำไปทดลองใช้ด้วยการสัมภาษณ์ กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 112 คน แล้วทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .97

มีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อดังนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้ 0 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
ตอบ มาก	ให้ 3 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

นำคะแนนที่ได้แต่ละข้อมารวมกัน คะแนนจะมีค่าได้ตั้งแต่ 0 – 28 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในรูปของคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00 – 9.00 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

9.01 – 19.00 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

19.01 – 28.00 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

4. แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์ เป็นแบบสัมภาษณ์ อัตมโนทัศน์เทนเนสซีของ 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

ฉันทนา กาญจนพจน์ ได้นำแบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์นี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ การพยาบาล และผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 8 ท่าน ซึ่งมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 หากความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85 ต่อมา สุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 เช่นเดียวกัน และนำทดลองใช้ในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83 และ ลำเนาว์ เรืองยศ (2535) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90

แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์นี้ประกอบด้วยข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวนทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็นข้อที่มีความหมายด้านลบ 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 6, 13, 16, 22, 24, 29, 30, 36 และ 37 ที่เหลือเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ตอบ ไม่เป็นจริงเลย ให้ 1 คะแนน
ตอบ เป็นจริงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
ตอบ เป็นจริงปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ เป็นจริงส่วนมาก ให้ 4 คะแนน
ตอบ เป็นจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ตอบ ไม่เป็นจริงเลย ให้ 5 คะแนน
ตอบ เป็นจริงเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน
ตอบ เป็นจริงปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ เป็นจริงส่วนมาก ให้ 2 คะแนน
ตอบ เป็นจริงมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

นำคะแนนที่ได้แต่ละข้อมารวมกัน คะแนนจะมีค่าได้ตั้งแต่ 40 – 200 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การประเมินอัตมโนทัศน์ในรูปของคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ดังนี้

40.00 – 93.00 คะแนน แสดงว่า มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี

93.01 – 147.00 คะแนน แสดงว่า มีอัตมโนทัศน์ปานกลาง

147.01 – 200.00 คะแนน แสดงว่า มีอัตมโนทัศน์ดี

5. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ตามกรอบแนวคิดของ เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกทางร่างกาย และอาการทางกาย ความผาสุกจิตใจ ความผาสุกทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 54 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 31 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54 ที่เหลืออีก 23 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก

ตอบ มากที่สุด ให้ 4 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 3 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

ตอบ น้อย ให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่เลย ให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ตอบ มากที่สุด ให้ 0 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 1 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

ตอบ น้อย ให้ 3 คะแนน

ตอบ ไม่เลย ให้ 4 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนี้

0.00 – 71.00 คะแนน แสดงว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี

71.01 – 143.00 คะแนน แสดงว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง

143.01 – 216.00 คะแนน แสดงว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมดี

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตรายด้าน

ดังนี้

5.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางร่างกายและอาการทางกาย

0.00 – 24.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางร่างกายและอาการทางกายระดับไม่ดี

24.01 – 49.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางร่างกายและอาการทางกายระดับปานกลาง

49.01 – 76.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางร่างกายและอาการทางกายระดับดี

5.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจ คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0 – 64 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

0.00 – 20.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจระดับไม่ดี

20.01 – 41.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจระดับปานกลาง

41.01 – 64.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจระดับดี

5.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางสังคม คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0 – 44 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

0.00 – 14.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางสังคมในระดับไม่ดี

14.01 – 29.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางสังคมในปานกลาง

29.01 – 44.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางสังคมในระดับดี

5.4 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0 – 32 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

0.00 – 10.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับไม่ดี

10.01 – 21.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

21.01 – 32.00 คะแนน แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและรังสีรักษา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน (ภาคผนวก ก) หลังจากปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ภายใต้อาการดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด (item – total correlation) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .25 - .71 (ภาคผนวก ข) ซึ่งเป็นค่าที่สามารถยอมรับได้ (Murphy & Davidshofer, 1994, p. 158) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .94

2. การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจากกลุ่มเดียวกับที่ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต แล้วทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .80, .87 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นรายบุคคล ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ตามรายชื่อที่คัดเลือกไว้ ขณะที่ผู้ป่วยมารอรับรังสีรักษา ที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบวัดความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์อัตมโนทัศน์ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 – 50 นาที / คน
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 10.0 เพื่อวิเคราะห์สถิติดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความหวัง การสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์ และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ความหวัง อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)
4. เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นของการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรในระดับอันตรภาคชั้นขึ้นไป (interval scale) ดังนั้นจึงต้องแปลงข้อมูล (decode) ข้อมูลระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส ให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) (Polit & Hungler, 1999, p. 513) (ดังภาคผนวก ค)
5. การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05