

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

นางสาว สวณ แก้ว

นภาพร สวณแก้ว

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ดร. ชูณหวัด,

ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์อรรสา พันธักดี,

พย.ด.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2552

นางสาว.....

นภาพร สอนแก้ว

ผู้วิจัย

นายสุเมธ รินสุรวงศ์,

พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. อนุสรณ์

รองศาสตราจารย์พาฬิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. อรุณ

รองศาสตราจารย์ดร. ชูณหะวัณ,

ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. มยุร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิโรธ กนกสุนทรรัตน์,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นางสาว นก

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. รัชตะ

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากคณาจารย์และบุคลากรหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา และรองศาสตราจารย์ดร.ฉวี ชูณหะวัณ ที่ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และให้กำลังใจเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้างานการพยาบาลป้องกันโรค หัวหน้าหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ได้ให้โอกาสในการลาศึกษาต่อ และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาเสียสละในการให้สัมภาษณ์ ช่วยให้การทําวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เพื่อนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณ คุณสุชีรา เกตุคง และคุณสุธิดา ศิริมงคลขจร ที่ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งความช่วยเหลือ และกำลังใจด้วยดีตลอดมา สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้กำลังใจมาโดยตลอด

นภาพร สวนแก้ว

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

STRESS AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

นภาพร สวนแก้ว 4837023 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, พย.ด., ดร.ณิ ชุณหะวัณ, ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด วิธีเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารักษ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด 3) แบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความเครียด เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความรุนแรง การรักษาและการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ใหม่ ไม่สามารถทำนายผลการรักษา และความคลุมเครือในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษา หรือมีแผนการรักษาที่ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา วิธีเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ หวังว่าอะไรๆ จะดีขึ้น (ร้อยละ 91.43) และพยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ แทน (ร้อยละ 91.43) วิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความเครียดได้มาก คือ วิธีการทำจิตใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว (ร้อยละ 66.07)

ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลในการจัดการดูแลเรื่องของการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมวิธีเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คำสำคัญ: ความเครียด/ การเผชิญความเครียด/ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

**STRESS AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH
CHOLANGIOCARCINOMA**

NAPAPORN SUANKAEW 4837023 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

**THESIS ADVISORY COMMITTEE: NIROBOL KANOGSUNTHORNRAT, Ph.D.
(NURSING), DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed. (Education Psychology and Guidance)**

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to explore stressful situations, coping strategies and coping effectiveness in patients with cholangiocarcinoma (CHCA). Lazarus's stress and coping theory was used as the conceptual framework for this research. Purposive sampling was used to recruit 70 cases attending the surgical inpatient unit at Ramathibodi Hospital, National Cancer Institute, Phramongkutkiao Hospital and Rajavithi Hospital. Data was collected from the sample's response to three questionnaires: 1) personal data 2) stressful situations and 3) coping strategies and effectiveness. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The qualitative data were analyzed using content analysis.

The result revealed that the situational factors which provoked stress were severity of situation, a recent change in situation, the unpredictability of treatment outcomes, and misunderstandings regarding about treatment information or treatment plan. Patients with CHCA used emotional-focus coping more than problem-focus coping. The top used coping methods were hoping that things will get better (91.43%) and trying to put the problem out of the patient's and thinking of something else (91.43%). The most effective coping method was seeking comfort or help from family (66.07%).

The results of this study are recommended to be used to manage stress in patients with CHCA for effective coping.

**KEY WORDS: STRESS/ COPING STRATEGY/ PATIENTS
WITH CHOLANGIOCARCINOMA**

109 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
- ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบทฤษฎีในการวิจัย	3
- คำถามการวิจัย	4
- วัตถุประสงค์การวิจัย	4
- ขอบเขตการวิจัย	4
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
- นิยามตัวแปร	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
- โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษา	6
- ความเครียดและการเผชิญความเครียด	14
- ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็ง	20
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย	
- ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	24
- เครื่องมือวิจัยและตรวจสอบคุณภาพ	26
- การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	30
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
- การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
- ข้อมูลส่วนบุคคล	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
- สถานการณ์ความเครียด	36
- วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด	40
บทที่ 5 อภิปรายผล	44
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
- สรุปผลการวิจัย	53
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	54
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	57
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	69
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	92
ประวัติผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	34
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	35
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลการตรวจสมรรถภาพของค้ำทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ	36
4. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด	40
5. วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อ ที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าร้อยละ 50 เลือกใช้	41
6. วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อ ที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเลือกใช้น้อย	42
7. วิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกประเมินว่ามีประสิทธิภาพ	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงกว่าทุกประเทศทั่วโลก (Shaib & El-Serag, 2004) พบอัตราการเกิดผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 8,000 รายต่อปี โดยพบมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546) โดยเหตุที่มะเร็งท่อน้ำดีมีอาการแสดงของโรคในระยะแรกไม่ชัดเจน ผู้ป่วยมักมีอาการคล้ายโรคกระเพาะอาหาร ทำให้ใช้เวลาไปกับการรักษาแผลในกระเพาะอาหาร (ธนิต วัชรพุกก์, 2541) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจน ซึ่งมะเร็งได้ลุกลามเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือ 4 การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคองและบรรเทาอาการไม่สุขสบาย (Singhal, Gulik, & Gouma, 2005) ด้วยการผ่าตัดเพื่อทำทางเดินน้ำดีใหม่ หรือโดยการใส่สายระบายน้ำดีลงสู่ลำไส้เล็ก หรือใส่สายระบายน้ำดีออกสู่ภายนอกร่างกาย ปัจจุบันวิธีการผ่าตัดเพื่อใส่สายระบายน้ำดีเป็นวิธีที่ไม่นิยมเนื่องจากพบว่ามีอัตราตายสูง (Khan, Thomas, Davidson, & Taylor-Robinson, 2005) วิธีการรักษาที่นิยม คือ การระบายน้ำดีโดยการส่องกล้องแล้วใส่วัสดุถ่างขยายท่อน้ำดีไว้ภายในร่างกาย (Internal stent) หรือการเจาะผิวหนังหน้าท้องเพื่อใส่สายระบายน้ำดีออกมาร่างกายนอก (Percutaneous trans-biliary drainage) โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคันและการติดเชื้อในท่อน้ำดี ซึ่งเป็นผลของการอุดตันของท่อน้ำดี (Deborah, Karen, & Kristen, 2001) และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ โดยร้อยละ 53 อยู่ได้นาน 1 ปี ร้อยละ 19 อยู่ได้นาน 2 ปี และร้อยละ 9 อยู่ได้นาน 3 ปี (Farley, Weaver, & Nagurney, 1995)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบาย คือ ปวดแน่นท้อง ตัวตาเหลือง คันทั่วร่างกาย ท้องโตตึง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ (ทองอวบ อุดรวิเชียร, 2532) การรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดีเป็นเพียงการช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวข้างต้น แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ (Abraham, Barkun, & Barkun, 2002) ในระหว่างที่มีชีวิตรอด ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักประสบปัญหาการติดเชื้อของท่อน้ำดีซ้ำ ๆ (Hoevels, 1990) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การรักษาได้ผลไม่แน่นอนทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งมักให้ความหมายต่อมะเร็งว่าเป็นโรค

ร้ายแรงรักษาไม่หาย (นวลจันทร์ ชานินทร์สุรัตน์, 2544) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต้องเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ไม่สิ้นสุดจากการดำเนินโรคที่ไม่หยุดนิ่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์และไม่สามารถควบคุมได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด และสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งประเมินตนเองว่ามีความเครียดจากวิธีการรักษา กล่าวคือโรคจะลุกลาม (Ali & Khalil, 1991; Halsted & Ferster, 1994; Wengstrom, Haggmark, & Forsberg, 2001; ผ่องพิศตร พิทยพันธ์, 2542; สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, พันทวี เชื้อขาว, สุสันหา ยิ้มแย้ม และเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2548) รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Lok, 1996; Mahat, 1997; ศรีสุภา รัชมิพงษ์, 2539; สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) เป็นต้น

เมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด บุคคลจะมีการเผชิญปัญหาเพื่อช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกคุกคามต่อตนเอง และปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้น ๆ การเผชิญความเครียดมีทั้งการมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem- focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional- focused coping) (Lazarus & Folkman, 1984) การเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) และอาจใช้รูปแบบผสมผสาน คือ การจัดการกับปัญหาและอารมณ์ควบคู่กันไป (Gass & Chang, 1989; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยเพศชายจะควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากกว่าเพศหญิง ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ (Gass & Chang, 1989; Yeh, Gift, & Soeken, 1994) บุคคลวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุตอนต้นสามารถเลือกและแก้ไขปัญหาก็ดีกว่าวัยรุ่นและวัยสูงอายุตอนปลาย (Burke & Flaherty, 1993; Halstead & Fernster, 1994; วราภรณ์ นาครัตน์, 2533) และระดับการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (Jalowiec & Powers, 1981; Kathleen & Audrey, 1989)

ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มีแนวคิดว่าการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการและมีความจำเพาะสำหรับแต่ละสถานการณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเท่าที่สืบค้นได้ พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาปรากฏการณ์ความเครียดมากมาย ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ (Yeh et al., 1994; นิตยา สุทธยากร, 2531; กิตติกร นิธมานันต์, 2538) ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในกลุ่มญาติผู้ดูแล (Sirapo-ngam, 1994; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุชวัฒนะ และ สมฤดี สิทธิมงคล, 2542; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์, 2549) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อ (Bruke & Flaherty, 1993; Mahat, 1997; สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) โรคไต

วาย (Lok, 1996; ศรีสุดา รัศมีพงษ์, 2539) โรคความดันโลหิตสูง (สุรางค์ เปื้องเดช, 2533) และโรคหัวใจ (วารภรณ์ นาครัตน์, 2533) เป็นต้น รวมถึงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม (Ali & Khalil, 1991; Wengstrom et al., 2001; Wonghonkul, Dechaprom, Phumivichuvate, & Losawatkul, 2006) มะเร็งศีรษะและคอ (He & Liu, 2005; ไพพร แซ่เตีย, 2544) มะเร็งปอด (Kua & Ma, 2002) มะเร็งต่อมลูกหมาก (Ahmad, Carol, Jaclene, & Martin, 2005) และมะเร็งปากมดลูก (ผ่องพักตร์ ทิพยพันธุ์, 2542)

การศึกษาในส่วนของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ต่างกัน มีการประเมินสถานการณ์ความเครียดและใช้วิธีเผชิญความเครียดแตกต่างกัน ดังเช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ali & Khalil, 1991) ส่วนใหญ่ประเมินว่าการรักษาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและเผชิญความเครียด โดยหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (ไพพร แซ่เตีย, 2544) ที่กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคและใช้วิธียอมรับแม้ไม่ใช่สิ่งดีที่สุดในที่คาดหวัง เป็นต้นนอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ประเมินสถานการณ์หลังรับรังสีรักษาครั้งที่ 1 ว่าเป็นสิ่งที่ทำท่าย หลังรับรังสีรักษาครั้งที่ 10 ประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม และหลังรับรังสีรักษาครั้งสุดท้ายประเมินว่าเป็นสิ่งอันตรายสูงเสีย (ผ่องพักตร์ ทิพยพันธุ์, 2542) แต่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับรังสีรักษา (Wengstrom et al., 2001) ก่อนเริ่มรักษาด้วยรังสีรักษาผู้ป่วยกลัวการรักษา หลังรับรังสีรักษาครั้งสุดท้ายกลัวสิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้นตามมา และหลังรับรังสีรักษา 3 เดือนกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค แสดงให้เห็นว่า นอกจากการเป็นโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างกัน ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์แตกต่างกันและมีวิธีเผชิญความเครียดที่เหมือนหรือแตกต่างกันในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วย และยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ความเครียด รูปแบบในการเผชิญปัญหาและประสิทธิภาพของวิธีการที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเลือกใช้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญปัญหากับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) มีแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

ตลอดเวลา ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญคือ ความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ของการปรับตัว

ความเครียด เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้บุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง การประเมินตัดสิน เป็นกระบวนการความรู้สึกกึกกักที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงของสถานการณ์ ความใหม่ของสถานการณ์ ความสามารถในการทำนาย ความคลุมเครือของสถานการณ์ และความไม่แน่นอนของสถานการณ์

การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด การเผชิญความเครียดของบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกลงตนเองกับการมุ่งแก้ปัญหา วิธีการที่บุคคลใช้เพื่อการเผชิญความเครียดยังขึ้นกับการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และข้อจำกัดของแหล่งประโยชน์ ส่วนผลลัพธ์ของการปรับตัวเป็นผลจากการประเมินตัดสินและวิธีการเผชิญความเครียด เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการรักษาแล้ว แต่อาการไม่สบายทางด้านร่างกายยังคงมีอยู่ ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ก่อให้เกิดความเครียด เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีขวัญและกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียดมีอะไรบ้าง
2. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเผชิญความเครียดด้วยวิธีใดบ้าง และวิธีเผชิญความเครียดที่ใช้นั้นมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด
2. เพื่อศึกษาวิธีเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความเครียด วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มาเข้ารับรักษา

ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารับดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ
โรงพยาบาลราชวิถี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเครียด และให้การสนับสนุน
วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจความเครียดและวิธี
เผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีบำบัดทางการพยาบาลและงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีเผชิญ
ความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

นิยามตัวแปร

สถานการณ์ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ท่อน้ำดีประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด ซึ่ง
เป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินตัดสินสถานการณ์ความเครียดตาม
ปัจจัยด้านสถานการณ์ของลาซารัส

วิธีเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำหรือความรู้สึกลึกซึ้ง ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
ใช้จัดการสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญ
ความเครียดของจาโลวีก ฉบับภาษาไทย (นิตยา สุทธยากร, 2531)

ประสิทธิภาพในการใช้วิธีเผชิญความเครียด หมายถึง ความรู้สึกลึกซึ้งที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
น้ำดีต่อวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้แล้วรู้สึกว่าได้ช่วยลดความเครียด ประเมินโดยแบบสอบถาม
ประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1987)

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยศึกษาเอกสารและบททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่างๆ ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษา
2. ความเครียดและการเผชิญความเครียด
3. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษา

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นเนื้องอกที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินน้ำดีที่เกิดขึ้นตั้งแต่ทางเดินน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic bile ducts) ต่อเนื่องมาถึงทางแยกของท่อน้ำดี (Secondary branch) ทั้งทางด้านซ้าย (Left hepatic duct) และด้านขวา (Right hepatic duct) มาบรรจบกันเรียกบริเวณนี้ว่า Perihilar region ส่วนบริเวณท่อน้ำดีร่วม (Common hepatic duct) ท่อน้ำดี (Cystic duct) และท่อน้ำดีร่วมส่วนปลาย (Distal common bile duct) บริเวณนี้เรียกว่า ทางเดินน้ำดีภายนอกตับ (Distal extrahepatic bile ducts) (Anthony, 2002) โรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดเนื่องมาจากการอักเสบของท่อน้ำดีเรื้อรังเป็นระยะเวลานานโดยไม่ทราบสาเหตุ ส่งผลให้เยื่อบุเซลล์เกิดพังผืด (Fibrosis) และเกิดการงอกเกิน (Hyperplasia) ทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (Mathew & Rodrigo, 2004)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดียังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์จากการอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุเซลล์ท่อน้ำดี เนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงดังนี้

- 1). นิ่วในท่อน้ำดีภายในตับ (Hepatolithiasis) ก่อให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดีเป็น ๆ หาย ๆ จนเกิดการตีบของท่อน้ำดี ส่งผลให้เกิดการอุดตันและพัฒนาเป็นมะเร็ง (Khan, Neugut, & Ahsan, 1999)

2). พยาธิใบไม้ในตับ *Opisthorchis viverrini* และ *Clonorchis sinensis* ก่อความระคายเคืองผนังท่อน้ำดี จนทำให้เกิดการงอกเกิน และการงอกขยาย (Proliferation) ของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี ทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ ร่วมกับการที่ไข่และตัวพยาธิทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี เกิดการคั่งของน้ำดี กรดน้ำดีและเกลือน้ำดีที่เพิ่มขึ้น จะไปกระตุ้นสารก่อมะเร็งในโตรซามีน ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีจากพยาธิใบไม้ในตับพบมากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และพบมากเป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทย (Watanapa, 1996)

3). โรคท่อน้ำดีอักเสบ (Primary sclerosing cholangitis, PSC) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ในประเทศแถบตะวันตก (Pankaj & Tusher, 2006)

ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี

การแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีตามหลักกายวิภาคสามารถแบ่งได้เป็น Intrahepatic, Perihilar, และ Extrahepatic มีรายละเอียดดังนี้

1). Intrahepatic cholangiocarcinoma เนื้องอกเกิดขึ้นตั้งแต่ทางเดินน้ำดีภายในตับ พบประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (De Groen, Gores, LaRusso, Gunderson, & Nagorney, 1999) สามารถแบ่งออกได้เป็น Hilar type ซึ่งเนื้องอกส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณ Segmental duct และ Peripheral type ซึ่งพบเนื้องอกอยู่ภายในเนื้อตับเป็นส่วนใหญ่ (วิยะดา วิระยุทธศิลป์ และ บุญชู ศิริจินดากุล, 2548)

2). Perihilar cholangiocarcinoma เป็นกลุ่มที่พบมากถึงร้อยละ 50-60 เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Klatskin tumours สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด (Bismuth & Castaing, 1994 cited in Khan, Davidson, Goldin, et al., 2002) ดังภาพแสดงที่ 1



ภาพแสดงที่ 1 Bismuth classification

- Type I เนื้องอกอยู่ในทางเดินน้ำดีร่วมแต่อยู่ส่วนที่ต่ำกว่าท่อตับด้านซ้าย (left hepatic duct) และท่อตับด้านขวา (right hepatic duct) มาบรรจบกัน
- Type II เนื้องอกอยู่ระดับสูงกว่า Type I ขึ้นไป ขึ้นไปถึงส่วนที่ท่อตับด้านขวา หรือท่อตับด้านซ้ายมาบรรจบกัน
- Type IIIa เนื้องอกอยู่บริเวณท่อทางเดินน้ำดีร่วม และต่อไปถึงท่อตับด้านขวา
- Type IIIb เนื้องอกอยู่บริเวณท่อทางเดินน้ำดีร่วม และต่อไปถึงท่อตับด้านซ้าย
- Type IV เนื้องอกมีการกระจายตัวมากกว่า 1 จุด ในท่อทางเดินน้ำดี หรือขึ้นไป ถึงท่อตับด้านซ้ายและด้านขวา

3). Extrahepatic cholangiocarcinoma เนื้องอกอยู่บริเวณทางเดินน้ำดีภายนอกตับ (Distal extrahepatic bile duct) คือ ตั้งแต่ท่อทางเดินน้ำดีร่วมไปถึงบริเวณทางแยกไปสู่ตับอ่อนและลำไส้เล็ก (Ampulla of Vater) พบประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Khan, Davidson, Goldin, et al., 2002)

อาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

อาการของโรคจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก ส่วนใหญ่มักไม่ปรากฏอาการจนกระทั่งโรคมีการลุกลาม (Mathew & Rodrigo, 2004) ใน Perihilar หรือ Extrahepatic tumours ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะดีซ่าน จากการที่เนื้องอกขัดขวางการไหลของน้ำดี ทำให้น้ำดีไหลกลับเข้าสู่

ตับและถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ก่อให้เกิดตัวต่อน้ำดี มีอุจจาระสีซีดจากการขาดสีของน้ำดีและมีอาการคันจากการที่เกลือน้ำดีมีปฏิกิริยากับประสาทส่วนปลายที่ผิวหนัง (Oran, Oran, & Memis, 2002) นอกจากนี้อาจพบว่ามีอาการปวดท้องด้านบนขวา มีไข้ร่วมด้วย และบางครั้งมีอาการหนาวสั่น ซึ่งเป็นอาการอักเสบติดเชื้อของทางเดินน้ำดี (De Groen et al., 1999) สำหรับผู้ป่วย Intrahepatic cholangiocarcinoma มักไม่ปรากฏอาการชัดเจน ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง ตรวจร่างกายคลำพบก้อนในท้อง น้ำหนักลดและมีไข้เป็นบางครั้ง (วิยะดา วิระยุทธศิลป์ และ บุญชู ศิริจินดากุล, 2548)

ระยะของโรค (Staging)

แบ่งตามความรุนแรงเป็น 4 ระยะ ตามระบบ TNM (Tumour Node Metastasis System)

(Khan et al., 2005) ดังนี้

Stage I	T1, N0, M0
Stage II	T2, N0, M0
Stage III	T1 or T2, N1 or N2, M0
Stage IVA	T3, Any N, M0
Stage IVB	Any T, Any N, M1

