

ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

.....
.....

นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ

ผู้วิจัย

.....
.....

อาจารย์ ชีราภรณ์ จันทร์ดา

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 29 ตุลาคม 2551

.....ผู้แทน คณะกรรมการ.....

นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ

ผู้วิจัย

ศ.ดร. ธีรพร ธีรศิลป์

รองศาสตราจารย์ สุธีพร ธีรศิลป์

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.ดร. ธีรพร ธีรศิลป์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉริยา ปทุมวัน

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.ดร. ธีรพร ธีรศิลป์

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.ดร. ธีรพร ธีรศิลป์

อาจารย์ ธีรพร ธีรศิลป์

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.ดร. ธีรพร ธีรศิลป์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร. ธีรพร ธีรศิลป์

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวัน

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่อง ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือต่างๆด้วยความกรุณาและเสียสละ เวลาโดยตลอด พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน และรองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็น ประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธภักดี ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน และนางสาวแม่นมณา จิระจรัส พยาบาลผู้ปฏิบัติการขึ้นสูงสาขา อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์โรคกระเพาะ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็น แนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ สิริกิติ์ 7 (7NK) เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกท่านของโรงพยาบาลรามาริบัติที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลรามาริบัติที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสิริกิติ์ 7 (7 NK) ที่ได้เสียสละเวลาปฏิบัติหน้าที่แทน ขณะที่ผู้วิจัย อยู่ในระหว่างการศึกษาและเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รหัส 47 ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนและให้ กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติ พี่น้อง ที่คอยดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยเป็น กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆด้านจนกระทั่งวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ คุณประโยชน์ ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกท่าน

สุภาพร จงประกอบกิจ

ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(STRESS, COPING, AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY)

สุภาพร จงประกอบกิจ 4736898 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชีราภรณ์ จันทร์ดา, Ph.D. (Nursing), อุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยนำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ لازารัสและ โฟล์กแมน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) ความไม่แน่นอนของการรักษา 3) กังวลใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมาน 4) ค่ารักษาพยาบาล และ 5) การเดินทาง ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียด ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาสามารถนำมาช่วยในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: ความเครียด/ การเผชิญความเครียด / แรงสนับสนุนทางสังคม / มะเร็งลำไส้ใหญ่ / เคมีบำบัด

STRESS, COPING, AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

SUPAPORN CHONGPRAKOBKIT 4736898 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORS: TIRAPORN JUNDA, Ph.D. (NURSING),
YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (Adult Health Nursing)**ABSTRACT**

The present descriptive study aimed at investigating stressful situations, stress, coping, and the social support of patients with colorectal cancer who were receiving chemotherapy. The stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman (1984) was employed as the conceptual framework of the study. The study sample consisted of 50 patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. The patients were recruited by means of purposive sampling. Data were collected by the use of interviews and questionnaires including a demographic characteristics questionnaire, a stressful situation and level of stress interview form, a symptom distress scale, the Jalowiec coping scale, and a social support questionnaire. Qualitative data obtained by the interviews were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed by means of descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The findings of the study revealed that stressful situations which caused by chemotherapy can be divided into five causal categories: 1) side effects of the treatment; 2) uncertainty in treatment; 3) anxiety and fear of pain and suffering; 4) medical expenses; and 5) transportation. The overall stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy was at a low level because the participants of this study had a high level of support from friends/family etc. and they had also learned from their previous experiences with chemotherapy. The patients used problem-focused coping more than emotional-focused coping and palliative-focused coping, and this also alleviate their level of stress. Family members were the most important source of social support for these patients, followed by healthcare personnel and friends and family. Finally, when considering the relationships among the study variables, it was found that symptom distress from side effects of chemotherapy was positively related to the level of stress and the level of stress was positively related to coping, and coping was positively related to social support. The findings of the present study could be used in devising a nursing plan to care for patients with colorectal cancer receiving chemotherapy in a note effective way.

**KEY WORDS: STRESS / COPING / SOCIAL SUPPORT / COLORECTAL CANCER /
CHEMOTHERAPY**

171 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีในการวิจัย	6
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับการรักษาและอาการข้างเคียงจากการรักษา	12
งานวิจัยที่เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	17
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียด	19
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	48
ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	52
ส่วนที่ 3 ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	65
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	72
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	72
บทที่ 5 อภิปรายผล	74
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	93
ข้อจำกัดในการวิจัย	96
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	100
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	119
บรรณานุกรม	139
ภาคผนวก	154
ประวัติผู้วิจัย	171

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	50
2. จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ด้านการรักษา)	52
3. ความถี่และร้อยละของสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง	60
4. ความถี่และร้อยละของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง	65
5. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง	66
6. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง	66
7. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากคะแนนจริง (Raw Score)	67
8. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score)	68
9. วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด	69
10. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกรายกลุ่มและรายด้าน	71
11. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	73

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย

7



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความสำคัญมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ร้อยละ 85-90 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รับประทานอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ ที่มีแคลอรีสูงและรับประทานอาหารที่มีกากใยลดน้อยลง (ประสงค์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช, 2532: 72-76; Varges & Alberts, 1993: 33) ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงเป็นอันดับที่สามของโรคมะเร็งทั้งหมดและเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี ค.ศ. 2005 และ ค.ศ. 2006 มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 145,290 ราย และ 148,610 รายเพิ่มขึ้นตามลำดับ (American Cancer Society, 2005 & 2006) ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักจะพบโรคในระยะที่สองซึ่งเป็นระยะที่การรักษาโรคได้ผลดี อัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 50-70 (Steele, 1993: 26-32) เนื่องจากมีการส่งเสริมให้มีการตรวจหา มะเร็งในระยะเริ่มแรก รวมทั้งมีการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร (American Cancer Society, 2006; Lieberman, 1994)

ในประเทศไทยจากสถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงเป็นอันดับที่สามของโรคมะเร็งทั้งหมด รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม โดยพบมากในเพศชายเฉลี่ย 12.3 รายต่อประชากรแสนราย และเพศหญิงเฉลี่ย 11.6 รายต่อประชากรแสนราย (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2549) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับประเทศต่างๆทั่วโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ความจำกัดในเรื่องของเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์สูงขึ้น โอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงสูงตามขึ้นด้วย (Vatanasapt, et al., 1993: 64) แต่ระยะการพบโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไทยจะแตกต่างจากในต่างประเทศ เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มักจะไม่แสดงให้เห็นชัดเจนใน

ระยะแรกร่วมกันนโยบายการคัดค้านมะเร็งในระยะแรกยังไม่ได้เข้าถึงประชาชนในวงกว้าง จึงทำให้ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ฉะนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 จึงมาพบแพทย์และรับการรักษาเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคมามากแล้ว (ประพันธ์ กิตติสิน, 2538: 224)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่นิยมทำโดยทั่วไปในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การผ่าตัด การฉายรังสีและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาวิธีใหม่ที่เรียกว่า ทาร์เก็ตเธอราปี (Targeted therapy) หมายถึง การรักษาตามเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจง โดยตัวยาออกฤทธิ์ต้านตัวรับสัญญาณเซลล์มะเร็ง (EGFR: Epidermal growth factor receptor) โดยเฉพาะจะมีผลให้ลดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง (American Cancer Society, 2008) โดยแนวทางในการรักษานั้นแพทย์อาจพิจารณาใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่มีลักษณะการดำเนินโรคที่แพร่กระจายไปทั่วระบบ (Systemic disease) มากกว่าโรคที่จำกัดอยู่เฉพาะแห่ง (Localized disease) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา ซึ่งอาจเริ่มภายหลังการผ่าตัดหรืออาจรักษาก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant Chemotherapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งลดขนาดลงและง่ายต่อการผ่าตัดมากขึ้น อีกทั้งในการรักษานั้นมีความจำเป็นต้องให้ยาาร่วมกันหลายชนิดที่มีขนาดเพียงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย โดยจะคำนึงถึงระยะของโรคเป็นสำคัญ (ชวนพิศ นรเดชานนท์, 2547)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 6-12 เดือน โดยทั่วไปนิมนให้เป็นรอบ (Cycle) กล่าวคือ เป็นช่วงของการรักษา แล้วตามด้วยช่วงของการพัก แล้วตามด้วยช่วงของการรักษาต่อไปเรื่อยๆ ระยะห่างของแต่ละรอบในการได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 3-4 สัปดาห์ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 29; Haydon, 2003: 121) สามารถให้บริการในลักษณะผู้ป่วยใน (Inpatient) หรือผู้ป่วยนอก (Outpatient) ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีบำบัด ขนาด ลักษณะการให้และสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับนี้จะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่สบายและความทุกข์ทรมานทางร่างกายเป็นอย่างมาก (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543; Rhodes et al., 2000) อาการข้างเคียงทางกายที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน ชีต อ่อนเพลีย พบแผลในปาก เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติได้ มีการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยาหากน้ำยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าอาจมีอาการนอนไม่หลับ น้ำหนักลด (Camp-Sorrell, 2000; Foubert & Vaessen, 2005; Ting & Fang, 2002; Wilkes, 2001) รวมด้วย โดยอาการแต่ละอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้มี

ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นอาจกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆตามมาได้ ซึ่งอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นนี้ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจร่วมด้วย อาทิเช่น ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัวไม่หาย กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ กลัวตาย รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม (Foubert & Vaessen, 2002; Glajchen, 1999) ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากผู้ป่วยต้องเดินทางมารับยาเคมีบำบัดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การที่ไม่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านหรือสังสรรค์ในสังคมได้ตามปกติ (Iwamoto, 2000) ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิในค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถเบิกได้จากต้นสังกัด สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) หรือ สิทธิบัตรผู้ประกันตน (ประกันสังคม) แต่ในการเดินทางมารับการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักอาศัยและค่าใช้จ่ายต่างๆ และหากผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัวในการหารายได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เพราะผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติงานได้เช่นเดิม อาจต้องลาออกจากงาน ถูกตัดเงินเดือนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาด้านการเงินเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาที่ผ่านมา (พินทุสร โชตนาการ, 2539; อัญชลี แสนพรม, 2548; Dodd et al., 1993) พบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยมะเร็งกังวล ห่วงใย นอกจากภาวะสุขภาพกาย จิต อารมณ์แล้วเรื่องเศรษฐกิจก็เป็นความห่วงกังวลที่ผู้ป่วยมะเร็งคำนึงถึงด้วยเช่นเดียวกัน

การเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เกิดขึ้นนี้มีผลเสียต่อการใช้สติปัญญาในการประเมินตัดสินใจ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยแคบลง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การรับรู้ข้อมูลต่างๆและการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (ชนิษฐา นาคะและประสพสุข อินทรักษา, 2536: 23)

แต่อย่างไรก็ตาม ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดซึ่งได้แก่ เพศ อายุและระดับการศึกษา โดยพบว่า เพศชายส่วนใหญ่มักจะไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ไม่สามารถระบายถึง

ปัญหาและความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง (Hauenstein, 1998) ในขณะที่เพศหญิงมักแสวงหาความช่วยเหลือ พุดหรือระบายปัญหาและความไม่สบายใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับรู้ จึงอาจทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงได้ อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นผ่านภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัย ไตร่ตรองและตัดสินใจในการแก้ปัญหา ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะสามารถเผชิญได้โดยเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสม ทำให้ความเครียดบรรเทาหรือลดน้อยลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984: 172) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหา รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลและมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัส (Lazarus, 1996: 146) ที่กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพิจารณาสิ่งที่คุกคามตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถแยกได้ว่าอะไรคือปัจจัยที่จะช่วยบรรเทาสิ่งที่คุกคามตนเองและสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง

ส่วนแหล่งประโยชน์ภายนอกที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้ความเครียดของบุคคลลดลงและส่งผลให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากมีผลทำให้บุคคลสามารถปรับและเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อสถานการณ์ความเครียด สามารถลดระดับความรุนแรงของความเครียดและสามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของความเครียดกับระดับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมการเผชิญความเครียดของบุคคลได้ (ดวงเดือน มูลประดับ, 2541: 48) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวซึมซับความเครียด ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นบรรเทาหรือลดน้อยลง (สุรีย์ กาญจนวงศ์และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545: 48-49; Cohen & Wills, 1985: 310-313) และทำให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดจนครบตามแผนการรักษานั้น เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และถ้าความเครียดนี้ไม่ได้รับการบรรเทาพร้อมกับผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้หยุดรับการรักษา ซึ่งจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพโดยรวมและการรอดชีวิตได้ ดังการศึกษาของเลิฟและคณะ (Love, et al., 1989: 604) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 46 มีความคิดที่จะหยุดรับการรักษา และผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 30-83 ไม่มารับยาเคมีบำบัดจนครบตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะประเมินตัดสินใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นตามปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดและเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไป ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยเริ่มจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีแรงผลักดันให้ใหญ่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ระดับความเครียดที่เกิดขึ้น และวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้เป็นอย่างไร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดควบคู่กันในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งจำนวนน้อย (ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และคณะ, 2546; ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์, 2542; ไพพร แซ่เตีย, 2544; วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, 2541; หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541) ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มต่างๆอย่างกว้างขวางเช่น คอร์ดและคณะ (Dodd, et al., 1993) กัว (Guo, 1996) คิมและคณะ (Kim, et al., 2002) ครอส (Krause, 1993) กูและมา (Kuo & Ma, 2002) เพอร์รี่ (Perry, 1990) เหล่านี้เป็นต้น รวมทั้งยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็ง มีเพียงงานวิจัยของจันทิพย์ ตีระละ (2539) ที่ศึกษาในเรื่องความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แต่อย่างไรก็ตามพบว่าจันทิพย์ ตีระละ (2539) ไม่ได้ศึกษาในเรื่องความเครียดร่วมด้วย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการวัดความเครียดและการเผชิญความเครียดในงานวิจัยนี้เน้นการวัดตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งกล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการ (Process) ไม่ใช่คุณลักษณะติดตัว (trait หรือ style) และต้องมีความจำเพาะสำหรับแต่ละสถานการณ์ (Situation specific) (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2540: 8) ดังนั้นวิธีการวัดความเครียดในงานวิจัยนี้จึงใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ระลึกและบรรยายถึงสถานการณ์เฉพาะที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ในสถานการณ์ความเครียดที่บรรยายมาเท่านั้น เพื่อต้องการทราบถึงสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีอะไรบ้าง สถานการณ์ความเครียดดังกล่าวมีผลกระทบต่อนผู้ป่วยอย่างไร ก่อให้เกิดความเครียดระดับใด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลต่างๆมาก น้อยเพียงใด ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นรวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยลดระดับ

ความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความเหมาะสมต่อไป

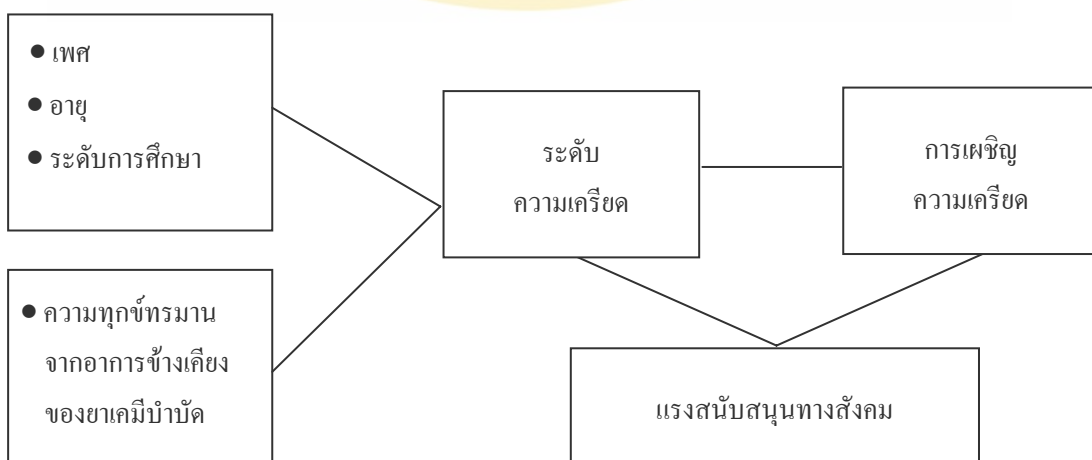
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal and coping model) ของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มโนคติหลักของทฤษฎีนี้มี 3 มโนคติ คือ ความเครียด การประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด หมายถึง “เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง” การประเมินตัดสิน เป็น “กระบวนการประเมินเพื่อตัดสินว่าทำไมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด” (Lazarus & Folkman, 1984; 19) แบ่งออกเป็น การประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ การประเมินปฐมภูมิเป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งประเมินโดยบุคคลว่า ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) มีผลในด้านดีกับตนเอง (Benign positive) หรือเป็นความเครียด (Stressful) การประเมินว่าเป็นความเครียดสามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) คุกคาม (Threat) และท้าทาย (Challenge) การประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใดรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อของบุคคลและสติปัญญาของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 108; Lazarus & Folkman, 1984: 55-116)

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัวและเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียด โดยจัดการที่ตัวปัญหามุ่งเน้นการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม ส่วนการจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญหรือกำลังใจ จากการประเมินตัดสิน (Appraisal) และการเผชิญ

ความเครียด (Coping) ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)ขวัญและกำลังใจ (Morale) และภาวะสุขภาพ (Somatic health)

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาสซาร์สและโฟล์คแมนในการศึกษาครั้งนี้สามารถกล่าวถึง ความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ กับสิ่งแวดล้อม คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินสถานการณ์ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เผชิญจะเกิดความเครียดหรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demand) กับแหล่งประโยชน์ (Resource) ในที่นี้คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอยู่ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ถ้าแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดว่าเป็นความเครียด (stressful) ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของอันตรายหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้องใช้ความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นโดยตรงหรือจัดการกับความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้เกิดความสงบหรือความสมดุลในร่างกาย โดยใช้แหล่งประโยชน์ (แรงสนับสนุนทางสังคม) ที่ตนมีอยู่อย่างเต็มที่หรืออาจเกินกำลังที่ตนมีอยู่ ดังกรอบแนวคิดของการศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์อะไรบ้างที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใด
4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากใคร และมาก น้อยเพียงใด
5. เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร
6. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สมมุติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
4. ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
5. ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
6. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
7. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และแผนก Short Stay Service (SSS) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 50 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการประเมินสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์ก่อให้เกิดความเครียดและส่งเสริมกลวิธีในการเผชิญความเครียด ตลอดจนพิจารณาในการหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเครียดลดลงหรือหมดไปพร้อมกับเลือกใช้ชีวิตการเผชิญความเครียดที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์

2. กระตุ้นให้ทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เพื่อพิจารณาในการวางแผนจัดทำโครงการทางการแพทย์เพื่อช่วยลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะประเมินทัศนสถานการณ์ดังกล่าวตามปัจจัยทางด้านบุคคลและปัจจัยทางด้านสถานการณ์ โดยผู้ที่ประเมินทัศนสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดจะใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดของตนในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล

คำจำกัดความ

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดประเมินทัศนสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด/ทุกข์ใจ/กังวลใจ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนึกย้อนถึงสถานการณ์ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมามาจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับยาเคมีบำบัด และตอบแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามปลายเปิดและประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดบรรยายมา โดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด คะแนนยิ่งสูงหมายถึง ระดับความเครียดยิ่งมาก

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามทั้งความคิดและการกระทำของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกายโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงวิธีการต่างๆในการเผชิญความเครียด วัดด้วยแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆมาก และสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก

แสดงถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆมากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับความรัก ความพึงพอใจ และการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วัดด้วยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ที่ปรับปรุงจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) และนอร์เบ็คและคณะ (Norbeck, et al., 1981) โดยวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้จากบุคคล 3 กลุ่มคือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิดและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนด้านนั้นๆมาก

ความทุกข์ทรมานจากการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด หมายถึง ระดับความรุนแรงของผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด วัดด้วยแบบวัดความทุกข์ทรมาน (Symptom Distress Scale: SDS) ของแม็คคอร์เคิลและยัง (McCorkle & Young, 1978) แปลเป็นภาษาไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2539) ซึ่งคะแนนรวมที่สูง แสดงถึง มีความทุกข์ทรมานมาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

- 1) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับการรักษาและอาการข้างเคียงจากการรักษา
- 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- 3) แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียด
- 4) แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับการรักษาและอาการข้างเคียงจากการรักษา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคนี้อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 40 ปี พบได้ร้อยละ 2-8 (Keswani, et al., 2002: 871-876) และมีโอกาสในการเกิดโรคเท่ากันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (ปิติสุข ไกรทัศนีย์, 2539: 27-30; อานาจ ศรีรัตนบัลล์, 2537: 153;) สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์สูงและมีกากใยอาหารน้อย พันธุกรรม และการมีติ่งเนื้อออกหรือมีแผลอักเสบเรื้อรังที่บริเวณลำไส้ใหญ่ (วิไลภา สุนทรนัฏ, 2532: 75-77; อานาจ ศรีรัตนบัลล์, 2537: 151-154; Greenberg & Baron, 1993: 1182;) การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อผนังลำไส้จากเซลล์ปกติเป็นเซลล์มะเร็งนั้นจะช้าและใช้เวลานานประมาณ 5-15 ปี (สุพล จินดาทรัพย์, 2544: 303; Coni & Delore, 1994: 1120) ดังนั้นในช่วงระยะเวลานี้ ถ้ามีการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มต้น โดยใช้เทคนิคทางพันธุกรรม เทคโนโลยีที่ทันสมัยต่างๆจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ในระยะที่โรคมะเร็งยังจำกัดอยู่ที่บริเวณลำไส้ การผ่าตัดมะเร็งในระยะที่ 1 สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ร้อยละ 82-100 (Cooper & Slemmer, 1991: 372) แต่จากปัญหาของผู้ป่วยโรคนี้นักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ซึ่งขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ตลอดจนความเชื่อ ทศนคติต่อ

โรคมะเร็ง เศรษฐฐานะหรือขาดผู้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการมารับการตรวจวินิจฉัยทำให้ผู้ป่วยละเลยที่จะมาตรวจสุขภาพ (McKenna, 1994: 2108; Weinrich, et al., 1989: 170-176) รวมทั้งอาการแสดงของโรคในระยะเริ่มแรกมักคลุมเครือ จะแสดงอาการเด่นชัดเมื่อโรคลุกลามและก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ปัจจุบันจึงพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 38 ตรวจพบว่ามีก้อนมะเร็งทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อ หรือออกนอกผนังลำไส้ ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ คือ ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ ปวดท้องและมีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง เนื้อเยื่อข้างเคียง หรือกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆแล้ว (Bruckner & Motwani, 1991: 443; McKenna, 1994: 2112) ภายหลังการผ่าตัดจึงพบมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่เป็นเฉพาะที่หรือเป็นระยะแพร่กระจาย ชนิดของเซลล์มะเร็งและจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีเซลล์มะเร็ง ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการพยากรณ์โรคและใช้กำหนดแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยต่อไป (ถวิล กลิ่นวิมล, 2539: 81, Alberts & Erlichman, 1996: 40-46)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจุบันจึงเป็นการรักษาร่วมกันของ 3 วิธี โดยมีวัตถุประสงค์และหลักพิจารณาการรักษาดังนี้

1. การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาหลักของโรคมะเร็งชนิดนี้ เพื่อตัดเอาก้อนมะเร็งที่เป็นแหล่งต้นกำเนิดออกให้ได้มากที่สุด โดยจะตัดเชื่อมต่อลำไส้ส่วนต้นและปลายก้อนเนื้อมะเร็ง รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งนั้นออกให้หมด ส่วนมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลายก้อนมะเร็งจะอยู่ต่ำในอุ้งเชิงกราน ทำให้บางครั้งถ้าต่ำมากจำเป็นต้องเย็บปิดช่องทวารหนักและเปิดช่องทวารใหม่ทางหน้าท้อง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ชอบเพราะการที่มีถุงรองรับอุจจาระติดไว้ที่หน้าท้องตลอดเวลา ภายในถุงมีสิ่งที่ไม่น่าดู ทั้งลักษณะ สี กลิ่นและก๊าซที่สร้างความรบกวน สร้างความรังเกียจแก่ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ก่อให้เกิดการขาดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการปฏิบัติงานต่างๆรวมทั้งมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ร่วมด้วย (ไพศิษฎ์ ศิริวิทยากร, 2547: 233) ดังนั้น การผ่าตัดจึงต้องพยายามใช้วิธีการคงลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ภายหลังการผ่าตัดวิธีนี้จึงจำเป็นต้องให้รังสีรักษาหรือเคมีบำบัด หรือทั้งสองวิธีร่วมกัน นอกจากนี้ผลของพยาธิสภาพที่ได้จากการผ่าตัด ที่บ่งบอกถึงระดับการทะลุเข้าสู่ชั้นผนังลำไส้ จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีเซลล์มะเร็งและชนิดของเซลล์มะเร็งจะเป็นตัวกำหนดการรักษาร่วมภายหลังการผ่าตัด (Couture & Schnitzler, 1996: 2-10)

2. รังสีรักษา การฉายรังสีรักษามีทั้งเริ่มก่อนหรือภายหลังการผ่าตัด ในกรณีพบว่าจะต้องผ่าตัดแบบ Abdominoperitoneal resection (APR) แล้วผู้ป่วยจะต้องถ่ายอุจจาระทาง Colostomy ตลอดไป ก็จะพิจารณาให้การฉายรังสีนำไปก่อนทำให้ก้อนมะเร็งยุบลงบ้าง เพื่อที่ศัลยแพทย์จะสามารถตัดต่อลำไส้ได้ง่ายขึ้น และอาจเปลี่ยนมาทำผ่าตัด Low Anterior resection

(LAR) ได้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้เหมือนเดิมและหลังจากการผ่าตัดแล้ว ถ้าพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคขึ้นใหม่ (TMN classification stage II-III) ได้แก่ มีการลุกลามของ เซลล์มะเร็งถึงชั้น Deep muscle, Serosa หรือทะลุผ่านชั้น Serosa ไปถึง Perirectal tissue และ/หรือมี ต่อมน้ำเหลืองโต หรือตรวจพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่เลาะออกมา การฉายรังสีกลุ่มบริเวณ ช่องเชิงกรานภายหลังการผ่าตัดจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคใหม่ได้ (วุฒิสิริ วีรสาร, 2547: 400-402) แต่การฉายรังสีรักษาในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมีข้อจำกัด เนื่องจากอวัยวะภายในช่องท้องได้แก่ ลำไส้เล็ก ไตและตับ ทนต่อรังสีได้น้อย จึงไม่สามารถให้ปริมาณรังสีได้เต็มที่และไม่สามารถให้ รังสีเป็นบริเวณกว้างพอที่จะครอบคลุมตำแหน่งที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองได้ทั้งหมด ทำให้ ควบคุมโรคได้ไม่ดี (วุฒิสิริ วีรสาร, 2545: 182) และยังมีผลแทรกซ้อนระยะยาวได้ เช่น เกิด ภาวะการอุดตันของทางเดินอาหาร หรือมีพังพืดในช่องท้อง ส่วนมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ลักษณะการดำเนินโรคมักพบแพร่กระจายเฉพาะที่หรือทางต่อมน้ำเหลืองซึ่งมักจำกัดอยู่ในอุ้งเชิง กราน อวัยวะบริเวณนี้มีความทนต่อรังสีได้ในระดับที่สูง จึงสามารถใช้ปริมาณรังสีที่สูงพอที่จะ ควบคุมการลุกลามของโรค ลดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ ซึ่งอาจเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2534: 153; Cummings, 1996: 47-54)

3. เคมีบำบัด เป็นการรักษาร่วมหลังการผ่าตัดหรือก่อนผ่าตัด เพื่อลดจำนวน เซลล์มะเร็งที่แพร่กระจาย โดยมีเป้าหมายการรักษา (Forman, 1994: 2151-2153) คือ

3.1 การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant treatment) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนมะเร็งหมดไปแล้ว และมีจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งมากจะมีโอกาสเป็นมะเร็งซ้ำสูง พบว่าถ้ามีต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 5 ต่อมน้ำเหลือง จะมีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 (Kane, 1991: 442) การให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดนี้ ควรให้ทันทีที่แผลผ่าตัดแห้ง เนื่องจากยังมีจำนวนเซลล์มะเร็ง ต่ำ โดยยึดแนวทางรักษาตามมาตรฐาน ดังนี้

มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 2 จากพื้นฐานข้อมูลในปัจจุบัน บทบาทของ adjuvant chemotherapy ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 ยังไม่ชัดเจน และไม่แนะนำให้ adjuvant chemotherapy ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 ทุกราย (Macdonald & Astrow, 2001: 30-40) เนื่องจากการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อดูผลของการรักษาเสริมด้วย 5-Fluorouracil (5-FU) ร่วมกับ Leucovorin ในผู้ป่วยระยะที่ 2 (Dukes' B colon cancer) พบว่า ยาเคมีบำบัดไม่ได้ เพิ่มระยะเวลาปลอดโรค (event free survival) แต่เพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (83% vs 81%, $p = .036$) (สุดสวาท เลาหวิณี, 2545: 285)

มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 3 ยาเคมีบำบัดที่ให้คือ 5-FU หรือ 5-FU ร่วมกับ Leucovorin เป็นเวลา 6 เดือน หรือ 5-FU ร่วมกับ Levamisole เป็นเวลา 12 เดือนหลังการผ่าตัด (สุตสวาท เลาหวิณี, 2545: 284; Haydon, 2003: 121)

มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectal carcinoma) ระยะที่ 2, 3 ยาเคมีบำบัดที่ให้คือ 5-FU เป็นเวลา 1 ปีร่วมกับการฉายรังสี