T= Tumor คือ การลุกลามของตัวมะเร็ง

T1 = ก้อนมะเร็งลุกลามถึง Subepithelia connective tissue

T2 = ก้อนมะเร็งลุกลามถึง Perifibromuscular connective tissue

T3 = ก้อนมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง

N = Node คือ ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งกระจายไปถึง

N0 = ไม่พบการกระจายตัวของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

N1 = พบการกระจายตัวของมะเร็งไปยัง Hepatoduodenal ligament lymph nodes

N2 = พบการกระจายตัวของมะเร็งไปยัง Peripancreatic, periduodenal, periportal, coeliac and/ or Superior mesenteric artery lymph nodes

M = Metastasis คือ การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M0 = การตรวจทางคลินิกไม่พบการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น

M1 = ตรวจ พบการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วเนื่องจากยังไม่มีวิธีการที่จะตรวจค้นพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรก (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2541) วิธีการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่นิยมใช้กันทั่วไปมี 2 วิธี คือ

1). การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจสมรรถภาพของตับ (Liver function test) เพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้ความรุนแรงของภาวะดีซ่านจากการอุดตันของท่อน้ำดี โดยดูจากค่าบิลิรูบินที่สูงถึง 3.0 mg% และค่าซีรั่มอัลคาไลน์ฟอสฟาเตส (Serum Alkaline Phosphatase, ALP) ที่สูงกว่าปกติ 3-4 เท่า ค่าซีรั่มอัลบูมิน (Serum albumin, Alb) ที่ต่ำกว่าปกติประมาณ 2.7 mg% ในรายที่โรคลุกลามจะพบระดับ ฮีโมโกลบิน และระดับแลคเตตดีไฮโดรจีเนส (Lactate Dehydrogenase, LDH) ที่ต่ำกว่าปกติ ในรายที่มีการอุดตันมาเป็นระยะเวลานานทำให้การดูดซึมวิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค ลดต่ำลงและส่งผลต่อระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดยาวนานขึ้น (De Groen et al., 1999)

การตรวจวัดระดับของสารบ่งชี้มะเร็งในซีรั่ม (Serum tumor marker) ปัจจุบันยังไม่มีค่าใดที่สามารถวินิจฉัยได้เฉพาะเจาะจง สารบ่งชี้มะเร็งในซีรั่มที่นิยมนำมาใช้ คือ ระดับของ CA 19-9 และ CEA โดยค่า CA 19-9 ที่มากกว่า 100 u/ml ให้ความแม่นยำร้อยละ 75 แต่มักพบค่า CEA สูงขึ้นเพียงประมาณร้อยละ 30 และพบค่า CEA สูงในกรณีตับได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงด้วยเช่นกัน (Patel, Harnois, Klee, LaRusso, & Gores, 2000; Ramage, Donaghy, Farrant, Iorn, & Williams, 1995)

2). วิธีการตรวจทางรังสีวิทยา

การตรวจทางรังสีวิทยาสามารถบอกตำแหน่งและการกระจายตัวของเนื้องอก วิธีการตรวจประกอบด้วย 2 วิธี คือ วิธีการตรวจแบบไม่ลุกล้ำเข้าสู่ร่างกาย (Non invasive) ได้แก่ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ และเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สำหรับวิธีการตรวจแบบลุกล้ำเข้าสู่ร่างกาย (Invasive) ได้แก่ การส่องกล้อง และการเจาะผนังหน้าท้อง ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถวินิจฉัยโรคและทำการรักษาไปพร้อมกันได้ (Khan, Davidson, Goldin, et al., 2002)

การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography, CT) สามารถบอกตำแหน่งของเนื้องอกของท่อน้ำดีภายในตับได้อย่างดี และแสดงการขยายตัวของท่อทางเดินน้ำดีภายในตับและต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นได้ (De Groen et al., 1999) การตรวจเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) สามารถบอกกายวิภาคของตับ ทางเดินน้ำดี และตำแหน่งของเนื้องอกที่มีการกระจายตัวไปสู่ทางเดินน้ำดีภายนอกตับ การตรวจด้วย Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP) เป็นวิธีการที่มีความแม่นยำโดยการใส่สารทึบแสงร่วมด้วย สามารถบอกตำแหน่งของเนื้องอกในทางเดินน้ำดีและตำแหน่งท่อน้ำดีที่มีการอุดตันได้ชัดเจน (Khan, Davidson, Goldin, et al., 2002)

การส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีร่วมกับการใช้สารทึบแสงฉีดเข้าทางเดินน้ำดี (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP) เป็นการทำเพื่อช่วยวินิจฉัยตำแหน่งที่เกิดการอุดตันและนำชิ้นเนื้อมาตรวจได้ ส่วนวิธีการเจาะผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง (Percutaneous transhepatic cholangiography, PTC) นิยมใช้เพื่อการใส่ท่อถ่ายขยายทางเดินน้ำดีในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (Khan et al., 2005; Singhal et al., 2005; Yeh, Jan, Tseng, et al., 2000)

การรักษา

การรักษาโดยการผ่าตัด จะให้ประสิทธิภาพสูงสุดในรายที่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้มากที่สุด สำหรับในรายที่มะเร็งอยู่บริเวณชายตับและมีการอุดตันของท่อน้ำดีเพียง 1 ข้าง จะได้รับการผ่าตัดโดยตัดตับบางส่วนออก (Partial Hepatectomy) ส่วนในรายที่มะเร็งอยู่บริเวณขั้วตับและมีการอุดตันของท่อน้ำดีทั้งสองข้างจะได้รับการตัดเอาก้อนมะเร็งออกให้ได้มากที่สุดและทำทางเดินน้ำดีใหม่ (Hepaticojejunostomy) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคันและการติดเชื้อ (Coleman, 2000)

ในรายที่ระยะของโรคลุกลามไปมากแล้ว การรักษาจะเป็นแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการอุดตันของท่อน้ำดี ได้แก่ 1) การส่องกล้องเพื่อใส่วัสดุถ่ายขยาย (Stent) ภายในท่อน้ำดี (Endoscopic biliary drainage) 2) การเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายระบายน้ำดีออกทางหน้าท้อง (Percutaneous trans-biliary drainage, PTBD) 3) การทำผ่าตัดเพื่อใส่สายระบายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดเนื้องอกออกได้ นอกจากใส่สายระบายน้ำดีแล้วยังทำการตัดถุงน้ำดีออกเพื่อป้องกันการอักเสบจากการที่ท่อน้ำดีถูกอุดกั้นจากเนื้องอก แต่การผ่าตัดเพื่อการใส่สายระบายพบว่ามีความเสี่ยงและมีอัตราตายสูงจึงไม่นิยมทำ (Singhal et al., 2005) และ 4) การบำบัดด้วยวิธีการฉายรังสีเพื่อช่วยลดความเจ็บปวด นอกจากนี้ยังมีการรักษาซึ่งอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง คือ การให้เคมีบำบัดและ Photodynamic therapy (วิยะดา วีระยุทธศิลป์ และ บุญชู ศิริจินดากุล, 2548; Khan et al., 2005; Pankaj & Tushar, 2006)

การเจาะผิวหนังผ่านทางหน้าท้อง เพื่อการใส่สายระบายน้ำดี (PTBD) เป็นการรักษาแบบประคับประคองในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เนื่องมาจากเนื้องอกนั้นมีการกระจายตัวไปสู่ตับและอวัยวะอื่น การกระจายตัวทำให้เกิดการอุดตันที่ทางเดินน้ำดีภายนอกตับ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่ออันตรายจากการผ่าตัด (สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ, 2547) โดยการใส่ PTBD มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ 1). บรรเทาอาการจากการที่ทางน้ำดีถูกอุดกั้น ได้แก่ อาการดีซ่าน อาการคัน อาการติดเชื้อของท่อทางเดินน้ำดี (Cholangitis) และอาการปวด และ 2) .เพื่อช่วยชีวิตและช่วยให้ตับทำหน้าที่ต่อไปได้ (Singhal et al., 2005) เทคนิคการทำคือ การแทงเข็มขนาดเล็กเข้าทางผิวหนังผ่านช่องซี่โครงด้านขวา โดยใช้อัลตรา

ชาว์ค (Ultrasound guide) หรืออาศัยฟลูออโรสโคป (Fluoroscopy) เมื่อไปถึงตำแหน่งที่มีการอุดตัน แล้วฉีดสารทึบรังสี จะปรากฏภาพตำแหน่งทางเดินน้ำดีให้เห็นที่จอภาพและแสดงถึงตำแหน่งที่มีการอุดตัน ปลายเข็มจะอยู่ในท่อตับ และทำการทดสอบโดยดูดดูว่าได้น้ำดีหรือไม่ เมื่อดูดได้น้ำดี แพทย์จึงจะทำการใส่เส้นลวดขนาดเล็ก ๆ เข้าไปให้ปลายสายอยู่ในท่อน้ำดีหลัก และสอดผ่านไปถึง ถ้าใส่เล็กส่วนต้นในรายที่สามารถทำได้ เพื่อให้ น้ำดีบางส่วนไปช่วยในการย่อยและดูดซึมสารอาหาร แล้วจึงใส่สายระบายเข้าไปและดึงเส้นลวดออกมา (Hoevels, 1990) หลังจากนั้นน้ำดีบางส่วนจะถูก ระบายออกภายนอกร่างกายทางสายระบายโดยปลายสายระบายจะต่อไว้กับถุงรองรับ

การพยากรณ์โรค

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะที่ 3 หลังการ ผ่าตัดปีที่ 1 และปีที่ 3 มีอัตราการอยู่รอดร้อยละ 100 และ 33 ตามลำดับ ส่วนระยะที่ 4A หลังผ่าตัด 1 ปี จะมีอัตราการอยู่รอดร้อยละ 80 และหลังผ่าตัด 3 ปี จะมีอัตราการอยู่รอดร้อยละ 30 (ณรงค์ ขันดีแก้ว, 2548) การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้ผลการรักษาที่ไม่ดีนัก เนื่องจากมักจะพบผู้ป่วยในระยะท้าย ๆ โดย ระยะที่ 4B จะมีอัตราการอยู่รอด 1 ปี และ 3 ปี หลังผ่าตัดร้อยละ 26 และ 12 ตามลำดับ (ทองอวบ อุดรวิเชียร, 2532) สำหรับการใส่ PTBD หรือใส่วัสดุถ่างขยายไว้ภายในร่างกาย (Internal stent) อัตราการรอดชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน (Khan et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 53 มีชีวิตอยู่รอดได้ นาน 1 ปี ร้อยละ 19 อยู่ได้นาน 2 ปี และร้อยละ 9 อยู่ได้นาน 3 ปี (Farley et al., 1995)

ผลกระทบจากความเจ็บป่วย

แม้ว่าการรักษาด้วยการใส่สายระบายจะช่วยลดอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากการอุดตันของ ทางเดินน้ำดี หรือทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น แต่มักเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เสมอ (Singhal et al., 2005) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อ กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากการที่ ทางน้ำดีถูกอุดตัน เกิดภาวะดีซ่านทำให้ตัวตาเหลือง (Steven, 2002) และน้ำดีไม่สามารถหลั่งออกมาสู่ระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมไขมันลดลง ร่างกายขาดสารอาหารประเภท ไขมันซึ่งเป็นพลังงานที่สำคัญ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน (Alan, 1998) ถ้าอาหารประเภทไขมันไม่ได้รับการย่อย การย่อยอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน จะลดลงด้วย ไขมันที่ตกค้างในทางเดินอาหารเกิดการย่อยสลายโดยแบคทีเรียในลำไส้ ทำให้เกิด แก๊สมากกว่าปกติ เป็นสาเหตุทำให้มีอาการอึดแน่นท้อง (Suzanne, 2006) การขาดน้ำดีในทางเดิน

อาหาร เป็นการขาดปัจจัยหนึ่งในการควบคุมจำนวนแบคทีเรียในลำไส้เล็ก จึงเกิดการเพิ่มจำนวนแบคทีเรีย โดยเฉพาะแบคทีเรียที่ปนมากับอาหารและแบคทีเรียที่เพิ่มขึ้นมาจากลำไส้ส่วนล่าง ทำให้เกิดการอักเสบและเกิดการติดเชื้อในท่อน้ำดี ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายจากภาวะไข้หนาวสั่น (ทองอวบ อุดรวิเชียร, 2532) นอกจากนี้ระดับซึ่งทำหน้าที่ในการสร้างอัลบูมินได้ลดลง ทำให้การดึงน้ำเข้าสู่กระแสเลือดน้อยลง ส่งผลให้มีน้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ในช่องท้องมากขึ้นทำให้เกิดอาการท้องมาน (Bacon, O'Grady, Di Bisceglie, & Lake, 2006) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการปวดแน่นท้อง ในรายที่รุนแรงจะมีน้ำซึมผ่านกระบังลมเข้าไปในช่องปอด เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Paradiso, 1995) การแลกเปลี่ยนออกซิเจนจึงลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ (Abraham et al., 2002) เนื่องจากผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคเป็นมากแล้ว แผนการรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองไม่ใช่การรักษาที่หายขาด การใส่สายระบายน้ำดีเป็นเพียงการบรรเทาอาการ (สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ, 2547) ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสมดุลได้เพียงระดับหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาหลังจากนั้นผลการรักษามักไม่แน่นอน ในรายที่มีสายระบายติดตัว ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการมีสายระบาย ต้องเรียนรู้การดูแลสายระบายให้ทำงานได้ดีไม่อุดตัน แต่การใส่สายระบายน้ำดีไว้ภายในร่างกายหรือผ่านทางหน้าท้อง มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย (Hoevels, 1990) ซึ่งไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ก่อให้เกิดความรู้สึกคลุมเครือต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความทุกข์ทรมานจากอาการแสดงของโรคมะเร็งซึ่งต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นภาระหนักทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว (เฉลิมศรี สรสิทธิ์, 2548) อาการของโรคส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Abraham et al., 2002) นอกจากนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งอาการตัวเหลือง ท้องมาน คัน มีท่อระบายติดตัว ส่งผลให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่อยากเข้าสังคม ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและต้องหาวิธีเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น (ชูศรี ภูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และ สลักจิต ศรีมงคล, 2548)

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับผลกระทบจากโรคซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสภาพลักษณะ มีอาการตัวตาเหลือง น้ำหนักลด ท้องโตตึง ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเข้าสังคม (นวลจันทร์ ชานินทร์สุรัตน์, 2544) อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มีระยะของโรคที่ 3 หรือ 4 ซึ่งมีความรุนแรง การรักษาที่เป็นเพียงการประคับประคองอาการไม่สามารถทำนายผลของการรักษาได้ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยท่อน้ำดีเกิดความเครียด และต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทฤษฎีความเครียดที่นิยมนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ความเครียด คือ ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ทฤษฎีนี้เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นกระบวนการและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการประเมินตัดสินสถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ส่วนการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด โดยนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจากการที่โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีวิธีการรักษาโรคที่ไม่ช่วยให้หายขาด และต้องเข้ารับการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถกำหนดเวลาและคาดหวังผลการรักษาที่แน่ชัดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

การประเมินตัดสินประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) การประเมินขั้นปฐมภูมิเป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ว่ามีอิทธิพลต่อตนเองหรือไม่ อย่างไร โดยประเมินได้ใน 3 ลักษณะคือ 1) เหตุการณ์นั้นไม่มีผลได้ผลเสีย หรือไม่มีผลกระทบต่อตนเอง (Irrelevant) 2) เหตุการณ์นั้นเป็นประโยชน์หรือผลดีต่อตนเอง (Benign positive) ก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ และ 3) ประเมินว่าเป็นภาวะเครียด (Stressful) เมื่อเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and Loss) เป็นภาวะคุกคามต่อตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต หรือประเมินว่าเป็นความท้าทายเมื่อคาดการณ์ว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น ส่วนการประเมินขั้นทุติยภูมิเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด การประเมินขั้นทุติยภูมิอาจเกิดขึ้นพร้อมกับการประเมินขั้นปฐมภูมิ หรือเมื่อมีการได้รับข้อมูลใหม่บุคคลจะมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินตัดสินเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือวิธีการเผชิญหรือทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาทำให้ตัดสินใจได้ดีขึ้น และแปลความหมายของเหตุการณ์ใหม่ให้มีความรุนแรงน้อยลง

การประเมินตัดสินขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน คือ ตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factor) ได้แก่ ข้อผูกพัน (Commitment) ที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ ความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมเหตุการณ์ และสติปัญญาของบุคคล ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factor) ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความสามารถในการทำนายเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ ความใหม่ของเหตุการณ์ และความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ หรือความคลุมเครือของเหตุการณ์ กัสตาฟสัน เพียร์สัน และเอมิลอน (Gustafsson, Persson, & Amilon, 2000) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุที่มีอยู่ จำนวน 20 ราย พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย 2 อันดับแรกคือ การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของมือในอนาคต ดาวน์แอมโบลด์ท์ (Downe-Wamboldt, 1991) ศึกษาการประเมินตัดสินความเครียดจากความเจ็บป่วยของผู้หญิงสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์วัดความเครียดที่เกี่ยวข้องมาจากภาวะข้ออักเสบ และวัดการเผชิญความเครียดด้วยแบบสอบถามของจาโลวิก พบว่า ความเครียดจากความเจ็บป่วยในระดับเล็กน้อยมีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นประโยชน์และทำลาย ($r = .29, p < .01$) และการประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเป็นประโยชน์และทำลายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกใช้ชีวิตเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ($r = .28, p < .01$) จากการศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบมีผลต่อการประเมินตัดสินภาวะเครียด และมีความสัมพันธ์ต่อการเผชิญความเครียด

เมื่อเกิดความเครียด บุคคลต้องใช้วิธีการที่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรงหรือจัดการกับความรู้สึกของตน เพื่อให้เกิดความคงที่หรือความสมดุลในร่างกาย โดยนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลใช้การเผชิญความเครียดในสองลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem- focused coping) เป็นการแก้ไขตัวปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด กระทำโดยตรงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอารมณ์ (Emotion- focused coping) เป็นการลดหรือขจัดภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ความเครียด เพื่อลดความรุนแรง ลดความกดดันในจิตใจ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้น โฟลแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980) ศึกษาการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไป ที่มีอายุ 45-60 ปี ในชุมชนจำนวน 100 ราย เป็นผู้หญิง 52 ราย ผู้ชาย 48 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด (Ways of coping checklist) ที่พัฒนาตามแนวคิดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Folkman & Lazarus, 1980) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ลักษณะร่วม

กัน โดยบุคคลใช้การเผชิญความเครียดลักษณะการมุ่งแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ได้รับการประเมินว่าสามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ ส่วนการเผชิญความเครียดลักษณะการจัดการกับอารมณ์มักใช้กับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้และบุคคลส่วนใหญ่มักใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ในสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับสุขภาพและใช้การจัดการด้านมุ่งแก้ปัญหากับสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับงาน

การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันของบุคคล จะขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Coping resource) ประกอบด้วย 6 แหล่ง (Lazarus & Folkman, 1984) คือ

1. ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล (Health and Energy) จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดีมีพลังกำลังจะเผชิญความเครียดได้ดี
2. ความเชื่อในทางที่ดี (Positive belief) ได้แก่ ความเชื่อในทางที่ดีต่อผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่ตามมาได้ มีความหวัง
3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skill) บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล การทราบข้อมูลต่างๆ จะช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี
4. ทักษะทางด้านสังคม (Social skill) เป็นความสามารถที่จะติดต่อ สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่จะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น รู้จักขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล ผู้ที่มีทักษะทางสังคมดี มักได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองมากกว่าผู้ที่ขาดทักษะนี้
5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง เครือข่ายในสังคมหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งช่วยให้ข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบาก ช่วยให้ปรับตัวต่อภาวะเครียดได้

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material resource) การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา มีส่วนเกี่ยวข้องกับวิธีการเผชิญความเครียดดังนี้

อายุ ผู้สูงอายุประเมินเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Gass & Chang, 1989) และช่วงอายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ต่างกัน (วราภรณ์ นาครัตน์, 2533) จากการศึกษาของเบร์ค และแฟลเฮอร์ตี้ (Burk & Flaherty, 1993) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียด

($r = .18, p < .05$) พบว่ายิ่งอายุมากยิ่งใช้วิธีการประเมินตัดสินใหม่ ในทางที่ดี (Positive reappraisal) มากขึ้น

เพศ เพศชายมีแนวโน้มที่คิดเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าเพศหญิง จึงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหามากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์ (Folkman & Lazarus, 1980) จากการศึกษาของเยห์ และคณะ (Yeh et al., 1994) พบว่า ผู้ชายกับผู้หญิงใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ชายจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้หญิง