3.2 การรักษากรณีที่โรคแพร่กระจาย (Treating advance disease) ในกรณีนี้ถ้ายังทำการผ่าตัดได้ก็ควรจะทำก่อน โดยเฉพาะมะเร็งที่มีการกระจายไปเพียงตำแหน่งเดียว เช่นไปที่ตับหรือปอด จากนั้นจึงตามด้วยการรักษาด้วยยา 5-FU, Leucovorin, Oxaliptin และ Irinotecan หรือกรณีมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่มีการกระจายเฉพาะที่มากไม่สามารถผ่าตัดได้หมด จะให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีก่อนแล้วจึงพิจารณาการผ่าตัดอีกครั้ง (วรชัย รัตนธรรธร, 2538: 104) การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะที่ 4 นี้ ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกผลของการรักษาได้ชัดเจน ดังนั้นการรักษาเพียงเพื่อหวังเพิ่มการทำลายของเซลล์มะเร็ง การยืดระยะเวลาความก้าวหน้าของโรค หรือเพียงหวังผลแบบประคับประคอง แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานสรุปว่า การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัดโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 (สมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 72) โดยได้มีการพยายามคิดค้นสูตรวิธีการให้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ที่นิยมใช้ ได้แก่ 5-FU และ Leucovorin, BCNU, CCNU, Mitomycin C, Metrotraxate และร่วมกับวิธีทางภูมิคุ้มกันได้แก่ 5FU และ Interferon หรือ 5-FU กับ Levamisole โดยหวังว่าเมื่อให้ร่วมกับยาเคมีบำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น (Nichols, et al., 1994: 946-949) จากการศึกษาของจอห์นเกอร์และคณะ (Jonker, et al., 2000: 1789-1794) ได้รวบรวมงานวิจัยชนิด Randomized clinical trials จำนวน 7 งานวิจัย รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 614 ราย พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้าได้รับยาเคมีบำบัดชนิด 5-FU เป็นพื้นฐานร่วมกับได้รับการดูแลรักษาที่ดีจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 ปี ได้ร้อยละ 42-60 และลดอัตราการตายได้ร้อยละ 31 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ายา 5-FU ร่วมกับ Leucovorin หรือ 5-FU ร่วมกับ Levamisole เป็นสูตรที่ดีที่สุด ซึ่งถือเป็นมาตรฐานการรักษาขณะนี้ (วรชัย รัตนธรรธร, 2538: 107; Haydon, 2003: 121)

3.3 การรักษาประคับประคอง (Palliative treatment) ผู้ที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆและมีอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบายมากแล้ว ยาเคมีบำบัดที่นำมาให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายหรืออาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและช่วยให้คุณภาพชีวิตในระยะเวลาที่เหลืออยู่นั้นดีขึ้น ร่วมกับการรักษาตามอาการ ในระยะนี้ผู้ป่วยควรจะได้รับอาหารที่ครบถ้วน รับเลือดกรณีที่มีปัญหาขาดได้ยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพถ้ามีอาการปวดได้ยาปฏิชีวนะถ้ามีการติดเชื้อ และได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มีความครอบคลุมความต้องการทุกด้าน

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากการศึกษาของเชทอร์เออร์ (Scheithauer, et al., 1993: 752-755) ได้เปรียบเทียบระยะรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถผ่าตัดได้และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 12 ราย และกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง 24 ราย คุณลักษณะของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกันและเป็นการสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง วัดคุณภาพชีวิตทุก 2 เดือนด้วยแบบวัด Optimised Functional Living Index-Cancer Scale พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีชีวิตยืนยาว 11 เดือน และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดมีชีวิตได้ 5 เดือน การวัดคุณภาพชีวิตวัดได้เฉลี่ย 5 ครั้ง/คน ผลด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ 3 ราย ทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่า มีจำนวนประชากรตัวอย่างแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มถึง 2 เท่า แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองที่หนักก็ยังมีความต้องการที่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งคิดว่าอาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้นและทำให้มีความหวังในการมีชีวิตรอด

ยาเคมีบำบัดนอกจากมีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลทำลายเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างเร็วร่วมด้วย ได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์รากผม เป็นต้น ผลกระทบนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในแต่ละระบบของร่างกาย (Hilderley & Dow, 1991: 246-265; Houston, 1997: 409-413) ได้แก่

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อทางเดินอาหารอักเสบ ท้องเสียเนื่องจากยาระคายเคืองเยื่อทางเดินอาหาร ท้องผูกเนื่องจากยาที่ช่วยลดการเคลื่อนไหวของลำไส้
2. ระบบไขกระดูก ทำให้ลดการทำงานของไขกระดูก จึงมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง เกร็ดเลือด ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดออกง่าย
3. ผิวหนัง ผมและขน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผิวหนังแห้ง คัน มีสีผิวคล้ำลง มีผื่น ผิว มีการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ รากผม และขนร่วงง่าย
4. ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ และยาบางกลุ่มมีผลทำลายเนื้อเยื่อที่รุนแรง เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด
5. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงอาจทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือเกิดการขาดประจำเดือนขณะรับการรักษา ส่วนในเพศชายอาจทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง บางรายไม่สามารถมีบุตรได้

6. ไต และระบบการขับถ่ายปัสสาวะ เซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายด้วยยาเคมีบำบัดจะทำให้เกิดกรดยูริกที่ตกผลึกอยู่ในท่อไต และถูกขับออกทางปัสสาวะ ถ้าร่างกายได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดการคั่งของกรดยูริกและทำให้เกิดไตวายชนิดเฉียบพลันได้

7. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาตามปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว สูญเสียการได้ยิน หรือยาบางชนิดอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาการทางจิตประสาทได้

อาการข้างเคียงต่างๆดังกล่าวข้างต้นจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ยาชนิดเดียวกันบางคนอาจมีอาการข้างเคียงมาก ในขณะที่อีกคนไม่มีอาการอะไรเลยหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เนื่องจากร่างกายแข็งแรงและเซลล์ปกติฟื้นตัวเร็ว ดังนั้นในการให้การพยาบาลจึงควรได้มีการประเมินความรุนแรงของอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่งมีความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วย เพื่อร่วมวางแผนการปรับขนาดยาที่ใช้ในการรักษาให้มีความเหมาะสม ได้ผลดีที่สุดและเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โรคมะเร็งมิใช่เพียงแต่นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทางกายเท่านั้น แต่ยังนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทางจิตใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากในมุมมองของคนทั่วไปจะรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็น โรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและนำไปสู่ความตาย แม้ว่าในปัจจุบันโรคมะเร็งจะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายได้ก็ตาม แต่ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาก็ยังคงเป็นความเครียดที่รุนแรงและคุกคามต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด ดังเช่นการศึกษาของ นอฟ (Knobf, 1986: 678-684) ได้สำรวจระดับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษาเสริมจำนวน 78 ราย ยาเคมีบำบัดที่ได้รับคือ Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-Fluorouracil และอาจรวม Vincristine และ Prednisolone ด้วยหรือไม่ก็ได้ ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 50 ราย ที่อยู่ในช่วงของการได้รับยาเคมีบำบัด และอีก 28 ราย เป็นผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้วผลการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่อยู่ในช่วงของการรับยาเคมีบำบัดมีความทุกข์ทรมานทางร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้ว เนื่องจากยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียงทำให้มีอาการแสดงทางร่างกายเกิดขึ้น ซึ่งอาการอ่อนเพลียและการนอนไม่หลับเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางกายที่พบได้บ่อยมาก สำหรับการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจคือ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในเรื่องของความไม่แน่นอนในการมีชีวิตอยู่ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา ไม่มีความสุข ขาดสมาธิและกังวล ในลักษณะท่าทางที่ปรากฏภายนอก วอร์ดและคณะ (Ward, et al., 1992) ได้ศึกษาความทุกข์ทรมาน

ทางด้านร่างกายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษาเสริมเช่นเดียวกันจำนวน 38 ราย โดยวัดความทุกข์ทรมานตั้งแต่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด 1 สัปดาห์หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และ 6 เดือนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ผลการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยรายงานว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงของการได้รับยาเคมีบำบัดเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายสำหรับผู้ป่วยมากที่สุด

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเองนั้นก็ยังมีความกังวลหวั่นไหวที่แตกต่างกันกล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จะกังวลเกี่ยวกับอนาคตและการยอมรับต่อโรค แต่ในกรณี que ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเป็นเวลานานสิ่งที่กังวลหวั่นไหวมากที่สุดก็คือ อาการไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น แมคคอร์เคิลและยัง (McCorkle & Young, 1978: 373-378) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับการรับรู้ต่อความทุกข์ทรมาน (Symptom Distress Scale) เพื่อประเมินความกังวลหวั่นไหวและระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วยอาการคลื่นไส้ สภาพอารมณ์ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความปวด การเคลื่อนไหว ความอ่อนเพลีย การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ การมีสมาธิและการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา หลังจากนั้นได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 45 ราย พบว่า ร้อยละ 62.2 ของผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ต่อความทุกข์ทรมานอยู่ในเกณฑ์ที่สูงร่วมกับมีอาการแสดงอย่างน้อย 1 อาการ สำหรับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระดับสูงที่พบบ่อย 4 ลำดับแรกคือ 1) การขี้ถ่ายและการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ 4) อ่อนเพลีย และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคจะมีการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น

จากการศึกษาในระยะเวลาค่อมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่า เป็นไปในแนวทางเดียวกับแมคคอร์เคิลและยัง (McCorkle & Young, 1978: 373-378) โดยพบว่า อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานส่วนใหญ่เป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ปกติของร่างกายโดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เชื้อบูช่องปากอักเสบ ท้องเสีย น้ำหนักลด ปวด อาการทางระบบประสาทส่วนปลายและการพักผ่อนที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (ชนิตามณีวรรณและคณะ, 2537; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543; ภักจิรา รัชตะสังข์, 2547; มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Kuo & Ma, 2003: 309-317; Munkres, Oberst & Hughes, 1992: 593-599; Oberst et al., 1991; O'Hare, Malone, Lusk & McCorkle, 1993: 659-664; Schober, et al, 1992: 131-132;) เหล่านี้เป็นต้น แม้ว่าอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นอาการจะดีขึ้นและหายไปภายหลังสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาการเหล่านี้จะมาก น้อยในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

เมื่อพิจารณาถึงนโยบายของการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน จะพบว่าโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาและลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้งเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเอง และเผชิญกับอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นผลข้างเคียงภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน จากรายงานการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีปรากฏหลักฐานว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการจัดการกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้น้อย วิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการแสดงจะใช้ประสบการณ์ที่เคยมีมาในอดีต เช่น การนอนหลับมากขึ้น การพักผ่อนและนอนหลับระหว่างวัน และลดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลง เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งพบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (Ream & Richardson, 1999: 1295-1303; Ream, Richardson & Alexander' Dann, 2002: 300-308) เมื่อความสามารถในการจัดการกับอาการแสดงต่างๆ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดเหล่านี้นั้นมีน้อย และไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอทำให้อาการแสดงต่างๆ มีความรุนแรงมากขึ้น จนเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สรุปได้ว่า สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้นในผู้ป่วยซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ โดยความทุกข์ทรมานนี้ถ้ามีอยู่นานและ/หรือรุนแรง พร้อมทั้งไม่ได้รับการบรรเทาจะก่อให้เกิดความเครียดขึ้น อีกทั้งยังอาจส่งผลโดยตรงต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและทางอ้อมเกี่ยวกับความร่วมมือต่อการรับการรักษาพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญที่จะให้การพยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงควรทราบว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความเครียดระดับใด มีความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงชนิดใดมากที่สุด เพื่อจะได้เข้าใจและให้การช่วยเหลือโดยลดความทุกข์ทรมานเหล่านั้นให้ลดน้อยลง และส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับการรักษาพยาบาลต่อไป ทำให้อัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

แนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่มีผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ซึ่งแนวคิดทฤษฎีความเครียด

และการเผชิญความเครียดของอาจารย์และฟอล์กแมน กล่าวถึง ความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลได้ประเมินแล้วว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ดังนั้นเหตุการณ์ที่เผชิญจะเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น โดยผ่านการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการประเมินตัดสินความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์นั้น (Lazarus & Folkman, 1984: 331-35; สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 106-109) มี 2 ระยะคือ การประเมินระยะแรกหรือการประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินเหตุการณ์นั้นว่ามีความสำคัญและมีความรุนแรงต่อตนเองในปัจจุบันหรือในอนาคตหรือไม่ การประเมินระยะที่สองหรือการประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นอาจเกิดขึ้นทันที หลังหรือเกิดในระยะเวลาเดียวกับการประเมินปฐมภูมิก็ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เผชิญ (Lazarus & Folkman, 1984: 80-81; สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 108) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors influencing appraisal) ได้แก่ 1) ข้อผูกพัน (Commitments) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความสำคัญหรือความหมายต่อตนมากเพียงใด ยิ่งมีมากก็จะยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก ในทำนองเดียวกันบุคคลที่มีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจจะทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้สถานการณ์ดีขึ้น 2) ความเชื่อ (Beliefs) เมื่อบุคคลเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้ จะประเมินออกมาในลักษณะท้าทาย แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้จะออกมาในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง 3) สถิติปัญญาของบุคคล ผู้ที่มีสถิติปัญญาคีสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง อาจเกิดความเครียดน้อยกว่าคนที่ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เผชิญ (Situation factors influencing appraisal) ได้แก่ 1) ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายรุนแรงต่อชีวิตบุคคลย่อมประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดที่คุกคามเกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต 2) ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน อาจมีความเครียดได้มากกว่าและ 3) ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมจัดการกับความเครียดนั้นๆ ได้

การที่บุคคลจะประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นความเครียดหรือไม่ นั้นนอกจากขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) แล้ว ปัจจัยพื้นฐานของบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านบุคคลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่

เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศชายมักจะแสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายถึงปัญหาและความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง (Hauenstein, 1998) ทำให้มีความเครียดสูง ในขณะที่ เพศหญิงมักแสวงหาความช่วยเหลือ พุดหรือระบายปัญหาและความไม่สบายใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับรู้ จึงอาจทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงดังการศึกษาของอรัญ สنجายุทธ (2540) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการบำบัด พบว่า เพศชายจะมีความวิตกกังวล (ความเครียด) สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของคิมและคณะ (Kim, et al., 2002) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งในระบบต่างๆชาวเกาหลี พบว่า เพศหญิงจะมีระดับความเครียดที่สูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของสตาร์คและคณะ (Stark et al., 2002) ศึกษาโรคลกลุ่มวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ โดยเฉพาะเพศหญิงจะเกิดภาวะวิตกกังวล (ความเครียด) ได้มากกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศชายหรือเพศหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่ากัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการอบรม เลี้ยงดูหรือวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกัน

อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ผ่านภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัย ได้ตรง ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะสามารถเลือกกลวิธีที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงน้อยลงหรือหมดไปได้ (Lazarus & Folkman, 1984: 172) ดังการศึกษาที่ผ่านมา (พรนภา ทรัพย์นุก, 2540; Edlund & Sneed, 1989: 681-687; Kaczorowski, 1989 อ้างใน Mickley et al., 1992) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และสามารถใช้ประสบการณ์ประเมินและเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งจะช่วยปรับให้ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นลดลงได้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยพัฒนาความคิด ความรู้และความสามารถของมนุษย์ และยังเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงหรือหมดสิ้นไป จาโลวิกและพาวเวอร์ (Jalowice & Power, 1981: 10) กล่าวว่า การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของอรัญ สنجายุทธ (2540) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการบำบัด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (ความเครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคเมอเร็งมีดังต่อไปนี้ ในประเทศไทย ศรีสุดา รัชมิพงศ์ (2539) ศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 30 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมมีความเครียดตั้งแต่รู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนที่จะรับรู้ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และมีความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้หญิงสูงอายุข้อเข้าเสื่อมจำนวน 140 ราย พบว่าความเครียดเกิดขึ้นจากผลกระทบของความเจ็บป่วยที่เกิดจากข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวันและความปวด วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก่อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยจำนวน 90 ราย พบว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยคือ กลัวการเป็นมะเร็งเต้านม กลัวการผ่าตัดเต้านม และกลัวเป็นมะเร็งเต้านมร่วมกับกลัวการผ่าตัดเต้านม หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก่อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 85 ราย พบว่า สถานการณ์ความเครียดสำหรับผู้ป่วยคือ กลัวเป็นมะเร็งเต้านม กลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อและเป็นสถานการณ์ที่ผสมผสานระหว่างการกลัวเป็นมะเร็งเต้านมและกลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ ผ่องพัทธ์ พิทยพันธุ์ (2542) ศึกษากระบวนการ การประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้แก่ โรคเมอเร็ง บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป อาการไม่สุขสบาย การใส่แร่ ค่ารักษาและการเดินทาง ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา ไพพร แซ่เตีย (2544) ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสีจำนวน 60 ราย พบว่า สิ่งที่เกิดความเครียดและมีความรุนแรงมาก 5 อันดับแรกคือ 1) กลัวโรคที่เป็นอยู่ 2) กลัวเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ 3) การต้องหยุดงานหรือออกจากงาน 4) กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค 5) การดำเนินชีวิตมีความไม่แน่นอนในอนาคต

นอกจากนี้ในต่างประเทศ เอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) ศึกษาความเครียด กลวิธีในการเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ การมีความหวังในการรักษารองลงมากคือประสิทธิภาพของการรักษา ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ การดูกลามของโรคและความปวด

ตามลำดับ เยนและคณะ (Yen, et al., 2006) ศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา กับมะเร็งเต้านมที่อยู่ในช่วงของการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 97 ราย โดยมีผู้ป่วยเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา 24 รายและเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 73 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีเนื้องอกชนิดธรรมดา โดยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด เมื่อความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตรายร้ายแรงและคุกคามต่อชีวิตหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ทางสังคม หน้าที่การงาน ซึ่งความเครียดของผู้ป่วยเหล่านั้นเป็นผลมาจากการประเมินตัดสินของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่รับรู้ว่ามีผลผิดปกติเกิดขึ้นกับตน ได้รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนวิธีการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้น โดยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจะพยายามใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์ความเครียดนั้นให้บรรเทาลงหรือหมดสิ้นไป เพื่อคงไว้ซึ่งสวัสดิภาพและความผาสุกของตน

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์นั้น ทั้งที่เป็นความต้องการภายในหรือภายนอก (External or internal demand) ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรงหรือจัดการกับความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984: 134) บุคคลจะเผชิญความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งไม่สามารถจะตัดสินได้ว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน เนื่องจากขึ้นอยู่กับบริบทนั้นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 109; Lazarus & Folkman, 1984: 134) ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 151-152) ได้กล่าวถึงการเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะคือ การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem- focused forms of coping) เป็นการเผชิญความเครียดโดยการเรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหา รู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดโดยพยายามแก้ไข เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้นๆ เมื่อบุคคลใช้การเผชิญความเครียดในลักษณะนี้และเกิดความสำเร็จจะทำให้ความเครียดหรือปัญหาที่มีอยู่นั้นลดลง ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า (Emotional distress) ที่จะเกิดตามมาได้ การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion - focused forms of coping) เป็นการมุ่งลดหรือปรับอารมณ์ความรู้สึกโดยการเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายหรือข้อ

ผูกพัน (Commitment) ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจมากกว่าการคิดหรือการกระทำที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย สูญเสียหรือการคุกคามต่อตนเอง

นอกจากนี้จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive) การจัดการกับอารมณ์ (emotive) และการบรรเทาความเครียด (palliative) ซึ่งการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาโดยตรงซึ่งเกี่ยวกับโรคและการรักษา พยายามที่จะหาวิธีทางในการแก้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของความต้องการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับของตน มีการคิดวางแผนล่วงหน้าสำหรับอนาคตที่จะเกิดขึ้น ส่วนการจัดการกับอารมณ์เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียด โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดหรือบรรเทาความรู้สึกที่เกิดจากความเครียด ในขณะที่การบรรเทาความเครียดเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดเมื่อบุคคลไม่สามารถออกจากสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ บุคคลเรียนรู้ที่จะอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศอาทิเช่น ประเทศทางตะวันตก เพนนีย์ (Payne, 1990) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งด้านมและมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามกลุ่มละ 12 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านและที่โรงพยาบาลกลุ่มละเท่าๆกัน ผลการศึกษา พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้มีหลายวิธีได้แก่ 1) ไม่สนใจความเจ็บป่วย 2) ปฏิเสธความเจ็บป่วยไม่พูดถึงคำว่ามะเร็ง 3) สะกดอารมณ์ไม่พยายามคิดอะไร คิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะร้องไห้ 4) หันเหความสนใจ พยายามหางานที่ไม่ต้องใช้สมาธิทำเช่น ดูโทรทัศน์ ต่อจิกซอว์ เล่นไพ่ เป็นต้น 5) เลือกวิธีการที่ไม่ทำให้เครียดเช่น ขอฉีดยาชาวก่อนที่จะถูกแทงเข็มเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ไม่สนใจยาเคมีบำบัดที่กำลังได้รับ เป็นต้น 6) คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ยังเป็นเรื่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับคนอื่น 7) ใช้อารมณ์ขัน พยายามหัวเราะเพื่อคลายเครียด 8) พยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุดในสิ่งที่หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น 9) มีอาการซึมเศร้า 10) มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อเริ่มจะได้รับยาเคมีบำบัด 11) รู้สึกโกรธตนเองที่มีความล้มเหลวในชีวิตหรือโกรธผู้อื่นเช่น ทีมสุขภาพ ที่ไม่สามารถรักษาตนให้หายได้ 12) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ไม่รู้อนาคตของผลการรักษามักเกิดจากการขาดข้อมูล 13) การมีความรู้สึกทางบวก โดยคิดว่าการเป็นมะเร็งทำให้เกิดผลดีกับตน ทำให้ได้รับการดูแลที่ดี มีสามีคอยเอาใจใส่ มีเพื่อนมาคอยช่วยเหลือ ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้มากขึ้น

ครอส (Krause, 1993) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดต่อการเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดจำนวน 43 ราย ทำการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการโดยการให้คำถามปลายเปิดร่วมกับการสังเกต ผลการศึกษา พบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการ

เผชิญความเครียดมี 11 วิธีคือ 1) การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) การประเมินว่าเป็นเหตุการณ์เล็กน้อย เคยลำบากมากกว่านี้ 4) เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่หมดหวังแล้วคิดว่าตนเองคงหมดโอกาสที่จะหายจากโรค 5) ปลดปล่อยอารมณ์เช่น การร้องไห้ 6) ใช้กลไกการป้องกันทางจิตเช่นเก็บกด 7) ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ 8) ยึดมั่นในศาสนา 9) แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม 10) สร้างความหวังว่าตนเองจะต้องดีขึ้น 11) เปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่ดีขึ้นแล้วทำตามวิธีที่คนอื่นใช้ได้ผล

ดอดด์ ดิบเบิลและโทมัส (Dodd, Dibble & Thomus, 1993: 2-7) ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกกังวลหวั่นไหวและวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลหวั่นไหวที่สำคัญในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจและการงานมากที่สุด วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดได้แก่ 1) การกระทำเพื่อการแก้ปัญหาโดยตรง 2) การแสวงหาข้อมูล 3) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม โดยในการศึกษารั้งนี้ยังพบปัจจัยที่สามารถทำนายความกังวลหวั่นไหวของผู้ป่วยได้ แต่ไม่มีสิ่งใดที่จะใช้ทำนายวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญความเครียดได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจหมายถึงไม่มีวิธีการเผชิญความเครียดใดที่ดีที่สุดและไม่มีวิธีการเผชิญความเครียดใดที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดๆ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งเป็นปัจเจกบุคคล

จูดีและคณะ (Judy et al., 1996) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 244 ราย พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดได้แก่ 1) พยายามแสวงหาข้อมูล 2) แสวงหาวิธีการรักษาที่ดีที่สุด 3) พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) สิ้นหวัง และ 5) ขอมรับต่อโชคชะตา

ประเทศทางตะวันออก (Guo, 1996; Kim, et al., 2002; Kuo & Ma, 2002; Meifen, 1997; Uacheng, 1997; Wang, 1997; Yanmei, 1998) ที่ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มต่างๆ โดยใช้วิธีการศึกษาและเครื่องมือวัดที่มีความแตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มต่างๆ เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดผสมผสานกัน อาทิเช่น การคิดและการมองปัญหาในแง่ดี การใช้ระบบสนับสนุนช่วยได้แก่ การทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น การพึ่งพาตนเอง การเผชิญหน้ากับปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึก การปล่อยไปตามโชคชะตาและการหลีกเลี่ยงปัญหา โดยพบว่าสัดส่วนในการใช้ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน แต่ทั้งนี้พบข้อสังเกตว่าถ้าสถานการณ์ความเครียดใดที่ผู้ป่วยมะเร็งคิดว่าสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ผู้ป่วยนั้นจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์

สำหรับรายงานการศึกษาในประเทศไทย จันทิพย์ ศีรละ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยเลือกใช้วิธีแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุด วิธีที่เลือกใช้คือ สามารถปรับตัวยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ได้ เมื่อมีข้อข้องใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งจะซักถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนจากแพทย์และพยาบาล พุคคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกับนักคิดและประสบการณ์การเจ็บป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและมีการใช้ประสบการณ์ที่ได้ผลในการปฏิบัติตนจากการเจ็บป่วยครั้งก่อนมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ด้วย

อารี นุ้ยบ้านด่าน (2540) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด หรือรักษาร่วมกันหลายๆวิธีจำนวน 50 ราย พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ใช้เป็นประจำคือ กระทำตามที่บุคคลอื่นแนะนำ พยายามมองโลกในแง่ดี พยายามทำให้ดีที่สุด เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วยและพยายามหลับให้มากที่สุด พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยใช้คือ โทษผู้อื่น โทษสิ่งอื่น ระบายความทุกข์โดยการระบายอารมณ์หรือร้องไห้และกระทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ

วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยจำนวน 90 ราย พบว่า วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก ได้แก่ กังวลใจ พยายามยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการมีก้อนที่เต้านมให้มากขึ้นเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้นและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาให้ชัดเจน

ทิพมาศ ชินวงศ์ (2541) ศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานและไม่แน่นอนใน 4 ลักษณะคือ 1) เป็นโรคไม่ธรรมดา 2) เคมีบำบัดเป็นความหวัง 3) มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และ 4) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน ผู้ป่วยได้พยายามเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดใน 5 ลักษณะคือ 1) ประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย 2) ผ่อนคลายความทุกข์ใจ 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก และ 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ

ผ่องพักรัตน์ พิทยพันธุ์ (2542) ศึกษากระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษาโดย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการศึกษา พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้คือ ด้านการควบคุมสถานการณ์ ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการใช้จิตวิญญาณตนเอง ด้านการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและด้านการยอมรับสถานการณ์

ไพพร แซ่เตีย (2544) ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสีจำนวน 60 ราย พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ยอมรับ แม้ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดตามที่คาดหวัง พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะสามารถทำได้ สวดมนต์ภาวนา กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างกระตือรือร้นและแบ่งปัญหาออกเป็นส่วนๆแล้วแก้ไขทีละส่วนเพื่อช่วยให้แก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ (2546) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 150 ราย พบว่า วิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้จากมากที่น้อยที่สุด คือ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่าง การวางแผนแก้ปัญหา การควบคุมตนเอง การยอมรับ การเลี่ยงหลีกหนีปัญหา การประเมินค่าทางใหม่และการเผชิญหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศทางตะวันตก ตะวันออกและประเทศไทยใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความรู้สึกเครียดผสมผสานกัน แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีและชนิดของโรคมะเร็งที่เป็นก็ตาม

โดยสรุปจากผลการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสที่กล่าวว่า ความเครียดและการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม บุคคลจะประเมินตัดสินสถานการณ์ตามปัจจัยด้านตัวบุคคลและด้านสถานการณ์ และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทและข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคล แต่อย่างไรก็ตามบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งลักษณะการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยบุคคลจะต้องมีความยืดหยุ่นในการใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดจึงจะประสบความสำเร็จในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ความเครียดของบุคคลจะเกิดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการประเมินเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคาม บุคคลจะใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์

ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตนเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามนั้น และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีผู้กล่าวถึงไว้มากมายและให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะชี้เฉพาะในงานวิจัยนั้นๆ อาทิเช่น ไวสส์ (Weiss อ้างใน Brandt & Weinert, 1981) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายว่า เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลจากบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่า เห็นคุณค่าในตัวเองและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม มิทเชล (Mitchell, 1969 อ้างใน Dimond & Jones, 1983) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ ในเครือข่ายทางสังคม โคเฮนและไซม์ (Cohen & Syme, 1985 อ้างใน Uphold, 1991) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทั้งหมดที่ทำให้เกิดความผาสุกของบุคคล ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนแคปแลน (Kaplan, 1977 อ้างใน Uphold, 1991) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้พิสูจน์ตนเอง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความมีชื่อเสียงและความรู้สึกปลอดภัย

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันออกไปหลากหลายแนวความคิดเช่น ไวสส์ (Weiss, 1974 อ้างใน Tilden, 1985) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสดูแลผู้อื่น การได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดีและการได้รับการชี้แนะ คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวถึงชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เชฟเฟอร์ คอยน์และลาซารัส (Schefer, Coyne, & Lazarus, 1981) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการ

สนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทองและการบริการ สำหรับนอเบ็คและคณะ (Norbeck et al., 1981) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านเช่นกัน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงินและการสนับสนุนทางด้านการคิดและการกระทำ

จากความหมายและชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา แรงสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับความรัก ความพึงพอใจและการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญ กำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนจำนวนมากว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทางด้านบวกต่อภาวะสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Oberst, et al., 1991; Uphold, 1991) ซึ่งกลไกในการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะคือ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The main effect) กล่าวคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยตรงจะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้ไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า 2) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering effect model) จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยจากความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หดหนทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย 2.1) ช่วยให้ผู้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า ไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ 2.2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์ซ้ำ ซึ่งทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัวและสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายาม

ที่จะเผชิญปัญหาทางด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง (สุริ กาญจนวงศ์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545; Cohen & Wills, 1985)