ระดับการศึกษา การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาได้ ดีกว่า และสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (Jalowiec & Power, 1981) การศึกษาของแกสและแชง (Gass & Chang, 1989) พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ($r = -.20, p < .05$) ส่วนการศึกษาของมาฮัท (Mahat, 1987) พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r = .29, p < .05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลดังเช่น ฮอลส์ตีดและเฟิร์นสเตอร์ (Halstead & Fernster, 1994) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ในกลุ่มอายุ 66-82 ปี ใช้วิธีการมองโลกในแง่ดี (Optimistic coping style) แต่ในกลุ่มอายุ 41-65 ปี ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ จากการศึกษาของคิม, ยวม, เซา, คิม และยู (Kim, Yeom, Seo, Kim, & Yoo, 2002) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับเพศ และระดับการศึกษา โดยที่เพศชาย กลุ่มผู้ที่การศึกษาสูงกว่าวิทยาลัยมีคะแนนเฉลี่ยของวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับที่สูงเท่ากันทั้งสองด้าน กัวและมา (Kuo & Ma, 2002) พบว่า ในกลุ่มผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาสูงใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในบุคคลกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแล นันเดอร์เฟอร์ (Neundorfer, 1991) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 60 ราย พบว่า ความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ การดูแลปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความทรงจำของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการหาแหล่งสนับสนุน (Seeking social support)

และด้านการคิดในเชิงบวก (Positive reappraisal) ศิริโพธิ์งาม (Sirapo-ngam, 1994) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 96 ราย พบว่า การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับต่ำ การดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ล็อก (Lok, 1996) ศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดจำนวน 56 ราย และรักษาด้วยการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องจำนวน 8 ราย พบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด 3 อันดับแรกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด คือ 1) การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 2) การติดต่อทางสังคมที่ลดลง และ 3) ความไม่แน่ใจในอนาคต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด 3 อันดับแรกคือ 1) การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 2) การรักษาที่รบกวนการนอนหลับพักผ่อน และ 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องแต่ละรอบ สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มาฮัท (Mahat, 1997) ศึกษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 53 ราย พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียดอันดับแรกคือ ความปวด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการมองโลกในแง่ดี จะเห็นได้ว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสถานการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน แต่มีวิธีเผชิญความเครียดที่เหมือนและแตกต่างกัน

นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้กับตัวแปรต่าง ๆ โดย แกสและแซง (Gass & Chang, 1989) ศึกษาในผู้สูญเสียคู่สมรส 159 ราย พบว่า วิธีเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางด้านจิตสังคม ($r = .36, p < .05$) การศึกษาของดาวน์แอมโบลด์ท์ (Downe-Wamboldt, 1991) ในผู้หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ($r = -.44, p < .001$) ส่วนเบิร์คและแฟลเฮอร์ตี้ (Burk & Flaherty, 1993) พบว่า วิธีเผชิญปัญหาโดยรวมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 130 ราย ที่อาศัยในศูนย์ดูแลสุขภาพมาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ($r = .28, p < .01$ และ $r = .44, p < .001$ ตามลำดับ) และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะสุขภาพด้านร่างกายร้อยละ 2 และด้านจิตใจร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ใช้วิธีเผชิญปัญหาด้านการหลีกเลี่ยงปัญหา (Escape avoidance) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ($r = .26, p < .001$)

ในประเทศไทย มีการใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นแนวทางในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในกลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพยาบาลจบใหม่ ในกลุ่มญาติ

ผู้ดูแล ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุชวัฒนะ และ สมฤดี สิทธิมงคล (2542) ศึกษาญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย พบว่า การดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบ ผสมผสานทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก เครียด (Palliative coping strategies) ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์ (2549) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 46 ราย พบว่า การจัดการดูแลด้านการเงินเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง การให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับต่ำ ญาติผู้ดูแลใช้วิธีเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มโรคหลอดเลือด สมอง และกลุ่มโรคไตวาย พบว่า ในกลุ่มหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้ เกิดความเครียดสูงสุด วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก และระยะหลัง มีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ ปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่อง ไตเทียม พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังและวิธีการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม เป็นเหตุการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องตลอดมาตั้งแต่รับรู้การเจ็บป่วย วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วย กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เลือกใช้คือ การวางแผนแก้ไขปัญหา การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การถอยห่าง จากเหตุการณ์นั้น และการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย (ศรีสุตา รัศมีพงษ์, 2539)

ส่วนการศึกษาในกลุ่มพยาบาล ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2540) พบว่า กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยหนักและวิกฤติ การ สื่อสารระหว่างบุคคล การขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติ และการปรับตัวเข้ากับบุคลากร/หน่วยงาน เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดระหว่างการปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพของ พยาบาลจบใหม่ จำนวน 66 ราย และพยาบาลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบผสมผสาน ระหว่าง ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก เครียด จิราพร ผิวงาม (2544) พบว่า พยาบาลจบใหม่ที่เข้าสู่บทบาทวิชาชีพจำนวน 48 ราย มี ความเครียดในระดับปานกลาง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยหนัก ปริมาณงานที่รับผิดชอบ และเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด/ฉุกเฉิน พยาบาลกลุ่ม นี้เผชิญความเครียดด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ร่วมงาน และมีการศึกษา พบว่า พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสถานอนามัยในเครือข่ายอีก 5 แห่ง จำนวน 277 ราย มีความเครียด ระดับปานกลาง พยาบาลกลุ่มนี้มีความเครียดจากการที่ต้องพัฒนางานบริการเพื่อแข่งขันกับโรงพยาบาล

อื่น การที่หน่วยงานตั้งเป้าหมายให้ผ่านการรับรองคุณภาพ และต้องสะสมหน่วยกิตตามที่สภาการพยาบาลกำหนดเพื่อต่อไปประกอบวิชาชีพ (ลัดดา แซ่เลี้ยว, 2547)

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้ กับตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่า การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .40, p < .001$) แต่การเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นิตยา สุทธยากร, 2531) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ สุรางค์ เปื้องเดช (2533) พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด การเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ($r = -.25, p < .05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านแก้ไขทางอ้อมกับความร่วมมือในการรักษา

โดยสรุปการศึกษาทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย ที่นำทฤษฎีของลาซาร์สเป็น แนวทางในการศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดทั้งในกลุ่มบุคคล และกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ มีผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดในทฤษฎีความเครียดของลาซาร์ส คือ ความเครียดและการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลประเมินสถานการณ์ตามปัจจัยด้านสถานการณ์และด้านบุคคล และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลให้มีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลด้วยเช่นกัน

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็ง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนับเป็นภาวะคุกคามชีวิตและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Trittle & Calnan, 2002) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าเป็นความเครียด (ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์, 2542) จากระยะของโรคที่รุนแรงเฉียบพลัน การรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีอันตรายถึงแก่ชีวิต ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว รู้สึกไม่แน่นอนในผลการรักษา และการรอดชีวิต ไม่สามารถวางใจจากอาการกำเริบหรือโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ สิ่งเหล่านี้นับเป็นสถานการณ์เครียด ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกาย บทบาททางสังคมและหน้าที่การงาน (สุกัญญา เศรษฐโชควิวัฒน์, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วย

มะเร็งอวัยวะต่าง ๆ การศึกษาในแต่ละช่วงเวลาของการรักษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินตัดสินใจ และการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของวิธีเผชิญความเครียดกับตัวแปรอื่น ๆ

อาลีและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและกำลังได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดจำนวน 64 ราย ในประเทศอียิปต์ พบว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ การรักษา และใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการมุ่งแก้ปัญหาผสมผสานกัน ฮอลส์เตดและเฟิร์นสเตอร์ (Halstead & Fernster, 1994) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดจำนวน 59 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา (ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ดังนี้ มะเร็งเต้านม 30 ราย มะเร็งผิวหนัง 6 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 7 ราย มะเร็งลำไส้ 4 ราย มะเร็งอวัยวะ 3 ราย มะเร็งมดลูก 2 ราย มะเร็งเม็ดเลือดขาว 2 ราย มะเร็งสมอง 2 ราย มะเร็งปากมดลูก 1 ราย มะเร็งปอด 1 ราย และมะเร็งอื่นๆที่ไม่ได้ระบุ อีก 4 ราย) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการมองโลกในแง่ดี คิมและคณะ (Kim et al., 2002) ศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กำลังได้รับเคมีบำบัดจำนวน 257 ราย ในประเทศเกาหลีใต้ (ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร 77 ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินหายใจ 44 ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ 9 ราย และผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่น ๆ 118 ราย) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ เวงสตรอม และคณะ (Wengstrom et al., 2001) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระหว่างการรับรังสีรักษาจำนวน 134 ราย ในประเทศสวีเดน เก็บข้อมูล 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนเริ่มรับรังสีรักษา หลังรับรังสีรักษาครั้งสุดท้าย และหลังรับรังสีรักษา 3 เดือน พบว่า ความเครียดก่อนเริ่มรับรังสีรักษา คือ การรักษา หลังรับรังสีรักษาครั้งสุดท้าย คือ กลัวสิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้นตามมา และหลังรับรังสีรักษาแล้ว 3 เดือน คือ กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดพบว่าส่วนใหญ่ใช้ด้านการมุ่งแก้ปัญหา

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ ที่ป่วยมานาน 5 ปี ในประเทศอิสราเอล ประกอบด้วยมะเร็งเต้านม 133 ราย มะเร็งลำไส้และทวารหนัก 96 ราย และมะเร็งต่อมลูกหมาก 92 ราย (Bowman, Delmling, Smerglia, Sage, & Kahana, 2003) พบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์มีผลต่อการประเมินความเครียด โดยในช่วงเวลาการวินิจฉัยโรคและช่วงเวลาการรักษา ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีความเครียดสูงและทำให้ครอบครัวทุกข์ทรมาน ความเชื่อยิ่งมาก ภาวะเครียดยิ่งสูง ($r = .32, p < .001$) และมีการศึกษาการประเมินตัดสินใจในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 131 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนประสบว่าเป็นสิ่งทำทนาย และการประเมินตัดสินใจสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งทำทนายมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา ($r = .38, p < .01$) การประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย และเป็นภาวะคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ($r = .35, p < .01$ และ $r = .30, p < .01$) ตามลำดับ (Ahmad et al., 2005)

สำหรับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของวิธีเผชิญความเครียดกับตัวแปรอื่น ๆ ฮีและลู่ (He & Liu, 2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศจีน จำนวน 98 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และวิธีเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้มากที่สุดคือ ด้านการมองโลกในแง่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมองโลกในแง่ดี และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .456, p < .01$ และ $r = .324, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงปัญหา (Evasive coping) ด้านการยอมรับในโชคชะตา (Fatalistic coping) และด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.271, r = -.427$, และ $r = -.465, p < .01$ ตามลำดับ) กัวและมา (Kuo & Ma, 2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดและอาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับเคมีบำบัดภายใน 1 เดือน หรือได้รับรังสีรักษาอย่างน้อย 2000 cGy ในประเทศไต้หวันจำนวน 73 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบผสมผสานทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ การใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคะแนนความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($r = .502, p < .05$ และ $r = .735, p < .05$)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นแนวทางในการศึกษาได้แก่ การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ศึกษาการประเมินตัดสินสถานการณ์ความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วรารักษ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย 90 ราย พบว่า สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเป็นความเครียดมากที่สุดคือ กลัวเป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด ผสมผสานกันทั้ง 3 ด้าน ผลการศึกษาสอดคล้องกับ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ที่ศึกษาในผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ 85 ราย ไพพร แซ่เตีย (2544) ศึกษาถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ภายหลังได้รับการฉายรังสี 60 ราย พบว่า สิ่งที่

ก่อให้เกิดความเครียดรุนแรง 5 อันดับแรก คือ กลัวโรคที่เป็นอยู่ กลัวเสียชีวิต ต้องหยุดงาน กลัวการกลับเป็นซ้ำ และการดำเนินชีวิตไม่แน่นอน ใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบผสมผสาน ส่วนใหญ่ใช้วิธียอมรับแม้ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดที่คาดหวัง ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์ (2542) ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก 60 ราย ทำการประเมินใน 3 ช่วงเวลา คือ หลังรับรังสีรักษาครั้งที่ 1 หลังรับรังสีรักษาครั้งที่ 10 และหลังรับรังสีรักษาครั้งสุดท้าย พบว่า ภายหลังที่เข้ารับรังสีรักษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นสิ่งทำร้าย เนื่องจากคิดว่าตนเองสามารถควบคุมโรคได้จากการเข้ารับรังสีรักษา แต่หลังเข้ารับรังสีรักษาครั้งที่ 10 ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงของรังสีรักษา และหลังเข้ารับรังสีรักษาครั้งสุดท้ายประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือการสูญเสียเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผลการศึกษาการประเมินความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 150 ราย ที่มีระยะเวลารอดชีพอย่างน้อย 3 ปี และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Wonghongkul et al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าเป็นสิ่งทำร้าย ผลการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยต่างอวัยวะ และการเจ็บป่วยในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน การประเมินสถานการณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับบุคคลขณะนั้น และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและวิธีเผชิญความเครียด เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด วิถีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิถีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยมี ขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมโรงพยาบาลรามารับดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระ มงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนด คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1). มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านการทดสอบว่ามีการรับรู้ปกติ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้แบบย่อ และได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
- 2). มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบคำถามให้ ข้อมูลได้
- 3). สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1). ไม่มีความเครียดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
- 2). ไม่มีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล เช่น เหนื่อยหอบ หรือไม่สบายอย่างมากเป็นเหตุให้ไม่ พร้อมให้สัมภาษณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ปีพ.ศ. 2548 จากโรงพยาบาลทั้งสาม
แห่ง จำนวน 138 ราย

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่สูงสุดที่ผู้วิจัยยอมรับได้ กำหนด e = 0.10

ประมาณการขนาดของประชากรทั้งหมด (N) จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในปี พ.ศ. 2548 ทั้งโรงพยาบาลรามาริบัติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมีจำนวน
ดังนี้

สถิติของผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ	จำนวน	32	ราย
------------------------------------	-------	----	-----

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	จำนวน	68	ราย
----------------------	-------	----	-----

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	จำนวน	38	ราย
------------------------	-------	----	-----

ดังนั้น N	เท่ากับ	138	ราย
-----------	---------	-----	-----

$$n = \frac{138}{1 + 138 (0.1)^2}$$

$$= 58 \text{ ราย}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นจำนวนขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง 70 ราย สัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล คำนวณโดยนำไปเทียบค่า
บัญญัติไตรยางศ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลรามาริบัติ	16	ราย
---------------------	----	-----

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	35	ราย
----------------------	----	-----

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	19	ราย
------------------------	----	-----

ในระหว่างการค้าเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบปัญหาว่าที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพียง 2 ราย จึงขยายสถานที่ศึกษาไปยังโรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิเช่นเดียวกัน มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2548 จำนวน 60 ราย ประชากรทั้งหมด (N) นี้
เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. 2548 ของ 3 โรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลรามาริบัติ	จำนวน	32	ราย
---------------------	-------	----	-----

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	จำนวน	68	ราย
โรงพยาบาลราชวิถี	จำนวน	60	ราย
ดังนั้น N	เท่ากับ	160	ราย

$$n = \frac{160}{1 + 160 (0.1)^2}$$

$$= 61.5 \text{ ราย}$$

ดังนั้น ผู้วิจัยยังคงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 70 ราย คำนวณสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละ โรงพยาบาลได้ดังนี้

โรงพยาบาลรามาธิบดี	14	ราย
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	29	ราย
โรงพยาบาลราชวิถี	25	ราย
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	2	ราย

สถานที่ทำการวิจัย

หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ โรงพยาบาลราชวิถี

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1) เครื่องมือคัดกรอง

แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (ภาคผนวก ก) (A Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) เชฟเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ได้ดัดแปลงมาจากแบบทดสอบของเวชเชอร์ (The Wechsler Memory Scale) และแบบทดสอบของคาน (Kahn-Goldfarb) เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมี 1 คะแนน เป็นการทดสอบในเรื่องการคิดคำนวณ (The capacity to perform serial mathematical) ความจำระยะสั้น (Short-term memory) ความจำในอดีต (Long-term memory) การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (Orientation to surrounding) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน (Information about current events) และการระลึกได้ (Intellectual function) ทดสอบความตรงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 997 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน กลุ่มคนพิการและพิพม์ที่มีระดับการศึกษาต่าง ๆ กันโดยการสุ่มเลือก พบว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางการรับรู้มีคะแนน SPMSQ สัมพันธ์กับการวินิจฉัยทางการแพทย์ ทดสอบความเที่ยงด้วยการทำ

ทดสอบซ้ำ (Test-retest correlation) ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .83 ดังนั้น แบบทดสอบ SPMSQ จึงเหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ผิดปกติดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบการรับรู้ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและปรับเป็นภาษาไทยโดยชวลี แยมวงษ์ (2538) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .76 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 56 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .94 นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่ตอบคำถามได้ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีการรับรู้ปกติและถูกคัดเลือกเข้าไปเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เพื่อสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด วิถีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิถีเผชิญความเครียดต่อไป

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

2.1.1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล

2.1.2. ข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับ จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ ปัญหาของการกลับมารักษาซ้ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับสมรรถภาพของตับ

2.2. แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจสถานการณ์ความเครียด ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

2.2.1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดตามแนวคิด ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส

2.2.2. ศึกษาแนวทางการตั้งคำถามปลายเปิด ลำดับในการถามคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

2.2.3. ทดลองตั้งคำถามปลายเปิด ที่ใช้ในการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

2.2.4. สมมติสถานการณ์จำลอง และทดลองถามคำถามปลายเปิด ระหว่างเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้วิจัยโดยสลับกันถามตอบ เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามและลำดับในการถาม

2.2.5. ปรับปรุงแนวคำถามปลายเปิด และอภิปรายแนวคำถามปลายเปิดที่ได้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปตรวจสอบคุณภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ภาคผนวก จ) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีความเครียดของลาซารัส 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญทางโรคมะเร็ง 1 ท่าน และอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 แล้วนำมาปรับปรุงและทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 20 ราย นำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา พบว่าได้ข้อมูลครบตามที่ต้องการ จึงทบทวนวิธีการใช้คำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2.3. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยสองส่วน วิธีเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1. วิธีเผชิญความเครียด ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec coping scale) ที่ปรับปรุงขึ้นในปี 1979 โดยอาศัยการสำรวจและศึกษารวบรวมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec & Power, 1981) ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 40 ข้อ การตอบแบบสอบถามจะประเมินว่าได้ใช้วิธีการเหล่านั้นหรือไม่อย่างไร และบ่อยเพียงใด ต่อสถานการณ์ที่บรรยายว่าเป็นความเครียด แต่ละข้อคำถามมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้ = 1 คะแนน จนถึงใช้เกือบทุกครั้ง = 5 คะแนน แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามการเผชิญปัญหา 2 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 15 ข้อ และการมุ่งจัดการกับอารมณ์จำนวน 25 ข้อ ถูกนำไปให้พยาบาล และนักศึกษาปริญญาโท จำนวน 20 ราย ร่วมกันพิจารณา ผลปรากฏว่าร้อยละ 85 มีความเห็นตรงกันในเนื้อหาของแบบวัดโดยรวม

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) ได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับ 40 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปใช้กับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 30 ราย และกับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .88 เท่ากัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียด ฉบับภาษาไทย (นิตยา สุทธยากร, 2531) มาปรับปรุงให้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ความเครียดซึ่งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเผชิญ ได้ตัดข้อคำถามออกไป 2 ข้อ คือ การกินการสูบบุหรี่ เคี้ยวหมากฝรั่ง (Eat, Smoke, Chew gum) และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Drinking alcohol beverage) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เหลือข้อคำถาม 38 ข้อ คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 15 ข้อ และด้านการจัดการกับอารมณ์ 23 ข้อ ดังนี้

ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 23, 30, 31, 33, 34, 36, 38

ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 37

และได้ปรับเปลี่ยนค่าคะแนนเป็น ไม่ได้ใช้ = 0 คะแนน (จากเดิม = 1 คะแนน) จนถึงใช้เกือบทุกครั้ง = 4 คะแนน ทำให้เข้าใจได้ง่ายกว่า ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0 - 152 มาตราส่วนประมาณค่าประกอบด้วย

ไม่เคยใช้วิธีการนั้นเลย	ให้	0 คะแนน
ใช้วิธีการนั้นนานๆครั้ง	ให้	1 คะแนน
ใช้วิธีการนี้เป็นบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ใช้วิธีการนี้บ่อยครั้ง	ให้	3 คะแนน
ใช้วิธีการนี้ตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด	ให้	4 คะแนน