นอกจากผลกระทบทางด้านบวกต่อภาวะสุขภาพดังที่กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านลบด้วยเช่นกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของฮัพเซย์ (Hupcey, 1998) พบว่า ผลกระทบทางด้านลบของแรงสนับสนุนทางสังคมเกิดขึ้นได้ 3 ประการคือ 1) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทางด้านลบ จะมีผลกระทบต่อความผาสุกมากกว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทางด้านบวก 2) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านลบ ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่รู้สึกขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของผู้ให้ จะมีความรู้สึกในทางลบต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 3) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่สอดคล้องกันทำให้ผู้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกได้ 2 ลักษณะคือ ผู้ให้แรงสนับสนุนรู้สึกว่าตนได้ให้การสนับสนุนมากกว่าที่ผู้รับรับรู้หรือ ผู้รับแรงสนับสนุนรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนมากกว่าที่ผู้ให้มอบให้ นอกจากนี้ไฮแมน (Hyman, 1972 อ้างใน Uphold, 1991) ได้กล่าวว่า บุคคลจะมีความรู้สึกทางลบต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเมื่อความเป็นอิสระและความเป็นเอกภาพถูกคุกคาม เช่น ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเกินไป จะรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งลาซารัสและฟอล์กแมนพิจารณาว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ทำหน้าที่เป็นกันชนหรือเบาะรองรับความเครียดหรือเป็นตัวทำหน้าที่ป้องกันบุคคลให้ปราศจากความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเผชิญปัญหามากกว่าองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องดังกล่าวจำนวนมาก (Courtens et al., 1996; Elliott & Eisdorfer, 1982 อ้างใน Ryan & Austin, 1989: 19; Halstead & Fernsler, 1994; O'Connor et al., 1990) อีกทั้งยังมีการวิเคราะห์เชิงอภิमान (Meta-analysis) เพื่อหาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ ดังเช่น คาลลาแอมและมอร์ริสเซย์ (Callagham & Morrissey, 1993) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงเวลา 8 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984-1991 พบงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และสังคมศาสตร์จำนวน 4,247 เรื่อง สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพใน

3 ลักษณะคือ 1) การกำหนดความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ 2) สนับสนุนความรู้สึของการให้ความหมายในชีวิตของบุคคล และ 3) ส่งเสริมพฤติกรรมที่ช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และช่วยลดผลของสิ่งแวดล้อมและความเครียดทางสังคมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ลองฟอร์ดและคณะ (Longford et al., 1997) ได้วิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม สรุปผลได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพดีขึ้น เพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลเมื่อเกิดความเครียด มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบทงด้านบวก มีความรู้สึกมั่นคง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความผาสุกทางด้านจิตใจ รวมทั้งลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและโรคเรื้อรัง สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นการศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรความเหนื่อยล้า การสูญเสียพลังอำนาจ การปรับตัวและคุณภาพชีวิต (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; นิตยา คงชุม, 2539; สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; ภัสพร จำวิชาและคณะ, 2543; เพียงใจ คาโปลการ, 2545) โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในทางบวก เนื่องจากการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นจากกลุ่มครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะเป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในชีวิตได้ดีขึ้น ช่วยหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในทางลบ ช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรงหรือลดความรุนแรงลง ความเครียดที่มีอยู่จึงลดน้อยลงหรือหมดไป นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ เปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียดและสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีบทบาทในการซึมซับหรือบรรเทาผลกระทบจากความเครียด เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียดและช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการบรรเทาหรือลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอาจประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียดแต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ และเลือกใช้การเผชิญความเครียดจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นความเครียดตามแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่ตนมีอยู่ โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น แหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้ เนื่องจากมีผลทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา แรงสนับสนุนทางสังคมจึงช่วยให้บุคคล ปรับตัวต่อภาวะเครียดต่างๆ ได้ดี แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงาน การศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทย ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจเนื่องจากการศึกษาในเรื่องดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นรวมทั้งใช้เป็น แนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยลดระดับความเครียดและพัฒนาความสามารถใน การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยตั้งเเค่อาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และแผนก Short Stay Service (SSS) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณหา กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Power of Analysis (Polit & Beck, 2004) ตามการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Correlation Coefficient ซึ่งเปิดค่าตารางได้ดังนี้

กำหนดให้ มีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .80

มีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

หาความสัมพันธ์แบบสองทาง (Two-tailed)

ค่า Effect size ที่ระดับปานกลาง ($r = .40$)

ค่าที่เปิดตารางได้ = 50 ราย ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 50 ราย

คุณสมบัติผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ศึกษา

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย และในกรณีที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (Cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 เป็นต้นไป ไม่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องทวารหนักทางหน้าท้อง และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอวัยวะอื่นมาก่อน
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเบื้องต้นอย่างเดียวก่อนหรือหลังการผ่าตัดและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป
4. เป็นบุคคลที่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า” คุณมีความเครียด/ทุกข์ใจ/กังวลใจในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดบ้างหรือไม่” โดยตอบว่า “มี”
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านหนังสือและสื่อภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สถานที่เก็บข้อมูล

ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 (หอผู้ป่วยหญิง) หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 2 (หอผู้ป่วยชาย) ขนาด 21 เตียงเท่ากัน หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม (ศัลยกรรมชาย, ศัลยกรรมหญิง) ภาควิชาศัลยศาสตร์ ขนาด 41 และ 45 เตียงตามลำดับ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม (อายุรกรรมชาย, อายุรกรรมหญิง, อายุรกรรมชาย-หญิง) ภาควิชาอายุรศาสตร์ ขนาด 30, 30, 21 เตียงตามลำดับ ซึ่งสังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสหสาขาวิชาชีพในด้านต่างๆร่วมให้การดูแลรักษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลร่วมให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน

ห้องดูแลระยะสั้น (Short Stay Service; SSS) ชั้น 6 ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ขนาด 8 เตียง และหน่วยเคมีบำบัดชั้น 2 อาคาร 2 ขนาด 10 เตียง โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดให้บริการผู้ป่วยนอกที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด สารน้ำ เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ทุกวันตั้งแต่เวลา 8.00-20.00 น. โดยผู้ป่วยที่ใช้บริการจะต้องมีคำสั่งแพทย์เขียนในใบ Short Stay Service Form และมีการจองเตียงกับประชาสัมพันธ์ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ธุรการ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ยาเคมีบำบัดที่ได้รับการผสมเรียบร้อยแล้วจากหน่วยผสมยาเคมีบำบัด ให้สารน้ำ ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการรักษาและติดต่อประสานงานกับแพทย์เมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกร่วมการวิจัย เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอักษตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัดหรืออำเภอ หมวดละ 10 ชื่อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนไอแซคส์และอักษตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) ได้ทำการทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีและกำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้มีสมรรถภาพสมองดี

คุณภาพเครื่องมือ

ไอแซคส์และเคนนี (Isaacs & Kennie, 1973) แนะนำว่าการทดสอบหมวดหมู่นี้มีคุณภาพในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อม โดยพบที่มีความสอดคล้องอย่างมากกับการวินิจฉัยทางคลินิก จากการทดสอบผู้สูงอายุจำนวน 189 ราย ที่มีอายุ 65-74 ปี 35 ราย อายุ 75-84 ปี 89 รายและอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป 65 ราย ในจำนวนนี้เป็นชาย 90 ราย หญิง 99 ราย พบว่า ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้งหมด 146 ราย ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ส่วนผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จำนวน 22 ราย เป็นผู้มีอาการสมองเสื่อม 20 ราย ดิสุราและมีอาการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย มีอาการอัมพาตทางด้านซ้าย 1 ราย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่สมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีหิวกระหาย วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าหรือมีพยาธิสภาพทางร่างกายได้แก่ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น เฮตส์ (Hays, 1984: 96-97) พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุได้นำวิธีการนี้ไปทดสอบในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่า ผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด และผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็จะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพสมองได้จริง คะแนนที่สูงหรือต่ำไม่ได้เกิดจากความใส่ใจเป็นพิเศษ หรือไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุต่อเรื่องนั้นๆ และได้แนะนำว่าการทดสอบนี้เป็นวิธีการที่ดีในการคัดกรองผู้สูงอายุเหมาะที่จะใช้ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล

นอกจากจะเป็นเครื่องมือที่มีความตรงดังที่กล่าวมาแล้ว ในประเทศไทยอรุณี นาคะพงศ์ (2539) สุนา แสนมาโนช (2541) และสุทธิดา พงษ์พันธ์งาม (Phongphanngam, 2003) ได้ใช้

เครื่องมือนี้ในการประเมินเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุใช้เวลาทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาทำเพียง 2 นาที ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 15 ราย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 35 ถึง 40 คะแนน และใช้เวลาในการทำประมาณ 2 ถึง 5 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

2.3 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (Symptom Distress Scale) (McCorkle & Young, 1978)

2.4 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988)

2.5 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และนอร์เบ็คและคณะ (Norbeck, et al., 1981) โดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hamucharunkul, 1988) และจุฬารักษ์ กรวีวิรัช ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ (จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วย นับตั้งแต่ปีเกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี) ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (โดยนับจำนวนปีเต็มที่ได้รับการศึกษาดังแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงขั้นสูงสุดตามระเบียบของกระทรวงศึกษาธิการ) อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว วิธีชำระค่ารักษาพยาบาล

2.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับยาเคมีบำบัด ระยะของโรคมะเร็ง ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด สูตรการได้รับยาเคมีบำบัด บันทึกโดยผู้วิจัย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ ที่ให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ระลึกและบรรยายถึงสถานการณ์ที่ได้รับยาเคมีบำบัดประเมินตัดสินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด/ทุกข์ใจ/กังวลใจ ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ขั้นตอนในการสร้างแนวคำถามมีดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และความเครียดที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด

2) ทดลองตั้งแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3) นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาการพยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์โรคมะเร็งของหน่วยมะเร็งวิทยา ที่มีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถามและความเหมาะสมในการนำไปใช้

4) ปรับปรุงแนวคำถามปลายเปิดก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพ

สำหรับแบบวัดระดับความเครียดเป็นแบบวัดเพื่อประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายมาโดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด เกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale โดยใช้เส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทราบว่าด้านซ้ายมือสุดของเส้นตรงหมายความว่า มีระดับความเครียดน้อยที่สุดเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมีความเครียดมากที่สุดเป็น 100 คะแนน และให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำเครื่องหมาย “ | ” ลงไปตัดที่เส้นวัดระดับความเครียดในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินว่าเป็นระดับความเครียดของตน เมื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินเสร็จ ผู้วิจัยวัดความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับความเครียด โดยใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความยาวที่วัดได้หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยคะแนนยิ่งสูง หมายถึง ระดับความเครียดยิ่งมาก การแปลค่าคะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของระดับความเครียดดังนี้

ระดับความเครียดต่ำ	หมายถึง	ค่าคะแนน	1-33
ระดับความเครียดปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนน	34-67
ระดับความเครียดสูง	หมายถึง	ค่าคะแนน	68-100

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อ

คำถาม แล้วนำมาปรับปรุงและทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเครียดจำนวน 10 ราย

2.3 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (Symptom Distress Scale) แบบวัดความทุกข์ทรมานได้รับการพัฒนาขึ้นโดยแม็คคอร์กิลและยัง (McCorkle & Young, 1978) เป็นเครื่องมือวัดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งและผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยได้ระบุถึงอาการต่างๆที่มักเกิดในผู้ป่วยมะเร็ง และให้ผู้ป่วยจัดอันดับตามการรับรู้ของตนว่า อาการต่างๆเหล่านั้นส่งผลกระทบให้เกิดความทุกข์มากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ให้คะแนนตามความรู้สึกของผู้ป่วยคือ 1 หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนั้นเลย จนถึง 5 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนั้นมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก การแปลค่าคะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดดังนี้

ความทุกข์ทรมานน้อย	หมายถึง	ค่าคะแนน 10-23
ความทุกข์ทรมานปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนน 24-37
ความทุกข์ทรมานมาก	หมายถึง	ค่าคะแนน 38-50

คุณลักษณะของเครื่องมือ

แม็คคอร์กิลและยัง (McCorkle & Young) ได้มีการนำเครื่องไปตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ในช่วง .79-.82 (McCorkle & Young, 1978; McCorkle et al., 1983) และแบบวัดความทุกข์ทรมานนี้ได้มีการนำไปหาค่าความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างกว้างขวาง อาทิเช่น พาเซครีตา (Pasacreta, 1997: 217) ได้นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 79 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .78 เป็นต้น ในประเทศไทย พบว่า แบบวัดความทุกข์ทรมานได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และได้นำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลพบว่า มีความสอดคล้องกับต้นฉบับเดิมและได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2539: 64) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .79 และจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .83

2.4 แบบวัดการเผชิญความเครียด ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ใช้วัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งนิตยา สุทยากร (2531) ได้แปลแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับปี ค.ศ. 1979 โดยจาโลวีกและเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers) นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ด้านคือ การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีจำนวนข้อคำถาม 40 ข้อ ซึ่งต่อมาปี ค.ศ. 1984 จาโลวีก เมอร์ฟีและเพาเวอร์ส (Jalowiec, et. al., 1984) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดมาวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า แบบวัดนี้ประกอบด้วยการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ดังนั้นในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ทำการปรับปรุงแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด โดยหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้งและวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า แบบวัดประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้านซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมาได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด และได้ทำการตัดข้อคำถามที่ไม่สามารถจัดให้อยู่ในด้านใดด้านหนึ่งได้ออกจำนวน 4 ข้อ ซึ่งในประเทศไทยสุรางค์ เปรื่องเดช (2533) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดซึ่งแปลโดยนิตยา สุทยากร (2531) และตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ ตามแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับนี้จึงประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

- การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,5,11,15,16,17,22,27,29,31,32, 34 และ 36
- การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ 24
- การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26,28,30,33 และ35

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปรผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ การคำนวณคะแนนจริง (Raw score) และการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score)

คะแนนจริง (Raw score) คือ คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมากหมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่าง ๆ มาก คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้การเผชิญความเครียดดังนี้

ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อน้อย	หมายถึง ค่าคะแนน 36-84
ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนน 85-132

ใช้การเผชิญความเครียดรายข้อมาก หมายถึง ค่าคะแนน 133-180

คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) คือ ค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วนใดมาก หมายถึงผู้ป่วยมีแรงกล้าใฝ่ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-1 โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้การเผชิญความเครียดในด้านนั้นๆ ดังนี้

ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ น้อย หมายถึง ค่าคะแนน 0.01-0.33

ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ ปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนน 0.34-0.67

ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก หมายถึง ค่าคะแนน 0.68-1.00

คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดนี้ จาโลวีกและเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers, 1981:11) ได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมืออย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎีของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981) วิธีการเผชิญความเครียดในแบบวัดอยู่ในขอบเขตของลักษณะการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด บุคคลจะการใช้การเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะร่วมกัน โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกันตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทและข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคล

สำหรับความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ในปี ค.ศ. 1984 จาโลวีกและคณะ (Jalowiec, et al., 1984) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างขึ้นในปีค.ศ.1979 ซึ่งประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 2 ด้าน 40 ข้อ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 141 ราย แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า แบบวัดประกอบด้วยการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) จึงได้นำแบบวัดดังกล่าวมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง โดยนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 1,400 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติผู้ป่วย 133 รายและนักศึกษา 124 ราย วิเคราะห์ปัจจัยด้วยวิธีการทางสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) พบว่า แบบวัดประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน จำนวน 36 วิธี ส่วนอีก 4 วิธี ไม่สามารถจัดเข้าในด้านใดด้านหนึ่งได้ จึงปรับปรุงแบบวัดใหม่เป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุงปีค.ศ. 1988 (Jalowiec, 1988)

ความเที่ยง (Reliability) ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ปรับปรุงแล้ว โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมได้เท่ากับ .95 และรายด้านได้ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .75 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75

ในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) ได้แปลแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับปี ค.ศ. 1979 เป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญภาษาต่างประเทศจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้กับผู้ป่วยโรงหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 ราย และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา.88 ต่อมาสุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้ดัดข้อคำถามออก 4 ข้อ ตามแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .84 และวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับเดียวกันนี้ ไปใช้ในกลุ่มผู้หญิงที่มีก่อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยจำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .82 หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ได้นำไปใช้ในผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก่อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .74 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้ทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .75 และจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .82

2.5 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดปริมาณความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัช(2536) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) โดยสมจิต หนูเจริญกุลได้พัฒนาเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionnaire Part II: SSQ Part II) ที่สร้างโดยเชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ซึ่งวัดแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์จำนวน 4 ข้อ และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 1 ข้อ และใช้แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire : NSSQ) สร้างโดยนอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981) สำหรับวัดแรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของและการได้รับการบริการจำนวน 2 ข้อ โดยวัดการได้รับแรงสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ 5 แหล่งคือ 1) ครอบครัว ซึ่งรวมถึงคู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติที่ใกล้ชิดและคนรับใช้ 2) บุคคลที่ผู้ป่วยได้มาพักอาศัยอยู่ขณะได้รับการฉายรังสี 3) เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4) เพื่อน รวมทั้งเพื่อนบ้าน และ

5) หัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ วัดปริมาณความช่วยเหลือใน 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านข้อมูล ถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาจำนวน 1 ข้อ
- ด้านอารมณ์ ถามเกี่ยวกับการได้รับความมั่นใจ ความเชื่อถือจำนวน 2 ข้อ และ
- ด้านสิ่งของและการบริการถามปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจำนวน 2 ข้อ โดยข้อ

คำถามถามถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลในสังคม 3 กลุ่มคือ

- กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง
- กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ
- กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จากไม่ได้รับความช่วยเหลือนั้นเลยให้ 0 คะแนน จนถึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นมากที่สุดให้ 4 คะแนน ข้อคำถามจากแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แต่ละแหล่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนรวมจากทุกแหล่งจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก การแปลค่าคะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	หมายถึง	ค่าคะแนน 0-20
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนน 21-40
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง	หมายถึง	ค่าคะแนน 41-60

คุณลักษณะของเครื่องมือ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ได้นำแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านสิ่งของได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .81, .95 และ .31 ตามลำดับ และใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest method) ในกลุ่มเดิมโดยเว้นระยะห่าง 9 เดือนพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้านอารมณ์เท่ากับ .66 ($p < .001$) และด้านสิ่งของมีค่าเท่ากับ .56 ($p < .001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงาน แต่พบว่า ด้านอารมณ์กับด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง นอกจากนั้นได้หาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านสิ่งของและด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความซึมเศร้าและการขาดกำลังใจ

สำหรับการประเมินความตรงตามสภาพ (concurrent validity) นอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ ไปหา

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค พบว่า มีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ($r=.33$, $p<.05$ และ $r=.51$, $p<.01$ ตามลำดับ) หลังจากนั้นนอร์เบคและทิลเดน (Norbeck & Tilden, 1983 cited in 1988: 81) เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หากค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา .89

สำหรับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีจำนวน 112 ราย และหาความเที่ยงของ เครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .97 ต่อมาจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) มาแปลเป็น ภาษาไทยและปรับเปลี่ยนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยลดข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์เหลือ 2 ข้อและดัดแปลงแหล่งประโยชน์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัวได้แก่ คู่ สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง กลุ่มบุคคลใกล้ชิดได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆและตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย หากค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .86 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย โดยหากค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86 และจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ แนะนำตัวว่าเป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทที่สนใจศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยชี้แจงให้

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ยินยอมตนทำวิจัย) ทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ แม้ว่าจะได้ตอบ รับการเข้าร่วมไปแล้วก็ตาม โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับ

3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์สถานการณ์ ความเครียดของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์นี้จะทำในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เพื่อที่จะสามารถตอบคำถามได้สะดวก บทสัมภาษณ์ถูกบันทึกใส่เทป ชื่อของกลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลอื่นที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวอ้างถึงในการสัมภาษณ์จะถูกเปลี่ยน เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการบันทึกเสียงได้ในบางการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์

4. หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม (Informed consent form) ซึ่งผลการวิจัยถูกนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภูมิฐานะและอาชีพ และเสนอผลเพื่อการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลถึงคณะบดีคณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีและผ่านการอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนก อายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และหน่วยให้ยาเคมีบำบัดระยะสั้น (Short Stay Service; SSS) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพบผู้ป่วยผู้วิจัยแนะนำตัว โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

ขั้นวางแผนและเตรียมการ

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 ท่าน เป็นพยาบาลประจำการจบการศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5 ปี และจบการศึกษาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดเป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงเกณฑ์ในการประเมินและใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจได้ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยสาธิตการเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาแนวทางและขั้นตอนการเก็บข้อมูลและคอยช่วยเหลือแนะนำผู้ช่วยวิจัยในระยะแรกเมื่อมีปัญหา

ขั้นตอนการ

1. เมื่อได้ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ จากนั้นสอบถามถึง

ความพร้อมในการตอบแบบสอบถามในวันนั้น ถ้าผู้ป่วยพร้อมที่ให้อข้อมูลในวันนั้น ผู้วิจัยนำผู้ป่วยไปยังบริเวณที่เตรียมไว้เพื่อที่สามารถตอบแบบสอบถามได้สะดวกและมีสมาธิในการตอบ และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม (Informed consent form) โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามแต่ละชุดอย่างละเอียด จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าใจแล้วจึงให้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ถามถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสถานการณ์ความเครียดในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับยาเคมีบำบัด โดยเล่าเหตุการณ์ให้ผู้วิจัยบันทึกเสียง เมื่อผู้ป่วยบรรยายจบให้ประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์เหล่านั้นในภาพรวม หลังจากนั้นให้ตอบแบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยในขณะตอบให้ระลึกว่าเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่บรรยายมาในตอนต้นเท่านั้น ให้ผู้ป่วยเลือกระดับความถี่ของวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นอันดับสุดท้าย

ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้งหมดในวันนั้น ผู้วิจัยนัดวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกในการให้อข้อมูลในครั้งต่อไป โดยที่ผู้วิจัยยังคงให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทั้ง 3 ข้อก่อน แล้วจึงให้ตอบแบบสอบถามส่วนต่างๆ ตามลำดับข้างต้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้เอง ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ แล้วให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกตอบตามความต้องการ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยให้บุคคลที่มาอยู่กับผู้ป่วยลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ป่วยในหนังสือยินยอม (Informed consent form) สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเองแทน โดยระบุว่าตนเองเป็นผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยในฐานะใด แต่ทั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 40-60 นาที ผู้วิจัยตระหนักว่า ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามค่อนข้างยาวนาน ความเหนื่อยล้าจากการตอบข้อคำถามอาจส่งผลต่อคำตอบได้ ดังนั้นเมื่อการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดสิ้นสุดลง ผู้วิจัยจึงให้ผู้ผู้ป่วยได้พักก่อนการตอบแบบสอบถามในชุดต่อไป

2. ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยตอบอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามข้อข้องใจได้ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบแก่ผู้ป่วย

3. หลังจากผู้ป่วยได้ตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ลงบันทึกด้วยตนเองโดยบันทึกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ข้อมูลสถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ

2.1 สถานการณ์ความเครียด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดแยกเข้าหมวดหมู่ (categories) ของสถานการณ์และวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ)

การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นการพยายามบรรยายเนื้อหาของข้อความโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุวิสัย (objective) คือ การบรรยายในเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตนเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง เทคนิคสำคัญที่สุดในการวิเคราะห์เนื้อหา คือ การวางระบบข้อมูลโดยการจัดประเภทของคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ จากนั้นจำแนกประเภท (categories) ของคำและข้อความให้ได้ประเภทที่ดี ครอบคลุมและตรงตามปัญหาการวิจัย (สุภาพร จันทวานิช, 2542) สำหรับการวิเคราะห์เนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา สถานการณ์ความเครียดที่ผู้ปวยมะเร็งลำไส้ใหญ่บรรยาย จำแนกและจัดหมวดหมู่สถานการณ์ความเครียดตามเนื้อหาที่ปรากฏ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

- 1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้นำมาถอดเทปทุกถ้อยคำหลังการสัมภาษณ์
- 2) ผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและพิจารณาเนื้อหาคำพูด
- 3) แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของสถานการณ์ที่ผู้ปวยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดประเมินว่าเป็นความเครียด โดยให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้การจำแนกข้อมูลไม่เกิดปัญหาว่า คำหรือข้อความสามารถถูกจำแนกเข้าหลายๆประเภทพร้อมกัน นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
- 4) นำข้อมูลที่แยกประเภทและจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์จากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา

2.2 ระดับความเครียดวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

3. แรงสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

4. การเผชิญความเครียด

- จำนวนค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริง (Raw score) โดยรวมและรายด้าน

- คะแนนสัมพัทธ์ (Relative scores) โดยการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ได้จากการหาสัดส่วน (Proportion) ของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เช่น ถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Vitaliano, et al., 1987 อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2540: 9)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ

CF	=	คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
ME _{CF}	=	ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
ME _{EM}	=	ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการจัดการกับอารมณ์
ME _{PA}	=	ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติดังต่อไปนี้

- ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีระดับการวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) หรือแบบมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) ดังนั้นในการหาความสัมพันธ์จึงต้องปรับตัวแปรที่มีมาตรวัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) คือ เพศ เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้
เพศ กำหนดให้ เพศชาย = 0 และเพศหญิง = 1

- กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาสุ่มมาจากกลุ่มประชากรที่มีการแจกแจงเป็น โกล์ปกติ
- ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็น โกล์ปกติ
- ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด ความสัมพันธ์ของระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 5 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลเชิงบรรยาย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และแผนก Short Stay Service (SSS) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 63 ราย ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ผ่านการคัดกรองด้วยคำถามคัดกรองว่า “ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมามีจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับยาเคมีบำบัด คุณมีความรู้สึกเครียด/ กังวลใจ/ ทุกข์ใจหรือไม่ จากการได้รับยาเคมีบำบัด” โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยา

เคมีบำบัดจำนวน 8 รายไม่มีความเครียด ส่วนอีก 5 ราย ผู้ป่วยปฏิเสธการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.37 ของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้คัดกรองไว้ในการศึกษา

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดโดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นลำดับแรก จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 47 ราย ได้รับการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดพร้อมตอบแบบสอบถามเสร็จในครั้งเดียว ส่วนอีก 3 ราย ตอบแบบสอบถามไม่เสร็จในครั้งเดียวจึงนัดวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกในการให้ข้อมูลในครั้งต่อไป รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประมาณ 40- 60 นาที ในจำนวนนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 15 คน ได้รับการทดสอบการรับรู้โดยทำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คนมีคะแนนการทดสอบอยู่ระหว่าง 35 ถึง 40 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสามารถในการรับรู้ปกติ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุอยู่ระหว่าง 29 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 55.24 ปี ($SD = 11.42$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 200,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 36,300 บาทต่อเดือน ($SD = 34983.52$) ร้อยละ 68 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 20 มีเงินรายได้เหลือเก็บ การศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 30 อยู่ในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10.98 ปี ($SD = 5.37$) อาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 42 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด แต่ร้อยละ 18 ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดย
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 50)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	50
หญิง	25	50
อายุ (ปี)		
18 – 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	5	10
41 – 60 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	30	60
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	15	30
(พิสัย 29 - 79 ปี ค่าเฉลี่ย = 55.24 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.42)		
ศาสนา		
พุทธ	49	98
อิสลาม	1	2
สถานภาพสมรส		
โสด	7	14
คู่	38	76
หม้าย	4	8
หย่าหรือแยกกันอยู่	1	2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2
ประถมศึกษา	15	30
มัธยมศึกษา	8	16
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา	10	20
ปริญญาตรี	12	24
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4	8
ระยะเวลาการศึกษา (ปี)		
(พิสัย 0 – 20 ปี ค่าเฉลี่ย = 10.98 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.37)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	42
ค้าขาย	4	8
รับจ้าง	6	12
ธุรกิจส่วนตัว	3	6
เกษตรกรกรรม	2	4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	28
รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
เพียงพอ	34	68
ไม่เพียงพอ	6	12
เหลือเก็บ	10	20
(พิสัย 10,000-200,000 บาท ค่าเฉลี่ย = 36,300 บาท ค่ามัธยฐาน = 30,000 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 34983.52)		
วิธีชำระค่ารักษาพยาบาล		
เสียค่ารักษาพยาบาลเอง	9	18
สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท)	11	22
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วน	3	6
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด	24	48
สิทธิประกันสังคม	3	6

นอกจากนี้ในด้านระยะการดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 2 ร้อยละ 20 โดยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ระหว่าง 2 ถึง 14 ครั้ง เฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5 ครั้ง (SD = 2.23) และส่วนใหญ่ร้อยละ 58 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Leucovorin ร่วมกับ 5-FU ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดย
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 50)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด		
2 nd - 6 th	43	86
7 th - 12 th	6	12
13 th - 18 th	1	2
(พิสัย 2 – 14 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 5 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.23)		
ระยะการดำเนินของโรค		
ระยะที่ 2	10	20
ระยะที่ 3	38	76
ระยะที่ 4	2	4
สูตรการได้รับยาเคมีบำบัด		
Leucovorin ร่วมกับ 5- Fluorouracil	29	58
Leucovorin ร่วมกับ 5- Fluorouracil และ Eloxatin	11	22
Leucovorin ร่วมกับ 5- Fluorouracil และ Oxalipatin	8	16
อื่นๆ	2	4

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 50 ราย โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดระลึกถึงและบรรยายถึงสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดและผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับยาเคมีบำบัด โดยบันทึกทบทวนขณะที่ผู้ป่วยบรรยาย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดบรรยายมาวิเคราะห์ เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็นข้างต้น นอกจากนี้ยังนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็นซึ่งผู้วิจัยรวบรวมจากคำพูดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายในการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดนำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

1. ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รับรู้สถานการณ์ความเครียด คือ สถานการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความเครียด กังวลใจ ทุกข์ใจ ซึ่งสามารถแบ่งสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้ 5 ประเภท ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) ความไม่แน่นอนของการรักษา 3) กังวลใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมาน กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 4) กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และ 5) ความยากลำบากในการเดินทาง

1.1 เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา

การเกิดอาการข้างเคียงของการรักษาเป็นสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการที่ก่อให้เกิดความเครียดได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มีอาการของระบบทางเดินอาหาร มีอาการของระบบผิวหนัง ผื่นและขนร่วง มีอาการของระบบประสาท และการนอนไม่หลับ

อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 22 มีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยอธิบายว่า “รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยๆ ไม่มีเรี่ยวแรง หดแรงแรง ง่วงนอน” เป็นอาการข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการอ่อนเพลีย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง นอนหลับได้ไม่มีประสิทธิภาพ มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานและการประกอบอาชีพ รู้สึกร่างกายของตนเองอ่อนแอ ขาดความพร้อมในการที่จะได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“ก็ไอ้เรื่องคลื่นไส้ กินไม่ได้นี่แหละ ยานี้มันแรงเหมือนกันนะ พอให้ไปนอนวันรุ่งขึ้นเริ่มเลยพะอืดพะอมก่อน หลังจากนั้นก็มีอ้วกบ้าง แต่พะอืดพะอมจะเป็นส่วนใหญ่ แล้วมันก็ทำให้เราเพลียอยู่ชะสอง สามวัน จะออกไปไหน ไปทำอะไรก็ไม่ไหว”

(ผู้ป่วยรายที่ 13 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

“ยา...มันก็จะทำให้เราเพลียและก็ทานข้าวไม่ได้อยู่ช่วงหนึ่ง ประมาณซักสี่ถึงห้าวัน หลังจากนั้นก็จะค่อยๆดีขึ้น ก็พอจะทานข้าวได้แล้วก็จะเริ่มมีแรงขึ้น”

(ผู้ป่วยรายที่ 16 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

“... เพียงแต่มันรู้สึกเพลียมากช่วงที่ให้ยา ไม่อยากจะพูดจะจากับใคร อยากนอนเฉยๆ”

(ผู้ป่วยรายที่ 21 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

มีอาการของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 56 มีอาการของระบบทางเดินอาหารผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก มีการรับรสเปลี่ยนไปโดยจะไวต่อรสขมมากขึ้นและรับรสเค็มและหวานได้ลดลง ไวต่อกลิ่น ซึ่งผู้ป่วยมักบอกว่ากลิ่นจะทำให้อาเจียนมากขึ้นทั้งกลิ่นอาหารของโรงพยาบาล กลิ่นอาหารที่บ้าน ซึ่งบางรายมีอาการมาก ข้าว นมหรือน้ำหวานก็รับประทานไม่ได้ รับประทานได้เฉพาะอาหารที่ไม่มีกลิ่นเช่น น้ำ น้ำข้าวหรือผลไม้รสเปรี้ยว ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“โอ้ย...หนที่ผ่านมาอาการหนักมาก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียนรู้สึกทรมานมาก ข้าวก็กินไม่ลง ลองลดเนื้อสัตว์ลง ไม่กินหมู เห็ด เป็ด ไก่เหมือนแต่ก่อน ลองกินแต่ข้าวต้มก็ยังกินไม่ได้ สุดท้ายก็กินได้แต่น้ำข้าวเปล่าๆ”

(ผู้ป่วยรายที่ 3 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

“ที่ผ่านมา... รับประทานแล้วแพ้เหมือนกัน รับประทานแล้วอ้วก เหมือนอาหาร เบื่ออาหาร ไปประมาณอาทิตย์หนึ่ง ช่วงนั้นมันทรมานมาก มันมีอาการเหมือนคนแพ้ท้องเลย ยังงัยยังงั้นต้องคอยหาของเปรี้ยวๆ ไว้ใกล้ๆมือ... มันก็พอช่วยบ้าง”

(ผู้ป่วยรายที่ 15 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 9)

“ตอนที่อยู่โรงพยาบาลพอให้ยาวันแรกก็เริ่มมีเหิมนเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ไม่อยากอาหาร วันที่ 2 ก็เริ่มมีอาเจียน กลับไปอยู่บ้านก็อาเจียนต่ออีก สัปดาห์วัน มันอาเจียนตอนได้กลิ่นกับข้าว ลูกสาวเค้าทำแกง พอกลิ่นลอยมาก็เริ่มคลื่นไส้ แล้วหลังจากนั้นก็อาเจียนเลย... ส่วนมากออกมาเป็นน้ำลาย แล้วมันเหิมนอาหารไปหมด กินได้แต่ส้ม”

(ผู้ป่วยรายที่ 42 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

“เจ็บปาก...ทำให้เป็นปัญหาในการกินอาหาร แต่ก็อ่านจากคู่มือเค้าให้บ้วนปากด้วย น้ำเกลือบ่อยๆ ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนๆต้องระวังอย่าให้เลือดไหลก็ช่วยได้บ้าง แต่มันกินอาหารไม่ได้ทั้งที่หิว จะเป็นอะไรที่ทรมานมากเลย ไม่อยากผอม เพราะจะดูเหมือนคนป่วย ไม่แข็งแรง อยากทานได้ จะได้หายเร็วๆ”

(ผู้ป่วยรายที่ 43 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

มีอาการของระบบผิวหนัง ผมและขน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 10 มีอาการของระบบผิวหนัง ผมและขน คือ รากผมและขนหลุดร่วงง่าย ซึ่งมีอาการตั้งแต่ผมร่วงเล็กน้อยจนถึงศีรษะล้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“ผู้หญิงนะคะ ผมก็เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเราใช้มียะกะ หัวเราผมร่วงเยอะมาก เกือบหมดหัวแล้ว เหมือนนกตะกรุมเลย มันยังงัยไม่รู้ผู้หญิงเวลาที่ไม่มีผมมันตลกนะ บางคนเค้าเคยเห็นเรามาก่อน เค้าก็ถามเราว่าเราไปบวชชีมาหรือ”

(ผู้ป่วยรายที่ 24 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

“เครียดเรื่องให้ยาแล้วมีผมร่วง รู้สึกรับไม่ได้ที่ผมร่วง แต่หมอก็บอกเป็นผลข้างเคียงจากยาเราไม่ชอบใส่วิก ใส่แล้วมันร้อน มันอึดอัด บางทีนั่งรถวิกจะปลิวลมต้องคอยจับไม่ให้ปลิว ปกติไม่ชอบแต่งตัว เวลาไปไหนก็รวผมก็ไปได้ แต่ใส่วิกต้องคอยจับ คอยแต่ง เลยไม่ชอบ”

(ผู้ป่วยรายที่ 39 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

“...ผมก็เริ่มร่วง จากผมยาว พอร่วงมากๆเข้าก็ต้องไปตัดผมสั้น ร้องไห้เลย ก็เราเป็นผู้หญิงนะ ผมร่วงแบบนี้รู้สึกใจหาย ไม่อยากออกไปไหนเลย แต่พยาบาลก็แนะนำปลอบใจว่าเป็นผลข้างเคียงจากยา หมอศุภกฤษณ์ผมก็จะขึ้นมาใหม่ ตอนนี้ก็ให้ใส่วิกไปก่อน”

(ผู้ป่วยรายที่ 43 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

มีอาการของระบบประสาท (ชาปลายมือ ปลายเท้า มึนศีรษะ เวียนศีรษะ) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 14 มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 2-3 ครั้ง ดังที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“มีชาปลายมือ ปลายเท้า มันทำให้ลูกนั่งไม่ค่อยถนัดเหมือนเดิม มันทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่”

(ผู้ป่วยรายที่ 34 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

“ก็มีน้อยนะแค่มีชาปลายมือ ปลายเท้า ทำให้เดินไม่ค่อยมีแรงเท่าไหนไปไหนไม่ค่อยสะดวกเหมือนก่อน เป็นอยู่ประมาณอาทิตย์นึงก็หาย พอมาให้ยาอีกก็เป็นอีก อย่างคราวนี้ก็จะ เป็นอีก”

(ผู้ป่วยรายที่ 41 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

“ไม่ค่อยมีความเครียดมาก แต่รู้สึกว่ามีบางตัวที่ได้แล้วทำให้รู้สึกขาลายมือ ปลายเท้า ก็จะทำให้เครียด แต่ก็ต้องทน คงต้องสู้ เพราะคิดว่าหมอพิจารณาให้แล้วว่าเหมาะสมที่จะให้”

(ผู้ป่วยรายที่ 49 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

นอนไม่หลับ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วนั้น ส่งผลทางอ้อมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการศึกษารายนี้ร้อยละ 4 เกิดอาการนอนไม่หลับ ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“อันนี้ตอนนี้ก็ถือว่าเครียดน้อย ก็มีกังวลนิดเดียวคือว่า นอนไม่ค่อยหลับ...มันคอยคิดคอยกังวลว่าถ้าครั้งหน้ามาให้ยาจะมีอาการอะไรอีก”

(ผู้ป่วยรายที่ 11 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

“ช่วงที่ร่างกายไม่ค่อยดีจะนอนไม่หลับ จะเป็นอยู่ประมาณสี่ถึงห้าวัน หลังจากนั้นจะค่อยๆดีขึ้น... ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็ปล่อยให้มันเป็นไป เรารู้แล้วเดี๋ยวมันก็จะดีขึ้นเอง”

(ผู้ป่วยรายที่ 16 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

1.2 ความไม่แน่นอนของการรักษา

สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการศึกษารายนี้รู้สึกเครียดได้แก่ ความไม่แน่ใจในผลการรักษาว่าจะได้ผลหรือไม่ รวมทั้งการที่ให้ยาเคมีบำบัดไปแล้วไม่ได้ผลต้องมีการปรับเปลี่ยนยาชนิดใหม่ พบได้ร้อยละ 18 ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีลักษณะการดำเนินโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย โอกาสรอดมีน้อย ดังนั้นการมีชีวิตรอดอยู่กับความรู้สึกที่ไม่แน่นอนจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ดังที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“ครั้งแรกที่ให้ยาผ่านไป หมอไม่นับเพราะไม่ได้ผล ก่อนมะเร็งมันไม่ตอบสนอง ต้องมาเริ่มยาชนิดใหม่ ครั้งที่ 2 ถึงได้ท้องยุบลงหน่อย นับครั้งที่ 2 เป็นครั้งที่ 1 ใหม่ ตอนนี้ก็เป็นครั้งที่ 2 แล้วของยาสูตรนี้... ใจมันไม่ดี ไม่มั่นใจว่าจะหายมั้ย”

(ผู้ป่วยรายที่ 7 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

“ไม่แน่ใจว่าโรคมะเร็งที่เราเป็นอยู่นี้มันจะหายร้อยเปอร์เซ็นต์มั้ยตอนนี้ก็ให้ยามาได้ครึ่งทางแล้ว”

(ผู้ป่วยรายที่ 29 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

“เมื่อให้ยาไปแล้วก้อนเนื้อจะหายไปไหน จะตอบสนองต่อยามั้ย ก้อนเนื้อจะลุกลามไปที่อื่นหรือเปล่าก็คงต้องใช้เวลาและก็ต้องมีการตรวจเป็นระยะ ก็คิดอยากจะหาย แต่ไม่รู้อะไรจะหายมั้ย แต่ช่วงที่ให้ยานี้รู้สึกว่าจะมีอะไรมากระทบจิตใจง่าย เพราะใจมันคอยคิดอยู่ตลอดเวลา ใครก็รู้ว่าโรคมะเร็งนี้เป็นแล้วรักษาไม่ค่อยหาย”

(ผู้ป่วยรายที่ 40 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

1.3 กังวลใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมาน กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 18 มีความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ มีความกังวลใจ ห่วงใยทั้งในเรื่องความเจ็บป่วย อาการข้างเคียงที่ตนกำลังเผชิญอยู่ เป็นห่วงครอบครัวและคนข้างหลัง โดยเฉพาะเมื่อบุตรยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือบุตรที่ยังไม่ได้แต่งงาน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ซึ่งเคยมีประสบการณ์ตรงจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมาแล้วจะเกิดความรู้สึกกังวลใจ กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจจะเกิดขึ้นอีก ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวว่าจะมีอาการเหมือนการมารับยาในครั้งที่ผ่านๆมาหรือไม่หรือในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว แต่ยังไม่เกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดแต่ได้รับการบอกเล่ามาก็มีความกังวลใจ กลัวว่าตนจะมีอาการดังที่รับรู้มา ดังที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“ผมอยากจะให้การรักษาพยาบาลผ่านพ้นไปด้วยดี เพราะผมมีความจำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวลูกผมก็ยังไม่โต ลูกสาวคนโตอายุเพิ่งจะ 23 ส่วนคนเล็กอายุแค่ 20 หนังสือหนังหาที่ยังเรียนไม่จบ”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

“เรื่องทุกข์ใจแรกๆก็มีเหมือนกันครับ ไม่รู้ว่าให้ยานี้ไปแล้วจะมีอาการยังงัยบ้าง ก็เคยคุยกับคนที่เค้าให้ไปแล้ว เค้าก็บอกว่ามันจะมีคลื่นไส้ กินไม่ได้ ท้องเสียแต่ของผมหลังจากที่ให้ครั้งที่แล้วผ่านไปมันก็มีแค่พะอืดพะอม แล้วรู้สึกเจ็บปากนิดหน่อย ไม่รู้ว่าเป็นเพราะเราเพิ่งเริ่มให้หรือเปล่า ถ้าให้ไปนานๆก็คงมีอาการเหมือนเค้า”

(ผู้ป่วยรายที่ 10 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

“ช่วงที่ได้รับยา ก็จะกังวลว่าจะมีมีนหัว เวียนหัวอีกมัย เพราะว่าเคยได้ยาไปแล้วมันเวียนหัวมาก มันทรมาณ ต้องนอนอย่างเดียวล้มตาไม่ได้เลย บ้านมันหมุนไปหมด”

(ผู้ป่วยรายที่ 32 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 14)

ผู้ป่วยบางรายที่ยอมรับสัจธรรมที่ว่าเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ มักจะบอกว่า “ไม่ได้กลัวตาย... แต่กลัวความเจ็บปวดทรมาน” จากอาการข้างเคียงของการรักษา ดังที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“ตอนนี้ลุ้งยังไม่มีอาการอะไร ก็เพิ่งให้แค่ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 เอง แต่ก่อนให้ยาครบหมดเขาบอกกันว่าบางคนอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลียได้ ลุ้งกลัวว่าลุ้งจะทรมาณหรือเปล่าถ้าลุ้งเป็นกลัวจะทรมาณ..... ลุ้งไม่กลัวเสียชีวิต คนเราเกิดมาแล้วก็ต้องตาย ถ้ารักษาไม่หายมันก็ต้องตาย กลัวอย่างเดียวคือความเจ็บปวดทรมาน...”

(ผู้ป่วยรายที่ 12 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

1.4 กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เนื่องจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ประกอบกับก่อนและ/หรือภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องมารับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดที่มีราคาแพงอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งเป็นเวลานาน รวมถึงต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวเกรงว่าครอบครัวจะเบื่อหน่าย ทอดทิ้งตนและเป็นห่วงว่าถ้าไม่มีเงินคุณภาพการรักษาจะด้อยลงหรือไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่กล่าวถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บอกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก ถ้าเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยก็ลำบาก ดังที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“คิดทุกวัน กลัวไม่มีเงินให้หมอ ให้พยาบาล ถ้าไม่มีเงินกลัวหมอจะไม่รักษาให้ เค้านพูดกันว่าถ้าใครมีเงินหมอเค้าจะสั่งยาดีๆ ให้ ทำให้หายเร็ว ถ้าใครไม่มีเค้าก็จะสั่งยาถูกๆ ให้ เราก็อยากหายนะ แต่อย่างว่าค่ายา มันแพงเหลือเกิน ไม่รู้ว่าเงินที่มีอยู่จะพอรักษามั้ย”

(ผู้ป่วยรายที่ 22 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

“ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา แม้ว่าค่ายาจะเบิกได้เต็มจำนวน แต่ก็ต้องสำรองจ่ายไปก่อน ค่ารักษาในแต่ละครั้งก็แพงมากมาโรงพยาบาลให้ยาทีหนึ่งก็กลัวว่าเงินสำรองที่มีอยู่จะไม่พอ เนื่องจากเราก็มียาจ่ายอื่นๆอีกจำนวนไม่น้อย ลูกก็ยังเล็กอยู่”

(ผู้ป่วยรายที่ 47 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 8)

1.5 ความยากลำบากในการเดินทาง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 6 ต้องมีความลำบากในการเดินทาง เนื่องจากในการได้รับยาเคมีบำบัดจะต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเดินทางมารับการรักษาทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันต่อครั้ง ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่เขตปริมณฑลต้องตื่นแต่เช้าเพื่อมารับยาเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดต้องมาหาที่พักบริเวณใกล้สถานบริการสุขภาพ ทำให้ชีวิตเกิดความยุ่งยาก จึงก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ดังที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“ลำบากเรื่องการเดินทางนะหนู เราเคยอยู่แต่บ้านนอกนะนะ พอมาให้อยู่ที่นี่ก็มาอยู่กับลูกเค้า...ที่นี้พอลูกเค้าพาขับรถแท็กซี่ในกรุงเทพฯ ที่มันเวียนหัว พานจะให้อ้วก ให้เป็นลมชะให้ได้ ปากก็ไม่รู้ว่าจะอยู่จนถึงให้ยาครบหรือเปล่า”

(ผู้ป่วยรายที่ 28 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

“ลำบากในการเดินทาง ต้องออกจากบ้านมาตั้งแต่ตี 5 กว่าจะได้ยากี่เที่ยง เหนื่อย เพลียที่ต้องนั่งรถนานๆ...ขึ้นรถทัวร์จากนครพนมมาคนเดียว รู้สึกว่ามันไกล แต่ก็ต้องมาให้ยา ก็ต้องทนเอา”

(ผู้ป่วยรายที่ 39 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บรรยายถึงสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทุกรายแล้ว สามารถนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยพบว่า ความเครียดที่เกิดจากอาการข้างเคียงของการรักษาพบมากที่สุด โดยพบมากในเรื่องของการมีอาการของระบบทางเดินอาหารพบได้ถึงร้อยละ 56 รองลงมา คือ ความไม่แน่นอนของการรักษาและกังวลใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมาน กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด พบได้ร้อยละ 18 เท่ากัน ส่วนความกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความยากลำบากในการเดินทางพบได้ร้อยละ 10 และร้อยละ 6 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N= 50)

สถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด	ความถี่	ร้อยละของผู้ป่วย
เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา		
- อ่อนเพลีย	11	22
- มีอาการของระบบทางเดินอาหาร (พะอืดพะอม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปาก/เจ็บคอ มีแผลในปาก เบื่ออาหาร/รับประทานอาหารไม่ได้)	28	56
- มีอาการของระบบประสาท (ชาปลายมือ ปลายเท้า มีนึ่ศีรษะ/เวียนศีรษะ)	7	14
- มีอาการของระบบผิวหนัง ผื่นและขน	5	10
- นอนไม่หลับ	2	4
ความไม่แน่นอนของการรักษา	9	18
กังวลใจ, กลัวความเจ็บปวด ทรมาน, กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	9	18
กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	5	10
ความยากลำบากในการเดินทาง	3	6

หมายเหตุ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 คนอาจมีความเครียดมากกว่า 1 อย่าง

2. ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้บรรยายไว้ ผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 30 มักจะกล่าวถึงการที่ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง ภายหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผลมาจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเบื่ออาหารที่เกิดขึ้น ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารในระยะแรกและต่อมาก็รับประทานอาหารไม่ลง ทั้งๆที่รู้สึกหิว ทำให้อ่อนเพลีย ซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยๆ ไม่มีเรี่ยวแรง หดแรงแรง ง่วงนอน” ดังที่กล่าวมาแล้วในช่วงที่กล่าวถึงความเครียดที่เกิดจากการได้รับยา

เคมีบำบัด ซึ่งอาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและผู้ป่วยมักกล่าวถึงการมีความแข็งแรงของร่างกายขึ้นๆลงๆ สลับกันไปตลอดช่วงของการมารับยาเคมีบำบัด ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผมเป็นอย่างมาก ร่างกายมันไม่แข็งแรงเหมือนก่อน ออกกำลังกายไม่ไหว โดยปกติผมเคยทำสวนเล็กๆ น้อยๆ ได้ เดียวนี้ก็ทำไม่ได้ เคยรดน้ำต้นไม้ รดต้นไม้ก็ทำไม่ไหว”

(ผู้ป่วยรายที่ 2 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

“ได้ยาไปแล้วในช่วง วันสองวันแรกมันจะเพลีย ทำอะไรก็ไม่ได้ ต้องนอนอย่างเดียวอยู่บ้านงานที่เราอยากทำที่เราเคยทำ อย่างกวาดบ้าน เช็ดบ้าน ก็ไม่มีแรงที่จะทำ ก็ต้องเอาหูไปนาเอาตาไปไร่ ปล่อยให้สกปรกไป... ตอนนี่ก็ต้องพยายามปล่อยวาง ปล่อยทุกอย่าง ก็เยอะแล้วค่ะ”

(ผู้ป่วยรายที่ 22 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

“เคยเดินเหินไปไหนมาไหนคนเดียว เดียวนี้ก็ทำไม่ได้เหมือนแต่ก่อน เรามันเคยไปโน่นมานี่เอง ก็ไปไม่ได้ ก็ท้อแท้ในชีวิตนะ... มันเพลียๆ เลยทำอะไรไม่ค่อยได้”

(ผู้ป่วยรายที่ 23 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองป่วยเป็นโรคที่รักษายากและไม่รู้ว่าจะหายขาดหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสาเหตุที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 8 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและพยายามมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“เรื่องอื่นก็ไม่มีอะไรค่าใช้จ่ายก็ไม่น่าจะมีปัญหา เพราะเราบิ๊งได้ เรื่องกิจวัตรประจำวันก็ไม่มีอะไร เพียงแต่ว่ามีวันนี้เราจะกินอะไรจะทานอะไรดี เพราะบางอย่างเราก็จะหลีกเลี่ยงพยายามไม่ให้มันไปกระทบกับโรคของเรา... จะไม่ค่อยทานเนื้อ พวกเนื้อหมู เนื้อสัตว์อะไรอย่างนี้ ทานพวกเนื้อปลา กุ้ง แล้วก็โปรตีน มังสวิรัติ ถั่ว ผัก ทานไข่ขาวบ้างก็สลับกันไป”

(ผู้ป่วยรายที่ 16 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

“ปกติเป็นคนที่ชอบทานอาหารรสเผ็ด เดียวนี้ก็งดไม่ทาน เพราะเรารู้แล้วว่ารสชาตินี้ไม่มีประโยชน์อะไร มันช่วยแค่ปรุงแต่งเท่านั้นมีแต่โทษ ตอนนี่ก็หันมาดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น หันมาทาน

ผักให้มากขึ้นเพราะมันมีประโยชน์ ถึงแม้จะผักบางอย่างผมไม่ชอบก็ต้องฝึกทาน... ก็อย่างจำพวก กระน้ำ หัวหอม เพราะพยาบาลที่อยู่ในห้องตรวจเค้านบอกว่ามันช่วยไม่ให้ท้องผูก โรคของผมไม่ควรให้ท้องผูก”

(ผู้ป่วยรายที่ 31 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

2.2 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานและต่อเนื่อง รวมทั้งต้องเผชิญกับอาการแสดงต่างๆ มากมายจากการรักษาที่ได้รับ ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดน้อยลงหรือแตกต่างจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (ร้อยละ 12) จากเหตุการณ์อันเนื่องมาจากการรักษาและในผู้ป่วยบางรายการได้รับยาเคมีบำบัดอาจทำให้รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยรู้สึกอับอายต่อภาพลักษณ์ของตนเอง (ร้อยละ 8) จนไม่อยากเข้าสังคมกับผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อ หงุดหงิด (ร้อยละ 6) เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ท้อแท้ อยากตาย (ร้อยละ 10) ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผมเป็นอย่างมาก...ร่างกายผมไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ผมจะออกกำลังกายก็ไปไม่ได้เลย เคยทำสวนเล็กๆ น้อยๆ ก็ทำไม่ได้ เคยรดน้ำต้นไม้ก็ไม่ได้ รดน้ำก็ทำไม่ได้เลย เบื่อไม่อยากทำ หงุดหงิด ทำความลำบากให้คนรอบข้าง แต่ก็ยังดีที่พอช่วยเหลือตัวเองได้”

(ผู้ป่วยรายที่ 2 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

“เหมือนคนไร้ค่า ได้แต่นั่งให้เขา (ลูก) เลี้ยง ทั้งๆ ที่อายุยังไม่มาก เขาก็ต้องทำมาเลี้ยงเรา เป็นภาระ ...แต่ลูกเค้าก็บอกอยู่ตลอดนั่นแหละว่าไม่เป็นไร เค้าเลี้ยงไหว ให้พ่ออยู่เฉยๆ อยู่กับเค้านานๆ”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

“ตอนให้เคโม วันสองวันแรกกินข้าวไม่ได้เลยทรมาน ลำบากกาย ลำบากใจ ใครไม่โดนไม่รู้ทั้งท้อแท้ ทั้งทรมานอยากตายซะให้ได้”

(ผู้ป่วยรายที่ 5 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

“ตั้งแต่ที่พี่ให้ยามา พี่ก็อยู่กับบ้านมาตลอด... ไม่ได้ออกนอกบ้านเลย ไม่อยากไปไหน
อายเค้า กลัวคนเค้าถามพี่ พี่ไม่อยากบอกว่าเป็นมะเร็งแล้วอีกอย่างพี่ไม่อยากให้ใครเค้ามาส่งสารพี่”
(ผู้ป่วยรายที่ 8 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

“เรื่องกังวลใจเกี่ยวกับการเดินทางมาโรงพยาบาลคือ ต้องอาศัยลูกเป็นคนพามาและลูก
รับราชการต้องลางาน มาทำหน้าที่พาแม่มาหาหมอเกรงว่าหน่วยงานจะไม่เข้าใจความจำเป็นอันนี้
บางครั้งทำให้กังวล เครียดรู้สึกเป็นห่วงลูก”
(ผู้ป่วยรายที่ 29 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

2.3 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

การได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อหน้าที่ การงาน (ร้อยละ 28) เนื่องจาก
ผลข้างเคียงของการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอลง อ่อนเพลีย ต้องการการพักผ่อนมากขึ้น
กว่าเดิม ทำให้ทำงานหนักไม่ได้ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนงาน ลาออกจากงาน ถูกโยกย้ายหรือไม่
ได้รับผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเต็มที่ นับเป็นการด้อยโอกาสในการทำงานของผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยตรง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้า
ในหน้าที่การงาน ทำให้ขาดรายได้ในการจุนเจือครอบครัว (ร้อยละ 8) ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วย
กล่าวเช่น

“หลังให้ยาจะรู้สึกอ่อนเพลีย ขาปลายมือ ปลายเท้านี้แหละ เนื่องจากพี่มีอาชีพเป็นครู
พอมันชาทำให้เราสอนหนังสือ เขียนกระดานให้เด็กดูไม่ได้ ทำให้ต้องหยุดสอนหนังสือไป
ประมาณอาทิตย์นึงทุกครั้งหลังให้ยา แต่จากนั้นก็กลับไปสอนได้เหมือนเดิมหลังจากพักนะ แต่
บางครั้งเวลาสอนหนังสืออยู่ก็รู้สึกว่ามันเพลีย ก็จะให้งานเด็กหรือให้ครูคนอื่นสอนแทน”
(ผู้ป่วยรายที่ 42 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

“เมื่อก่อนทำงานบริษัทเอกชนเป็นผู้จัดการฝ่ายจัดซื้อ ตอนนี้ลาออกแล้ว เพราะตั้งแต่
ป่วยต้องมาให้ยาก็ไปทำงานไปๆหยุดๆเวลามาให้ยาก็หยุดเป็นอาทิตย์เพราะเพลีย เราก็หยุดบ่อยก็
เกรงใจเจ้านายเพราะรู้สึกว่าเราทำงานให้เค้าไม่ได้เต็มที่”
(ผู้ป่วยรายที่ 44 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

“ไม่รู้แน่แต่เข้าใจว่าถ้าคนเป็นลูกจ้างเค้าหรือทำงานก็คงจะทำงานด้อยประสิทธิภาพแน่นอน ผม...ช่วงให้ยาผมก็ไม่ไปทำงานช่วงให้ยานี้จะไม่ไปไหนประมาณ 5 วัน หลังจากนั้นก็ไม่ไปทำงานตามปกติ... ช่วงที่ไม่ไปทำงานนายจ้างเค้าก็ตัดเงิน คิดเป็นรายวันไป”

(ผู้ป่วยรายที่ 9 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

ผลข้างเคียงจากการรักษาบางอย่างเช่น ผมร่วง จากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่สามารถปิดบังได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 14) เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกอับอายต่อภาพลักษณ์ของตนเองจนไม่อยากเข้าร่วมสังคมกับผู้อื่น บางครั้งอาจจะรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม นอกจากนี้ในช่วงการรักษาที่มีระยะเวลานานทำให้ไม่สามารถพบปะผู้คนได้ตามปกติ ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการใช้ชีวิตส่วนรวม ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวเช่น

“หลังจากได้รับยาเคมีแล้วมันมีอาการแพ้ ผมร่วง ทำให้ไม่อยากออกจากบ้าน ไปพบเพื่อนฝูงบางครั้งต้องเก็บตัวอยู่ในบ้านไม่ไปไหน... เพื่อนบางคนแสดงความห่วงใยแนะนำสิ่งที่เราทำไม่ได้ เราเกิดความกังวลไม่อยากพบใคร ชีวิตเงียบเหงา”

(ผู้ป่วยรายที่ 29 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

“ก็จะมีผมร่วง แรกๆ ก็ตกใจ มันร่วงเป็นหย่อมๆ จะไปไหนมาไหน ก็ไม่อยากไป อายเพื่อนไม่อยากออกจากบ้านเลย ... เวลาใครเค้าเชิญไปงาน ถ้าไม่สนิทกันจริงก็ไม่ไป เคียวนี่ไม่ออกนอกบ้านเลยก็เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน พอออกจากโรงพยาบาลก็เข้าบ้านเลย ไม่ออกไปไหน... ก็ตั้งแต่เริ่มให้ยานี้แหละ”

(ผู้ป่วยรายที่ 37 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับรยายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ทางด้านร่างกาย เกิดผลกระทบในเรื่องความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลง (อ่อนเพลีย ไม่มีแรง) พบได้มากที่สุดคือร้อยละ 30 รองลงมาคือ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจประจำวันพบได้ในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 8 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกท้อแท้อยากตาย พบได้ร้อยละ 12 และร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า เกิดผลกระทบต่อหน้าที่ การงานมากที่สุดร้อยละ 28 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพในสังคม และการขาดรายได้พบได้ร้อยละ 14 และร้อยละ 8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

จากแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดข้อที่ 3. ที่ถามว่า “นอกจากเรื่องทุกข์ใจ/เครียด ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัดดังที่กล่าวมาแล้ว คุณมีเรื่องอื่นใดอีกที่รู้สึกเครียดหรือทุกข์ใจ?” ในข้อนี้ผู้ป่วยทุกรายตอบว่า “ไม่มี” ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยนั้นน้อยเกินไป

ตารางที่ 4 ความถี่และร้อยละของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N= 50)

ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด	ความถี่	ร้อยละ
ทางด้านร่างกาย		
- ความแข็งแรงของร่างกายลดลง (อ่อนเพลีย ไม่มีแรง)	15	30
- ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร	4	8
- การดำเนินชีวิตประจำวัน	4	8
ทางด้านอารมณ์และจิตใจ		
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง	6	12
- ท้อแท้ อยุ่ยากตาย	5	10
- อาย	4	8
- ห่วงครอบครัว	4	8
- เบื่อ หงุดหงิด	3	6
ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม		
- ด้านหน้าที่ การงาน	14	28
- ด้านสัมพันธภาพในสังคม	7	14
- ขาดรายได้	4	8

หมายเหตุ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 คน อาจได้รับผลกระทบมากกว่า 1 ด้าน

ส่วนที่ 3 ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด การเผชิญ

ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด วัดโดยการให้ตอบแบบสอบถามความรู้สึกเป็นทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพิจารณาว่า ระดับความรู้สึกที่เป็นทุกข์ที่เป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดนั้นตรงกับประสบการณ์หรือความรู้สึกของตนมาก

น้อยเพียงใด โดยที่ 1 หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนั้นเลย และ 5 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนั้นมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินคือ 25.68 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.03) พิสัยอยู่ระหว่าง 15 ถึง 42 คะแนน (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N = 50)

ระดับความทุกข์ทรมาน	Min-Max	Mean	SD
โดยรวม	15-42	25.68	7.03
เพศชาย	15-37	23.88	5.97
เพศหญิง	16-42	27.48	7.65

ระดับความเครียด

ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด วัดโดยการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งเกิดจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บรรยายมาโดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 100 คะแนน โดย 1 มิลลิเมตร หมายถึง ระดับความเครียดที่น้อยที่สุด และ 100 มิลลิเมตร หมายถึง ระดับความเครียดที่มากที่สุด ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินคือ 33.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.44) พิสัยอยู่ระหว่าง 6 ถึง 75 คะแนน (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (N = 50)

ระดับความเครียด	Min-Max	Mean	SD
โดยรวม	6-75	33.44	19.44
เพศชาย	8-70	31.84	17.92
เพศหญิง	6-75	35.04	21.10

การเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง (raw score) ดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 75 ถึง 137 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 36 ถึง 180 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 101.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.49 คะแนน เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า คะแนนการเผชิญหน้ากับปัญหา มีค่าอยู่ระหว่าง 31 ถึง 57 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 13 ถึง 65 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์มีค่าอยู่ระหว่าง 9 ถึง 28 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 9 ถึง 45 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.62 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.77 คะแนน ด้านการบรรเทาความเครียดมีค่าอยู่ระหว่าง 14 ถึง 61 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 14 ถึง 70 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.00 คะแนน เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่ใช้จริงในแต่ละด้านของการเผชิญความเครียดสูงกว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่เป็นไปได้นั้นแสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกคนได้ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกัน

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากคะแนนจริง (Raw Score) (N= 50)

การเผชิญความเครียด	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	36-180	75-137	101.80	12.49
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	31-57	42.32	5.87
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	13-28	18.62	3.77
ด้านการบรรเทาความเครียด	14-70	28-61	40.86	6.00

เมื่อวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านว่ามาก น้อยเพียงใด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดด้านต่างๆ คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .42 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .18 และด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ .40 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดใช้การเผชิญ

ความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (N=50)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min - Max	Mean	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.35 - .52	.42	.03
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.13 - .24	.18	.13
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	.32 - .48	.40	.03

เมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้มากที่สุดและน้อยที่สุดเป็นรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 9 พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 90 ได้ใช้ คือ มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา เตรียมพร้อมที่จะรับกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุด พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบโดยปราศจากอคติ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวจัดอยู่ในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 ข้อ และเป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ 1 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 1 ข้อ ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่าร้อยละ 20 ได้ใช้ คือ ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากขึ้น ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง ประหม่า หงุดหงิด ระบายความตึงเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งอื่นและไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปเอง ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวจัดอยู่ในด้านการจัดการกับอารมณ์ถึง 3 ข้อ ในจำนวน 5 ข้อ

ตารางที่ 9 วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด (N=50)

วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของ ผู้ใช้	* ด้าน
วิธีการเผชิญความเครียดที่มีผู้ใช้มากกว่าร้อยละ 90		
1. มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	96	Pal
2. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	94	Con
3. เตรียมพร้อมที่จะรับกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุด	92	Emo
4. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบโดยปราศจากอคติ	92	Con
วิธีการเผชิญความเครียดที่มีใช้น้อยกว่าร้อยละ 20		
1. ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากขึ้น	2	Con
2. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง	4	Emo
3. ฟ้นกลางวัน เหม่อลอย	12	Emo
4. ระบายความตึงเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น	15	Emo
5. ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปเอง	16	Pal

*Con = ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา, Emo = ด้านการจัดการกับอารมณ์, Pal = ด้านการบรรเทาความเครียด

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 10 พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีค่าอยู่ระหว่าง 10 ถึง 60 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 60 คะแนน ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 41.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.10 คะแนน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.50 คะแนน รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.56 คะแนน, 12.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.15 คะแนน, 4.91 คะแนน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับ พบว่า ค่าที่เป็นไปได้ของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการเป็น 2 เท่าของค่าที่เป็นไปได้ของแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนั้น

เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับ ผู้วิจัยได้ทำให้คะแนนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ชนิดเปรียบเทียบกันได้ โดยนำคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ หารด้วย 2 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.56 คะแนน และ 3.09 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน และถ้าพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็นศูนย์ในด้านต่างๆ นั้นแสดงว่า อาจมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด

ตารางที่ 10 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกรายกลุ่มและรายด้าน (N= 50)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	0-60	10-60	41.40	10.10
กลุ่มสมาชิกในครอบครัว	0-20	3-20	16.48	3.50
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	2-8	3.56	1.23
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	0-8	0-8	3.09	1.80
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	3.18	0.98
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	3-20	12.56	4.15
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	3.01	1.83
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	0-8	0-8	1.64	2.68
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	2-4	3.26	0.66
กลุ่มบุคคลใกล้ชิด	0-20	1-20	12.36	4.91
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	1-8	2.93	1.86
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	0-8	0-8	1.77	2.72
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.88	1.02

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 5 ในบทที่ 1 “เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร” เนื่องจากตัวแปรที่นำมาศึกษามีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ค่า significance ของ Komogorov - Smirnov (K-S) .05 คือเท่ากับ .09-.99 (ดังแสดงในภาคผนวก จ) จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ตั้งไว้ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียด พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 6 ในบทที่ 1 “ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร” ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ที่ตั้งไว้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ที่ตั้งไว้ เช่นเดียวกัน แต่ไม่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ตามที่ได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N=50)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1						
2. อายุ	-.322*	1					
3. ระดับการศึกษา	.034	-.467**	1				
4. ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	.259	-.074	.262	1			
5. ระดับความเครียด	.083	-.023	.147	.516**	1		
6. การเผชิญความเครียด	-.138	.076	.026	.226	.321*	1	
7. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.448**	.347*	-.124	-.067	.163	.368**	1

* $p < .05$

** $p < .01$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ประเด็นที่นำมาอภิปรายในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชาย และเพศหญิงร้อยละ 50 เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ศรีรัตนบัลล์ (2537) และปิติสุข ไกรทัศน์ (2539) พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสในการเกิดโรคเท่ากัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ความจำกัดในเรื่องของเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์สูงชัน โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอายุอยู่ระหว่าง 29 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 55.24 ปี ($SD = 11.42$) สอดคล้องกับการศึกษาของนนท์ลักษณ์ ศันสยะวิชัย (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เช่นกันที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 200,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 36,300 บาทต่อเดือน ($SD = 34983.52$) ร้อยละ 68 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 20 มีเงินรายได้เหลือเก็บ การศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 30 อยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ทิพมาศ ชินวงศ์, 2541; เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544; ผ่องพักรัตน์ พิทยพันธุ์, 2542; ไพพร แซ่เตีย, 2544; ภัคจิรา รัชตะสังข์, 2547) ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 ปี ค่าเฉลี่ย 10.98 ปี ($SD = 5.37$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการกระจายของระดับการศึกษาและรายได้ค่อนข้างมาก ทั้งนี้เนื่องจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นสถาบันที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สามารถรักษาได้ในโรงพยาบาลประจำท้องถิ่นทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งที่ได้รับการผ่าตัดแล้วหรือยังไม่ได้รับการผ่าตัดในเขตปริมณฑลและจังหวัดใกล้เคียงจำเป็นต้องเข้ามารับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 42 มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 18 ที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จึงทำให้ร้อยละ 68 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายและร้อยละ 20 มีรายได้เหลือเก็บ

ระยะการดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีระยะการดำเนินของโรคลุ่อยู่ในระยะที่ 3 ซึ่งแตกต่างจากมะเร็งในกลุ่มอื่นๆที่มักพบโรคที่มีระยะการดำเนินของโรคในระยะที่ 2 (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544; ผ่องพิกตร์ พิชยพันธ์, 2542) ทั้งนี้เพราะอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการให้เห็นชัดเจนในระยะแรก ร่วมกับนโยบายการคัดหามะเร็งในระยะแรกยังไม่ได้เข้าถึงประชาชนในวงกว้าง จึงทำให้ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ฉะนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 จึงมาพบแพทย์และรับการรักษาเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคมามากแล้ว (ประพันธ์ กิตติสิน, 2538: 224) ซึ่งจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ระหว่าง 2 ถึง 14 ครั้ง โดยเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5 ครั้ง ($SD = 2.23$) และส่วนใหญ่ร้อยละ 58 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 5-Fluorouracil ร่วมกับ Leucovorin ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วรชัย รัตนธรราร, 2538: 107; Haydon, 2003: 121) พบว่า 5-Fluorouracil ร่วมกับ Leucovorin เป็นสูตรมาตรฐานของการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในขณะนี้

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า การเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการของระบบทางเดินอาหารได้แก่ อาการพะอืดพะอมคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปากและ/หรือเจ็บคอ มีแผลในปาก เบื่ออาหารและ/หรือรับประทานอาหารไม่ได้ เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 56) เนื่องจากตัวยา 5-Fluorouracil นี้เป็นยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร จะออกฤทธิ์ภายในระยะเวลา 3-6 ชั่วโมงและฤทธิ์จะคงอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงของยาทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปากและทางเดินอาหารเป็นแผล (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Groenwald et al., 1992) ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษาในครั้งนี้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุดและอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่งผลทำให้

ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขาดสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ระดับของโซเดียม โพแทสเซียมและแคลเซียมในร่างกายลดต่ำลง (Bender, et al., 2002 อ้างใน Marek, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ทิพมาศ ชินวงศ์, 2541; Lee et al., 2005) ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการเกิดอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ตึงเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่ จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประเมินว่าการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนจึงประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด

รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 22) มีรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 80-99 ของผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียเกิดขึ้น (Barnett, 2001: 791; Irvine et al., 1994) โดยอาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด (Berger, 1998; Love et al., 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินุช บุณเรืองโรจน์ (2548) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัด โดยพบว่าจะมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดและอาการสูงที่สุดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 1 สัปดาห์และอาการจะลดลงเรื่อยๆจนกระทั่งเป็นมากขึ้นอีกเมื่อมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (Richardson, Ream & Wilson-Barnett, 1998) เพราะยาเคมีบำบัดที่ได้รับมีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก เมื่อตรวจร่างกายจะพบว่าค่าเม็ดเลือดแดงลดต่ำลง เป็นเหตุให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียเกิดขึ้น (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Wilkes, 2001) หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารให้พลังงานของร่างกายที่ได้รับไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อยลงประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายและขับเซลล์ที่ตายออก ดังการศึกษาของประทุม ศรีอวยวงศ์และคณะ (2536) และปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสีและคณะ (2544) พบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนเพลีย โดยผู้ป่วยจะมีอาการรู้สึกปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ง่วงนอน ผู้ป่วยแต่ละรายจะให้คำอธิบายเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลียแตกต่างกันตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้ว (ในบทที่ 4) นอกจากนี้อาการอ่อนเพลียยังส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิต อาทิเช่น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง อย่างพักผ่อนมากขึ้น ผู้ป่วยมักปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและแยกตัวออกจากสังคม (Iwamoto, 2000; NCCN, 2004; Skella & Lacasse, 1992) รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (Mock et al., 2001) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัดจึงประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด เพราะ

ก่อให้เกิดความสูญเสียและคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของตน สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด เมื่อสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตราย สูญเสีย (Harm & Loss) หรือคุกคาม (Threat) ต่อสวัสดิภาพของตน

สถานการณ์เกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา (ร้อยละ 18) เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินว่าเป็นความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ดังการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็ง (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; ทิพมาส ชินวงศ์, 2541) ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน มีลักษณะการดำเนินของโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอนาคตของตนจะเกิดอะไรขึ้น ตนจะรักษาหายหรือไม่ จะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานเท่าใด ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาไปแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นอย่างชัดเจน จากการศึกษาของคริสแมน (Christman, 1990) ในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในช่วงได้รับรังสีรักษา พบว่า สถานการณ์ของความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในช่วงได้รับรังสีรักษา มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล กลัวต่อเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตน ซึ่งเป็นความเครียดที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน (uncertainty) เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่

สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องเผชิญกับความกลัว กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจจะเกิดขึ้น (ร้อยละ 18) ก็เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังการศึกษาของพินทุสร โชตนาการ (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ซึ่งเคยมีประสบการณ์ตรงจากการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือครั้งก่อนๆมาก่อน ร่วมกับได้รับทราบข้อมูลโดยตรงทั้งจากแพทย์ พยาบาลและ/หรือผู้ป่วยด้วยกันเองถึงอาการข้างเคียงของการรักษาที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดจากการรักษาได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงมาก น้อยแค่ไหนเกิดขึ้นบ้างและจะมีอาการเหมือนครั้งที่ผ่านมาหรือไม่ สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) เช่นกันที่กล่าวว่า หนึ่งในปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อมที่บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด คือ การที่บุคคลไม่สามารถทำนาย (Predictability) สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระดับความเครียดของบุคคลมากกว่าบุคคลที่สามารถทำนายสถานการณ์ได้

นอกจากนี้ การเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักจะกล่าวถึงการที่ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง (อ่อนเพลีย ไม่มีแรง) ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นผลมาจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อยอาหารทำให้ไม่อยากรับประทานอาหารในระยะแรกและต่อมาก็รับประทานอาหารไม่ลง ทั้งๆที่รู้สึกหิว ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ดังการศึกษาของประทุม สร้อยวงศ์และคณะ (2536) และปิยวรรณ ปฤษฎานันท์และคณะ (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง นอกจากนี้อาการอ่อนเพลียยังส่งผลให้การนอนหลับของผู้ป่วยนั้นไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมา (ประทุม สร้อยวงศ์และคณะ, 2536; เพียงใจ คาโลปการ, 2545; Knobf, 1986) อีกทั้งอาการอ่อนเพลียยังทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยลดน้อยลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือกิจวัตรประจำวันลดน้อยลงไปด้วย ทั้งนี้อาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดแต่ละอาการมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นอาจจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆตามมาได้ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นข้อคิดที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกจะได้นำไปเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดให้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติงานหรือกิจวัตรประจำวัน (Karnofsky performance status)

ผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการแสดงต่างๆมากมายทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลงหรือแตกต่างจากเดิม ผู้ป่วยจึงเกรงว่าตนจะเป็นภาระต่อครอบครัว (Foubert & Vaessen, 2002; Glajehen, 1999; Thome et al., 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อีกทั้งในการให้ความหมายและสะท้อนความรู้สึกต่อการรับรู้ความหมายของโรคมะเร็งมาจากความเชื่อที่บอกต่อกันมา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย คิดว่าต้องตาย หวันวิตก เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตทั้งจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; จุฬารักษ์ กวีวิชัย, 2536; จันทรา จิตต์วิบูลย์, 2543; ชูศรี คูชัยสิทธิ์และคณะ, 2547; Halldorsdottir

& Hamrin, 1996) นอกจากนี้รู้สึกอหิวาห์ รู้สึกอหิวาห์จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง กลัวเป็นที่รังเกียจของสังคม (รัชนิพร คนชุม, 2547; Karvas, 1994 อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจได้ง่าย

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ส่งผลกระทบกับหน้าที่ การงานมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของไพพร แซ่เตีย (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยกำลังสร้างฐานะ เป็นวัยแห่งการประกอบอาชีพ การเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอลง อาจต้องขาดงาน ทำงานหนักไม่ได้ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนงาน ถูกไล่ออก ถูกโยกย้ายงานโดยไม่สมัครใจ ไม่ได้รับผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; ธัญญา น้อยเปียง, 2545; Fredette, 1995; Mahon, Cella & Donovan, 1990) นับเป็นการด้อยโอกาสในการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการได้รับยาเคมีบำบัดโดยตรง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวมาแล้ว

การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก พร้อมกันนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งผลกระทบนี้ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้น โดยระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เพิ่มขึ้นนี้มีผลเสียต่อการใช้สติปัญญาในการประเมินตัดสินใจ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยแคบลง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การรับรู้ข้อมูลต่างๆและการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (ขนิษฐา นาคะและประสพสุข อินทรักษา, 2536: 23)

ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินคือ 33.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 19.44) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ศึกษาความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่า สตรีในกลุ่มดังกล่าวมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (คะแนนเต็ม 165, มีคะแนนระหว่าง 0-96 คะแนน, ค่าเฉลี่ย = 20, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 21.3)

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 19) กล่าวถึง ความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลได้ประเมินแล้วว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง โดยการประเมินความเครียดมีความรุนแรงมาก น้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ดังนั้นเมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านตัวบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุและระดับการศึกษา โดย 1) เพศ จากผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชาย (ดังแสดงในตารางที่ 6) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Kim, et al., 2002; Stark, et al., 2002) แต่แตกต่างจากการศึกษาของอรัญ สุนใจยุทธ (2540) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า เพศชายจะมีความวิตกกังวล (ความเครียด) สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แม้ว่าตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปจะรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่อันตราย อาจต้องสูญเสียชีวิต เมื่อรักษาเสร็จสิ้นแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่นอีกได้และวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนี้ก็ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความไม่สบายและความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ที่ได้รับเป็นอย่างมาก (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543; Rhodes et al., 2000) แต่ผู้ป่วยเพศหญิงอาจเกิดความรู้สึกสะเทือนใจในด้านการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่สูงจากผลข้างเคียงของการรักษาเช่น ผมร่วง (Freedman, 1994; Karvas, 1994 อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) น้ำหนักลด ดังตัวอย่างคำพูดที่กล่าวมาแล้ว (ในบทที่ 4) จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเพศหญิงในการศึกษานี้มีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีสถานภาพสมรส คู่ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนให้กำลังใจที่สำคัญจึงส่งผลทำให้ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษานี้ลดน้อยลง ดังตัวอย่างคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “ตอนนี้ก็ไม่ได้ทำงานอะไร มีทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆบ้างเท่านั้น อย่างมาให้อาบน้ำนี่กลับบ้านไป สามี่และลูกก็เตรียมทำไว้ให้หมดแล้ว หุงข้าว ทำกับข้าวไว้พร้อม กลับไปถึงก็ทานได้เลย ลูกๆเค้าอยากให้ได้พักผ่อนเต็มที่ ลูกและสามี่จะคอยให้กำลังใจเสมอ ดูแลเอาใจใส่เราอย่างดี บอกให้สู้ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 33 มาให้อาบน้ำเคมีบำบัดครั้งที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของโอเบิร์ตและคณะ (Oberst et al., 1991) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวจะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการรับรู้ความเจ็บป่วยว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียหรือคุกคามต่อชีวิตตนเองลดน้อยลง

2) อายุ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่อายุจะ 60 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี (ค่าเฉลี่ย = 55.24 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.42) ซึ่งอาจส่งผลให้ประณินสถานการณ์ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดว่าเป็นความเครียดแต่มีระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลในวัยนี้ผ่านภาวะวิกฤตมามาก จะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัย ไตร่ตรอง ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถทำให้ความเครียดที่มีอยู่นั้นลดน้อยลงหรือหมดสิ้นไป (Lazarus & Folkman, 1984: 172) และบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีสัมพันธภาพทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในชีวิตจึงทำให้คนที่มีความมากกว่าได้รับการประคับประคองด้านจิตใจจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมจนทำให้ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นลดน้อยลง ดังการศึกษาที่ผ่านมา (ขนิษฐา นาคะ และประสพสุข อินทรักษา, 2536; พรนภา ทรัพย์นุต, 2540; ทิพาพร วงศ์หงส์กุลและคณะ, 2546; Edlund & Sneed, 1989: 681-687; Kaczorowski, 1989 อ้างใน Mickley et al., 1992) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาจะมีการรับรู้และตระหนักในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ การศึกษาทำให้บุคคลนั้นมีสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี จะเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาได้ดี ผู้ที่มีการศึกษาสูงแม้จะไม่มีความรู้เรื่องโรคก็จะสามารถแสวงหาแหล่งความรู้ให้ตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมูเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles, 1986 อ้างใน สมพร สันติประสิทธิ์กุล, 2541: 35) ทำการศึกษาและพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาและมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ดังการศึกษาของอรรถย สนิใจยุทธ (2540) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (ความเครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แม้ว่าจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาแต่เมื่อพิจารณาในเรื่องระดับการศึกษาจากตารางที่ 1 (ในบทที่ 4) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 50 จบการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญาและปริญญาตรีขึ้นไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เหตุผลและเลือกวิธีการในแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นลดน้อยลง

ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ คือ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยทุกรายจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานต่อ

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่อาจมีความรุนแรงของความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่เท่ากัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาการที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหารและท้องเสีย ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของประทุม สร้อยวงศ์และคณะ (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและวัชราภรณ์ โตะทอง (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด แต่แตกต่างจากการศึกษาของอัสนี วันชัย (2539) ศึกษาความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม พบว่า อาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียน เป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างและการรักษาที่ได้รับมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความแตกต่างกันและในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาเคมีบำบัดชนิด 5-Fluorouracil เป็นพื้นฐานในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วรชัย รัตนธรรธร, 2538: 107; Haydon, 2003: 121, Jonker, et al., 2000: 1789-1794) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะได้รับยาเคมีบำบัดชนิด 5-Fluorouracil เป็นพื้นฐานในการรักษาร่วมกับตัวยาชนิดอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงของตัวยา 5-Fluorouracil นี้ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปากและทางเดินอาหารเป็นแผล (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Groenwald et al., 1992) จึงเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษาในครั้งนี้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม ในการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ของหน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลรามารับดี ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการจัดการกับอาการโดยตรง โดยการได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีประสิทธิภาพได้แก่ ยาในกลุ่ม Serotonin (5-HT₃) receptor antagonists เช่น ออนแดนซีตรอน (Ondansetron) ไครทิว (Kytrel) ยาในกลุ่ม Dopamine receptor antagonists เช่น พลาคิล (Plasil) และ/หรือยาในกลุ่ม Corticosteroids เช่น เดกซาเมททาโซน (Dexamethasone) เป็นยานำก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดทุกครั้ง รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้งเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยาช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนกลับไปรับประทานต่อที่บ้านร่วมด้วย ดังนั้นจึงทำให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความรุนแรงลดน้อยลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินสถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแต่มีระดับต่ำ

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พิจารณาจากค่าคะแนนจริง (raw score) อยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางสูงเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย = 101.80, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.49) แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้การเผชิญความเครียดในระดับปานกลางค่อนข้างมากและพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด (ตารางที่ 7) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากค่าต่ำสุดของค่าพิสัยที่เป็นจริงของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า จะมีค่าสูงกว่าค่าต่ำสุดของค่าพิสัยที่เป็นไปได้ของแบบวัดในทุกๆ ด้านนั้นแสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ผสมผสานกัน แต่ทั้งนี้บุคคลจะใช้ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ (Lazarus & Folkman, 1984: 150-157) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศ (จันทิพย์ ศิริธะ, 2539; ทิพนาส ชินวงศ์ 2541; ผ่อง พักตร์ พิทยพันธุ์, 2542; ไพพร แซ่เตีย, 2544; อารี นุ้ยบ้านด่าน, 2540) และต่างประเทศ (Dodd & Dibble & Thomus, 1993; Fredette, 1995; Guo, 1996; Krause, 1993; Kim, et al., 2002; Kuo & Ma, 2002; Meifen, 1997; Payne, 1990; Uacheng, 1997; Wang, 1997; Yanmei, 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ (ตารางที่ 8) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (จันทิพย์ ศิริธะ, 2539; ไพพร แซ่เตีย, 2544; นันทา เกียรติกิ่งวาฬไกร, 2540; Ben-Zur, et al., 2001; Dodd & Dibble & Thomus, 1993; Fredette, 1995; Judy et al., 1996; Perry, 1990) และผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านการประเมินด้วยกระบวนการรู้คิดว่ามีความรุนแรงน้อย บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการมุ่งเน้นการตอบสนองของอารมณ์ และในทางตรงกันข้ามถ้าสถานการณ์นั้นมีความรุนแรงมาก บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งการปรับอารมณ์มากกว่าการเผชิญความเครียดโดยมุ่งการแก้ปัญหา และจากการวิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดเป็นรายข้อ (ตารางที่ 10) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 90 ได้ใช้ เป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 ข้อในจำนวน 4 ข้อ คือ โดยการพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหาและพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบโดยปราศจากอคติ แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

โดยมุ่งที่การแก้ปัญหา (problem-focused coping) การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าว อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด แต่อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนี้ได้รับการจัดการกับอาการโดยตรง (การได้รับยาป้องกันหรือแก้คลื่นไส้ อาเจียน) ทำให้อาการที่เกิดขึ้นบรรเทาลดน้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รู้สึกว่าคุณค่าจากการข้างเคียงของการรักษาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และจากข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์มามาก ผ่านการเรียนรู้จัดการกับปัญหา ประสบการณ์ที่ผ่านมาจะช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้นร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีสถานภาพสมรสอยู่ ซึ่งจัดเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะคอยให้การช่วยเหลือ เอาใจใส่ ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาทำให้บุคคลมีแรงใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการบรรเทาความเครียดในระดับปานกลาง แต่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ในระดับต่ำ โดยเมื่อพิจารณาจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ของการเผชิญความเครียด (ตารางที่ 8) ซึ่งก็คือ สัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด คือ ร้อยละ 42 ของการใช้การเผชิญความเครียดทั้งหมด โดยการพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้สูงอายุ ได้พบและผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มาก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมาแล้วระยะหนึ่ง (เฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5 ครั้ง) จึงสามารถที่จะนำความรู้และ/หรือประสบการณ์เดิมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จมาเป็นแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิพย์ ศิริตะ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า วิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 1 ใน 5 อันดับแรก คือ การใช้ประสบการณ์ที่ได้ผลในการปฏิบัติตนจากการเจ็บป่วยครั้งก่อนมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเป็นอันดับรองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของความพยายามในการเผชิญความเครียดด้านนี้ร้อยละ 40 ของการใช้การเผชิญความเครียดทั้งหมดโดยใช้การมีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นมากที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ต้องอยู่กับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของการรักษาว่าตนจะรักษาหายหรือไม่ แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังหวังว่าตนเองจะหายจากโรคที่เป็นอยู่หรือหวังว่าจะไม่มีการแพร่กระจายของโรคเกิดขึ้น การเผชิญความเครียดในลักษณะดังกล่าวนี้ส่งผลดีต่อผู้ป่วย เพราะการมีความหวัง ทำให้บุคคลพยายามแสวงหาสิ่งที่ทำให้ตนถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา (ละเอียด ภักดีจิตต์, 2535; จันทิพย์ ตีระละ, 2539) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต ถึงแม้จะมีความกังวลใจเกิดขึ้นบ้างแต่ก็ยังมีความหวัง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อปรับสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจตามมา และการเผชิญความเครียดที่มีความหวังนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงความหมายต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยไม่บิดเบือนจากความเป็นจริงและอาจนำไปสู่การประเมินซ้ำ (Reappraisal) (Folkman & Lazarus, 1984: 151) เพื่อที่บุคคลจะได้ทบทวนสถานการณ์และปรับเปลี่ยนวิธีเลือกการเผชิญความเครียดให้มีความเหมาะสมต่อสถานการณ์ในขณะนั้นได้ดีขึ้น

ส่วนการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนในการเลือกใช้น้อยที่สุด คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่า การเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดเป็นการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดในด้านนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งความเชื่อทางศาสนาและปรัชญาคำสอนของศาสนาจะช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยหลุดจากความเครียดและความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยดังกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า “ก็จะใช้การทำสมาธิ สวดมนต์เข้าช่วย ทำให้เรากลายเครียดและทำใจยอมรับกับเหตุการณ์จะที่เกิดขึ้นได้” (ผู้ป่วยรายที่ 44 มาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6)

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับโดยรวมอยู่ในระดับสูง (มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 ถึง 60 คะแนน ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม = 41.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.10) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) และนิตยา คงชุม (2539) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่แตกต่างจากการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) และภักดีจิรา รัชตะ

สังข์ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเช่นกันที่พบว่า ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 แหล่ง (ตารางที่ 10) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; นิตยา คงชุม, 2539; พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มครอบครัวซึ่งประกอบด้วยคู่สมรส บิดามารดาและบุตรเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและในวัฒนธรรมไทยมีค่านิยมว่า บุตรหรือคู่สมรสควรให้การดูแล เอาใจใส่ ประคับประคอง บิดามารดาหรือคู่สมรสของตนในระหว่างเจ็บป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ต้องประสบกับความไม่สุขสบายต่างจากการรักษาที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากมักจะรับรู้ว่าการครอบครัวเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยสามารถปรึกษาหารือได้ จะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้มากกว่าญาติ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของและบริการจากกลุ่มครอบครัวมากที่สุด แต่ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามของแบบสอบถามในส่วนที่วัดเกี่ยวกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ สอบถามถึงความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับในเรื่องการเงินและกรณีริบคว้น รวมถึงความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยนอก (Short Stay Service: SSS) ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และส่วนใหญ่มีญาติมาด้วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงมีโอกาสดูแลให้ความช่วยเหลือในด้านบริการ และความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยได้น้อยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41 – 65 ปี) ซึ่งเป็นวัยทำงานและต้องมีความรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้โอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือในด้านการเงินและความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจากกลุ่มญาติและเพื่อนน้อยลงด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์จะให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุดและมากกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์ลักษณ์ ศันสยะวิชัย (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับความรู้เรื่องโรคจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุด เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีหน้าที่โดยตรงในการสนับสนุน ช่วยเหลือเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็นศูนย์ในด้านต่างๆ แสดงว่า อาจมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด แต่ในด้านของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ พบว่า ค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็นศูนย์

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 5 ในบทที่ 1 “เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร”

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษากับระดับความเครียด พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

เมื่อพิจารณาในด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 41.40 คะแนน) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนจำนวนมากว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทางด้านบวกต่อภาวะสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Oberst et al., 1991; Uphold, 1991) โดย 1) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า ไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้ลดน้อยลงได้ 2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยลง นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูล ข่าวสารจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์ซ้ำ ซึ่งทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ (Cohen & Wills, 1985; สุริย์ กาญจนวงศ์และจริยาวัตร คมพักษ์, 2545) และจากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เป็นกันชนหรือเบาะรองรับความเครียด หรือเป็นตัวทำหน้าที่ป้องกันบุคคลให้ปราศจากความเครียดที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงอาจส่งผลทำให้ตัวแปรเพศ อายุและระดับการศึกษาใน

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด เพราะไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นเพศใด อายุใดหรือระดับการศึกษาใดก็ตาม ล้วนแล้วแต่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ระดับความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของภักจิรา รัชตะสังข์ (2547) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (ความเครียด)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียด พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะทำให้เป็นรอบๆ (Cycle) ต่อเนื่องกัน โดยทั่วไปจะให้ประมาณ 5-10 ครั้ง ระยะห่างของแต่ละครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 3-4 สัปดาห์ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 1536: 29; Haydon, 2003: 121) โดยยาเคมีบำบัดที่ได้รับนี้ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความไม่สบายและความทุกข์ทรมานทางร่างกายเป็นอย่างมาก (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543; Rhodes et al., 2000) อาทิเช่น ก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียนรุนแรงจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหาร น้ำ อิเล็กโตรลัยท์และภาวะกรด-ด่างไม่สมดุล ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการรักษาไม่ได้ผล อาการของโรคเลวลง การมีอาการอ่อนเพลียทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยก็ยิ่งเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นนี้ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมด้วย ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ไปตามผลข้างเคียงของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง วิตกกังวล กลัวไม่หาย กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ กลัวตาย รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น คิดว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Foubert & Vaessen, 2002; Glajchen, 1999) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสังคม ผลข้างเคียงจากการรักษาบางอย่างเช่น ผอมร่วงจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่สามารถปิดบังได้จะส่งผลกระทบต่อการเข้าสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกอับอายต่ออาการลักษณะของตนเอง (Freedman, 1994) การเกิดอาการอ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านหรือสังสรรค์ในสังคมได้ตามปกติ (Iwamoto, 2000) ด้านหน้าที่ การงาน อาการและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ

อ่อนแอลง ทำงานหนักไม่ได้ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนงาน ถูกโยกย้าย ไม่ได้รับผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน (Ferrell et al., 1997 อ้างใน ธนินญา น้อยเปียง, 2545) ด้านเศรษฐกิจ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำให้ต้องหยุดงาน ขาดรายได้มาจุนเจือครอบครัว ดังนั้นการเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจึงเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียและคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเครียดเกิดขึ้นและความเครียดที่เกิดขึ้นนี้จะมีระดับเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงและจำนวนของอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 6 ในบทที่ 1 “ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร”

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการเผชิญความเครียด ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินคือ 33.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 19.44) สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่แบ่งลักษณะของการเผชิญความเครียดตามจุดมุ่งหมายที่ใช้ โดยพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ดังแสดงในตารางที่ 8) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้การเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาถึงร้อยละ 42 ของการใช้การเผชิญความเครียดทั้งหมด แต่ใช้การเผชิญความเครียดในด้านการจัดการกับอารมณ์เพียงร้อยละ 18 ของการใช้การเผชิญความเครียดทั้งหมด และเมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้มากที่สุดเป็นรายข้อ (ดังแสดงในตารางที่ 9) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 90 ได้ใช้คือ มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา เตรียมพร้อมที่จะรับกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุด พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบโดยปราศจากอคติ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวจัดอยู่ในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 ข้อ และเป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ 1 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 1 ข้อ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในการศึกษานี้เลือกใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

มากกว่า เพื่อจุดมุ่งหมายในการมุ่งแก้ปัญหาในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของชญาณิช ลือวานิช (2540) ศึกษาบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา แต่แตกต่างจากการศึกษาของคิมและคณะ (Kim, et al., 2002) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งในระบบต่างๆชาวเกาหลี พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะเป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในชีวิตได้ดี ดังการศึกษาของฮอลสเต็ดและเฟิร์นสเลอร์ (Halstead & Fernsler, 1994) ที่ยังเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาพร้อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียดและสามารถเลือกใช้ชีวิตในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543; นิตยา คงชุม, 2539; เพียงใจ คาโลปการ, 2545; ภัสพร ขำวิชาและคณะ, 2543; สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; Longford et al., 1997) ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในครั้งนี้เลือกใช้ชีวิตการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าการเลือกใช้ชีวิตการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และเมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้มากที่สุดเป็นรายชื่อ (ดังแสดงในตารางที่ 9) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 90 ได้ใช้คือ พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหาและพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบโดยปราศจากอคติ เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวที่ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของลินเซย์และคณะในผู้ป่วยมะเร็ง (Lindsey,

Dodd & Chen, 1981 อ้างใน อัสนี วันชัย, 2539) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตได้ โดยพยายามเผชิญหน้ากับปัญหาและจะสามารถปรับตัวได้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์ (ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และอรทัย โสมนรินทร์, 2540; อุไร นิโรธนันท์ และคณะ, 2545) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับความเครียด พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 11

จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนจำนวนมาก (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Oberst et al., 1991; Uphold, 1991) ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering effect model) โดยจะป้องกันไม่ให้นุคคลเกิดความเจ็บป่วยจากความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หมดหนทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย 1) ช่วยให้นุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ไม่มีความรุนแรงหรือมีความรุนแรงลดน้อยลง เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ และ 2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้นุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาทำให้นุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดลดน้อยลง (สุริย์ กาญจนวงศ์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545; Cohen & Wills, 1985) ซึ่งจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ถ้าบุคคลประเมินว่ามีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจำเป็นต้องดึงแหล่งประโชชน์มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินสถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อาจมีผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมมากนัก ดังนั้นเมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์จึงพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard et al., 1984 อ้างใน อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ภัคจิรา รัชตะสังข์ (2547) ศึกษาภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะวิตกกังวล (ความเครียด) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางหรือมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การได้รับยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความเครียด กังวลใจ ทุกข์ใจ ได้แก่ ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ความไม่แน่นอนของการรักษา กังวลใจ กลัวความเจ็บปวดทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษา ค่ารักษาพยาบาลและการเดินทาง ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้บรรยายไว้สามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินว่าสถานการณ์จากการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดความเครียดโดยรวมในระดับต่ำ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น แต่ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเมื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความเครียดเกิดขึ้นจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านในการเผชิญปัญหา ซึ่งสัดส่วนในการใช้การเผชิญความเครียดนั้น พบว่า ใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด แต่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และแผนก Short Stay Service (SSS) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 50 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีความสมัครใจ

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 เป็นต้นไป ไม่ได้ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องทวารหนักทางหน้าท้อง และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอวัยวะอื่นมาก่อน
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดรักษาเพียงอย่างเดียวก่อนหรือหลังการผ่าตัดและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

4. เป็นบุคคลที่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า” คุณมีความเครียด/ทุกข์ใจ/กังวลใจ ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดบ้างหรือไม่” โดยตอบว่า “มี”
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านหนังสือและสื่อภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ และแบบวัดระดับความเครียด เป็นแบบวัดเพื่อประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายมาโดยรวมว่า ก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 100 โดย 1 หมายถึง ระดับความเครียดที่น้อยที่สุด และ 100 หมายถึง ระดับความเครียดที่มากที่สุด 3) แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (Symptom Distress Scale) แบบวัดความทุกข์ทรมานได้รับการพัฒนาขึ้นโดย แม็คคอร์คิลและยัง (McCorkle & Young, 1978) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย และ 50 ราย โดยหาค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาได้เท่ากับ .79 และ .83 ตามลำดับ 4) แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale; JCS) ของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย และ 50 ราย โดยหาค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาได้เท่ากับ .75 และ .82 ตามลำดับ และ 5) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจุฬาลักษณ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionnaire: SSQ Part II) ของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Norbeck Social support Questionnaire : NSSQ) ของนอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981) ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย และ 50 ราย โดยหาค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาได้เท่ากับ .86 และ .88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนสถานการณ์ความเครียดนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุอยู่ระหว่าง 29 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 55.24 ปี ($SD = 11.42$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 200,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 36,300 บาทต่อเดือน ($SD = 34983.52$) ร้อยละ 68 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 20 มีเงินรายได้เหลือเก็บ การศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 30 อยู่ในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 ปี ค่าเฉลี่ย 10.98 ปี ($SD = 5.37$) อาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 42 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด แต่ร้อยละ 18 ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ระยะการดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีระยะการดำเนินของโรคลอยู่ในระยะที่ 3 โดยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ระหว่าง 2 ถึง 14 ครั้ง เฉลี่ยจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5 ครั้ง ($SD = 2.23$) และส่วนใหญ่ร้อยละ 58 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Leucovorin ร่วมกับ 5-FU

2. จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รับรู้สถานการณ์ความเครียดคือ สถานการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความเครียด กังวลใจ ทุกข์ใจ ซึ่งแบ่งสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้ 5 ประเภท ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) ความไม่แน่นอนของการรักษา 3) กังวลใจ กลัวความเจ็บปวดทรมานและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 4) กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและ 5) ความยากลำบากในการเดินทาง โดยพบว่า ความเครียดที่เกิดจากอาการข้างเคียงของการรักษาที่พบบ่อย คือ การมีอาการของระบบทางเดินอาหารพบได้มากที่สุดร้อยละ 56 ความเครียดจากความไม่แน่นอนของการรักษา พบได้ร้อยละ 18 กังวลใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมานและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดร้อยละ 18 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดความเครียดในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 10 และความเครียดในเรื่องของการเดินทางพบได้เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น

3. ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด สามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกายพบในเรื่องความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลง

(อ่อนเพลีย ไม่มีแรง) พบได้มากที่สุดคือร้อยละ 30 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกท้อแท้ อยากตายพบได้ร้อยละ 12 และร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า มีผลกระทบต่อหน้าที่ การงานมากที่สุดร้อยละ 28 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพในสังคมและการขาดรายได้ โดยพบได้ร้อยละ 14 และร้อยละ 8 ตามลำดับ

4. ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัดอยู่ในระดับต่ำ ($M = 33.44$, $SD = 19.44$) ใช้การเผชิญความเครียดปานกลางแต่ค่อนข้างไปทางมาก ($M = 101.80$, $SD = 12.49$) สัดส่วนการใช้เป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ($M = 41.40$, $SD = 10.10$) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด ตามลำดับ

5. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัด พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด แต่ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัด พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลรามารินทร์ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงถึงผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่อื่นๆ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันออกไป

2. ในการตอบแบบสอบถามระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด เป็นการให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัดนึกย้อนไปถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจจะไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์อื่นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหายุ่งยากต่อผู้ป่วยมะเร็งในช่วงนั้นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในการพยาบาล โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การเรียนการสอนทางการพยาบาลและการวิจัยในอนาคต ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้บรรยายไว้เกิดจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของการรักษา ความคลุมเครือ รวมทั้งสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ ดังนั้นพยาบาลควรได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความพร้อมในการจัดการอาการต่างๆรวมทั้งการเผชิญความเครียดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการฝึกทักษะที่สำคัญต่างๆให้

2. พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย โดยการติดตามประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วยการซักถามเป็นระยะๆเมื่อมาติดตามผลการรักษา เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำที่เหมาะสมตรงตามสาเหตุของความเครียด เนื่องจากบางครั้งสถานการณ์ที่บุคลากรคาดว่าเป็นปัญหาและมีความสำคัญที่ควรให้ความรู้ คำแนะนำอาจไม่ตรงกับความคิดที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่จริง รวมทั้งพยาบาลควรมีการติดตามประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การประเมินวิธีการเผชิญความเครียดอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ทราบถึงวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งจะเป็ข้อมูลให้พยาบาลได้สนับสนุนส่งเสริมและให้คำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

3. ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมาก ดังนั้นควรส่งเสริม สนับสนุนให้กลุ่มสมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยและควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มากยิ่งขึ้นอีก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเครียดนั้นผ่อนคลายได้

4. ผลการศึกษา พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นพยาบาลควรให้ความช่วยเหลือในเรื่อง การจัดการกับอาการ (Symptom management) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แนะนำผู้ป่วยให้ผ่อนคลายด้วยการฟังเพลง นั่งสมาธิ อ่านหนังสือหรือออกกำลังกายเบาๆ เหล่านี้เป็นต้น สำหรับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ถ้าใส่ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกรายควรได้รับการประเมินระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียนเพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษาให้ลดน้อยลง และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล ทำให้อัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้

5. ผลการศึกษา พบว่า การที่ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียอันเนื่องมาจากการรักษานั้น ส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นพยาบาลควรนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดให้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน เพราะผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันนี้จะแสดงให้เห็นถึงการมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับที่ลดลงตามความรุนแรงของความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเครียดที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดและความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด น่าจะนำมาเป็นสาระสำคัญส่วนหนึ่งของการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคระเร็ง เพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจในการพยาบาลในมิติของจิตสังคมให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการสุ่มและเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งถ้าใส่ใหญ่โดยทั่วไปได้
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลกับความเครียดและการเผชิญความเครียด เช่น ความหวัง ความเข้มแข็งอดทน ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น
3. ในระหว่างการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด ถ้าผู้ป่วยกล่าวถึงความเครียดที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและเป็นส่วนหนึ่งของคำตอบในแบบสอบถาม ผู้วิจัยควรได้สอบถามถึงระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนั้นเลย โดยไม่ต้องกลับมาสอบถามอีกครั้งเมื่อสอบถามในแบบวัดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

4. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยสร้างโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากผลของการรักษาที่เกิดขึ้นนี้กระทบกับคุณภาพชีวิตทุกด้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วย

5. ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว (Longitudinal study) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของแต่ละช่วงเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เข้ารับการรักษาและภายหลังการรักษา

ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(STRESS, COPING, AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH COLORECTAL
CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY)

สุภาพร จงประกอบกิจ 4736898 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชีราภรณ์ จันทร์ดา, Ph.D. (Nursing), ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม,
D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความสำคัญมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงเป็นอันดับที่สามของโรคมะเร็งทั้งหมดและเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยที่เป็นส่วนใหญ่มักจะพบโรคในระยะที่สอง ซึ่งเป็นระยะที่การรักษาโรคได้ผลดี อัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 50-70 (Steele, 1993: 26-32) เนื่องจากการส่งเสริมให้มีการตรวจหาหะเร็งในระยะเริ่มแรก รวมทั้งมีการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (American Cancer Society, 2006; Lieberman, 1994: 2023-2007)

ในประเทศไทยจากสถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงเป็นอันดับที่สามของโรคมะเร็งทั้งหมด รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม โดยพบมากในเพศชายและจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับประเทศต่างๆทั่วโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ความจำกัดในเรื่องของเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์สูงชัน โอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงสูงตามด้วย (Vatanasapt, et al., 1993: 64) แต่ระยะของการพบโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไทยจะแตกต่างจากใน

ต่างประเทศ เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่จะไม่แสดงให้เห็นชัดเจนในระยะแรก ร่วมกับนโยบายการคัดกรองมะเร็งในในระยะแรกยังไม่ได้เข้าถึงประชาชนในวงกว้าง จึงทำให้ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ฉะนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 จึงมาพบแพทย์และรับการรักษาเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งแล้ว (ประพันธ์ กิตติสิน, 2538: 224)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมี 3 วิธีคือ การผ่าตัด การฉายรังสี และการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจเริ่มภายหลังการผ่าตัดหรืออาจรักษา ก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant Chemotherapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งลดขนาดลงและง่ายต่อการผ่าตัดมากขึ้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะให้เป็นการซ้ำๆ (course) ต่อเนื่องกัน โดยทั่วไปจะให้ประมาณ 5-10 ครั้ง ระยะห่างของแต่ละครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 3-4 สัปดาห์ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 1536: 29; Haydon, 2003: 121) โดยยาเคมีบำบัดที่ได้รับนี้จะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความไม่สบายและความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นนี้ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนี้มีผลเสียต่อการใช้สติปัญญาในการประเมินตัดสินใจ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยแคบลง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การรับรู้ข้อมูลต่างๆและการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (ขนิษฐา นาคะและประสพสุข อินทรักษา, 2536: 23)

แต่อย่างไรก็ตามความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยทางด้านตัวบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดซึ่งได้แก่ เพศ อายุและระดับการศึกษา ส่วนแหล่งประโยชน์ภายนอกที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้ความเครียดของบุคคลลดลงและส่งผลให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากมีผลทำให้บุคคลสามารถปรับและเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อสถานการณ์ความเครียด สามารถลดระดับความรุนแรงของความเครียด ตลอดจนส่งเสริมการเผชิญความเครียดของบุคคลได้ (ดวงเดือน มูลประดับ, 2541: 48) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวชี้วัดความเครียด ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นบรรเทาหรือลดน้อยลง (สุริย์ กาญจนวงศ์และจริยาวัตร คมพัทธน์, 2545: 48-49; Cohen & Wills, 1985: 310-313) และทำให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการวัดความเครียดและการเผชิญความเครียดในงานวิจัยนี้เน้นการวัดตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยการใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ระลึกและบรรยายถึงสถานการณ์เฉพาะที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ในสถานการณ์ความเครียดที่บรรยายมาเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นรวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยลดความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความเหมาะสมต่อไป

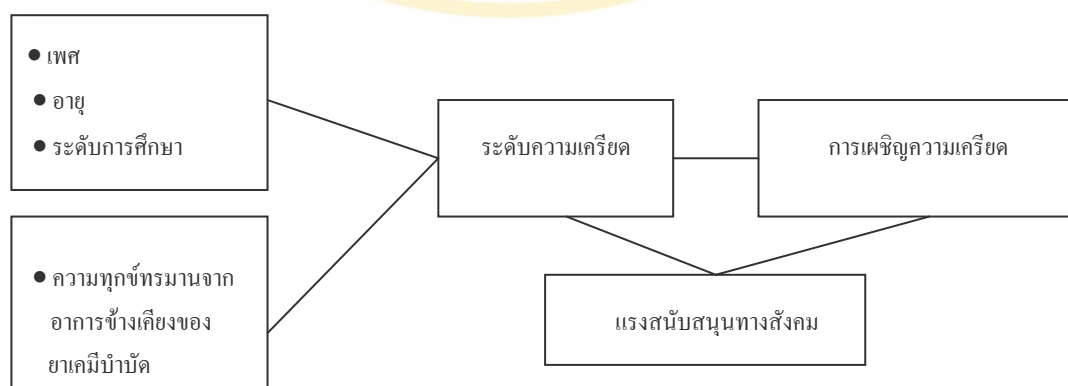
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มโนคติหลักของทฤษฎีนี้มี 3 มโนคติ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด หมายถึง “เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง” (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินตัดสินเป็น “กระบวนการประเมินเพื่อตัดสินว่า ทำไมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด” แบ่งออกเป็น การประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ การประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) คุกคาม (Threat) และท้าทาย (Challenge) ส่วนการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (Commitments) ความเชื่อของบุคคล (Beliefs) และสติปัญญาของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของบุคคลด้วยซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งใน Coping resource ซึ่งมีหน้าที่เป็นกันชน (Buffering) รองรับความเครียดในการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นและมีผลต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว (Lazarus & Folkman, 1984: 243) ซึ่งแบ่งเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและสิ่งของ

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน ในการศึกษาครั้งนี้จะสามารถอธิบายความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ กับสิ่งแวดล้อม คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินว่าสถานการณ์ในการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นมีการใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง จึงจำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะคือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะประเมินตัดสินใจว่าตนเกิดความเครียดขึ้น แต่มีระดับของความเครียดแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เผชิญได้แก่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์อะไรบ้างที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและระดับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใด
4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางจากใคร และมากน้อยเพียงใด
5. เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร
6. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
4. ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
5. ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
6. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
7. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และแผนก Short Stay Service (SSS) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (Normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น โดย ไอแซคส์และอัคฮตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 อ้างใน Isaacs & Kennie, 1973) คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน กำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพสมองดี

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด 4 ข้อ ที่ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย ผลกระทบของความเครียดที่มีต่อผู้ป่วย รวมทั้งความเครียดอื่นๆของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 เป็นการวัดระดับของความเครียดของสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายมาโดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด เกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale โดยใช้เส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทราบว่าด้านซ้ายมือสุดของเส้นตรงหมายความว่า มีระดับความเครียดน้อยที่สุดเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวามือสุดมีความเครียดมากที่สุดเป็น 100 คะแนน และให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำเครื่องหมาย “|” ลงไปตัดที่เส้นวัดระดับความเครียดในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมะเร็ง

ถ้าใส่ใหญ่ประเมินว่าเป็นระดับความเครียดของตน เมื่อผู้ป่วยมะเร็งถ้าใส่ใหญ่ประเมินเสร็จ ผู้วิจัยวัดความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับความเครียด โดยใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความยาวที่วัดได้หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วย

แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (Symptom Distress Scale) แบบวัดความทุกข์ทรมานได้รับการพัฒนาขึ้นโดย แม็คคอร์เกิลและยัง (McCorkle & Young, 1978) เป็นเครื่องมือวัดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งและผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยได้ระบุถึงอาการต่างๆที่มักเกิดในผู้ป่วยมะเร็ง และให้ผู้ป่วยจัดอันดับตามการรับรู้ของตนว่า อาการต่างๆเหล่านั้นส่งผลกระทบต่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก น้อยเพียงใดประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ให้คะแนนตามความรู้สึของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .83

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) มาใช้ซึ่งนงลักษณ์ บุญเยี่ย (2537) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ การมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อและการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดเผชิญความเครียดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .82

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งถ้าใส่ใหญ่ได้รับในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิวิชัย (2536) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, S., 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire part II= SSQ) สร้างโดยเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และ นอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981) ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารจาก 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เรียงตามลำดับดังนี้ แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 5 ส่วนตามลำดับดังนี้ ส่วนที่ 1) ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2) สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 3) ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด รายละเอียดผลการวิจัยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลเชิงบรรยาย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 50 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์และแผนก Short Stay Service (SSS) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดโดยผู้วิจัยเป็นลำดับแรก จากนั้นตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามและสัมภาษณ์ประมาณ 40- 60 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 15 คน ได้รับการทดสอบการรับรู้โดยทำแบบทดสอบ

หมวดหมู่ (The Set Test) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างได้รับคะแนนการทดสอบอยู่ระหว่าง 35 ถึง 40 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสามารถในการรับรู้ปกติ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุอยู่ระหว่าง 29 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 55.24 ปี ($SD = 11.42$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 200,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 36,300 บาทต่อเดือน ($SD = 34983.52$) ร้อยละ 68 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 20 มีเงินรายได้เหลือเก็บ การศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 30 อยู่ในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10.98 ปี ($SD = 5.37$) อาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 42 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด แต่ร้อยละ 18 ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

นอกจากนี้ในด้านระยะการดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เพียงร้อยละ 4 โดยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ระหว่าง 2 ถึง 14 ครั้ง เฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5 ครั้ง ($SD = 2.23$) และส่วนใหญ่ร้อยละ 58 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Leucovorin ร่วมกับ 5-FU

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผลการวิจัยนำเสนอในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็นซึ่งผู้วิจัยรวบรวมจากคำพูดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายในการสัมภาษณ์ เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากสิ่งที่ผู้ป่วยบรรยายถึงสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดทุกรายแล้ว ผู้วิจัยสามารถจัดสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้ 5 ประเภท ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ 1) เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา 2) ความไม่แน่นอนของการรักษา 3) กังวลใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมาน กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด 4) ค่ารักษาพยาบาล และ 5) การเดินทางสามารถนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N= 50)

สถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด	ความถี่	ร้อยละของผู้ป่วย
เกิดการข้างเคียงจากการรักษา		
- อ่อนเพลีย	11	22
- มีอาการของระบบทางเดินอาหาร (พะอืดพะอม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปาก/เจ็บคอ มีแผลในปาก เมื่ออาหาร/รับประทานอาหารไม่ได้)	28	56
- มีอาการของระบบประสาท (ชาปลายมือ ปลายเท้า มึนศีรษะ/เวียนศีรษะ)	7	14
- มีอาการของระบบผิวหนัง ผดผื่นและขน	5	10
- นอนไม่หลับ	2	4
ความไม่แน่นอนของการรักษา	9	18
กังวลใจ, กลัวความเจ็บปวดทรมาน, กลัวอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	9	18
ค่ารักษาพยาบาล	5	10
การเดินทาง	3	6

หมายเหตุ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 คนอาจมีความเครียดมากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N= 50)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด	ความถี่	ร้อยละ
ทางด้านร่างกาย		
- ความแข็งแรงของร่างกายลดลง (อ่อนเพลีย ไม่มีแรง)	15	30
- ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร	4	8
- การดำเนินชีวิตประจำวัน	4	8
ทางด้านอารมณ์และจิตใจ		
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง	6	12
- ท้อแท้ อยุ่ยากตาย	5	10
- อาย	4	8
- ห่วงครอบครัว	4	8
- เบื่อ หงุดหงิด	3	6
ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม		
- ด้านหน้าที่ การงาน	14	28
- ด้านสัมพันธภาพในสังคม	7	14
- ขาดรายได้	4	8

หมายเหตุ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 คน อาจได้รับผลกระทบมากกว่า 1 ด้าน

ส่วนที่ 3 ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินคือ 25.68 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.03) พิสัยอยู่ระหว่าง 15 ถึง 42 คะแนน

ระดับความเครียด

ระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินคือ 33.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.44) ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 6 ถึง 75 คะแนน

การเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง (Raw score) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ 42.32 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 18.62 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ 40.86 คะแนน เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่ใช้จริงในแต่ละด้านของการเผชิญความเครียดสูงกว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่เป็นไปได้ แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกคนใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากคะแนนจริง (Raw Score) (N= 50)

การเผชิญความเครียด	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	36-180	75-137	101.80	12.49
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	31-57	42.32	5.87
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	13-28	18.62	3.77
ด้านการบรรเทาความเครียด	14-70	28-61	40.86	6.00

เมื่อวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดด้านต่างๆคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .42 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .18 และด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ

.40 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (N=50)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min - Max	Mean	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.35 - .52	.42	.03
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.13 - .24	.18	.13
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	.32 - .48	.40	.03

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม (ตารางที่ 5) พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 10 ถึง 60 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 60 คะแนน ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 41.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.10 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.50 รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.56, 12.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.15, 4.91 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับ พบว่า ค่าที่เป็นไปได้ของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการเป็น 2 เท่าของค่าที่เป็นไปได้ของแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับ ผู้วิจัยได้ทำให้คะแนนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ชนิดเปรียบเทียบกันได้ โดยนำคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการหารด้วย 2 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.56 และ 3.09 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน และถ้าพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็นศูนย์ในด้านต่างๆ แสดงว่า อาจมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการ

รักษาด้วยยาเคมีบำบัดบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกรายกลุ่มและรายด้าน (N= 50)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	0-60	10-60	41.40	10.10
กลุ่มสมาชิกในครอบครัว	0-20	3-20	16.48	3.50
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	2-8	3.56	1.23
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	0-8	0-8	3.09	1.80
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	3.18	0.98
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	3-20	12.56	4.15
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	3.01	1.83
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	0-8	0-8	1.64	2.68
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	2-4	3.26	0.66
กลุ่มบุคคลใกล้ชิด	0-20	1-20	12.36	4.91
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	1-8	2.93	1.86
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	0-8	0-8	1.77	2.72
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.88	1.02

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 5 “เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร” จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผลการศึกษา พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการ

วิจัยข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ตั้งไว้ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียด พบว่า ความทุกข์ทรมานจากการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 6 “ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร” ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ที่ตั้งไว้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ที่ตั้งไว้เช่นเดียวกัน แต่ไม่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ตามที่ได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ไว้

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า การเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาโดยเฉพาะเมื่อมีอาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ พะอืดพะอม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปากและ/หรือเจ็บคอ มีแผลในปาก เบื่ออาหารและ/หรือรับประทานอาหารไม่ได้ เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด เนื่องจากอาการข้างเคียงต่างๆเหล่านี้ส่งผลทำให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับสารอาหารได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มองว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเองจึงประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด หรือเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งอาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นนี้คุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ป่วย “ผมมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวก ไม่สบายทั้งกายและใจ ร่างกายอ่อนเพลีย ทำอะไรไม่ไหว” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด เมื่อสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตราย สูญเสีย (Harm & Loss) หรือคุกคาม (Threat) ต่อสวัสดิภาพของตน

สถานการณ์เกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินว่าเป็นความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน มีลักษณะการดำเนินโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยัน

ผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอนาคตของตนจะเกิดอะไรขึ้น ตนจะรักษาหายหรือไม่ จะต้องได้รับยาเคมีบำบัดอีกกี่ครั้ง ดังคำถามของผู้ป่วยที่ว่า “*ไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคตเช่น อาการจะดีขึ้นหรือแย่ลง จะใช้เวลาอีกนานหรือไม่ในการรักษา ที่สำคัญจะหายขาดหรือไม่*” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน (uncertainty) เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องเผชิญกับความกลัวกังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดจากการรักษาได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงมาก น้อยแค่ไหนเกิดขึ้นบ้าง การที่บุคคลไม่สามารถทำนาย (Predictability) สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ จะมีผลต่อระดับความเครียดมากกว่าบุคคลที่สามารถทำนายสถานการณ์ได้