2.3.2. ประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด ได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวีกฉบับปี 1987 ซึ่งเป็นแบบวัดที่จาโลวีกได้ทำการปรับปรุงอีกครั้งโดยเพิ่มข้อคำถาม และเพิ่มการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียด แบบวัดฉบับนี้มีการนำมาใช้แต่ยังไม่กว้างขวาง และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคระหว่าง .81- .96 (Jalowiec, 1995) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวีกฉบับปี 1987 ในส่วนของการประเมินประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดมาใช้ในการวัดประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อ ข้อคำถามใดที่ผู้ตอบไม่ได้ใช้วิธีเผชิญความเครียดของข้อนั้น จะไม่ได้รับการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดในข้อนั้น แต่ละข้อมีค่าคะแนนเป็นแบบลิเกิต โดยมีช่วงการให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ช่วยเลย	=	0 คะแนน
ช่วยได้น้อย	=	1 คะแนน
ช่วยได้ปานกลาง	=	2 คะแนน
ช่วยได้มาก	=	3 คะแนน

ดังนั้น ค่าคะแนนที่เป็นไปได้มีค่าตั้งแต่ 0 – 112 คะแนน

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดซึ่งดัดแปลงให้เหมาะสมแล้ว ไปตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบแบบสัมภาษณ์วิธีเผชิญความเครียด ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง

กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของบาคอัลฟา โดยรวมเท่ากับ .84 เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 70 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย (ภาคผนวก ข) โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยได้ แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม โดยคำตอบไม่มีผลต่อการรักษา ไม่ส่งผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้อย่างปลอดภัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว และเต็มใจ (Inform consent form) (ภาคผนวก ค) และขออนุญาตบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบเสนอผลเพื่อการศึกษา และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี (ภาคผนวก ง)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบจรรยาชื่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
2. ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่รบกวนกิจกรรมการพักผ่อนของผู้ป่วย พร้อมขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการวิจัย โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่รับทราบ และการรายงานผลการวิจัยเป็นผลสรุปของการศึกษาทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่เข้าร่วมงานวิจัยหรือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้วแต่ปฏิเสธการเข้าร่วมในเวลาต่อมา ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น
3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปิดม่านกันเตียงเพื่อความเป็นส่วนตัว และเพื่อความสะดวกในการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง พร้อมเชิญญาติรอด้านนอก อธิบายวิธีการสัมภาษณ์กับผู้ป่วยและขออนุญาตบันทึกเสียง เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแล้วเริ่มสัมภาษณ์เรียงตามลำดับจาก

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดตามแนวคำถามที่จัดเตรียมไว้ สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยขณะให้สัมภาษณ์ และนำมาจัดบันทึกเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ป่วยบรรยายจบจึงเริ่มสัมภาษณ์แบบวัดการเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยได้บรรยายไปแล้ว

4. ในระหว่างการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตอบอย่างอิสระโดยไม่มีการถามนำ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมดเฉลี่ย 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ PC (Statistical Package for the Social Science/ Personal Computer Plus) มีรายละเอียดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1. จำนวนค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับ จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ และปัญหาของการกลับมารักษาซ้ำ

1.2. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าผลการตรวจสมรรถภาพตับทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจสมรรถภาพของตับทางห้องปฏิบัติการ

2. สถานการณ์ความเครียด เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ (Janice, 1991) ดังนี้

2.1. นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงไว้มาถอดเทปทุกถ้อยคำหลังการสัมภาษณ์

2.2. อ่านทบทวนข้อมูลที่ได้ประกอบกับพฤติกรรมที่สังเกตและได้บันทึกไว้ จากการถอดเทปหลาย ๆ ครั้ง (เพื่อให้เกิดความเข้าใจ) พิจารณาเนื้อหา ลักษณะคำพูด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าเป็นความเครียด

2.3. แยกประเภทและจัดหมวดหมู่สถานการณ์

2.4. นำข้อมูลที่แยกประเภทและจัดหมวดหมู่สถานการณ์แล้ว ตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์กับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักของงานวิจัย ในกรณีที่ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความเห็นไม่ตรงกัน เชิญอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม มาร่วมตรวจสอบ

3. การเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดคำนวณ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริง (Raw scores) และคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (Relative scores) โดยการหาสัดส่วนของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เพื่อบอกสัดส่วนของการใช้วิธีเผชิญปัญหาแต่ละด้านเปรียบเทียบกับการใช้วิธีเผชิญปัญหาทุกด้าน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้วิธีเผชิญความเครียดในแต่ละด้านได้ คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้าน

ใดมากแสดงว่าผู้ป่วยใช้วิธีเผชิญปัญหาด้านนั้นมาก (Vitaliano, Maiuro, Ruso, & Becker, 1987 อ้างใน วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, 2541) และคำนวณร้อยละของผู้ใช้วิธีเผชิญปัญหาในแต่ละข้อ และร้อยละของผู้ใช้ที่ประเมินประสิทธิภาพวิธีเผชิญปัญหารายข้อ

$$CF = \frac{ME_{Pro}}{ME_{Pro} + ME_{Emo}}$$

CF = คะแนนสัมพัทธ์ด้านการมุ่งแก้ปัญหา

ME_{Pro} = ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการมุ่งแก้ปัญหา

ME_{Emo} = ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการจัดการกับอารมณ์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเลือกใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ส่วน ในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ความเครียด

ส่วนที่ 3 วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด

ข้อมูลส่วนบุคคล

ในช่วงเวลาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง รวม 99 ราย เป็นชาย 76 ราย หญิง 23 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมในการศึกษา 29 ราย เนื่องจากมีอาการหนักจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (sepsis) 10 ราย มีอาการเหนื่อยหอบ 5 ราย มีภาวะสับสนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3 ราย มีภาวะหลงลืม 4 ราย รับรู้ว่าตนเองเป็นนี้ไม่ใช่โรคมะเร็ง 1 ราย ไม่สะดวกเข้าร่วมงานวิจัย 2 ราย และปฏิเสธว่าตนเองไม่เครียด 4 ราย จึงเหลือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณภาพตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 70 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.4) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 74.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 4,000 บาท (ร้อยละ 60) แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) รายได้ไม่เพียงพอในค่าใช้จ่าย และแหล่งของค่ารักษามาจากสิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=70)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ					
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
34- 60 ปี	52	74.3	น้อยกว่า 4,000 บาท	13	18.6
มากกว่า 60 ปี	18	25.7	4,000- 6,000 บาท	19	27.1
(Rang = 34-76, Mean = 54.7 , SD = 9.6)			มากกว่า 6,000 บาท	23	32.9
เพศ			ไม่มีรายได้	15	21.4
ชาย	50	72.4	ความเพียงพอของรายได้		
หญิง	20	28.6	เพียงพอ	23	32.9
สถานภาพสมรส			ไม่เพียงพอ	44	62.9
คู่	64	91.4	เหลือใช้	3	4.3
หม้าย	6	8.6	แหล่งของค่ารักษา		
วุฒิการศึกษา			เสียค่ารักษาเอง	6	8.6
ประถมศึกษา	55	78.6	เบิกต้นสังกัด	17	24.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	5.7	ประกันสังคม	5	7.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	5.7	ประกันสุขภาพ	42	60.0
อนุปริญญา/	4	5.7	ประกาศนียบัตร		
ประกาศนียบัตร			สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.9
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.9	ไม่ได้ศึกษา	1	1.4
ไม่ได้ศึกษา	1	1.4			

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1- 3 เดือน (ร้อยละ 67.1) เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดทางเดินน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma) (ร้อยละ 88.6) เป็นโรกระยะที่ 3 หรือ 4 (ร้อยละ 80) และได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดี (ร้อยละ 65.7) ร้อยละ 28.6 ต้องกลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ 1-3 ครั้ง ส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาท่อน้ำดีอักเสบ (ร้อยละ 12.9) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=70)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค			การรักษาที่ได้รับ		
Intrahepatic CHCA	62	88.6	ใส่สายระบายน้ำดี	46	65.7
Perihilar CHCA	5	7.1	การผ่าตัด	12	17.1
Extrahepatic CHCA	3	4.3	ใส่ตัวถ่วงขยายภายใน	5	7.1
ระยะของโรค			ประคับประคองอาการ	7	10.0
ระยะที่ 2	12	17.1	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมา	20	28.6
			รักษาซ้ำ แบ่งเป็น		
ระยะที่ 3 และ 4	56	80.0	รักษาซ้ำ ครั้งที่ 1	16	22.8
ไม่ทราบข้อมูล	2	2.9	รักษาซ้ำ ครั้งที่ 2	2	2.9
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			รักษาซ้ำ ครั้งที่ 3	2	2.9
1- 3 เดือน	47	67.1	ปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ		
4- 8 เดือน	16	22.9	ท่อทางเดินน้ำดีอักเสบ	9	12.9
9- 12 เดือน	5	7.1	ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน	6	8.6
> 1 ปี	2	2.9	มะเร็งกระจายตัว	4	5.7
(Rang = 1-16, Mean = 4.0 , SD = 3.5)			มะเร็งกลับเป็นซ้ำ	1	1.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการตัวตาเหลือง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่าที่แสดงความผิดปกติเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของตับ โดยร้อยละ 52.9 มีระดับ Total Bilirubin (TBIL) สูงผิดปกติ ร้อยละ 62.9 มีระดับ Direct Bilirubin (DBIL) สูงผิดปกติ และผลการตรวจเกี่ยวกับเอนไซม์ตับพบว่า ร้อยละ 84.3 มีระดับ Alkaline phosphatase (ALP) สูงผิดปกติ ร้อยละ 84.3 มีระดับ Aspartate aminotransferase (AST) สูงผิดปกติ ร้อยละ 55.7 มีระดับ Alanine aminotransferase (ALT) สูงผิดปกติ และร้อยละ 67.1 มีระดับซีรัมอัลบูมิน (Serum albumin, Alb) ต่ำกว่าเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลตรวจผิดปกติ (n= 70)

ผลทดสอบการทำงานของตับ	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	พิสัย	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่มีผล ตรวจ ผิดปกติ
ระดับซีรัมบิลิรูบิน			
TBIL (ค่าปกติ 0-17.1 mg/dl)	86.8 (195.3)	17.3 - 1136.0	52.9
DBIL (ค่าปกติ 0-5 mg/dl)	35.7 (58.7)	6.7 - 283.1	62.9
ระดับเอนไซม์			
ALP (ค่าปกติ 50-136 U/L)	506.8 (337.7)	140.0 - 1833.0	84.3
AST (ค่าปกติ 15-37 U/L)	118.4 (167.2)	38.0 - 1285.0	84.3
ALT (ค่าปกติ 30-65 U/L)	125.9 (127.3)	68.0 - 875.0	55.7
ระดับซีรัมอัลบูมิน			
Alb (ค่าปกติ 34-50 g/L)	25.5 (5.4)	15.6 - 33.2	67.1

* TBIL = Total Bilirubin, DBIL = Direct Bilirubin, ALP = Alkaline phosphatase, AST = Aspartate aminotransferase, ALT = Alanine aminotransferase และ Alb = Serum albumin

สถานการณ์ความเครียด

ข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากอาการไม่สบายต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ กระทั่งต่อพบแพทย์และฐานะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาการปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ และเมื่อรับประทานอาหารแล้วอาการปวดท้องเพิ่มมากขึ้น อาการคันทำให้ทุกข์ทรมาน อาการใช้หนวสนั้นทำให้หงุดหงิดกังวลใจ และอาการเหนื่อยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเอง

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ตามกรอบทฤษฎีแนวคิดของลาซารัสเกี่ยวกับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด พบว่าเป็นไปตามปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ 1). ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2). ความใหม่ของเหตุการณ์ และ 3). ความสามารถในการทำนายและความไม่

แน่นอนในเหตุการณ์ โดยที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย มีการประเมินสถานการณ์มากกว่า 1 ลักษณะ ดังนี้

1). ความรุนแรงของเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่าง 45 ราย ประเมินตัดสินว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีความรุนแรง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 61 ปี ป่วยมานานแปดเดือน ทำทางอ่อนเพลียมีอาการปวดท้องรุนแรงมากจนทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ กล่าวว่า “เป็นโรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี ปวดท้องขึ้นๆ ลงๆ บางทีก็หนูนขึ้นมาถึงลิ้นปี่ มันรุนแรง มันเสียด เสียดถึงทรวงอก ตั้งแต่ป่วย ปวดจนกินอะไรไม่ได้ น้ำหนักลดลงมาเรื่อย ๆ หมอที่ต่างจังหวัดเค้าบอกว่ารักษาไม่ได้ บอกว่าหมอยังตายเลย จะไปไหนก็ไปเถอะ เค้าไม่ให้กำลังใจเราเลย ไปสองโรงพยาบาลเค้าบอกรักษาไม่ได้ ก็เลยหนักขึ้นไปใหญ่หมดหนทาง”

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 34 ปี ป่วยมาเป็นเวลาสามเดือน มีอาการปวดท้องบ่อยและรู้สึกว่าการปวดแต่ละครั้งรุนแรงจนทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ตามปกติ ขณะสัมภาษณ์นั่งเงียบเป็นพักๆ กล่าวว่า “ปวดหลัง ปวดมาก แล้วก็ปวดท้อง ทำให้เดินไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ เร็วแรงอ่อนลงเรื่อย ๆ น้ำหนักก็ลดลง ต้องพึ่งยาแก้ปวดอย่างเดียว ตอนนี้กลัวโรคแทรกซ้อน พอรู้ว่าเป็นโรคนี้ก็กลัวทุกอย่าง ตกใจพอรู้ว่าความรุนแรงขนาดไหน” กล่าวจบนั่งเงียบน้ำตาคลอ

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 51 ปี ป่วยมาเป็นเวลาประมาณสามเดือนถูกส่งตัวมารักษา กล่าวว่า “ตับเป็นก้อน (เจ็บ หายใจเหนื่อย) มันปวดอยู่ตลอด ต้องใส่สายระบายน้ำดี เพื่อนกันเป็นอยู่คนหนึ่ง ตายไปแล้วเมื่ออาทิตย์ก่อน โรคตับโตตับแข็งนะ ไม่รู้เป็นถึงขั้นไหนแล้ว มันก็เครียดกังวล”

2). ความใหม่ของเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ประเมินตัดสินว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในชีวิต เป็นโรคที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนรวมถึงการรักษาที่ได้รับและอาการที่เกิดขึ้นมาใหม่ล้วนแต่เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 69 ปี ป่วยมาหนึ่งเดือน ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดี เล่าว่า “หมอเค้าจะให้เมื่อวานนี้ เค้าบอกว่าอาจจะได้ใส่ไปตลอดชีวิต ก็ไม่สบายใจเท่าไร”

ต้องสละชีพไปไหนต่อไหน ก็กังวลเหมือนกันนะ กลัวจะทำไม่ดี เพราะเราก็ไม่รู้จักนะ ลำบากจริงๆ ไม่รู้จะอย่างไร”

ผู้ป่วยชาย อายุ 37 ปี ป่วยมาเป็นระยะเวลา 8 เดือน เล่าว่า “ไม่รู้ว่ามันเป็นเพราะอะไร พอนอนแล้วพลิกตัวไปเหมือนคนไม่มีแรง จะลุกขึ้นก็ยาก ที่นี้ มันขาไปเรื่อย พอมาวันสองวันก็เลยเป็น เจ็บไขสันหลัง บังคับข้างล่างไม่ได้ ตกใจเหมือนกันเพราะว่ามันไม่เคยเป็น มันกังวลใจทุกอย่างทั้งครอบครัวทั้งอะไรต่ออะไรก็กลัวเพราะเราไม่เคยเป็น”

ผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี ป่วยมานานเจ็ดเดือนได้รับการรักษาครั้งแรกด้วยการผ่าตัดต่อทางเดินน้ำดีใหม่ หลังผ่าตัดมีปัญหาแผลอักเสบติดเชื้อและมีอาการอาเจียนเกือบตลอดเวลา ได้รับการผ่าตัดครั้งที่สองเพราะมีลำไส้อุดตัน กล่าวว่า “อาการก็มีแต่ทรุดกับทรุด พอผ่าตัดแล้ว แผลใหม่ก็เป็นอย่างนี้ กลายเป็นแผลอักเสบกินอะไรไม่ได้ เครียดต้องมานอนอยู่อย่างนี้จะเป็นเดือนแล้วนี้ เมื่อวานหมอเข้ามาคุย บอกว่าตอนนี้มีเนื้องอกในลำไส้เล็ก ไม่อยากทำอะไรแล้ว เจ็บไปหมดแล้ว”

3). ความสามารถในการทำนาย และความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่าง 15 ราย เล่าสถานการณ์ความเครียด ซึ่งสะท้อนว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สามารถทำนายผลของการรักษา และกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า ที่เกิดจากผลของความเจ็บป่วยและการรักษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 45 ปี ป่วยมานานหนึ่งปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับและได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดี ครั้งนี้มาพบแพทย์ด้วยเรื่องเนื้องอกที่ท่อน้ำดีภายนอกตับและถุงน้ำดี แพทย์จึงรับรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาด้วยการผ่าตัด กล่าวว่า “ครั้งนี้มีเนื้องอกในถุงน้ำดี มะเร็งแต่ยังไม่กระจาย นัดมาผ่าตัดดู มันก็เครียดนะ ก็คิดคาดคะเนไม่ได้ว่าเราจะเหมือนแฟนใหม่ ถ้าเหมือนแฟนจีนมาก็จบ (สามีของผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งและได้เสียชีวิตหลังจากผ่าตัดได้ไม่นาน) ก็คิดอยู่นะ ก็กลัวอยู่ (ร้องไห้) ลืมไม่ได้หรอกโรค ผ่าออกมาไม่รู้ว่าจะตัวเองจะเป็นอย่างไร” (ร้องไห้)

ผู้ป่วยเพศหญิง ป่วยมานานสองเดือน มารับการรักษาเพื่อใส่ท่อทางขยายไว้ภายในร่างกายแต่ไม่สามารถใส่ได้ เนื่องจากท่อน้ำดีตีบแข็ง แพทย์จะทำการส่องกล้องใหม่และลองใส่ท่อทางขยายอีกครั้ง กล่าวว่า “คุณหมอเค้าก็นัดมาส่องกล้อง เพื่อใส่ท่อน้ำดี เค้าว่าใส่ไม่ได้ ใส่ได้ข้าง

เดียวอะไรหรือเปล่าก็ไม่รู้ มันแข็ง ต้องรอ คุณหมอก็ยังไม่ทำอะไร แก้วว่าใส่ท่อจะช่วยตาเหลืองตัวเหลือง ก็ไม่ทราบเหมือนกันว่าจะหายหรือเปล่า บอกไม่ได้นะเรื่องแบบนี้”

ผู้ป่วยเพศชายป่วยมานานสองเดือน ได้รับการส่งตัวมาเพื่อทำการผ่าตัด แต่ไม่สามารถผ่าตัดได้เนื่องจากระยะของโรคอยู่ในระยะลุกลาม แพทย์จึงเตรียมที่จะเจาะใส่สายระบายน้ำดีให้กับผู้ป่วย กล่าวว่า “ไม่สบายได้เดือนกว่า อึดอัด นั่งก็ไม่ได้ นอนก็ไม่ได้ กินข้าวได้นิด ๆ หน่อย ๆ เคี้ยวมันออก หมอบอกว่าจะเจาะพุงนี้ ถ้าเราไม่ทำก็อยู่อย่างนี้ ถ้าทำ มันถูกยาแล้ว มันก็หาย ถ้ามันไม่ถูกยาแล้วก็ต้องไปอีกอย่าง”

ผู้ป่วยเพศหญิงป่วยเป็นระยะเวลาได้สี่เดือน แผนการรักษาครั้งแรกคือการผ่าตัดแต่เมื่อถึงวันนัดผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหาในช่องท้องทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป กล่าวว่า “ตอนนี้คุณหมอเค้าบอกท้องยังมีน้ำอยู่ ต้องเอาน้ำออกก่อน แล้วคุณหมอจะผ่าตัด ช่วงนี้ยังผ่าตัดไม่ได้ ไม่รู้จะเป็นอย่างไร กังวลที่ว่าเราจะหายไม่หายนี่แหละ มาหาที่นี่ได้สองเดือน ครั้งแรกนัดจะผ่าวันที่สิบก็เลื่อนมาอีก ก็เลื่อนมาอีกเป็นเดือน ๆ จนถึงเดือนสาม คุณหมอก็บอกผ่าไม่ได้อีก (น้ำตาคลอ เสียงสั่น)”

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 60 ปี ป่วยมานานสองเดือน แม้จะได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดีแล้ว แต่อาการปวดแน่นท้องยังคงไม่ดีขึ้น กล่าวว่า “นอนไม่หลับ จิตใจก็ไม่สบาย เหมือนเก่า มันเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ มันมีโรคแทรก กังวลใจทุกอย่างเลย หมอว่าจะเจาะเอาน้ำดีน้ำเสียทิ้ง ถ้าตัดดีจะอยู่ได้นาน ถ้าตัดไม่ดีมันจะไว”