นอกจากนี้การเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านอารมณ์จิตใจและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกายผู้ป่วยมักจะกล่าวถึง การที่ร่างกายมีความแข็งแรงลดลงภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผลมาจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็บเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารในระยะแรกและต่อมาก็รับประทานอาหารไม่ลงทั้งๆที่รู้สึกหิว ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย อาการอ่อนเพลียนี้ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ การที่ต้องเผชิญกับอาการแสดงต่างๆมากมายจากการรักษาที่ได้รับทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดน้อยลงหรือแตกต่างจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินความมีคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ส่งผลกระทบกับหน้าที่ การงานมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 74 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยกำลังสร้างฐานะ เป็นวัยแห่งการประกอบอาชีพ การเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอลง ทำงานหนักไม่ได้ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนงาน ถูกโยกย้าย ไม่ได้รับผลประโยชน์จากการทำงานอย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน นับเป็นการฉ้อฉลโอกาสในการทำงานของผู้ป่วยโดยตรง

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินสถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัดว่าเป็นความเครียดโดยมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 19) ได้กล่าวถึงการประเมิน

ความเครียดจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยปัจจัยด้านตัวบุคคลในที่นี้ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุและระดับการศึกษา โดย 1) เพศ จากการศึกษานี้พบว่า เพศชายและหญิงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนให้กำลังใจที่สำคัญจึงทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ปวยนั้นลดน้อยลง 2) อายุ พบว่า ผู้ปวยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งบุคคลในวัยนี้ผ่านภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัย ไตร่ตรอง ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมซึ่งจะสามารถทำให้ความเครียดที่มีอยู่นั้นลดน้อยลง (Lazarus & Folkman, 1984: 172) 3) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ปวยมากกว่าร้อยละ 50 จบการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญาและปริญญาตรีขึ้นไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เหตุผลและเลือกวิธีการในแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจึงทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดน้อยลง ส่วนปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ปวยมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามผู้ปวยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกรายจะได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นยานำก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดทุกครั้งร่วมกับได้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน จึงช่วยให้อาการดังกล่าวลดน้อยลง ดังนั้นผู้ปวยจึงประเมินสถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแต่มีระดับต่ำ และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นพบว่า ผู้ปวยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการศึกษานี้ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกันกล่าวคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 157) ที่กล่าวว่า บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญ โดยมีสัดส่วนการเลือกใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ

ผู้ปวยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 แหล่ง พบว่า ผู้ปวยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพราะผู้ปวยรับรู้ว่าการครอบครัวเป็นบุคคลที่ผู้ปวยสามารถปรึกษาหารือได้และเข้าใจความรู้สึกของผู้ปวยได้มากกว่าญาติ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ แต่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จะให้การ

สนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยมากที่สุดและมากกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีหน้าที่โดยตรงในการสนับสนุนเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1,2 และ 3 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้ สอดคล้องกับแนวความคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ทำหน้าที่เป็นกันชนหรือเบาะรองรับความเครียดหรือเป็นตัวทำหน้าที่ป้องกันบุคคลให้ปราศจากความเครียดที่เกิดขึ้นแต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดอาการข้างเคียงของการรักษาเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการรักษาไม่ได้ผล อาการของโรคเลวลงและยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจรวมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ที่ตั้งไว้ โดยเมื่อนำแนวคิดการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่แบ่งลักษณะของการเผชิญความเครียดตามจุดมุ่งหมายที่ใช้ มาพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียด (ตารางที่ 4) พบว่า ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์ ทั้งนี้เพราะระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดเป็นรายข้อที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ได้ใช้ พบว่า ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียด และสามารถเลือกใช้ชีวิตในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินสถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อาจมีผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมมากนัก

โดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal and coping model) ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีผลต่อระดับความเครียด มีเพียงปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระดับความเครียด ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และ ปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ส่วนแหล่งประโยชน์ภายนอกที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้ความเครียดของบุคคลลดลงและส่งผลให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพคือแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้บรรยายไว้เกิดจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของการรักษา ความคลุมเครือรวมทั้งสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความพร้อมในการเผชิญกับความเครียดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. ผลการศึกษา พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นพยาบาลควรให้ความช่วยเหลือในเรื่อง การจัดการกับอาการ (Symptom management) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ผลการศึกษา พบว่า การที่ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียอันเนื่องมาจากการรักษานั้นส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นพยาบาลควรนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดให้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน เพราะผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันนี้จะแสดงให้เห็นถึงการมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับที่ลดลงตามความรุนแรงของความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1. ควรมีการสุ่ม และเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยทั่วไปได้
2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว (Longitudinal study) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของแต่ละช่วงเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เข้ารับการรักษาและภายหลังการรักษา

THESIS TITLE: STRESS, COPING, AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH COLORCTAL CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

SUPAPORN CHONGPRAKOBKIT 4736898 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORSY COMMITTEE : TIRAPORN JUNDA, Ph.D. (Nursing),
YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (Adult Health Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Colorectal cancer is a global health problem which has a great impact to people due to the change in social conditions and living behaviors of individuals. The causes of colorectal cancer include heredity, environment, and eating behaviors. In Europe and the United States, colorectal cancer is the third most prevalent form of cancer, and it is also the third leading cause of death after lung cancer and breast cancer. Most of patients with colorectal cancer are diagnosed during the second stage of the disease which is still the period that the treatment can be very effective, hence a 50-70% chance of survival (Steele, 1993: 26-32). This is partly due to campaigns for early detection of cancer and for changes in eating behaviors (American Cancer Society, 2006; Lieberman, 1994: 2003-2007).

In Thailand, according to the statistics of the Ministry of Public Health (2006), colorectal cancer is the third most prevalent form of cancer after lung cancer and breast cancer. It is generally found in the male population, and its prevalence tends to increase, which is consistent with the trend in other countries. Social and economic changes, highly competitive ways of life, time constraints, and eating habits with preference for animal fats and animal protein all contribute to the occurrence of colorectal cancer (Vatansapt et al., 1993: 64). However, the stages at diagnosis and

the survival rates of patients with colorectal cancer in Thailand are different from those of other countries because the signs of colorectal cancer are not obvious during the initial stages and there is no vigorous campaign for early detection of colorectal cancer in Thailand. As individuals do not realize the significance of health examination, approximately 60% of the patients seek medical treatment from the physicians after the cancer has spread (Prapan Kitisin, B.E. 2538: 224).

At present, there are three ways to treat colorectal cancer. They are operation, radiation treatment, and chemotherapy. Chemotherapy may be administered after or before the operation (neoadjuvant chemotherapy) to shrink the cancerous tumors, making it easier to operate. The chemotherapy is generally administered in continuous courses ranging from five to ten courses with a three to four week interval (Sumitra Thongprasert, B.E. 2536: 29; Haydon, 2003: 12). The chemotherapy may cause severe side effects which affect the patients' physical, mental, social, and economical well-being. These side effects are unavoidable; thus, receiving chemotherapy is a situation which causes stress in patients with colorectal cancer. Such resulting stress can adversely affect the patients' appraisal capability, hence narrowed perceptive ability and obstructed critical thinking ability. Their reception of information and use of resources to appropriately cope with stress can also be affected (Kanitha Naka & Prasobsuk Intaraksa, B.E. 2536: 23).

However, the stress experienced by patients with colorectal cancer can vary depending on personal factors and situational factors. Basic demographic characteristics of patients are also factors that are related to stress including gender, age, and educational level. An external resource which reduces individuals' stress and enables them to effectively cope with stress is social support (Lazarus & Folkman, 1984). Social support enables individuals to adjust their perception of stressful situations and promotes their stress-coping capability (Duangduen Moolpradab, B.E. 2541: 48). Social support, therefore, is a stress absorbent that reduces or relieves stress of individuals (Suree Kanchanawong & Jariyawat Kompayak, B.E. 2545: 48-49; Cohen & Wills, 1985: 310-313) and enables them to make use of appropriate stress-coping strategies.

The researcher interested in investigating stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy based on the stress,

appraisal, and coping model proposed by Lazarus & Folkman (1984). In this study, open-ended questions were used with patients with colorectal cancer to make them recall and describe specific situations which were assessed as stress caused by chemotherapy and coping strategies. They used were assessed by a set of questionnaire. It was expected that the findings of this study could be used as a guideline for nurse practitioners in devising a nursing care plan to reduce stress and promote coping of patients with colorectal cancer to ensure quality of life.

Theoretical Framework of the Study

In the present study, the stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman (1984) was used as the conceptual framework of the study. Lazarus and Folkman explain stress in terms of the relationship between individuals and the environment which is constantly changing with one always having influence on the other. There are three major concepts of this theory. They are stress, appraisal, and coping. Stress refers to a situation which individuals appraise as having an effect on their wellbeing and which requires individuals to make full use of available resources (Lazarus & Folkman, 1984). That means, stress results from an imbalance between demands and resources. Furthermore, appraisal refers to a process which individuals carry out to determine why the situation is the cause of stress. Stress appraisal can be divided into primary and secondary appraisals. Primary appraisals appraise stress in three aspects of harm and loss, threat, and challenge, while secondary appraisal is the appraisal of available resources and alternative ways to deal with the situation.

Appraising whether a situation is a stress situation or not, what type of stress it is, and how severe it is depends on situational factors, i.e. uncertainty of the situation, type of the situation, and severity of the situation, as well as personal factors, i.e. commitments, beliefs, and intellectual capacity of individuals (Somjit Hanucharukul, B.E. 2544), including basic demographic characteristics of individuals of gender, age, and educational level.

Coping is a process in which individuals try to manage their stress. With this definition, coping is considered part of the adjustment process which is a dynamic process. There are two types of coping, problem-focused coping and emotion-focused coping. Social support is seen as one component of coping resources which

act as a buffer to accommodate stress in the appraisal of the stress situation and which has an effect on adjustment (Lazarus & Folkman, 1984: 243). It is divided into emotional support, informational support, and tangible support. (Chularak Kaweevivitchai, B.E. 2536)

In this study, the stress, appraisal, and coping model of Lazarus & Folkman (1984) could be used to explain stress in terms of the relationship between individuals, or patients with colorectal cancer, and the environment, or receiving chemotherapy, with one having the influence on the other. Stress took place when patients with colorectal cancer appraised that the demand of receiving chemotherapy exceeded the capacity of their resources and affected their wellbeing. Therefore, they had to try to cope with stress using either problem-focused coping or emotion-focused coping. The coping strategies used by patients with colorectal cancer varied depending on personal factors of gender, age, and educational background; situational factor, which was symptom distress caused by chemotherapy; and available resource, which referred to social support the patients received. The relationship among the study variables is illustrated in Figure 1 below.

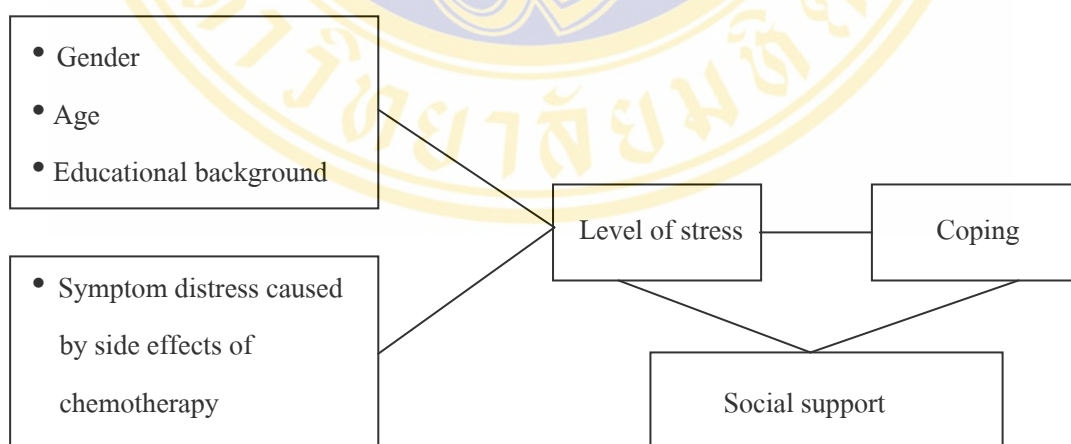


Figure 1 Relationships among study variables

Research Questions

The present study aimed to answer the following research questions:

1. What are the situations that cause stress in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?
2. What are the levels of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?
3. What are coping strategies of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?
4. What are sources of social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy and to what extent do patients with colorectal cancer receiving chemotherapy receive support from these sources?
5. Is there a relationship between gender, age, educational level, and symptom distress from the side effects of chemotherapy and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?
6. Is there a relationship among level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?

Research Hypotheses

1. There is a relationship between gender and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
2. There is a negative relationship between age and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
3. There is a negative relationship between educational background and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
4. There is a positive relationship between symptom distress from side effects of chemotherapy and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
5. There is a positive relationship between level of stress and coping of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
6. There is a positive relationship between social support and coping of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.

7. There is a relationship between social support and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.

Research Methodology

Population and sample

The population of the study consisted of patients with colorectal cancer who received chemotherapy at the Observation Wards 1 and 2, Surgical Inpatient Ward of the Department of Surgery, Inpatient Ward of the Department of Medicine, and Short Stay Service (SSS) Department of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

The study sample was selected by means of purposive sampling. The total number of subjects in the study was 50 patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.

Research Instruments

The research instruments used in this study consisted of the following:

1. Screening instrument

The Set Test was an instrument used with patients aged 60 and older who had normal cognitive status to select those who were eligible to take part in the study. In the present study, the Set Test developed by Isaacs & Akhtar (1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) was used. The total score of the test was 40 points. As for the interpretation of scores, those who had scores equal to or higher than 25 points were considered having a good brain capacity.

2. Data collection instruments

Demographic characteristics questionnaire was employed to elicit data regarding demographic characteristics of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.

Stress situation and level of stress interview form was employed to elicit oral data regarding stress situations and levels of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. The interview questions could be divided into two parts as follows:

Part I consisted of four open-ended questions which elicited data regarding situations related to chemotherapy that caused stress in the patients, the effects of stress on the patients, and other stresses of patients with colorectal cancer during the administration of chemotherapy.

Part II was used to assess the level of stress of overall stress situations of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy as described by the patients themselves. The scoring was done by using a visual-analog scale with a straight line ten centimeters in length. The researcher explained to the patients that the leftmost end of the line indicated least stress, equal to 1 point, while the rightmost end of the line indicated most stress, equal to 100 points. The patients were asked to draw a vertical line “1” on the horizontal line to indicate their level of stress. After that, the researcher measured the length from the leftmost end of the line to the point where the patients had drawn a vertical line, in millimeters. The length between the leftmost end to the vertical line indicated the level of stress of the patients.

Symptom Distress Scale was developed by McCorkle and Young (1978) to assess the symptom distress in cancer patients caused by the side effects of the treatment. The scale specified different symptoms commonly found in cancer patients and asked the patients to rank how much these symptoms caused them distress. There were altogether ten items arranged in a five-point Likert scale with the responses reflecting the patients' feelings. In the present study, the Symptom Distress Scale was used to assess symptom distress from side effects of chemotherapy in 50 patients with colorectal cancer. Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.83.

The Jalowiec Coping Scale (JCS) was specifically designed to assess the level of stress of cancer patients undergoing chemotherapy. In the present study, the Jalowiec Coping Scale which was translated into the Thai language by Nongluck Boonyia (B.E. 2537) was used. The translated version was examined for content validity by a panel of five experts. It consisted of 36 items regarding coping behaviors which could further be divided into three aspects of problem-focused coping (13 items), emotion-focused coping (nine items), and relief of stress (14 items). In the present study, the Jalowiec Coping Scale was used with 50 patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.82.

Social Support Questionnaire (SSQ) used in this study was adapted by Chularak Kaweevivitchai (B.E. 2536) from the Social Support Questionnaire that Somjit Hanucharunkul (1988) adapted from the Social Support Questionnaire (SSQ) Part II designed by Schaefer et al. (1981) and Norbeck et al. (1981) to assess social support in three aspects of emotional support, informational support, and tangible support from three sources including family members, closed friends, and healthcare professional. In the present study, the Social Support Questionnaire was used with 50 patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.88.

Data Collection

The present research was approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Ramathibodi Hospital, Mahidol University. During data collection, the researcher asked the subjects to respond to the research instruments in the following order: The Stress Situation and Level of Stress Interview Form, the Symptom Distress Scale, the Jalowiec Coping Scale, the Social Support Questionnaire, and the Demographic Characteristics Questionnaire.

Findings

The research findings are divided into five parts according to the research questions and research hypotheses as follows: 1) Characteristics of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy, 2) Stress situations of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy, 3) Symptom distress caused by side effects of chemotherapy, level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy, 4) Relationships between gender, age, educational level, and symptom distress caused by side effects of chemotherapy and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy, and 5) Relationships among level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.

Part I: Characteristics of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

Descriptive data

The study sample consisted of 50 patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. During data collection, the subjects were first interviewed to elicit data regarding their stress situations and levels of stress by the researcher. After that, they were asked to respond to the Symptom Distress Scale, the Jalowiec Coping Scale, the Social Support Questionnaire, and the Demographic Characteristics Questionnaire, respectively. Data collection lasted approximately 40 to 60 minutes. There were 15 subjects who were older than 60 years old, so they were screened with the Set Test. The results showed that the scores of these 15 subjects ranged from 35 to 40 points, thus indicating that these patients with colorectal cancer had a normal level of perception (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973).

Demographic characteristics of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

Half of the subjects were male, and the other half were female. They ranged in age from 27 to 79 years old, with the mean age of 55.24 (SD = 11.42). In addition, most were Buddhists and married, and they had a family income of 10,000 to 200,000 baht per month, with the average of 36,300 baht per month (SD = 34983.52). More than two-thirds, or 68%, had sufficient income, and 20% had sufficient income with savings. As regards to educational background of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy, 30% of them completed elementary education, and the duration of study was between 0 and 20 years, with the mean of 10.98 years (SD = 5.37). In terms of occupation, close to half, or 42%, were government officials or public enterprise employees. Forty-eight percent had complete reimbursement for the medical treatment expenses, but 18% did not have any reimbursement.

When considering the prognosis of colorectal cancer and treatment, it was found that about three-fourths of the subjects, or 76%, had stage 3 of colorectal cancer, and 20% had stage 3. They received two to 14 courses of chemotherapy, with the average of five courses (SD = 2.23). More than half, or 58%, received two formula of chemotherapy Leucovarin and 5-FU.

Part II: Stress situations of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

I interviews data of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy were analyzed by means of content analysis and the findings were presented in terms of qualitative data, frequency and percentage. According to the findings, the stress situations of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy could be categorized into five types—those related to 1) problem with side effects to get treatment, 2) feeling of uncertainty of the treatment, 3) feeling of anxiety, fear of suffering and pain, and fear of side effect chemotherapy 4) problem with medical expenses, and 5) transportation, as shown in Table 1. Furthermore, the effects of chemotherapy socioeconomic effects, were presented in table 2.

Table 1 Frequency and percentage of stress situations caused by chemotherapy (N = 50)

Stress situations caused by chemotherapy	Frequency	Percentage
Problem with side effects to get treatment		
- Fatigue	11	22
- Symptoms of the gastrointestinal system (squeamish feeling, nausea, vomiting, diarrhea, sore throat, mouth sores)	28	56
- Symptoms of the nervous system (numbness at the end of the hands and feet, dizziness)	7	14
- Hair loss	5	10
- Insomnia	2	4
Feeling of uncertainty of the treatment	9	18
Feeling of anxiety, fear of suffering and pain, and fear of side effect chemotherapy	9	18
Problem with medical expenses	5	10
Transportation	3	6

Remark: One patient with colorectal cancer may have more than one stress situation.

Table 2 Frequency and percentage of effects of chemotherapy (N = 50)

Effects of chemotherapy	Frequency	Percentage
Physical effects		
• Physical fitness (exhaustion, lack of energy)	15	30
• Change to behavior of food consumption	4	8
• Daily living	4	8
Psychological and emotional effects		
• Decreased sense of self-worth	6	12
• Desperation and despair	5	10
• Embarrassment	4	8
• Concern about family	4	8
• Boredom and irritability	3	6
Socioeconomic effects		
• Work and career	14	28
• Social relationships	7	14
• Loss of income	4	8

Remark: One patient with colorectal cancer may have more than one stress situation.

Part III: Symptom distress caused by side effects of chemotherapy, level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

Symptom distress caused by side effects of chemotherapy

According to the study findings, symptom distress caused by side effects of chemotherapy of patients with colorectal cancer was at a moderate level, with the mean score of 25.68 points. The standard deviation was 7.03, and the range was 15 to 42 points.

Level of stress

According to the study findings, the level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy was at a low level, with the mean score of 33.44 points. The standard deviation was 19.44, and the range was 6 to 75 points.

Coping

The analysis of coping was done using the raw scores as shown in Table 3. When considering each aspect of coping, it was found that the mean score of problem-focused coping was 42.32 points, the mean score of emotion-focused coping was 18.62 points, and the palliative-focused coping was 40.86 points. The raw score

of each aspect of coping was higher than the possible minimum score, hence suggesting that all patients with colorectal cancer receiving chemotherapy used all three aspects of coping

Table 3 Range, mean, and standard deviation of coping scores of the subjects as calculated from (raw scores) (N = 50)

Coping	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
Overall	36-180	75-137	101.80	12.49
Problem-focused coping	13-65	31-57	42.32	5.87
Emotion-focused coping	9-45	13-28	18.62	3.77
Palliative- focused coping	14-70	28-61	40.86	6.00

When considering the relative scores of coping, it was discovered that the proportion of different aspects of coping used by patients with colorectal cancer receiving chemotherapy was as follows: problem-focused coping was equal to 0.42, emotion-focused coping was equal to 0.18, and palliative-focused coping was equal to 0.40. Thus, it could be concluded that patients with colorectal cancer receiving chemotherapy used problem-focused coping more than other aspects of coping and used emotion-focused coping the least, as shown in Table 4.

Table 4 Range, mean, and standard deviation of stress coping of the subjects as calculated using (relative scores) (N = 50)

Coping	Min - Max	Mean	SD
Problem-focused coping	.35 - .52	.42	.03
Emotion-focused coping	.13 - .24	.18	.13
Palliative- focused coping	.32 - .48	.40	.03

Social support

As regards to the findings on social support (Table 5), it was found that the scores of overall social support of the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy ranged from 10 to 60 points, from the possible scores of 0 to 60 points. The mean score of overall social support was equal to 41.40, with the standard

deviation of 10.10. Furthermore, patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received most social support from their family members, with the mean score of 16.48 points and the standard deviation of 3.50. This was followed by social support from healthcare professionals and closed friends including relatives, neighbors, and coworkers, with the mean scores of 12.56 and 12.36 and standard deviations of 4.15 and 4.91, respectively. In addition, when considering the proportion of social support the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received from different sources, it was found that the possible scores of emotional support and tangible support were two times higher than the possible score of informational support. Thus, to be able to accurately compare the proportion of social support that patients colorectal cancer receiving chemotherapy received, the mean scores of emotional support and tangible support were divided by 2. The results shown that the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received emotional support and tangible support most from their family members, with the mean scores of 3.56 and 3.09, respectively. As for informational support, patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received most from healthcare professionals, with the mean score of 3.26. Moreover, when considering the minimum score of the possible scores of these three aspects of social support, which was equal to 0, it could be concluded that there may be some patients with colorectal cancer receiving chemotherapy who did not receive a certain aspect of social support from their family members, closed friends, and healthcare professionals at all.

Table 5 Range, mean, and standard deviation of social support scores of the subjects both overall scores and aspect (N = 50)

Social support	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
Overall	0-60	10-60	41.40	10.10
Family members	0-20	3-20	16.48	3.50
-Emotional support	0-8	2-8	3.56	1.23
-Tangible support	0-8	0-8	3.09	1.80
-Informational support	0-4	0-4	3.18	0.98
Healthcare professional	0-20	3-20	12.56	4.15
-Emotional support	0-8	0-8	3.01	1.83
-Tangible support	0-8	0-8	1.64	2.68
-Informational support	0-4	2-4	3.26	0.66

Table 5 Range, mean, and standard deviation of social support scores of the subjects both overall scores and aspect (N = 50) (cont.)

Social support	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
Close persons	0-20	1-20	12.36	4.91
-Emotional support	0-8	1-8	2.93	1.86
-Tangible support	0-8	0-8	1.77	2.72
-Informational support	0-4	0-4	2.88	1.02

Part IV: Relationships between gender, age, educational level, and symptom distress caused by side effects of chemotherapy and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

The research question no. 5 stated, “Is there a relationship between gender, age, educational level, and symptom distress from the side effects of chemotherapy and level of stress patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?” so the relationship was determined using Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that gender, age, educational level was not associated with level of stress with statistical significance at the .05 level. But symptom distress from the side effects of chemotherapy was positively associated with level of stress with statistical significance at the .01 level

Part V: Relationships among level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.

Research question no. 6 stated, “Is there a relationship among level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy?” According to the study findings, level of stress was positively associated with coping with statistical significance at the .05 level and coping was positively associated with social support with statistical significance at the .01 level. But social support was not associated with level of stress with statistical significance at the .05 level

Discussion of Findings

The findings revealed that side effects of the treatment, especially the symptoms of the gastrointestinal system, including feeling squeamish, nausea, vomiting, diarrhea, sore throat, and mouth sores, as well as loss of appetite, which caused the most symptom distress to patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. This was because these symptoms prevented the patients' body from receiving sufficient nutrients, so they perceived these symptoms as a threat to their health status and assessed these symptoms as a stress situation. Fatigue was also seen as a stress situation by patients as it threatened their ways of life, as one patient explained, *"I felt discomfort and inconvenient, both physically and mentally. My body is exhausted, and I do not have energy to do anything."* Such findings were incongruence with the stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman (1984) that individuals will assess a situation as a stress when such situation causes harm or loss or threatens their wellbeing.

Feeling of uncertainty of the treatment was another situation which was regarded as a stress by patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. This was because cancer is an ongoing disease which has uncertain prognosis and the success of the treatment cannot be confirmed, cancer patients are generally unable to predict what will happen to their future—whether they will be cured or how many courses of chemotherapy they will need, as described by one patient that, *"I don't know what will happen in the future. I don't know if my symptoms will improve or worsen, or how long the treatment will take. Most importantly, I don't know if I will be completely cured or not."* Such findings were consistent with the stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman (1984) that individuals will appraise a situation as a stress if there is uncertainty and ambiguity which makes individuals unable to predict correctly whether they will be able to control the situation. Likewise, patients with colorectal cancer receiving chemotherapy had to face fear and anxiety about the possible side effects of chemotherapy because they were unable to control the treatment situation nor could they predict how severe their side effects would be. The lack of predictability of the situation has more effects on individuals than controllable or predictable situations.

In addition, the side effects of chemotherapy have three effects on patients with colorectal cancer receiving chemotherapy—physical effects, psychological and emotional effects, and socioeconomic effects. As regards physical effects, patients tended to recall how they had lost physical strength after undergoing chemotherapy, which made them lose their appetite during the initial period or unable to eat despite feeling hungry at a later stage. This resulted in physical fatigue, which in turn affected their ability to carry out daily living activities. In terms of psychological and emotional effects, having to encounter various symptoms caused by the treatment reduced the patients' capability, hence a decrease in sense of self-worth. Finally, as for socioeconomic effects, the work and career of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy would be mostly affected. In this study, close to three quarters, or 74%, of the subjects were in their middle adulthood, which was the time of work to ensure the family's financial stability. The side effects of the treatment made these patients become weak and unable to work as hard as they used to. They may have to change their position or job, and they lost the chance to reap the full benefits of their work, hence their career would be adversely affected once their chance of professional growth was limited.

In the present study, patients with colorectal cancer receiving chemotherapy assessed the treatment with chemotherapy as moderately stressful. According to the stress, appraisal, and coping of Lazarus & Folkman (1984: 19), appraisal of stress depends on personal factors and situational factors. The former include gender, age, and educational level. In this study, it was found that when it came to gender, most of the male and female subjects were married, so they had their spouse as a source of support that could reduce their stress. As for age, most of the subjects were in their middle adulthood. At this age, individuals have gone through crises in life and have accumulated considerable life experiences. They have maturity and critical thinking skills. Thus, when they have to face a stressful situation, they should be able to select appropriate means to cope with it, hence a reduction or elimination of stress (Lazarus & Folkman, 1984: 172). With regard to educational level, more than half of the subjects in this study held a high vocational certificate or a bachelor's degree, so they were able to use reasoning to solve problems. They were also able to seek for assistance and advice from various sources when they were dealing with stress, so

they were able to solve problems and relieve their stress. Furthermore, when considering the situational factor of symptom distress from the side effects of chemotherapy, it was found that nausea and vomiting were the most distressful symptoms for the patients. However, all patients with colorectal cancer receiving chemotherapy would be given the anti-nausea and anti-vomiting medicines before the administration of each course of chemotherapy, and they were advised to take these medicines at home after finishing each course of chemotherapy as well. As a result, they should experience less nausea and vomiting. For these reasons, the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy assessed the treatment situation as causing a moderate level of stress. Besides, when facing stress, patients with colorectal cancer receiving chemotherapy used all aspects of coping—problem-focused coping, emotion-focused coping, and palliative- focused coping. Similarly, Lazarus and Folkman (1984: 157) have pointed out that how much individuals combine problem-focused coping and emotion-focused coping depends on the stressful situation they are facing. In this study, the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy used problem-focused coping more than other aspects of coping. This was followed by emotion-focused and relief of stress, respectively.

Regarding social support, the findings of the study revealed that patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received social support from family members, healthcare personnel, and closed friends, respectively. When considering the sources of social support, it was found that patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received emotional support and tangible support from their family members more than any other sources. This can be explained that the patients felt that their family members were individuals whom they could confide in and who should be able to understand them better than relatives, friends, or healthcare personnel. However, the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy received informational support from healthcare personnel more than any other sources. One plausible explanation is that, generally, healthcare team members have direct responsibility to disseminate health knowledge and information and make sure that patients receive necessary information that benefits their health.

Relationship between gender, age, educational level, and symptom distress and level of stress of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

Pearson's Product Moment Correlation Coefficient revealed that gender, age, and educational level were not associated with level of stress. Thus, the research hypothesis 1, 2 and 3 was not accepted. One possible explanation is that the subjects in the study had overall social support at a high level. In general, when individuals receive sufficient social support, they will be protected from stress. According to Lazarus and Folkman (1984), social support is a phenomenon which is related to stress. It acts as a buffer of stress and protects individuals from stress. However, it was found that symptom distress from side effects of chemotherapy was positively associated with level of stress at the .01 level. Therefore, the hypothesis 4 was accepted. It could be because the side effects of the treatment made patients misunderstand that the treatment was not effective, leading to worsening symptoms and physical, psychological, emotional, and socioeconomic effects, so they had more stress.

Relationships among level of stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy

Pearson's Product Moment Correlation Coefficient revealed that level of stress was positively associated with coping with statistical significance at the .05 level. Therefore, the hypothesis 5 was accepted. When using Lazarus and Folkman (1984)'s categorization of coping strategies according to their purpose of using proportion of the selected coping strategies (Table 4), it was discovered that patients with colorectal cancer receiving chemotherapy used more problem-focused coping than emotion-focused coping. Maybe, a total score level of stress of colon cancer patients under chemotherapy who participated in this study was at a low level.

According to the study findings, social support was positively associated with coping with statistical significance at the .01 level, which supported the formulated 6 hypothesis. When considering each item of coping, it was found that patients with colorectal cancer receiving chemotherapy used problem-focused coping more than any other form of coping. This is because social support received from family members, relatives, friends, or healthcare team members enabled these patients to better predict the situations that would take place in their life. This finding yielded support to the finding reported by Halstead and Fernsler (1994).

However, social support was not associated with level of stress with statistical significance at the .05 level. Thus, the hypothesis 7 was not accepted. Possibly, colon cancer patients who participated in this study perceived low level of stress during their received chemotherapy; as a result, they did not need to seek more social support.

In summary, the present study used the stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman (1984) as the conceptual framework. The findings showed that personal factors did not have an effect on level of stress. However, the situational factor of symptom distress from side effects of chemotherapy was associated with colorectal cancer patients' level of stress. According to the stress, appraisal, and coping model of Lazarus and Folkman, the factors which have an effect on appraisal of stress situations are personal factors and situational factors, some of which were examined in this study. Moreover, one external resource which is important and which can help reduce stress of individuals is social support. The findings of this study showed that level of stress was not associated with social support with statistical significance, but social support was positively associated with coping with statistical significance.

Recommendations for clinical nursing practice

1. The findings of this study showed that the stress situation of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy resulted from uncertainty, ambiguity, and unpredictability of the treatment. Thus, clinical nurses should devise a discharge plan to equip patients with colorectal cancer receiving chemotherapy to appropriately cope with their stressful situation at home.

2. The finding showed that suffering from side effects of chemotherapy was positively associated with level of stress for colon cancer patients under chemotherapy. This means that patients who perceived severe suffering will develop high level of stress. To help these patients releasing their stress, nurses should manage symptom distresses that occur with cancer patients during their received chemotherapy.

3. The finding showed that fatigue-related treatment can reduce the ability of cancer patients in performing their activities of daily living. This information

should be a nursing concern by creating a nursing care plan to assess the level of functional ability among these patients. Low level of functional ability indicates that patients perceived severe fatigue.

Recommendations for Nursing Research

1. Further research should be conducted with the use of random sampling and a larger sample size so as to better generalize the findings of the study to a wider group of population of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
2. An experimental study should be conducted to develop and confirm the effectiveness of a self-care promotion program for patients with colorectal cancer receiving chemotherapy.
3. A longitudinal study should also be carried out in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy to shed light on changes in the stress situations and patients' coping during each period since diagnosis to treatment to after the end of the treatment.

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขนิษฐา นาคะ และประสพสุข อินทรักษา. (2536). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 13(2), 14-24.
- จันทิพย์ ทิระณะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬารักษ์ กวีวิชชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญานิส ลือวานิช. (2540). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2547). การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด. *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล (Chemotherapy: Principles of Nursing)* (หน้า 180-255). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิดา มณีวรรณ และคณะ. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 8(2), 30-39.
- ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ. (2547). *การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซต.

- ดวงเดือน มูลประดับ. (2541). *แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น*. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพมาส ชินวงศ์. (2541). *การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ. (2546). *ความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะ
เครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิท และสิวลี ศิริไล. (2542). *ปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา. ใน
วสันต์ ลีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), มะเร็งนรีเวชวิทยา.
กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพทย์ซึ่ง*.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความ
ผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- นันทลักษณ์ ศันสยะวิชัย. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนาการศึกษาศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- นันทา เกียรติกังวาฬไกร. (2540). *ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา เล็กสวัสดิ์ พิชาณี แสนมโนวงศ์ ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และเพชร หาดูศิริวัฒนกิจ. (2543).
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- นิตยา สุทยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจ
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา คงชุม. (2539). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและ
การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2544). ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสงค์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช. (2532). มะเร็งลำไส้ใหญ่กับกากใยอาหาร. วารสารโรคมะเร็ง, 15 (เมษายน-มิถุนายน), 72-76.
- ประทุม สร้อยวงษ์ สมจิต หนูเจริญกุล และวรชัย รัตนธรร. (2536). แบบแผนการเกิดคลื่นไส้ อาเจียนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารรามาชิตี, 2(1), 5-19.
- ประพันธ์ กิตติสิน. (2538). Locally Advanced Adenocarcinoma of Rectum. ใน ณรงค์ ไวทยางกูร และคณะ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 13. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ปิยวรรณ ปญญานุรังสี สมจิต หนูเจริญกุล และวรชัย รัตนธรร. (2544). แบบแผนความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. รามาชิตีพยาบาลสาร, 7(2), 97-110.
- ปิตุสุข ไกรทัศน์. (2539). มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นในชายอายุ 17 ปี. สรรพสิทธิเวชสาร, 17(1), 27-30.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2534). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษาในมะเร็งระบบทางเดินอาหาร. ใน พวงทอง ไกรพิบูลย์และคณะ (บรรณาธิการ), ตำรารังสีรักษา ฟิสิกส์ ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- พรนภา ทรัพย์นุต. (2540). ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินทุสร โชตนากร. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ คาโลปการ. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ไพพร แซ่เตีย. (2544). สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพศิษฐ์ ศิริวิทยากร. (2547). How to Make a Good Stoma. ใน จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์และคณะ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 26. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาหารเหนียวล้ำ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนียวล้ำ การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภักจิรา รัชตะสังข์. (2547). ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสพร ขำวิชา กาญลนา ศิริเจริญวงศ์ และกาญจน์ องศ์วรรณ. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 18(4), 51-60.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สายพร รัตนเรืองวัฒนา และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2540). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่างการปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพ. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 3(1), 5-20.
- รัชนิพร คนชุม. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ละเอียด ภักดีวิจิตต์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วรชัย รัตนธรรมา. (2538). Colon cancer. ใน วรชัย รัตนธรรมา (บรรณาธิการ), *ตำราการรักษาโรคมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร: โอลิสติก พับลิชชิง.
- วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรภรณ์ ไช้ทอง. (2545). *แบบแผนความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วุฒิสรี วีรสาร. (2545). มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งทวารหนักและรังสีรักษา. ใน นกมล วรอุไรและคณะ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 22*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วุฒิสรี วีรสาร. (2547). มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและรังสีรักษา. ใน จักรพันธ์ เอื้อนเรศสรณ์และคณะ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 26*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ศรีสุดา รัชมีพงศ์. (2539). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และอรทัย โสมนรินทร์. (2540). *การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *ความเครียดกับการดูแลตนเอง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2541). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของชายที่ติดเชื้อเอช ไอ วี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา วัฒนา น้ำเพชร อรวรรณ ศรียุคตสุพร และจุฬาร ประสงค์. (2539). ความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(2), 59-72.
- สุพล จินดาทรัพย์. (2544). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก ฉบับ 2544 (สหัสวรรษใหม่ 2001)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุมนา แสนมาโนช. (2541). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดสาวท เลหาวิณีจ. (2545). การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่. ใน สุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันธุ์ (บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนบรรณการพิมพ์.
- สุรางค์ เปื้องเดช. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2542). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรี กาญจนวงศ์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2545). รายงานการวิจัย เรื่อง ความเครียด สุขภาพ และความเจ็บป่วย: แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิรินุช บุรณ์เรืองโรจน์. (2548). ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2537). โรคลำไส้ การวินิจฉัยและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรถัย สนใจยุทธ. (2539). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณี นาคะพงศ์. (2539). ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี แสนพรม. (2548). ความห่วงกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้เป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อศนี วันชัย. (2539). ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์และสัตยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อารี นุ้ยบ้านด่าน. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อุบล จัวงพานิช อารณีย์ ทวะลี สุริพร คณาเสน และสุพัตรา สุกุมลย์. (2549). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 12(1), 49-65.

อุไร ขลุ่ยนาถ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไร นิโรธนันท์ อติพร ลำราษฎบัว และสุพัตรา เลิศทรัพย์อำไร. (2545). การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี: กรุงเทพมหานคร.

Alberts, S.R., & Erlichman, C. (1996). Adjuvant therapy for colon cancer: A review of current approaches and future directions. *Seminar in Colon and Rectal Surgery*, 1(March), 40-46.

- Ali, N.S., & Khalil, H.Z. (1991). Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 14, 232-239.
- American Cancer Society. (2005). *Cancer Facts and Figures 2005*. American Cancer Society, Atlanta, GA: Author.
- American Cancer Society. (2006). *Cancer Facts and Figures 2006*. American Cancer Society, Atlanta, GA: Author.
- American Cancer Society. (2008). *Cancer Facts and Figures 2006*. American Cancer Society, Atlanta, GA: Author.
- Barnett, M.L. (2001). Fatigue. In S.E. Otto (Eds.). *Oncology Nursing* (pp. 288-307). St. Louis: Mosby.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Brandt, P.A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measurement. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Bruckner, H.W., & Motwani. (1991). Chemotherapy of advanced cancer of the colon and rectum. *Seminars in Oncology*, 18(October), 443.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of advanced Nursing*, 18, 203-210.
- Camp-Sorrell, D. (2000). Chemotherapy: Toxicity management. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, M. Goodman, & S.L. Groenwald (Eds), *Cancer Nursing: Principles and practice*. (5th pp. 444-486). United States of America: Jones and Bartlett.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Christman, N.J. (1990). Uncertainty adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*, 39(1), 17-20.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(1), 310-357.
- Cooper, H.S., & Slemmer, J.R. (1991). Surgical pathology of carcinoma of the colon and rectum. *Seminars in Oncology*, 18 (August), 372.

- Couture, J., & Schnitzler, M. (1996). Rationale for adjuvant therapy in colorectal cancer. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 7(March), 2-10.
- Cummings, B.J. (1996). Adjuvant treatment for rectal cancer. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 7(March), 47-54.
- Dimond, M., & Jones, S.L. (1983). Social support, A review and theoretical integration. In P.L.Chinn (Eds.), *Advances in Nursing Theory Development*. (pp. 235-249). Maryland: Aspen.
- Dodd, M.J., Dibble, S.L., & Thomas, M.L. (1993). Predictures of concerns and coping strategies of cancer chemotherapy outpatient. *Applied Health and Nursing Research*, 6(1), 2-7.
- Edlund, B., & Sneed, N.V. (1989). Emotional responses to the diagnosis of cancer: age-related comparisions. *Oncology Nursing Forum*. 16, 681-687.
- Forman, W.B. (1994). The role of chemotherapy and adjuvant therapy in the management of colorectal cancer. *Cancer*, 45-49.
- Freedman, T.G. (1994). Social and cultural dimension of hair loss in woman treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.
- Fredette, S.L. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18, 35-46.
- Groenwald, L.S., Frogge, H.M., Goodman, M., & Yarbrow, H.C. (1992). *Comprehensive cancer nursing review*. Boston: Jones and Bartlett.
- Greenberg, E.R., & Baron, J.A. (1993). Prospects for preventing colorectal cancer death. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(15), 1182-1183.
- Guo, G. (1996). *Stress and coping behaviors in postmastectomy patients*. Master thesis. Graduate school, Chiang Mai University.
- Glajchen, M. (1999). Psychosocial issues in cancer care. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.), *Oncology nursing: A assessment and clinical care*. St. Louis: Mosby.
- Halldorsdottir, S., & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 29-36.
- Halstead, M.T., & Fernsler, J.I. (1994). Coping strategies of long term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2), 94-100.

- Hanucharurnkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral's thesis of nursing science, Wayne State University.
- Hays, A. (1984). The set test to screen mental status quickly. *Geriatric Nursing*, 5(2), 96-97.
- Hilderley, L.J., & Dow, K.H. (1991). Radiation oncology. In S. B. Baird, R. McCorkle, & M. Grant. (Eds.). *Cancer Nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Houston, D. (1997). Supportive therapies for cancer chemotherapy patients and the role of the oncology nurse. *Cancer Nursing*, 20(6), 409-413.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J.E., Bubela, N., & Thompson, L. (1994). The prevalent and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Nursing*, 17(5), 69-79.
- Isaacs, B., & Kennie, A.T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123: 467-470.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30, 10-15.
- Jalowiec, A., Murphy, S.P., & Powers, M.J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C. F. Waltz, & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of Nursing Outcome: Volume One Measurement of Client Outcomes* (pp. 288-307). New York: Springer.
- Judy, F., Lavery, B.A., Valerie, A.C., & Claeder, B.A. (1996). Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nursing*, 19, 20-28.
- Kane, M.J. (1991). Adjuvant systemic treatment for carcinoma of the colon and rectum. *Seminars in Oncology*, 8, 442.
- Keswani, SG., Baye, MJ., & Maxwell, JP. et al. (2002). Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. *American surgery*, 68, 871-876.

- Kim, H.S., Yeom, H.A., Seo, Y.S., Kim, N.C., & Yoo, Y.S. (2002). Stress and coping strategies of patients with cancer. *Cancer Nursing*, 25(6), 425-431.
- Krause, K. (1993). Coping with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 15(1), 31-43.
- Kuo, T.T., & Ma, F.C. (2002). Symptom distresses and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. *Cancer Nursing*, 25(4), 309-317.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, J., Dibble, S.L., Pickett, M., & Luce, J. (2005). Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 28(4), 249-255.
- Lieberman, D. (1994). Screening/early detection model for colorectal cancer. Why screen?. *Cancer*, 74, 2023-2027.
- Longford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P., & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Love, R.R., Narenz, D.R., Leventhal, H., & Easterling, D.V. (1986). Psychosocial consequences of cancer chemotherapy for elderly patients. *Health Services Research*, 20(6), 961-976.
- Love, R.R. et al. (1989). Side effect and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 63, 604-612.
- Macdonald, J.S., & Astrow, A.B. (2001). Adjuvant therapy of colon cancer. *Seminars in Oncology*, 28, 30-40.
- Mahon, S.M., Cella, D.F., & Donovan, M.I. (1990). Psychosocial adjustment to recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 47-54.
- Marek, C. (2003). Antiemetic in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 3(2), 259-269.
- McCorkle, R. & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 43, 373-378.
- McKenna, R.J. (1994). Clinical aspects of cancer in the elderly: Treatment decisions, treatment choices, and follow up. *Cancer*, 74, 2107-2117.

- Meifen, Z. (1997). Coping styles and quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy. A thesis of the requirements for degree of master (Nursing). In The Graduate School of Chiangmai University.
- Mickley, J.R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being religiousness and hope among woman with breast cancer. *IMAGE: Journal of Nursing Scholoarship*, 24(4), 267-272.
- Mock, V.D. et al. (2001). Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. *Cancer Practice*, 9(3), 119-127.
- Munkres, A., Oberst, M.T., & Hughes, S.H. (1992). Appraisal of illness, symptom distress, self-care burden, and mood states in patients receiving chemotherapy for initial and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26, 593-599.
- National Comprehensive Cancer Network. (2004, April 19). *Clinical practice guidelines in oncology for cancer-related fatigue version 1.2004*. Retrieve August 3, 2008, Form <http://www.nccn.org>.
- Nichols, P.H. et al. (1994). The effect of 5-Fluorouracil and Alpha Interferon and 5-fluorouracil and leucovorin on cellular anti-tumor immune responses in patients with advanced colorectal cancer. *British Journal of Cancer*, 70, 946-949.
- Norbeck, J.S. (1981). Social support: a model for clinical research and application. *Advance in Nursing science*, July: 43-59.
- Oberst, M.T., Hughes, S.H., Chang, A.S., & McCubbin, M.A. (1991). Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- O'Connor, A.P., Wicker, C.A., & Germino, B.B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13(3), 167-175.
- Pasacreta, J.V. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*, 46(4), 214-221.
- Payne, S.A. (1990). Coping with palliative chemotherapy. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 652-658.

- Perry, G.R. (1990). Loneliness and coping among tertiary level adult cancer patients in the home. *Cancer Nursing*, 13(5), 293-302.
- Phongphanngam, S. (2003). *Effect of a home-based management intervention program for family caregivers of elderly patients undergoing hip arthroplasty on caregivers' adaptation, and satisfaction*. M. S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pickitt, M. (1991). Determine of anticipatory nausea and anticipatory vomiting in adult receiving cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*, 76(5), 334-343.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Method*. (Eighth Edition). Philadelphia: Lippincott.
- Ream, E., & Richardson, A. (1999). From theory to practice: designing interventions to reduced fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26(8), 1295-1305.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander'Dann, C. (2002). Facilitating patients' coping with fatigue during chemotherapy' pilot outcomes. *Cancer Nursing*, 25(4), 300-308.
- Rhodes, V.A., McDaniel, R.W., Homan, S.S., Johnson, M., & Madsen, R. (2000). Instrument to measure symptom experience. *Cancer Nursing*, 23(1), 49-54.
- Ryan, M.C., & Austin, A.G. (1989). Social supports and social networks in the aged. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 2(3), 176-180.
- Schaefer, C., Coyne, C.J. & Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Scheithauer, W., et al. (1993). Randomised comparison of combination chemotherapy plus supportive care with supportive care alone in patients with metastatic colorectal cancer. *British Medical Journal*, 306 (March), 752-755.
- Schober, C., et al. (1992). The role of schedule dependency of 5-Fluorouracil/Leucovolin combinations in advanced colorectal cancer. *Seminars in Oncology*, 19 (April), 131- 132.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1998). Patients satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 35(13), 1-12.

- Skalla, K.A., & Lacasse, C. (1992). Patients education for fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 19(10), 1537-1541.
- Stark, D. et al. (2002). Anxiety disorder in cancer patients: Their nature, associations and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148.
- Steele, G.D. (1993). Colorectal cancer. In G.D. Steele, D.P., Winchester, H.R. Menck. & G.P. Murphy. (Eds.), *National Review of Patient Care*. Georgia: The American Cancer Society.
- Thome, B., Dykes, A., Gunnars, B., & Hallberg, R.I. (2003). The experiences of older people living with cancer. *Cancer Nursing*, 26(2), 85-96.
- Uphold, C.R. (1991). Social support. In J. L. Creasia & B. Parker (Eds.), *Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice*. (pp. 445-470). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Varges. P.A., & Alberts, D.S. (1993). Colon cancer: The quest for prevention. *Oncolog*, 7 (November), 33.
- Vatanasapt. V., et al. (1993). *Cancer in Thailand*. Lyon Cedex: International Agency for Research on Cancer. 64.
- Wang, Y. (1997). Coping of Chinese women with gynecologic cancer. A thesis of the requirements for degree of master (Nursing). In The Graduate School of Chiangmai University.
- Ward, S.E., Viergutz, G., Tormey, D., DeMute, J., & Paulen, A. (1992). Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research*, 41(6), 362-366.
- Weinrich, S.P., et al. (1989). Timely detection of colorectal cancer in the elderly: Implications of the aging process. *Cancer Nursing*, 12(June), 170-176.
- Wilkes, G.M. (2001). Potential toxicities and management. In Barton-Burke, M., Wilkes, G.M., & Ingwerson, K. (Eds.), *Cancer Chemotherapy a Nursing Process Approach*. Boston: Jones and Barlett Publisher Inc.
- Yanmei, W. (1998). *Hopen and coping styles in lung cancer patients receiving chemotherapy*. A thesis of the requirements for degree of master (Nursing). In The Graduate School of Chiangmai University.

Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Yang, M.F., Wu, C.Y., Juan, C.H., & Huu, M.F. (2006). Quality of life depress and stress in breast cancer women out patients receiving active therapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 147-153.





ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test)

1.2 คำถามสำหรับคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความเครียดจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2. เครื่องมือสำหรับวัดตัวแปรที่ศึกษา

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

2.3 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

2.4 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

2.5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

โปรดเติมชื่อของผลไม้ สัตว์ สี และจังหวัด ลงในช่องว่างต่อไปนี้

ผลไม้ 1.....6.....

2.....7.....

3.....8.....

4.....9.....

5.....10.....

สัตว์

1..... 6.....

2.....7.....

3.....8.....

4.....9.....

5.....10.....

สี

1.....6.....

2.....7.....

3.....8.....

4.....9.....

5.....10.....

จังหวัด

1..... 6.....

2.....7.....

3.....8.....

4.....9.....

5.....10.....

คะแนน

คะแนน

คะแนนรวม.....

คำถามสำหรับคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

คำถามสำหรับคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความเครียดจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

- ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับยาเคมีบำบัด คุณมีความรู้สึกเครียด/ กังวลใจ/ ทุกข์ใจหรือไม่จากการได้รับยาเคมีบำบัด

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน โดยแต่ละข้อให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและโปรดตอบคำถามทุกข้อ

ส่วนที่ 1

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. เดือนและพ.ศ. เกิด
3. นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย ☐ หย่าหรือแยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. จำนวนปีที่ศึกษาในสถาบัน..... ปี
7. อาชีพในปัจจุบัน ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ค้าขาย
☐ รับจ้าง ☐ ธุรกิจส่วนตัว
☐ เกษตรกรรม ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ อื่นๆระบุ.....
8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ เหลือเก็บ
10. วิธีชำระค่ารักษาพยาบาล
☐ เสียค่ารักษาพยาบาลเอง ☐ สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท)
☐ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วน ☐ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด
☐ สังคมสงเคราะห์ ☐ สิทธิประกันสังคม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับยาเคมีบำบัด (ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน)

1. ระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง (cancer staging)..... T....M...N.....

2. ครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (นับรวมครั้งปัจจุบันด้วย).....

3. ช่วงเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการข้างเคียงใดเกิดขึ้นบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

4. สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

แนวคำถามที่ใช้กำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงความรู้สึกของคุณตั้งแต่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมามาจนถึงขณะนี้ กรุณาช่วยเล่าให้ฟังตามความรู้สึกของคุณ

1. เรื่องอะไรที่คุณรู้สึกเครียดหรือทุกข์ใจในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด?
2. การได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อชีวิตคุณอย่างไรบ้าง?
3. นอกจากเรื่องทุกข์ใจ/เครียด ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัดดังที่กล่าวมาแล้ว คุณมีเรื่องอื่นใดอีกที่รู้สึกเครียดหรือทุกข์ใจ?

แบบวัดระดับความเครียด

จากที่คุณเล่าเกี่ยวกับความเครียด/ทุกข์ใจ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมา โดยภาพรวมแล้วคุณบอกได้ไหมว่า คุณเครียดมาก น้อยแค่ไหน โดยทำเครื่องหมาย “|” ลงบนเส้นคะแนนข้างล่างนี้ โดยเส้นตรงนี้แทนความรู้สึกของคุณจากเครียดน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ทางซ้ายมือ ถึงเครียดมากที่สุดเท่ากับ 100 ทางขวามือ

เครียดน้อย	_____	เครียดมาก
ที่สุด		ที่สุด
1		100

แบบวัดความรู้สึกเป็นทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทรมาน/อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ท่านได้รับยาเคมีบำบัด โปรดอ่านแต่ละข้อความแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับประสบการณ์หรือความรู้สึกของท่านในขณะนี้หรือไม่จากนั้น วงรอบตัวเลขที่ใกล้เคียงกับประสบการณ์หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยที่เลข 1 หมายถึง ท่านไม่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนั้นเลย และเลข 5 หมายถึง ท่านมีความทุกข์ทรมานในเรื่องนั้นมากที่สุด

อาการ	ระดับความรู้สึกที่เป็นทุกข์				
1. คลื่นไส้หรืออาเจียน	1	2	3	4	5
2. เบื่ออาหาร	1	2	3	4	5
3. สภาพอารมณ์	1	2	3	4	5
4. นอนไม่หลับ	1	2	3	4	5
5. ความเจ็บปวด	1	2	3	4	5
6. การเคลื่อนไหว	1	2	3	4	5
7. ความอ่อนเพลีย	1	2	3	4	5
8. การถ่ายอุจจาระ	1	2	3	4	5
9. สมาธิ	1	2	3	4	5
10. รูปร่างหน้าตา	1	2	3	4	5

แบบวัดการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง ขอให้ท่านนึกย้อนถึงช่วงเวลา ตั้งแต่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมามาจนถึงขณะตอบแบบสอบถามนี้ว่าท่านใช้วิธีใดบ้างในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และใช้วิธีนั้นบ่อยครั้งแค่ไหน โดยทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีเพียงคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย (0%)
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ้างเล็กน้อยหรือใช้วิธีการนั้นนานๆ ครั้ง (25%)
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง (50%)
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง (75%)
ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด (100%)

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้บ่อยๆ	ใช้ตลอดเวลา
1. กังวลใจ					
2. ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากขึ้น					
.					
.					
.					
.					
36. พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อที่จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น					

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ต้องการทราบถึงปริมาณความช่วยเหลือที่คุณ ได้รับจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่างๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิดและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ว่ามีมากน้อยเพียงใด ในช่วงระยะเวลาที่คุณได้รับการยาเคมีบำบัด ขอให้คุณพิจารณาความช่วยเหลือในแต่ละข้อจากบุคคล 3 กลุ่มนี้ว่า คุณ ได้รับมากเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือใน 5 ระดับคือ

ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก

ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง

ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย

ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

ระดับความช่วยเหลือที่ให้คุณเลือกนี้ ไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีอยู่คำตอบเดียวคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ

ตัวอย่าง

1. ความช่วยเหลือจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	/				

แสดงว่าท่านได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวจากครอบครัวมากที่สุด

ความช่วยเหลือจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว

ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุขมากเพียงใด					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันมากเพียงใด					

ความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด

ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุขมากเพียงใด					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันมากเพียงใด					

ความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุขมากเพียงใด					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันมากเพียงใด					

ภาคผนวก ข



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมฯนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอม ดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนนาย/นาง/นางสาว.....ในฐานะ.....ได้ทราบรายละเอียด

ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ	ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ
สถานที่วิจัย	หอผู้ป่วยสังเกตอาการ 1 และ 2 หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์ หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ และแผนกเคมีบำบัด (Short Stay Service)
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 02-2011770

ความเป็นมาของโครงการ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า สถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสีและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่มีลักษณะการดำเนินโรคที่แพร่กระจายไปทั่วระบบมากกว่าโรคที่จำกัดอยู่เฉพาะแห่ง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา ซึ่งอาจเริ่มภายหลังการผ่าตัดหรืออาจรักษาก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ก้อนมะเร็งลดขนาดลงและง่ายต่อการผ่าตัดมากขึ้น โดยคำนึงถึงระยะของโรคเป็นสำคัญและในการรักษาต้องให้ยาาร่วมกันหลายชนิดที่มีขนาดเพียงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย ยาเคมีบำบัดนี้นอกจากมีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลทำลายเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วร่วมด้วย ผลกระทบนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในแต่ละระบบของร่างกายก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย เกิดความอ่อนล้าไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ส่งผลรบกวนต่อการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน นอกจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะต้องเผชิญที่เกิดจากผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัดแล้วพบว่า ผลข้างเคียงจากการรักษาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจร่วมด้วย วิธีการรักษาดังกล่าวนี้จึงเป็นสถานการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

ดังนั้นการศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียดและพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอให้ท่านมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการได้รับทราบข้อมูลของท่านมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ทราบถึงความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดที่ท่านใช้และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ท่านได้รับขณะได้รับยาเคมีบำบัด อันจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อนึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณท่านสำหรับเวลาและความช่วยเหลือของท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะเข้าใจถึงความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ถึงสถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การเก็บข้อมูลจะดำเนินในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยที่ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้ท่านเกิดความเข้าใจและขออนุญาตในการบันทึกเทปและจดบันทึกข้อมูล ในกรณีที่ท่านไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ท่านฟังทีละข้อและให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย ท่านอาจจะเลือกไม่ตอบคำถามใดๆก็ได้ในทุกข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ซึ่งการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ท่านได้รับ

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านจะได้มีโอกาสที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินหรือช่วยเหลือท่านตามปัญหาที่ท่านต้องเผชิญอยู่

ระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์ คำถามบางคำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อท่านนึกถึงท่านอาจรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจ ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างการให้ข้อมูล ท่านสามารถที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านกับผู้วิจัย ท่านมีอิสระเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาลถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ในการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้เป็นความลับในที่ที่ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลบ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ ท่านสามารถขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังการวิจัยสิ้นสุดลง

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 02-201-1544

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ตารางแสดง ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าทดสอบการแจกแจงปกติของอายุ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ระดับความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Komogorov - Smirnov (N=50)

ตัวแปร	Min - Max		Mean	SD	K-S	Sig 2 tailed
	Possible	Actual				
อายุ		29-79	54.50	11.42	.416	.995*
ระดับการศึกษา		0-20	12.00	5.37	1.239	.093*
ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	10-50	15-42	25.68	7.03	.697	.717*
ระดับความเครียด	1-100	6-75	34.12	19.28	.906	.385*
การเผชิญความเครียด	36-180	75-137	101.80	12.49	.563	.910*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0-60	10-60	41.40	10.10	.814	.521*

* normal distribution

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามในการสัมภาษณ์

รองศาสตราจารย์ดร. อรสา พันธุ์ภักดี พย.ด.

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. โสภณ แสงอ่อน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวแม่นมนา จิระจรัส

พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมโรคหัวใจ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุภาพร จงประกอบกิจ
วัน เดือน ปี เกิด	20 กันยายน 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดจันทบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536-2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2547-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 งานการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่	ที่ทำงาน: หอผู้ป่วยพิเศษสิริกิติ์ 7 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2201-1770 ที่บ้าน: 21 ม.3 ต. สีพยา อ. ท่าใหม่ จ. จันทบุรี 22120 E-mail: g4736898@student.mahidol.ac.th