ผู้ป่วยชาย อายุ 60 ปี ป่วยเป็นระยะเวลาสามเดือน ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดีเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ หลังใส่สายระบายประมาณหนึ่งเดือนยังคงมีอาการปวดแน่นท้อง ครั้งนี้กลับมารับการรักษากลับอีกครั้ง เนื่องจากมีปัญหาท้องทางเดินน้ำดีอักเสบ กล่าวว่า “กลับไปมันยังมีแน่นอยู่ มันก็ยังไม่รู้เหมือนกันต้องดูกันไป เกี่ยวกับเรื่องเจ็บป่วย คิดอยู่หลายอย่าง (นั่งเงียบ) ตอบไม่ได้เหมือนกัน เฮ้อ (ถอนหายใจ) ก็คิดถึงเรื่องที่ป่วยด้วย (นั่งเงียบ) จะทำอย่างไรละ มันก็เป็นห่วง กลัวมันไม่มีทางหาย ยังไม่รู้ว่าหมอจะรักษาอย่างไรต่อ”

วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด

กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ 18.79 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 28.24 และโดยรวมเท่ากับ 47.03 เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้วิธีเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน เปรียบเทียบกับการเผชิญความเครียดโดยรวม โดยคำนวณค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Relative scores) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .61 หรือร้อยละ 61 ด้านการมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ .39 หรือร้อยละ 39 รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดรายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score) และคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (n= 70)

การเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	คะแนนจริง		คะแนนสัมพัทธ์	
			ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	0 - 60	2 - 53	18.79	11.31	0.39	0.04
ด้านการจัดการกับอารมณ์	0 - 92	14 - 49	28.24	8.16	0.61	0.07
โดยรวม	0 - 152	22 - 96	47.03	17.00		

วิธีเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไปเลือกใช้ แสดงในตารางที่ 5 วิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มาก ได้แก่ หวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ แทน ขอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่ บอกกับตัวเองว่าย่ำแย่ลงไปเลยทุก ๆ อย่างจะค่อยๆดีขึ้นเอง ขอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ต่อไปข้างหน้าแม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ สวดมนต์ไหว้พระขอพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์ หากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว ส่วนวิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อย ได้แก่ คำหุณคนอื่นที่ทำให้เกิดปัญหาหรือทำให้ตกอยู่ในสถานการณ์นี้ ไม่ทำอะไรเลยหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้นหรือปัญหาจะคลี่คลายไปเอง พุดหยาบคายแข่งคำ ให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาหรือรับมือกับความเจ็บป่วยแทน ทดลองแก้ไขปัญหาด้วยวิธีต่างๆ เพื่อดูว่าวิธีไหนได้ผลดีที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 วิธีเผชิญความเครียดรายข้อ ที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าร้อยละ 50 เลือกใช้ (n=70)

วิธีการเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละของผู้ใช้
หวังว่าอะไรๆ จะดีขึ้น	Emo	91.43
พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือ พยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ แทน	Emo	91.43
ยอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่	Emo	90.00
บอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลยทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง	Emo	90.00
ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้า แม้จะ ไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ	Pro	87.14
หากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว	Emo	80.00
สวดมนต์ ไหว้พระขอพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์	Emo	80.00
วิตกกังวล	Emo	77.14
คิดฝัน หวังว่าจะมีภูมิต้านทานที่จะช่วยให้หายจากโรค	Emo	72.86
พยายามมองปัญหาตามที่เป็นจริง อย่างครอบคลุมทุกด้าน	Pro	65.71
ลดความตึงเครียดด้วยการหาอะไรทำ	Emo	61.42
พยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เป็นอยู่ให้ได้บ้างบางส่วน	Pro	54.28
ปล่อยมันผ่านไป เพราะคิดว่าอะไร ๆ อาจเลวร้ายลงกว่านี้	Emo	57.14
พูดคุยถึงปัญหากับใครสักคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน	Pro	54.28
เตรียมตัวรับมือไว้ล่วงหน้ากับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเลวร้าย ที่สุด เท่าที่จะคาดได้	Emo	52.43

* Emo = Emotion- focused (การจัดการกับอารมณ์) Pro = Problem- focused (การมุ่งแก้ปัญหา)

ตารางที่ 6 วิธีเผชิญความเครียดรายข้อ ที่ผู้ป่วยมะเร็งท้องน้ำดีเลือกใช้น้อย (n=70)

วิธีการเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละของผู้ใช้
ตำหนิคนอื่นที่ทำให้เกิดปัญหา หรือทำให้ตกอยู่ในสถานการณ์นี้	Emo	5.71
ไม่ทำอะไรเลย หวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้นหรือปัญหาจะคลี่คลายไปเอง	Emo	15.71
พูดหยาบคาย แข่งคำ	Emo	17.14
ให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาหรือรับมือกับความเจ็บป่วยแทน	Pro	24.29
ทดลองแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีต่างๆ เพื่อดูว่าวิธีไหนได้ผลดีที่สุด	Pro	24.29

* Emo = Emotion- focused (การจัดการกับอารมณ์) Pro = Problem- focused (การมุ่งแก้ปัญหา)

สำหรับประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด พบว่า วิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มาก 5 อันดับแรก คือ 1) การหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว 2) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น 3) การพยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน 4) บอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลยทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง และ 5) ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้าแม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 วิธีเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้และประเมินประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มาก (n=70)

อันดับที่	วิธีการเผชิญความเครียดที่ช่วยลดความเครียดได้มาก	ด้าน	ร้อยละของผู้ใช้
1	หากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว	Emo	66.07
2	หวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น	Emo	45.31
3	บอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลย ทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง	Emo	39.86
4	พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน	Emo	39.06
5	ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้า แม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ	Pro	36.07

* Emo = Emotion- focused (การจัดการกับอารมณ์) Pro = Problem- focused (การมุ่งแก้ปัญหา)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังใช้วิธีอื่น ๆ เฝ้าระวังความเครียดนอกเหนือจากวิธีที่มีอยู่ในแบบสัมภาษณ์ คือ

1. คิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่มีเกิด ก็ต้องมีเจ็บและตายในที่สุด เป็นการเฝ้าระวังความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์ มีกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนี้ในการเฝ้าระวังความเครียด 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.7

2. คิดว่ามันเป็นเวรกรรมหรือกรรมเก่าของตนเอง เป็นการเฝ้าระวังความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์ มีกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนี้ในการเฝ้าระวังความเครียด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4

3. บอกกับตนเองว่าคนที่อาการหนักกว่าเราก็มีย เราดีกว่าแล้ว เป็นการเฝ้าระวังความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์ มีกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนี้ในการเฝ้าระวังความเครียด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.7

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่นำคดีส่วนใหญ่บรรยายสถานการณ์ความเครียดว่าเป็นผลสืบเนื่องจากการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้แก่ อาการปวดท้อง อาการคัน อาการไข้หนาวสั่น และความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาตามกรอบทฤษฎีแนวคิดของลาซารัส เกี่ยวกับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความรุนแรง มีความใหม่ ไม่สามารถทำนายผลการรักษาได้ และมีความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยใช้การเฝ้าระวังความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา และประเมินว่าวิธีการหากำลังใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัวมีประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มาก

บทที่ 5

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยเสนอตามลำดับดังนี้ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล สถานการณ์ความเครียด วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) เป็นเพศชายสอดคล้องกับ อัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดภายในตับ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ คุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแถบพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, โอวตือ แซ่เตียว, ณรงค์ ชันติแก้ว และคณะ, 2545) ซึ่งเป็นแหล่งที่มีการเกิดอุบัติการณ์ของ โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ชุกชุมในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายและเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิด ภายในตับ และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคลุ่อยู่ในระยะ 3-4 (ร้อยละ 80) สอดคล้อง กับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของแซบและซีแรก (Shaib & EL-Serag, 2004) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะของโรคลุ่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 เช่นกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยการใส่สายระบายน้ำดี (ร้อยละ 65.7) เพื่อบรรเทาอาการดีซ่าน อาการคัน และอาการปวด (Singhal et al., 2005) แม้ว่าการรักษาจะช่วยลดอาการไม่สุขสบาย แต่มักเกิดการติดเชื้อและ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้เสมอ (Hoevels, 1990) เมื่อการอุดตันไม่ได้รับการแก้ไขและ/หรือก้อนมะเร็ง ได้กระจายตัวเพิ่มขึ้น ทำให้มีการอุดตันเพิ่มขึ้นและเกิดอาการติดเชื้อซ้ำจากการที่เชื้อแบคทีเรียเดิมที่ มีอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง บางส่วน (ร้อยละ 28.6) ต้องกลับมารักษาซ้ำ (ตารางที่ 2) ปัญหาที่ทำให้ต้องกลับมาส่วนใหญ่อเกิดจาก ท่อทางเดินน้ำดีอักเสบ (ร้อยละ 12.9) ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน (ร้อยละ 8.6) ทำให้น้ำดีคั่งเป็นโอกาส ให้เชื้อแบคทีเรียคั่งค้างและเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอยู่ในท่อทางเดินน้ำดีจนเติบโตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งตาม ธรรมชาติแล้วจะต้องไหลกลับเข้าสู่ลำไส้ เกิดสภาพเป็นการติดเชื้อ เกิดอาการไข้ หนาวสั่น การรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะเป็นเพียงการควบคุมเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น (อรุณ เผ่าสวัสดิ์, 2529)

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสมรรถภาพของตับทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับซีรั่มซึ่งบ่งชี้ว่าการทำงานของตับผิดปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยของระดับ

ซีรัมบิลิรูบิน TBIL สูง (เฉลี่ย 86.84 mg/dl, ค่าปกติ ≤ 17.1 mg/dl) และร้อยละ 62.9 มีระดับ DBIL สูง (เฉลี่ย 35.70 mg/dl, ค่าปกติ ≤ 5 mg/dl) แสดงถึงความรุนแรงของการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี เพราะระดับบิลิรูบินที่สูงกว่าระดับปกติ 3-4 เท่า เป็นค่าบ่งชี้ความรุนแรงของดีซ่านจากการที่ท่อน้ำดีมีการอุดตัน (ณรงค์ ชันติแก้ว, 2548) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.3, 84.3 และ 55.7 ตามลำดับ มีระดับ ALP, AST และ ALT สูงกว่าปกติ โดยมีระดับ ALP สูงเฉลี่ย 506.75 U/L AST สูงเฉลี่ย 118.41U/L และ ALT สูงเฉลี่ย 125.92U/L แสดงถึงภาวะที่ตับเสื่อม (De Groen et al., 1999) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.1 มีค่าเฉลี่ยของระดับซีรัมอัลบูมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เฉลี่ย 25.45 g/L ปกติ 34 -50 g/L) แสดงว่าตับไม่สามารถสร้างอัลบูมินได้ เพราะมีการกระจายตัวของมะเร็งไปสู่ตับ ทำให้ตับถูกเบียดและถูกทำลาย การทำหน้าที่สำคัญในการสร้างอัลบูมินของตับลดประสิทธิภาพลง (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, 2541) ระดับซีรัมที่ผิดปกติดังกล่าวบ่งบอกได้ว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีได้มีการลุกลามมากแล้ว (De Groen et al., 1999) สอดคล้องกับที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 และ 4

สถานการณ์ความเครียด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบรรยายสถานการณ์ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาการปวดท้อง อาการคัน อาการไข้หนาวสั่น และอาการเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการไม่สุขสบายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่นที่พบว่าอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (ไพพร แซ่เตีย, 2544: ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542) และยังพบว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และกระทบต่อบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับในการศึกษานี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่สร้างครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยย่อมกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ประกันสุขภาพร้อยละ 60 เบิกต้นสังกัดร้อยละ 24.3 และประกันสังคมร้อยละ 7.1) แต่การไม่สามารถทำงานทำให้ขาดรายได้เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไม่ใช่เพียงค่ารักษาพยาบาล แต่ยังเป็นค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย สอดคล้องผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม (ศรีสุดา รัชมิพงศ์, 2539) ที่เกิดความเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานและมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

เมื่อพิจารณาข้อมูลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง เป็นเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ที่ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาได้ และเหตุการณ์นั้นมีความไม่แน่นอน

การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความรุนแรง ดังคำบอกเล่าความรู้สึกรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “ปวดหลัง ปวดมาก แล้วก็ปวดท้อง ทำให้เดินไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ เร็วแรงจะอ่อนลงเรื่อย ๆ น้ำหนักก็ลดลง ต้องพึ่งยาแก้ปวดอย่างเดียว ตอนนี้กลัวโรคแทรกซ้อนมาก พอรู้ว่าเป็นโรคนี้อันตรายทุกอย่าง ตกใจพอรู้ว่าความรุนแรงขนาดไหน เพราะเราศึกษาแล้วว่าโรคนี้อันตรายไม่มีทางหาย” ความรู้สึกดังกล่าวมักพบในผู้ป่วยที่ไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ สอดคล้องกับ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี (ไพพร แซ่เตีย, 2544) ซึ่งเกิดความเครียดจากอาการกลืนลำบาก อีกทั้งอาการไม่ได้หายขาดแม้การรักษาจะสิ้นสุดลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตตลอดเวลา และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีอาการรุนแรง ดังเช่นการศึกษาในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางมือ (Gustafsson et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยประเมินว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นความเครียดเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมีผลกระทบทำให้มือใช้การไม่ได้ เหตุการณ์ที่กระทบต่อสวัสดิภาพในการดำเนินชีวิตถือเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง หรือสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อนย่อมส่งผลต่อการประเมินเช่นกัน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นสิ่งใหม่ ไม่เคยประสบมาก่อน ได้แก่ การต้องใส่สายระบายน้ำดี มีอาการชา ปวดหลังซึ่งเป็นอาการใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน การมีโรคแทรกซ้อน จากการที่ผู้ป่วยบรรยายว่า “เค้านบอกว่า อาจจะได้ใส่ (สายระบาย) ไปตลอดชีวิต ก็ไม่สบายใจเท่าไร ต้องสะพายไปไหนต่อไหน” หรือ “มันเข้าไปเรื่อย พอมาวันสองวันก็เป็นเลยเจ็บไขสันหลัง บังคับข้างล่างไม่ได้ ตกใจเหมือนกันเพราะว่ามันไม่เคยเป็น” สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มอื่น เช่น ผู้หญิงที่มีก้อนที่เต้านม (วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณ, 2541) ที่มีความกลัวการผ่าตัดเต้านม เนื่องจากการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ไม่เคยได้รับมาก่อน และในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2540) ที่ประเมินว่าการปรับเปลี่ยนเข้าสู่วิชาชีพก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากเป็นระยะที่ต้องปรับตัวเข้ากับบุคลากรและหน่วยงานที่ไม่คุ้นเคย ถือว่าเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาได้ เพราะไม่ทราบว่าการรักษาแล้วจะเป็นอย่างไร ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า “ครั้งนี้มันมีเนื้องอกในท่อน้ำดีมะเร็ง แต่ยังไม่กระจาย (หมอ) นัดมาผ่าตัดดู มันก็เครียดนะก็คิดคาดคะเนไม่ได้ว่าเราจะเหมือนแฟนใหม่ ถ้าเหมือนแฟนขึ้นมาถึงจบ ก็คืออยู่นะ ก็กลัวอยู่ (ร้องไห้) ลืมไม่ได้หรอกโรค ผ่าออกมาก็ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไร” หรือที่ผู้ป่วยในการศึกษานี้กล่าวว่า “คุณหมอเค้าก็นัดมาส่องกล้อง เพื่อใส่ท่อน้ำดีเค้าว่าใส่ไม่ได้ ใส่ได้ข้างเดียวอะไรหรือเปล่าก็ไม่รู้ มันแข็ง ต้องรอ คุณหมอก็ยังไม่ทำอะไร เค้าว่าใส่ท่อจะช่วยตาเหลืองตัวเหลือง ก็ไม่ทราบเหมือนกันว่าจะหายหรือเปล่า บอกไม่ได้นะเรื่องแบบนี้”

สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของล็อก (Lok, 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดมีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในอันดับต้น ๆ เนื่องจากการรักษาใช้เวลานาน มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการ ไม่ได้รักษาให้หายจากการเจ็บป่วยเช่นกัน

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค ผลการรักษา และแผนการรักษาที่ไม่ชัดเจน ดังเช่นที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “คิดอยู่หลายอย่าง ตอบไม่ได้เหมือนกัน เฮ้อ ก็คิดถึงเรื่องที่ป่วยด้วย จะทำอะไรละ มันก็เป็นห่วง กลัวมันไม่มีทางหาย ยังไม่รู้ว่าหมอจะรักษาอย่างไรต่อไป” หรือ “ตอนนี้คุณหมอบอกว่าท้องยังมีน้ำอยู่ ต้องเอาน้ำออกก่อน แล้วคุณหมอจะผ่าตัด ช่วงนี้ยังผ่าตัดไม่ได้ ไม่รู้จะเป็นอย่างไร ถึงเวลาที่เราจะหายไม่หายนี่แหละ มาหาที่นี่ได้สองเดือน ครั้งแรกมันจะผ่าวันที่ยี่สิบก็เลื่อนมาอีก ก็เลื่อนมาอีกเป็นเดือน ๆ จนถึงเดือนสาม คุณหมอบอกผ่าไม่ได้อีก” สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับว่าไม่มีความชัดเจน เกิดความรู้สึกคลุมเครือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม (Ali & Khalil, 1991) ที่พบว่ามีความเครียดจากการดำเนินของโรค และความไม่แน่ใจในประสิทธิภาพในการรักษา หรือในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด (ไสว นรสาร, 2540) ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนว่าการผ่าตัดจะเป็นอย่างไร จึงก่อให้เกิดความกลัวในสิ่งที่อาจต้องเผชิญในอนาคต

สรุปได้ว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมานับเป็นเหตุการณ์ใหม่ แม้ภายหลังได้รับการรักษาแต่ยังไม่สามารถคาดเดาผลของการรักษาได้ อีกทั้งมีความไม่แน่นอนในแผนการรักษา ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นความเครียด สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสที่ว่า บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง เหตุการณ์นั้นมีความไม่แน่นอนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์ หรือเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ดังที่พบในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษานี้

วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดรายด้าน (ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 18.76 ด้านการจัดการกับอารมณ์ 28.24) และค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม (47.03) ก่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบจากคะแนนเต็มในแต่ละด้าน (ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 60 ด้านการจัดการกับอารมณ์ 92) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ความพยายามในการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการ

จากทุกด้านจริงแต่ใช้ด้านละไม่มาก เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ .39 (ร้อยละ 39) และด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .61 (ร้อยละ 61) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าความเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ตัวโรคมีการกระจายตัวไปสู่อวัยวะอื่นๆ โรคอยู่ในระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ จึงใช้วิธีการด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของไพพร แซ่เตีย (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ภายหลังการได้รับรังสีรักษาใช้วิธีการด้านบรรเทาความรู้สึกมากที่สุด หรือในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ซึ่งเป็นการปรับการรับรู้ปัญหาของตนเองเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) สอดคล้องกับโฟลแมนและลาซารัสที่ได้กล่าวว่า บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาในเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และในเหตุการณ์ที่ประเมินว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ (Folkman & Lazarus, 1980)

วิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก มีการใช้มากใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 91.43 และร้อยละ 90.0 (ตารางที่ 5) เป็นวิธีด้านการจัดการกับอารมณ์มี 4 วิธี ได้แก่ หวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่/หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน ยอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่ และบอกกับตนเองว่าอย่ากังวลไปเลย ทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยหวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น อาจเนื่องจากความหวังเป็นพลังอำนาจภายในตัวบุคคลทำให้ความเครียดลดลง เกิดความผ่อนคลายและสามารถอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ (Herth, 1989) ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเครียด ปรับสภาพจิตใจช่วยให้มีทางเลือกในการเผชิญความเครียดมากขึ้น (Jalowiec & Power, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยไตวายที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม (Baldree, Murphy, & Power, 1982) และการศึกษาในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กองสิน คติการ, 2534) ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด การรักษาเป็นเพียงการประคับประคองอาการ ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหวังว่าอะไรจะดีขึ้นเป็นอันดับต้น ๆ การที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีพยายามไม่คิดถึงโรคและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่/หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน เป็นเพราะเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยในระยะเวลาไม่นานเพียง 1-3 เดือน (ตารางที่ 2) แต่ระยะของโรคเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือ 4 แล้ว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงจึงต้องใช้วิธีพยายามที่จะลืมด้วยการไม่คิดถึงความเจ็บป่วยเพื่อปรับสภาพจิตใจของตนเอง

การยอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่ เป็นอีกวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มาก เพราะรับรู้ว่ามีโอกาสหายขาดได้ยากแม้ได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ การยอมรับได้จะเป็นการช่วยลดความเครียดทางหนึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา รัศมีพงศ์ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมใช้วิธียอมรับสภาพความเจ็บป่วยเป็นอันดับต้น ๆ ในการเผชิญความเครียด เนื่องจากการรักษาเป็นเพียงการประคับประคองอาการเช่นกัน ส่วนวิธีการบอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลยทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง เป็นวิธีการปลอบใจตนเองให้มีความหวัง สอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา (ละเอียด ภักดีจิตต์, 2535) ที่พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดที่เลือกใช้ การที่ผู้ป่วยมีความหวังช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือในผู้ป่วยที่มีก้อนเต้านม ขณะรอฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ (มณฑา ลีทองกุล, 2535) ใช้วิธีการปลอบใจตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลยในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเช่นกัน

การสวดมนต์ไหว้พระขอพึ่งอำนาจลี้ลับศักดิ์สิทธิ์ เป็นวิธีด้านการจัดการกับอารมณ์อีกวิธีหนึ่งที่มีผู้เลือกใช้ร้อยละ 80 การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีนี้เนื่องจากศาสนาเป็นสถาบันสำคัญของสังคมไทย ที่นอกจากบุคคลจะยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจแล้ว ศาสนาเป็นสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ทำให้เกิดกำลังใจ ให้ความคุ้มครอง ความหวัง และความต้องการด้านจิตวิญญาณ (บุบผา ขอบใช้, 2536) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพรและความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในชีวิต เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยคนไทยใช้กันมากในการเผชิญความเครียด (สมจิต หनुเจริญกุล, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของมนชยา ปิ่นทอง (2547) ที่พบว่าสตรีที่รอผลการตรวจชิ้นเนื้อ ภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์ ใช้วิธีการสวดมนต์/เชื่อในสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่น่าเชื่อถือมากที่สุด มีการปรับสภาพทางด้านอารมณ์และจิตใจเพื่อยอมรับกับการเป็นโรคร้ายแรง

การหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีผู้เลือกใช้ถึงร้อยละ 80 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 66.07) ประเมินว่ามีประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มาก (ตารางที่ 7) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ครอบครัวจึงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง ที่ให้การช่วยเหลือดูแลและเจ็บป่วย และให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรคเพื่อให้สามารถผ่านเหตุการณ์ที่รุนแรงก่อให้เกิดความเครียดนี้ไปได้ (ครุณี บุญเกื้อ, นฤมล ดวงจันทร์เพชร, พยอม ขวัญเชื้อ และคณะ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของฮอลส์เตดและเฟิร์นสเตอร์ (Halstead & Fernster, 1994) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไปใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้แหล่งสนับสนุนเป็นอันดับต้น ๆ และประเมินว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัด (Carmen, Hei, Wai, & Violeta, 2004) พบว่า การใช้แหล่งสนับสนุนเป็นวิธีที่

มีประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียด และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยนั่นเอง อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 66.07 ประเมินว่ามีประสิทธิภาพ แม้ว่าวิธีเผชิญความเครียดข้างต้นจะมีการเลือกใช้มากกว่า แต่มีกลุ่มตัวอย่างไม่ถึงร้อยละ 50 ประเมินว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการเผชิญความเครียดด้วยดีในการมุ่งแก้ปัญหาควบคู่กันไป

วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากมี 4 วิธี คือ ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้า แม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ (ร้อยละ 87.14) พยายามมองปัญหาตามที่เป็นจริงอย่างครอบคลุมทุกด้าน (ร้อยละ 65.71) พยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เป็นอยู่ให้ได้บ้างบางส่วน (ร้อยละ 54.28) และพูดคุยถึงปัญหากับใครสักคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (ร้อยละ 54.28) การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธียอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้าแม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ ถึงร้อยละ 87.14 และเป็นหนึ่งใน 5 อันดับแรกของวิธีเผชิญความเครียดที่มีกลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีประสิทธิภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่หายากยากเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงและคลุมเครือ/ไม่แน่นอน จากผลของโรคและการรักษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านเช่น ร่างกาย บทบาทหน้าที่ ซึ่งไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ จึงใช้การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของตนเองโดยการยอมรับกับโรคภาวะแทรกซ้อน และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อบรรเทาความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองดังเช่นกับการศึกษาของไพพร แซ่เตีย (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใช้วิธีการยอมรับแม้จะไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดที่คาดหวังไว้ เพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีพยายามมองปัญหาตามที่เป็นจริงอย่างครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งเป็นการคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหา และวิธีพยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ให้ได้บ้างบางส่วน เป็นการพยายามแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมได้ ลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือหรือลดความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) กลุ่มหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (หทัยรัตน์ จรัสสุโรลิน, 2538) และในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ที่อยู่ในช่วงได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (Gloria, 1990) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการพยายามควบคุมสถานการณ์ในอันดับต้น ๆ ส่วนวิธีพูดคุยถึงปัญหากับใครสักคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้เท่ากับวิธีพยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ให้ได้บ้างบางส่วน เนื่องจากการได้พูดคุยกับบุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์ที่เหมือนกันทำให้เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน สามารถที่จะระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความกังวล ทำให้ได้รับข้อมูลและกำลังใจเพื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม (ดรุณี ชุนหวัด ใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

เมื่อพิจารณาวิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อย พบว่าเป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ 3 วิธี คือ ดำเนินคนอื่นที่ทำให้เกิดปัญหาหรือทำให้ตกอยู่ในสถานการณ์นี้ ไม่ทำอะไรเลยหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้นหรือปัญหาจะคลี่คลายไปเอง พุดหยาบคายแข่งด่า และด้านการมุ่งแก้ปัญหา 2 วิธี คือ ให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาหรือรับมือกับความเจ็บป่วยแทน ทดลองแก้ไขปัญหาวัยวิธีต่างๆ เพื่อคว้าวิธีไหนได้ผลดีที่สุด (ตารางที่ 6) โดยวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุดคือ ดำเนินคนอื่นที่ทำให้เกิดปัญหาหรือทำให้ตกอยู่ในสถานการณ์นี้ มีเพียงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.71 เลือกใช้วิธีนี้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยในครั้งนี้ เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องร่วมกับการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา และเนื่องจากวิธีการดำเนินคนอื่นเป็นวิธีการที่สังคมไม่ยอมรับ จึงทำให้วิธีการเผชิญความเครียด โดยการดำเนินคนอื่นที่ทำให้เกิดปัญหาหรือทำให้ตกอยู่ในสถานการณ์นี้ จึงมีผู้เลือกใช้น้อย (Baldree et al., 1982) การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีไม่ทำอะไรเลยหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้น หรือปัญหาจะคลี่คลายไปเอง เพียงร้อยละ 15.71 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจะช่วยให้หายจากโรคนี้หรือลดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ มากกว่าที่จะไม่ทำอะไรเลย สอดคล้องกับวิธีการทดลองแก้ไขปัญหาวัยวิธีต่างๆ เพื่อคว้าวิธีไหนได้ผลดีที่สุด และให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาหรือรับมือกับความเจ็บป่วยแทน ซึ่งมีผู้ใช้ร้อยละ 24.29 ส่วนการพุดหยาบคายแข่งด่า ผู้เลือกใช้เพียงร้อยละ 17.14 เนื่องจากวิธีนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียดได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่ช่วยลดความเครียดได้เลย แต่ส่งผลให้หงุดหงิดมากขึ้นและก่อให้เกิดปัญหากับคนรอบข้าง

การศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเผชิญความเครียดวิธีอื่น ๆ ที่ไม่มีในแบบสัมภาษณ์ คือ คิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่มีเกิด ก็ต้องมีเจ็บและตายในที่สุด ร้อยละ 25.7 วิธีการคิดว่ามันเป็นเวรกรรมหรือกรรมเก่าของตนเอง ร้อยละ 21.4 ทั้งสองวิธีเป็นการเผชิญความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์ และเป็นวิธีที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมไทย ที่มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สอดคล้องกับวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือวิธีสวดมนต์ ไหว้พระขอพรพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพราะศาสนาช่วยให้บุคคลปล่อยวาง ทำให้จิตใจสงบไม่ทุรนทุราย (บุบผา ชอบใช้, 2536) ส่วนวิธีการบอกกับตนเองว่าคนที่อาการหนักกว่าเราก็มีย เราดีกว่าเค้าแล้ว เป็นวิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 15.7 เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างปลอบใจตนเองให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “คนที่เป้นหลังเราตายไปแล้วก็มี เรายังโชคดีกว่าอยู่ได้นานกว่า” หรือ “คนอื่นที่เค้าแก่กว่า อายุน้อยกว่าเค้าก็เป็นกัน”

ผลการศึกษารุ่นนี้จะเห็นได้ว่าโรคเริมที่ท่อน้ำดีก่อให้เกิดความเครียดจากตัวโรคที่มีความรุนแรง และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อีกทั้งความไม่แน่นอนในผลการรักษา เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยจะใช้วิธีจัดการกับอารมณ์เพื่อปรับสภาพจิตใจเป็นส่วนใหญ่ วิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่าง

ใช้มากที่สุด คือ หวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น และวิธีพยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน ส่วนวิธีการหาคำลั้งใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีประสิทธิช่วยลดความเครียดได้มากที่สุด



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาด้านการรับรู้ความเครียด วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเลือกใช้ โดยใช้ ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นแนวทางในการศึกษา ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบัน มะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 70 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ กำหนดดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มีการรับรู้ปกติโดยประเมินจากแบบทดสอบ
2. ไม่มีปัญหาการได้ยิน เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบคำถามให้ข้อมูลได้
3. สมัยครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) ฉบับภาษาไทย (ชวลี เข้มวงศ์, 2539)
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย
3. แบบสัมภาษณ์สถานการณความเครียด สร้างโดยผู้วิจัย
4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (นิตยา สุทธยากร, 2531) และแบบสอบถาม

ประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1987)

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิธีเผชิญความเครียด คำนวณค่าร้อยละ และค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

คะแนนจริง (Raw scores) และคะแนนสัมพัทธ์ (Relative scores)

3. คำนวณค่าร้อยละของผู้ใช้ที่ประเมินประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: สถานการณ์ความเครียด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เป็นผลสืบเนื่องจากอาการเจ็บป่วย และผลกระทบของโรค โดยประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความรุนแรง มีความใหม่ ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ และมีความไม่แน่นอน
2. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์และการมุ่งแก้ปัญหาผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนของวิธีเผชิญความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา
3. วิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่ามีประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มาก ได้แก่

- การทำกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว
- หวังว่าอะไรๆ จะดีขึ้น
- บอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลย ทุกๆ อย่างจะค่อยๆ ดีขึ้นเอง
- พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ แทน
- ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้า แม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ถือว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด คือ เหตุการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้นมีความรุนแรง การรักษาไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ ความเจ็บป่วยและการรักษาเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความเจ็บป่วยและแผนการรักษามีความไม่แน่นอน ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจึงต้องพยายามปรับตัวต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยใช้การเผชิญความเครียดทั้งลักษณะการจัดการกับอารมณ์ และการมุ่งแก้ปัญหา ผสมผสานกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก เนื่องจากผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย และโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ จึงทำให้นิสิตและครอบครัวของผู้ป่วยปฏิเสธในการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาจากการเจ็บป่วยเนื่องจากโรค ได้แก่ อาการปวดท้อง อาการคัน อาการไข้หนาวสั่น และอาการเหนื่อย ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน แนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีคือ

1. พยาบาลควรประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความไม่สบายจากอาการต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียด จึงควรประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือบรรเทาอาการและให้คำแนะนำที่เหมาะสม
2. พยาบาลควรประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการกลับเป็นซ้ำ เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง
3. พยาบาลควรประเมินวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแล และส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยมีวิธีเผชิญความเครียดเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม
4. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิธีบอกกับตนเองว่าอย่างกังวลไปเลย ทุกๆ อย่างจะค่อยดีขึ้นเอง และวิธีหวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรติดตามดูแลอาการ ให้กำลังใจ และคงความหวังของผู้ป่วยไว้ โดยให้อยู่ในหลักของความเป็นจริง และหลีกเลี่ยงการพูดคุยซักถามที่เกี่ยวกับโรค เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
5. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 80 ใช้วิธีสวดมนต์ ไหว้พระขอพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จึงควรจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาของผู้ป่วย เช่น การเปิดวีซีดีหลักธรรม การเปิดเพลงธรรมะผ่านเสียงตามสายสู่หอผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยที่เลือกใช้วิธีนี้
6. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิธีหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้ป่วยที่เลือกใช้วิธีนี้ส่วนใหญ่ประเมินว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดได้มาก

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบผสมผสาน แนวทางสำหรับการนำไปใช้ด้านการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ นักศึกษาพยาบาล และพยาบาล ดังนี้

1. สำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรจัดให้มีชั่วโมงฝึกปฏิบัติกิจกรรมหรือเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบต่าง ๆ เช่น เทคนิคการพูดให้กำลังใจในความเป็นจริง เทคนิคการผ่อนคลาย

คล้ายด้วยการฝึกหายใจ เป็นต้น เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยแต่ละราย และเผยแพร่ผลงานวิจัยนี้ในชั้นเรียนที่สอนเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง

2. สำหรับพยาบาลประจำการ ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อเกี่ยวกับเทคนิคการลดความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจวิธีการที่ถูกต้องก่อนนำไปแนะนำให้ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

เนื่องจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีอัตราการของโรคปรากฏชัดเจน เมื่อระยะของโรคพัฒนาเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่รวดเร็วทั้ง ๆ ที่อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเพียงในระยะเวลาไม่นาน ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเช่นกัน จึงควรที่จะมีการศึกษาวิจัยในเรื่อง

1. ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดในกลุ่มครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ว่ามีการเผชิญความเครียดเหมือนหรือแตกต่างจากผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

2. ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในแต่ละช่วงเวลาของการรักษาให้ครอบคลุมถึงก่อนรับการรักษา ระหว่างรับการรักษา และหลังได้รับการรักษา หรือในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อให้เข้าใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่มีความเครียดระหว่างเจ็บป่วย เพื่อศึกษาถึงวิธีและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางจัดกิจกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดที่ดี สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

STRESS AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

นภาพร สวนแก้ว 4837023 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, พย.ค.
ดรุณี ชุมพะวัด, ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงกว่าทุกประเทศทั่วโลก (Shaib & El-Serag, 2004) พบอัตราการเกิดผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 8,000 รายต่อปี โดยพบมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546) โดยเหตุที่มะเร็งท่อน้ำดีมีอาการแสดงของโรคในระยะแรกไม่ชัดเจน ผู้ป่วยมักมีอาการคล้ายโรคกระเพาะอาหาร ทำให้ใช้เวลาไปกับการรักษาแผลในกระเพาะอาหาร (ธนิต วัชรพุกก์, 2541) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจน ซึ่งมะเร็งได้ลุกลามเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือ 4 การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคอง (Singhal, Gulik, & Gouma, 2005) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่นานโดยร้อยละ 53 อยู่ได้นาน 1 ปี ร้อยละ 19 อยู่ได้นาน 2 ปี และร้อยละ 9 อยู่ได้นาน 3 ปี (Farley, Weaver, & Nagurney, 1995)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบาย คือ ปวดแน่นท้อง ตัวตาเหลือง คันทั่วร่างกาย ท้องโตตึง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ (ทองอวบ อุดรวิเชียร, 2532) การรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดีเป็นเพียงการช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวข้างต้น (Abraham, Barkun, & Barkun, 2002) แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ในระหว่างที่มีชีวิตอยู่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักประสบกับปัญหาการตัดสินใจของท่อน้ำดีซ้ำ ๆ (Hoevels, 1990) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การรักษาได้ผลไม่แน่นอน ทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Deborah, Karen,

& Kristen, 2001) เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งมักให้ความหมายต่อมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย (นวลจันทร์ ชานินทร์สุรัตน์, 2544) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต้องเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ไม่สิ้นสุดจากการดำเนินโรคที่ไม่หยุดนิ่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์และไม่สามารถควบคุมได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด และสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีการประเมินตนเองว่ามีความเครียดจากวิธีการรักษา กล่าวว่าโรคมะเร็งจะลุกลาม เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์ (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, พันทวี เชื้อขาว, สุกัญหา ยิ้มแย้ม และเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2548) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ali & Khalil, 1991; Halsted & Ferster, 1994; Wengstrom, Haggmark, & Forsberg, 2001) เป็นต้น รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Mahat, 1997) โรคข้อเข่าเสื่อม (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (Lok, 1996; ศรีสุดา รัศมีพงษ์, 2539) เป็นต้น

เมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด บุคคลจะมีการเผชิญปัญหาเพื่อช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกคุกคามต่อตนเอง และปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้น ๆ การเผชิญความเครียดมีทั้งการมุ่งจัดการกับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) การเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) และอาจใช้รูปแบบผสมผสาน คือ การจัดการกับปัญหาและอารมณ์ควบคู่กันไป (Gass & Chang, 1989; ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์, 2549) ในส่วนของผู้ป่วยมะเร็งมีการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดหลายฉบับซึ่งพบว่า ความเจ็บป่วยที่ต่างกัน หรือช่วงเวลาเจ็บป่วยที่ต่างกัน ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ความเครียดและใช้วิธีเผชิญความเครียดแตกต่างกัน แต่ยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่กล่าวถึงความเครียด การเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ความเครียด รูปแบบในการเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเลือกใช้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญปัญหากับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบทฤษฎี

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทฤษฎีนี้มีแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันตลอดเวลา ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญคือ ความเครียด เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้บุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง การประเมินตัดสิน เป็นกระบวนการความรู้สึกลึกซึ้งที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ข้อผูกพันระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์นั้น และความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นได้มากน้อยเพียงใด และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงของสถานการณ์ ความใหม่ของสถานการณ์ ความสามารถในการทำนาย ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ และความคลุมเครือของสถานการณ์

การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด การเผชิญความเครียดของบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองกับการมุ่งแก้ปัญหา วิธีที่บุคคลใช้เพื่อการเผชิญความเครียดขึ้นกับการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และข้อจำกัดของแหล่งประโยชน์ ส่วนผลลัพธ์ของการปรับตัว เป็นผลจากการประเมินตัดสินและวิธีการเผชิญความเครียด เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแม้ได้รับการรักษาแล้ว ยังมีปัญหาจากโรค การรักษา และการติดเชื้อของท่อน้ำดี ส่งผลให้ไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและกระตือรือร้นทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังกมก่อให้เกิดความเครียด เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีขวัญและกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด
2. เพื่อศึกษาวิธีเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วย

นิยามตัวแปร

สถานการณ์ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด ซึ่งเป็น

คำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินตัดสินสถานการณ์ความเครียดของ
 อาจารย์

วิธีเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำหรือความรู้สึกลึกซึ้ง ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
 ใช้จัดการสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญ
 ความเครียดของจาโลวีก ฉบับภาษาไทย (นิตยา สุทธยากร, 2531)

ประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด หมายถึง ความรู้สึกลึกซึ้งที่บุคคลใช้ในการเผชิญ
 ความเครียดรู้สึกว่าได้ช่วยลดความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสิทธิภาพของวิธีเผชิญ
 ความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1987)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลรามารับดี
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือนเดือน
 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2551 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ อายุ
 ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความเครียด มีการรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย
 จำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (SPMSQ)
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลจากบุคคล และข้อมูลจากเวชระเบียน
3. แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นลักษณะคำถาม
 ปลายเปิด พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของอาจารย์
4. แบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดประกอบด้วย
 ข้อคำถาม 38 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบ นำมาจากแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับ
 ภาษาไทย (นิตยา สุทธยากร, 2531) และแบบสอบถามประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียดของ
 จาโลวีก (Jalowiec, 1987)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาความ
 ครอบคลุมของเนื้อหาตามกรอบแนวคิดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ

2. แบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อความถามและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .87 แล้วนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาดีเท่ากับ .84 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย ได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึง วัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย การเข้าร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบและเสนอผลเพื่อการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการดูแลและการรักษาที่จะได้รับ หลังผู้เข้าร่วมการวิจัยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยเรียงลำดับตามเครื่องมือ ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด (บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์) และแบบสอบถามวิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล โดยคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลวิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด คำนวณร้อยละ และคำนวณค่าเฉลี่ยพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริง และคะแนนสัมพัทธ์ ส่วนข้อมูลสถานการณ์ความเครียด ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.4) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 74.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 4,000 บาท (ร้อยละ 60) แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) รายได้ไม่เพียงพอในค่าใช้จ่าย และแหล่งของค่ารักษามาจากสิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60) เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดทางเดินน้ำดีภายในตับ (ร้อยละ 88.6) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1- 3 เดือน (ร้อยละ 67.1) โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 (ร้อยละ 80) ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดี (ร้อยละ 65.7) และร้อยละ 28.6 ต้องกลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ 1-3 ครั้ง ส่วนใหญ่กลับมารักษาด้วยปัญหาท่อทางเดินน้ำดีอีกเสบ (ร้อยละ 12.9) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่าที่แสดงความผิดปกติเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของตับ โดยร้อยละ 52.9 มีระดับ Total Bilirubin (TBIL) สูงผิดปกติ ร้อยละ 62.9 มีระดับ Direct Bilirubin (DBIL) สูงผิดปกติ และผลการตรวจเกี่ยวกับเอนไซม์ตับพบว่า ร้อยละ 84.3 มีระดับ Alkaline phosphatase (ALP) สูงผิดปกติ ร้อยละ 84.3 มีระดับ Aspartate aminotransferase (AST) สูงผิดปกติ ร้อยละ 55.7 มีระดับ Alanine aminotransferase (ALT) สูงผิดปกติ และร้อยละ 67.1 มีระดับซีรัมอัลบูมิน (Serum albumin, Alb) ต่ำกว่าเกณฑ์

สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความเครียดจากอาการไม่สบายต่าง ๆ ได้แก่ อาการปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ ถัดมาร่างกาย ไข้หนาวสั่น และอาการเหนื่อย ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ กระทั่งกระทบต่อบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจ เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซารัสเกี่ยวกับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ พบว่าเป็นไปตามปัจจัยทางด้านสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความใหม่ของเหตุการณ์ ความไม่สามารถทำนายผลของการรักษา และความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

วิธีเผชิญความเครียดและประสิทธิภาพของวิธีเผชิญความเครียด

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิธีเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ 18.79 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 28.24 เมื่อเปรียบเทียบวิธีเผชิญความเครียดแต่ละด้านโดยคำนวณค่าคะแนนสัมพัทธ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ (0.61)

มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา (0.39) ส่วนวิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ หวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น (ร้อยละ 91.43) พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือ พยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน (ร้อยละ 91.43) ยอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่ (ร้อยละ 90.0) บอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลยทุก ๆ อย่างจะค่อยๆดีขึ้นเอง (ร้อยละ 90.0) ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้อีกไปข้างหน้าแม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ (ร้อยละ 87.14) สวดมนต์ไหว้พระขอพรสิ่ง อำนาจสิ่งศักดิ์ (ร้อยละ 80.0) หากกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว (ร้อยละ 80.0) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ที่เลือกใช้วิธีหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว ประเมินว่าวิธีนี้มี ประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มาก

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) เป็นเพศชายสอดคล้องกับ อัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดภายในตับ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ คุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแถบพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วัชรพงศ์ พุทธิ สวัสดิ์, โอวดีอ แซ่เตียว, ณรงค์ ชันติแก้ว และคณะ, 2545) ซึ่งเป็นแหล่งที่มีการเกิดอุบัติการณ์ของ โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ชุกชุมในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายและเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิด ภายในตับ และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคอยู่ในระยะ 3-4 (ร้อยละ 80) สอดคล้อง กับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของเชาบและซีแรก (Shaib & EL-Serag, 2004) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 เช่นกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยการใส่สายระบายน้ำดี (ร้อยละ 65.7) เพื่อบรรเทาอาการดีซ่าน อาการคัน และอาการปวด (Singhal et al., 2005) แม้ว่าการรักษาจะช่วยลดอาการไม่สุขสบาย แต่มักเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน ต่างๆได้เสมอ (Hoevels, 1990) เมื่อการอุดตันไม่ได้รับการแก้ไขและ/หรือก้อนมะเร็งได้กระจายตัว เพิ่มขึ้น ทำให้มีการอุดตันเพิ่มขึ้นและเกิดอาการติดเชื้อซ้ำจากการที่เชื้อแบคทีเรียเดิมที่มีอยู่ ทำให้ ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 28.6) ต้องกลับมารักษาซ้ำ ปัญหาที่ทำให้ต้องกลับมาส่วนใหญ่เกิดจากท่อทางเดินน้ำดีอักเสบ (ร้อยละ 12.9) ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน (ร้อยละ 8.6) ทำให้น้ำดีคั่งเป็นโอกาสให้เชื้อแบคทีเรียคั่งค้าง และ เจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอยู่ในท่อทางเดินน้ำดีได้อย่างรวดเร็ว (อรุณ เผ่าสวัสดิ์, 2529)

ผลการตรวจสมรรถภาพของตับทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ชีรัมซึ่งบ่งชี้ว่าการทำงานของตับผิดปกติ ร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยของระดับชีรัมบิลิลิรูบิน TBIL สูง

(เฉลี่ย 86.84 mg/dl, ค่าปกติ ≤ 17.1 mg/dl) และร้อยละ 62.9 มีระดับ DBIL สูง (เฉลี่ย 35.70 mg/dl, ค่าปกติ ≤ 5 mg/dl) แสดงถึงความรุนแรงของการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี (ณรงค์ ขันดีแก้ว, 2548) ร้อยละ 84.3, 84.3 และ 55.7 ตามลำดับ มีระดับ ALP, AST และ ALT สูงกว่าปกติ โดยมีระดับ ALP สูงเฉลี่ย 506.75 U/L AST สูงเฉลี่ย 118.41U/L และ ALT สูงเฉลี่ย 125.92U/L แสดงถึงภาวะที่ตับเสื่อม (De Groen et al., 1999) และร้อยละ 67.1 มีค่าเฉลี่ยของระดับซีรั่มอัลบูมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เฉลี่ย 25.45 g/L ปกติ 34 -50 g/L) แสดงว่าตับไม่สามารถสร้างอัลบูมินได้ เพราะมีการกระจายตัวของมะเร็งไปสู่ตับ ทำให้ตับถูกเบียดและถูกทำลาย (ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์, 2541) ระดับซีรั่มที่ผิดปกติดังกล่าวบ่งบอกได้ว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีได้มีการลุกลามมากแล้ว (De Groen et al., 1999) สอดคล้องกับที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีระยะของโรคในระยะที่ 3 และ 4

สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความเครียดจากอาการไม่สบายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ที่พบว่าอาการไม่สบายต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (ไพพร แซ่เตีย, 2544; ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542) และยังพบว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติและกระทบต่อบทบาทหน้าที่ การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่สร้างครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยย่อมกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว แม้จะมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลแต่การไม่สามารถทำงาน ทำให้ขาดรายได้ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 62.9) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประเมินว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง เนื่องจากรับรู้โรครอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ซึ่งมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย เกิดความไม่สบายเป็นอย่างมาก เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางมือ (Gustafsson, Persson, & Amilon, 2000) ที่ประเมินว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง ส่งผลกระทบทำให้มือทำหน้าที่ไม่ได้ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษาคั้งนี้ประเมินว่าการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดีเป็นสิ่งใหม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการที่ผู้ป่วยบรรยายว่า “เล่าบอกว่า อาจจะใส่ได้ใส่ (สายระบาย) ไปตลอดชีวิต ก็ไม่สบายใจเท่าไร ต้องสะพายไปไหนต่อไหน” และอาการใหม่ซึ่งไม่เคยปรากฏมาก่อนเกิด “มันขาไปเรื่อย พอมาวันสองวันก็เป็นเลย เจ็บไขสันหลัง บังคับข้างล่างไม่ได้ ตกใจเหมือนกัน เพราะว่ามันไม่เคยเป็น” นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาได้ จากการที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “คุณหมอเค้าก็นัดมาส่งกล้อง เพื่อใส่ท่อน้ำดี เล่าว่าใส่ไม่ได้ ใส่ได้ข้างเดียวอะไรหรือเปล่าก็ไม่รู้ มันแข็ง ต้องรอ คุณหมอก็

ยังไม่ทำอะไร คำว่าใส่ท่อจะช่วยตาเหลืองตัวเหลือง ก็ไม่ทราบเหมือนกันว่าจะหายหรือเปล่า บอกไม่ได้นะเรื่องแบบนี้” สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาผลการรักษาและเหตุการณ์ในวันข้างหน้าเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของล็อก (Lok, 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดมีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

วิधिเพชญความเครียดและประสิทธิภพของวิधिเพชญความเครียด

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิधिเพชญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเพชญถูกประเมินว่าเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง ตัวโรคมีการกระจายตัวไปสู่อวัยวะอื่นๆ เป็นระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมุ่งใช้วิधिด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (ไพพร แซ่เตีย, 2544) หรือในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ที่ใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ในการปรับการรับรู้ปัญหาของตนเองเพื่อให้สบายใจขึ้นเช่นกัน เป็นไปตามทฤษฎีเพชญความเครียดของโฟคแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้การเพชญความเครียดในลักษณะจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาในเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และในเหตุการณ์ที่ประเมินว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้

วิधिเพชญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ร้อยละ 80 เลือกใช้ เป็นวิธีการด้านการจัดการกับอารมณ์ 4 วิधि และวิธีการด้านมุ่งแก้ปัญหา 1 วิधि วิธีการด้านการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ หวังว่าจะไร ๆ จะดีขึ้น พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน ยอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่ บอกกับตัวเองว่าอย่ากังวลไปเลยทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง สวดมนต์ ไหว้พระขอพึ่งอำนาจลี้ศักดิ์ หากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว และวิธีการด้านมุ่งแก้ปัญหา 1 วิधि คือ ยอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้าแม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการ การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช่วิधिหวังว่าจะไร ๆ จะดีขึ้น อาจเนื่องจากความหวังเป็นพลังอำนาจภายในตัวบุคคลทำให้ความเครียดลดลง เกิดความผ่อนคลายและสามารถอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ (Herth, 1989) ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเครียด ปรับสภาพจิตใจช่วยให้มีทางเลือกในการเพชญความเครียดมากขึ้น (Jalowiec & Power, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม (Baldree, Murphy, & Power, 1982) และในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กองสิน คติการ, 2534) ที่เลือกใช่วิधिเพชญความเครียดด้วยการหวังว่าจะไร ๆ จะดีขึ้น เพราะโรครักษาไม่หายขาดและการรักษาเป็นเพียงการประคับประคองเช่นกัน

วิธีพยายามไม่คิดถึงโรคและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่/ หรือพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ๆ แทน
กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ เมื่อรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยในระยะเวลาไม่นาน แต่ระยะของโรคมี
ความรุนแรงจึงต้องใช้หลักของศาสนาเข้าช่วยด้วยการปล่อยวาง โดยการไม่คิดถึงความเจ็บป่วยที่เกิด
ขึ้นกับตนเองเพื่อจะได้ไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ เพราะศาสนาช่วยให้จิตใจสงบไม่ทรมาน
ราช (บุบผา ขอบใช้, 2536) ส่วนวิธีการยอมรับสถานการณ์ตามที่มันเป็นอยู่ เป็นอีกวิธีการที่กลุ่ม
ตัวอย่างเลือกใช้เพื่อยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพราะรับรู้ว่าคุณจะมีโอกาสหายขาด
ได้ยากแม้ได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาตามที่แพทย์
แนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ศรีสุตา รัตนิพนธ์, 2539) ที่รักษาด้วยเครื่อง
ไตเทียมซึ่งเป็นการรักษาประคับประคอง ใช้วิธียอมรับสภาพความเจ็บป่วยเป็นการช่วยลดความเครียด
ทางหนึ่งเช่นกัน

ส่วนวิธีบอกกับตัวเองว่าอย่ากังวล ไปเลย ทุก ๆ อย่างจะค่อย ๆ ดีขึ้นเอง เป็นวิธีการปลอบใจตนเองโดยมีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น เพราะการให้ความหวังเป็นวิธีการปลอบใจตนเอง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกใช้วิธีนี้ในการลดความเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สำหรับวิธีสวดมนต์ ไหว้พระขอพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากศาสนาเป็นสถาบันสำคัญของสังคมไทยที่นอกจากบุคคลจะยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจแล้ว ศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทำให้เกิดกำลังใจให้ความคุ้มครองและความหวัง (บุบผา ขอบใช้, 2536) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพรและความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ผู้ปวยยึดเหนี่ยวในชีวิต เป็นวิธีการที่ผู้ปวยคนไทยใช้กันมากในการเผชิญความเครียด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

วิธียอมรับสิ่งที่ดีที่สุดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ต่อไปข้างหน้า แม้จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริง ๆ การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีนี้ เนื่องจากรับรู้ว่ามีโรคเรื้อรังเป็นโรคที่หายากยาก เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงและคลุมเครือ/ไม่แน่นอน จากผลของโรคและการรักษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลาย ด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ จึงใช้การเปลี่ยนแปลง การรับรู้ของตนเองโดยการยอมรับกับโรค ภาวะแทรกซ้อนและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อบรรเทาความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองดังเช่นกับการศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (ไพพร แซ่เตีย, 2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงใช้วิธีด้วยการยอมรับแม้ จะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดที่คาดหวังไว้ เพื่อบรรเทาความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นกับตน

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีประสิทธิภาพในการลดความเครียดได้มากนั้น คือ วิธีการหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ มีครอบครัวมาดูแลอย่างใกล้ชิด ครอบครัวจึงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้การช่วยเหลือดูแลขณะเจ็บป่วย และให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรคเพื่อให้สามารถ

ผ่านเหตุการณ์ที่รุนแรงก่อให้เกิดความเครียดนี้ไปได้ (ครุณี บุญเกื้อ, นฤมล ดวงจันทร์เพชร, พยอม ขวัญเชื้อ และคณะ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของฮอลส์เตดและเฟิร์นสเตอร์ (Halstead & Fernster, 1994) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตได้ยาวนานเผชิญความเครียดด้วยการใช้แหล่งสนับสนุนเป็นอันดับต้นๆ และประเมินว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รอรับการผ่าตัด (Carmen, Hei, Wai, & Violeta, 2004) ที่พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้แหล่งสนับสนุนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยนั่นเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีก่อให้เกิดความเครียดจากตัวโรคที่มีความรุนแรง และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อีกทั้งความไม่แน่นอนในผลการรักษา เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยจะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์เพื่อปรับสภาพจิตใจเป็นส่วนใหญ่ โดยการหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีประสิทธิภาพช่วยลดความเครียดได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความไม่สบายจากอาการต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียด จึงควรประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือบรรเทาอาการและให้คำแนะนำที่เหมาะสม
2. พยาบาลควรประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการกลับเป็นซ้ำ เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง
3. พยาบาลควรประเมินวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลและส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม
4. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิธีบอกกับตนเองว่าอย่ากังวลไปเลย ทุก ๆ อย่างจะค่อยดีขึ้นเอง และวิธีหวังว่าอะไร ๆ จะดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรติดตามดูแลอาการ ให้กำลังใจและคงความหวังของผู้ป่วยไว้ให้ โดยอยู่ในหลักของความเป็นจริง และหลีกเลี่ยงการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับโรค เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามไม่คิดถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
5. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 80 ใช้วิธีสวดมนต์ ไหว้พระขอพึ่งอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จึงควรจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาของผู้ป่วย เช่น การเปิดวีซีดีหลักธรรม การเปิดเพลงธรรมะผ่านเสียงตามสายสู่หอผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยที่เลือกใช้วิธีนี้
6. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้วิธีหากำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้ป่วยที่เลือกใช้วิธีนี้ส่วนใหญ่ประเมินว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก พยาบาลควร

สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดได้มาก

ด้านการศึกษา

1. สำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรจัดให้มีชั่วโมงฝึกปฏิบัติกิจกรรมหรือเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบต่าง ๆ เช่น เทคนิคการพูดให้กำลังใจในความเป็นจริง เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ เป็นต้น เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยแต่ละราย และเผยแพร่ผลงานวิจัยนี้ในชั้นเรียนที่สอนเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง

2. สำหรับพยาบาลประจำการ ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อเกี่ยวกับเทคนิคการลดความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจวิธีการที่ถูกต้องก่อนนำไปแนะนำให้ผู้ป่วย

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดในกลุ่มครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ว่ามีการเผชิญความเครียดเหมือนหรือแตกต่างจากผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

2. ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในแต่ละช่วงเวลาของการรักษา ให้ครอบคลุมถึงก่อนรับการรักษา ระหว่างรับการรักษา และหลังได้รับการรักษา หรือในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่มีความเครียดระหว่างเจ็บป่วย เพื่อศึกษาถึงวิธีและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางจัดกิจกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดที่ดี สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

STRESS AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH CHOLANGIOCARCINOMA

NAPAPORN SUANKAEW 4837023 RANN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NIROBOLKANOGSUNTHORNAT, Ph.D.

(NURSING), DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed. (EDUCATIONAL PSYCHOLOGY
AND GUIDANCE)

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction

Cholangiocarcinoma (CHCA) in Thailand has represented the highest prevalence rate over the world (Shaib & El-Serag, 2004). The number of patients diagnosed with CHCA is 8,000 per year, especially in the northern and northeastern parts of the country, and the number tends to increase each year (National Cancer Institute, B.E. 2546). In the initial phase, the symptoms of CHCA are ambiguous and similar to those of peptic ulcer, so patients lose their time seeking treatment for the wrong disease (Thanit Vajarapuk, B.E. 2541). As a result, most of the patients come to see doctors when the symptoms are clear, which means the cancer has entered its third or fourth stage already. The treatment provided to the patients, therefore, is mainly palliative care (Singhal, Gulik, & Gouma, 2005) which enables to prolong the life of patients for a short period of time. In general, 53% of patients are able to live for one more year, 19% can survive for another two years, and only 9% can live for three more years (Farley, Weaver, & Nagurney, 1995).

Cholangiocarcinoma causes a number of discomfort including abdominal pain, jaundice, pruritus, abdomen distention, loss of appetite, weight loss, and insomnia (Thonguab Uttaravichien, B.E. 2532). The treatment with biliary drainage can only lessen these symptoms (Abraham, Brakun, & Brakun, 2002), but it is unable to completely cure the patients. While they are living, patients have to endure repeated infections in the bile ducts (Hoevels, 1990), which leads to a great deal of suffering, uncertain treatment outcomes, and frequent re-hospitalization (Deborah, Karen, & Kristen, 2001). This affects patients' maintenance of health status and adjustment. In addition, most of the patients perceive that CHCA, just like any other type of cancer, is a major illness that is incurable (Nualchan Thaninsurat, B.E. 2544), and this can lead to stress. In other words, patients with CHCA have to continuously experience problems caused by ongoing prognosis of the disease, which causes them constant stress. According to Lazarus & Folkman (1984), uncertainty in illness situations, inability to predict situations, and inability to control situations make patients perceive the situations as a stressor. Numerous studies have indicated that cancer patients assessed themselves as having stress due to the prescribed treatment and fear of spread of the disease such as patients with cervical cancer (Phongpak Pittayapan, B.E. 2542), patients with cancer of the reproductive system (Sujitra Tiansawat, Pantawee Chuerkao, Sukanha Yimyan, & Benjamaporn Chantarothai, B.E. 2548), and breast cancer patients (Ali & Khalil, 1991; Halsted & Ferster, 1994; Wengston, Haggmark, & Forsbery, 2001). The same findings have been reported in studies conducted with chronic patients such as those with rheumatoid arthritis (Mahat, 1997), osteoarthritis (Suparb Aree-aue, B.E. 2540), and chronic kidney disease (Lok, 1996; Srisuda Rasmeepong, B.E. 2539).

When individuals encounter stress, they have to develop coping strategies to protect themselves from the threat and adjust themselves to such situation. Coping strategies can be divided into problem-focused coping and emotion-focused coping (Lazarus & Folkman, 1984), which can be chosen depending on the existing resources available for patients (Somjit Hanucharunkul, B.E. 2540), or patients can use both coping strategies to solve their problems (Gass & Chang, 1989; Siriluck Kaewsriwong, B.E. 2549). As regards cancer patients, a number of studies have been carried out to investigate their coping and reported that with different illnesses and at different times,

different patients assess their stress situations and employ coping strategies differently. However, there is no study which is conducted to explore stress, coping, and effectiveness of coping strategies in patients with CHCA. This study aim to explore in every facets of stress and coping in patients with CHCA including the effectiveness. It was anticipated that the findings of the study could be used as a guideline to further develop nursing practice to enable patients with CHCA to more effectively cope with stress and increase their quality of life.

Conceptual framework

In the present study, Lazarus' theory of stress and coping was the framework for descriptive study (Lazarus & Folkman, 1984). The theory posits that there is an interactional relationship between persons and their environment, which constantly have influence on each other. According to this theory, stress is a situation appraised by individuals as threatening to their well-being, so they have to make full use of available resources to adapt themselves. In addition, appraisal is an evaluative process in which individuals decide if the situation or the interaction between themselves and their environment is stressful or not, depending on two factors: 1) personal factors, there are commitments and beliefs, and 2) situational factors, are extended to event severity, novelty, predictability, event uncertainty, and ambiguity.

Coping is defined as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage situation appraised as stressful. There are two major functions: problem-focused coping and emotion-focused coping. Generally, persons select coping strategies based on available resources and limitations of such resources. Furthermore, adaptation outcomes are results of persons' appraisal and coping. As such, when considering the stress theory of Lazarus and Folkman, it can be seen that even though patients with CHCA have already sought treatment, they still have to deal with problems caused by the treatment or infections of the bile ducts, which affect them physically, psychologically, emotionally, and socially, hence a great deal of stress. Consequently, patients have to employ coping strategies so as to come up with moral support that will enable them to continue living their life.

Objectives

1. To investigate the situations appraised as stress by patients with CHCA
2. To study coping strategies used and effectiveness of coping strategies as perceived by patients with CHCA.

Definition of terms

A stressor refers to a situation that is related to the current illness of patients which is appraised by patients with CHCA as a cause of stress. In this study, it was assessed using the stressor interview semi-structured guide developed by the researcher based on Lazarus' theory of stress and coping.

Coping refers to an action or thinking which patients with CHCA use to handle the situation appraised as a stressor. In the present study, coping was assessed using the Coping Scale of Jalowiec which was translated into Thai by Nittaya Suthayakorn (B.E. 2531).

Effectiveness of coping strategies refer to the perceptions of patients with CHCA whether the stress coping strategies used are effectiveness to reduce stress or not. In this study, effectiveness of coping strategies was assessed using the Coping Effectiveness Scale constructed by Jaloweic (1987).

Research Methodology

Population and sampling

The population of the study consisted of patients with CHCA who sought treatment at the surgical departments of Ramathibodi Hospital, Phramongkutkloao Hospital, The National Cancer Institute, and Rajvithi Hospital from July 2007 to May 2008. The study sample was selected by means of purposive sampling. The inclusion criteria were as follows: age ≥ 18 years, experiencing stress, had normal perception, no communication problems, and willing to join in the study. The total number of subjects in the study was 70 cases.

Research Instruments

1. Screening instrument was the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).
2. Demographic characteristics record was used to elicit data regarding demographic characteristics of the subjects and data from the medical records.
3. Stress situation semi-structure interview guide was consisted of eight open-ended items developed by the researcher based on Lazarus' theory of stress and coping.
4. Coping questionnaire was composed of 38 response-type items developed by Jalowiec, Thai version (Nittaya Suthayakorn, B.E. 2531). The coping effectiveness questionnaire from Jalowiec's effective scale (Jalowiec, 1987).

Validation of the instruments

1. The stress situation semi-structure interview guide was validated by a panel of five experts. The content validity index (CVI) of the instrument was .80.
2. The coping and coping effectiveness was validated by the same experts to ensure its content validity and language appropriateness. The CVI of the instrument was .87. After that, it was tried out with 20 patients whose characteristics were similar to those of the subjects in the main study. Cronbach's alpha coefficient was .84. When it was subsequently used with 70 subjects in the main study, the result reliability was .82.

Protection of Human Rights

In the present study, the researcher strictly adhered to the code of ethical conducts in research involving human subjects. At the beginning of the study, the researcher informed the subjects of the research objectives, data collection procedures, and their rights to participate in the study and to withdraw from the study at anytime if they wished without any effects on the treatment and care they would receive from the hospital. They were also assured that the data collected from them would be kept confidential and research findings would be reported as group data. After the patients

agreed to participate in the study, the researcher asked them to sign the informed consent form to indicate that they took part in the study on a voluntary basis.

Data collection

The data were collected by means of interview based on the questionnaires in the following order: demographic characteristics record, the stress situation semi-structure interview guide (tape-recorded during the interviews), and the coping questionnaires.

Data Analysis

The data was analyzed by using a statistical package. Descriptive statistics of frequency, percentage, range, mean, and standard deviation were used to analyze demographic characteristics of the subjects. Furthermore, percentage, mean, range, standard deviation, raw scores and relative scores were used to analyze coping, and percentage was used to analyze coping effectiveness. Finally, content analysis was employed to analyze data regarding stress situations of the subjects.

Results

Demographic data

The findings of the study showed that close to three-fourths of the subjects (72.4%) were male and adults (74.3%). In addition, most were married (91.4%) and completed elementary education (78.6%). The monthly income was $\geq 4,000$ (60%), their income was insufficient (62.9%), and had a healthcare plan to cover their medical expenses (60%). As for the type of bile duct cancer, 88.6% of the patients had intrahepatic cholangiocarcinoma, and 67.1% had been diagnosed with CHCA for one to three months. With regard to prognosis, most of the subjects (80%) had stage 3 or stage 4. Moreover, 65.7% had been treated with percutaneous trans biliary drainage (PTBD), and 28.6% had to return to the hospital to be retreated, ranging for one to three times, with 12.9% of the cases being due to inflammation of the bile duct. When considering laboratory results that indicated abnormal liver functions, it was found that 52.9% had abnormally high Total Bilirubin (TBIL), and 62.9% had abnormally high

Direct Bilirubin (DBIL). In addition, examination of liver enzymes revealed that 84.3% of the patients had an abnormally high level of Alkaline Phosphatase (ALP), the same percentage, or 84.3%, had an abnormally high level of Aspartate aminotransferase (AST), 55.7% had an abnormally high level of Alanine aminotransferase (ALT), while 67.1% had the level of Serum albumin (ALB) lower than the normal criterion.

Stress situation in patients with cholangiocarcinoma

Generally, patients with cholangiocarcinoma suffer from stress caused by discomfort including abdominal pain, loss of appetite, pruritus, chills, fever, and fatigue. Therefore, they are unable to perform activities of daily living as they used to, which affects their role functioning and socioeconomic status. When analyzing the theoretical framework of Lazarus on situational appraisal, it was found that it was in accordance with situational factors that caused stress including severity of the situation, novelty of the situation, predictability of the treatment outcomes, and uncertainty of the situation.

Coping and the effectiveness of coping

According to the study findings, patients with cholangiocarcinoma used both problem-focused coping and emotion-focused coping, with the mean scores of 18.79 and 28.24, respectively. When considering each of the coping strategies by calculating the relative scores, it was found that the patients used more emotion-focused coping (0.61) than problem-focused coping (0.39). As for the coping strategies used by most patients, 91.43% hoped that things would be better and also 91.43% tried not to think about the disease they had but tried to think about something else, 90.0% accepted the situation as it was and also 90% told themselves not to worry as things would gradually get better, 87.14% accepted the best situation possible even though they realized that what they hoped for the future might not come true, and 80% prayed and asked for blessings from the supernatural power and also 80% sought for encouragement and support from their family. The findings indicated that more than half of those who sought encouragement and support from their family (60%) found that this coping strategy enabled them to significantly release their stress.

Discussion

Demographic characteristics

The findings showed that most of the subjects (72.4%) were male. This finding was consistent with the prevalence of cholangiocarcinoma (CHCA) which is more commonly found in men than in women (National Cancer Institute, B.E. 2546). Furthermore, most of the subjects (88.6%) had intrahepatic cholangiocarcinoma. Likewise, Watcharapong Bhudhisawad, Owteu Saetiew and Narong Kanteekaew (B.E. 2545) studied clinical characteristics of patients with CHCA in the northeastern region of the country, an area where CHCA is more prevalent. They found that most of the patients were male and most had intrahepatic cholangiocarcinoma. In addition, the findings of this study showed that most of the subjects (80%) had stage 3 or stage 4. This finding yielded support to the study conducted by Shaib and El-Serag (2004) in the United States of America that most of the patients with CHCA were in stages 3 or 4. Also, in this study, the findings revealed that about two-thirds of the subjects (65.7%) were treated with PTBD to relieve jaundice, pruritus, and pain (Singhal, Gulik, & Gouma, 2005). Even though such treatment can reduce discomfort, it can lead to possible infections and complications (Hoevels, 1990). When the obstruction is not treated, and/or when the cancer has spread and resulted in more obstruction, excessive bile retention can lead to retention of bacteria that can rapidly grow in the bile duct. This can result in repeated infections of the existing bacteria, causing patients to be readmitted into the hospital (Arun Phaosawad, B.E. 2529), as evidenced in the findings of the study that 12.9% of the subjects had inflamed bile duct and 8.6% had obstructed duct.

When considering laboratory results, it was discovered that most of the patients had the serum level which indicated abnormal liver functions. A little more than half of the patients (52.9%) had abnormally high TBIL (mean = 86.84 mg/dl, normal level ≤ 17.1 mg/dl), and close to two-thirds (62.9%) had abnormally high DBIL (mean = 35.70 mg/dl, normal level ≤ 5 mg/dl). Such findings clearly reflected the severity of bile duct obstruction (Narong Kanteekaew, B.E. 2548). In addition, examination of liver enzymes revealed that 84.3% of the patients had an abnormally high level of ALP, with the mean of 506.75 U/L, the same percentage had an abnormally high level of AST, with the mean of 118.41 U/L, and 55.7% had an abnormally high level of

ALT, with the mean of 125.92 U/L. These results clearly indicated deteriorated liver functions (De Groen et al., 1999). Finally, approximately two-thirds of the subjects (67.1%) had the level of ALB lower than the normal standard (mean = 25.45 g/L, normal level = 34-50 g/L), hence an indication that the liver was unable to produce albumin due to the spread of cancer cells to the liver, making the liver suppressed and destroyed (Chanwit Tantipipat, B.E. 2541). Abnormal levels of serum is a clear indication that the cancer cells have progressively spread (De Groen et al., 1999), which is in congruence with the finding that most of the patients (80%) had bile duct cancer in stages 3 or 4.

Stress situation in patients with CHCA

In general, patients with CHCA have to live with discomfort which causes them a great deal of sufferings. Previous studies have suggested that discomfort is a major cause of stress in different groups of cancer patients (Paiporn Saetia, B.E. 2544; Phongpak Pittayapan, B.E. 2542). The illness caused by CHCA prevents patients from carrying out activities of daily living just like they used to, and this can also affect their role functioning. In this study, most of the patients were adult males who were in the stage of life in which they were building their family. When they were sick, the family's socioeconomic status would be affected. Even though they received social security from the government, they were still unable to return to their work and earn their income. In this study, close to two-thirds of the subjects (62.9%) had to stop working so they had insufficient income, which adversely affected them in various aspects.

The patients appraised the illness as a severe situation, as they acknowledged that their cancer was at either stages 3 or 4, which could seriously affected their physical status and cause great discomfort. Similarly, Gustafsson, Persson, & Amilon (2000) found that patients with hand accidents appraised the situation as severe and affected their ability to use their hands to function. In the present study, patients with cholangiocarcinoma appraised PTBD as a new thing that affected their daily living, as one patient had stated, *"They said that I may have to live with the biliary drainage for the rest of my life. I am not so happy with this because I have to carry it with me everywhere."* The situation was also appraised as a new symptom that the patients had

never experienced before, as can be seen in the following sentiment, *“It is constantly numb. And after a couple of days, it became painful. My spinal cord was hurt. I couldn’t control my bottom part, which was a shock to me as I had never experienced this before.”* Moreover, it was also found that the situation they were facing resulted in unpredictable treatment outcomes, as one of them shared his feeling, *“The physician made an appointment for the laparoscopy for biliary drainage. He said it couldn’t be done. It could be done only on one side. I don’t know. It was stiff. I have to wait. The physician hasn’t done anything. He said the drainage will help with jaundice. I don’t know if I will be cured. We can’t say anything.”* Such a sentiment clearly reflected the patient’s inability to predict the treatment outcome and their own future health events. In short, they felt uncertain about their future. These findings yielded support to the finding of Lok (1996) who reported that patients with chronic kidney disease who required dialysis found that uncertainty in their future was a cause of stress for them.

Coping and effectiveness of coping strategies

The patients in this study used more emotion-focused coping than problem-focused coping. This may be explained that the situation these patients were facing was considered a serious situation. The cancer had already spread to other organs and it was now incurable, so they relied on emotion-focused coping more than problem-focused coping. A similar finding was reported by Paiporn Saetia (B.E. 2544) and Pranee Mingkwan (B.E. 2542) who conducted studies with patients with head cancer and elderly patients with cerebrovascular disease, respectively. In these two studies, the subjects also emphasized emotion-focused coping to make themselves feel better. According to Lazarus and Folkman (1980), individuals are likely to use emotion-focused coping rather than problem-focused coping when they find themselves in a stress situation related to health as well as in a situation that they feel that it is unchangeable or uncontrollable.

In the present study, the coping strategies that more than 80% of the patients utilized consisted of four emotion-focused strategies and one problem-focused strategy. The former consisted of hoping that things would be better, trying not to think about the disease they had but trying to think about something else, accepting the situation as it was, telling themselves not to worry as things would gradually get

better, praying and asking for blessings from the sacred beings, and seeking encouragement and support from their family. As for the latter, patients accepted the best thing that was possible for them even though what they had hoped for in the future might not come true.

The fact that these patients hoped that things would get better for them may be explained that hope is an internal power within individuals that can lessen their stress. It enables individuals to feel relaxed and become able to live what is happening to them at present (Herth, 1989). For this reason, they have encouragement and will to fight with stress and adapt their mental condition to have more options to cope (Jaloweic & Power, 1981). Previous studies conducted with patients with chronic kidney disease on dialysis (Baldree, Murphy, & Power, 1982) and with chronic obstructive pulmonary disease (Kongsin Katikarn, B.E. 2534) suggested that patients chose to cope with stress by hoping that things would get better as their diseases were incurable and the treatment they received was only palliative treatment.

Trying not to think about the disease they were having but trying to think about something else was used by the patients because these patients were Buddhists. When they had learned that they were sick with a serious illness, they had to rely on their religious beliefs by letting go and trying not to think about their illness to avoid mental discomfort. This is because religion can give individuals mental calmness (Bupha Chobchai, B.E. 2536). In addition, accepting the situation was another strategy used by the patients of this study to accept the illness they were having. Because they knew that it was very difficult to completely cure cancer, so they accepted their illness and adhered to the treatment plan recommended by the physicians. Such findings were congruent with the finding of Srisuda Rasmipong (B.E. 2539) who found that patients with chronic kidney disease receiving palliative care with a dialysis accepted their illness as it was to reduce their stress.

Furthermore, the patients in this study told themselves not to worry about their situation as things would eventually get better. This was one of the strategies they used to give hope and to console themselves. Thus, the patients used this strategy to relieve the stress they had from their illness. Besides this, the patients turned to religion by praying for blessings from the sacred beings. One plausible explanation is that religion constitutes a major institution in the Thai society and Thai people have religious

principles as their guidance in life. Also, religion is a source of spiritual support and encouragement, as well as a source of hope, for individuals (Bupha Chobchai, B.E. 2536). Somjit Hanucharunkul (B.E. 2540) points out that Thai people generally turn to religious activities and ask for blessings from the divine beings as their means in trying to cope with stress.

Accepting what was best for them even though their hope might not come true in the future was another strategy used by the patients in this study. This was because the patients acknowledged that cancer was difficult to cure, and the treatment outcomes were obscure and uncertain. The disease and its treatment also led to different changes such as changes in role functioning. Since the patients were unable to control the disease or the treatment outcomes, they had to change their own perception by accepting the disease, its complications, and their limitations so as to lessen their stress. Similarly, Paiporn Saetia (B.E. 2544) found that patients who developed stress from having cancer tried to accept their condition even though it was not what they expected in order to relieve their stress.

Finally, the coping strategy that patients with CHCA in the present study found very effective in reducing stress was seeking encouragement and support from their family. This could be explained that most of the subjects in this study were married and they had their family members who took a good and close care of them. Therefore, family became a major part in their fight with cancer in trying to overcome a very serious and stressful situation they were facing (Darunee Boonkau, Naruemol Duangkanpetch, Payom Kwanchew, Sunan Kasetkala, Matchimaporn Nualkaew, & Angsuma Apichato, B.E. 2537). Likewise, Halstead and Fernster (1994) found that patients who had survived cancer for a long period of time used their available resources as a major coping strategy and found that this strategy was more effective than any other strategies they used. Also, Carmen, Hei, Wai, and Violeta (2004) conducted a study and reported that coping with the use of available resources was the most effective coping strategy and that the most important source of support was family members or individuals who were close to patients.

In summary, it could be seen that CHCA is a great cause of stress as the disease and its symptoms are severe and the patients have to live with uncertainty in the treatment outcomes. In this study, when the patients were stressed, they mostly

used emotion-focused coping and the most effective strategy for these patients was seeking encouragement and support from their own family.

Recommendations

Based on the findings of this study, the following recommendations can be made for nursing practice, nursing education, and future research.

Implication to Nursing Practice

1. Nurses should continuously assess symptoms patients with CHCA are experiencing as the discomfort caused by these symptoms is appraised by patients as a cause of stress. Constant assessment of the symptoms of the patients will enable nurses to more appropriately offer advice and more effectively assist the patients to relieve their symptoms.
2. Nurses should assess patients' knowledge about the disease and its relapses to ensure that these patients are equipped with the correct knowledge and understanding necessary to take care of themselves.
3. Nurses should assess coping strategies of patients with CHCA so as to improve the nursing care provided to these patients and to help these patients more appropriately adjust themselves to cope with stress.
4. The findings of the present study showed that the patients with bile duct cancer told themselves not to worry about the disease and hoped that things would get better for them. Thus, nurses who provide care to these patients should follow up on their conditions while at the same time give them encouragement and maintain their hope. However, nurses should be careful not to give them false hope and should avoid talking about their disease as most of the patients try not to think about cancer they are having.
5. The findings also revealed that 80% of the patients prayed and asked for blessing from the divine power. As a result, nurses should organize religious activities for patients such as playing a Dhamma CD in the ward to offer further support to the patients who turn to religion to cope with stress.

6. As the subjects of the present study assessed that seeking encouragement and support from the family was the most effective coping strategy, nurses should promote family participation in care to help reduce the patients' stress.

Implication to Nursing Education

1. Nursing students should undergo training on different relaxation techniques or activities such as giving verbal encouragement, and breathing exercises so as to provide care for each of the patients with CHCA to help them relieve stress. The result of this study should be provide as an exemplar to discuss in undergraduate and graduate study in term of stress and coping strategies in patients with cancer.

2. Training should also be organized for professional nurses to equip them with different techniques to reduce stress so as to ensure correct understanding and skills to appropriately and effectively assist each patient with CHCA to lessen their stress.

Implication to further research

1. Future research should be conducted to investigate stress and coping strategies of family members and caregivers of patients with CHCA to see if their coping strategies are similar to or different from those of the patients. The findings of such research can be used to give comprehensive care to both patients and their family members to help them cope with stress.

2. Research should also be carried out to study stress and coping strategies of patients with CHCA at each phase of the treatment—before, during, and after, and it should be done with patients who are diagnosed with CHCA at different stages so as to shed more light on different situations these patients have to encounter to improve the quality of care provided to them.

3. Further studies should be conducted with patients with CHCA who do not develop stress during their treatment to determine the cause of such lack of stress. The findings can then be used to organize activities to promote effective coping strategies for patients with CHCA.

บรรณานุกรม

- กองสิน คติการ. (2534). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติกร นิลมานัต. (2538). *ความรู้สึกล้มเหลวและความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็งที่มีอาการขณะพักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร ผิวงาม. (2544). *ความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิมศรี สรสิทธิ์. (2548). *ความเข้มแข็งของตนและผลลัพธ์การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชวลี เข้มวงษ์. (2538). *ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญวิทย์ ดันติพัฒน์. (2541). Liver and Portal System. ใน ชาญวิทย์ ดันติพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุก (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 573-598). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และ สลักจิต ศรีมงคล. (2548). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(3), 190-196.
- ทองอวบ อุตริวิเชียร. (2532). Cholangiocarcinoma. ใน ณรงค์ ไทยางค์กุล, อรุณ เผ่าสวัสดิ์, ชุมศักดิ์ พุกผาพงศ์ และ ทองดี ชัยพานิช (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 7 (หน้า 540-592). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพฯเวชสาร.
- ณรงค์ ขันดีแก้ว. (2548). โรคมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(3), 143-149.

- ครุณี บุญเกื้อ, นฤมล ดวงจันทร์เพชร, พยอมน ขวัญเชื้อ, สุนันท์ เกษตรกาลาม์, มัชฌิมาพร นวลแก้ว และ อังศุมา อภิชาติ. (2537). การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14(3), 31-43.
- ธนิต วัชรพุทก์. (2541). Biliary tract. ใน *ชาณวิทย์ ดันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุทก์ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 613-626). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- บุบผา ขอบใจ. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างเข้ารับรังสีรักษา. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ไพพร แซ่เตีย. (2544). สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ภายหลังการได้รับการฉายรังสี. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนเต้านม. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- มนชยา ปิ่นทอง. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่รอผลการตรวจชิ้นเนื้อ ภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2540). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่าง การปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 3(1), 5-21.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุฒวัฒนะ และ สมฤดี สิทธิมงคล. (2542). ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 3(3), 251-268.
- ลัดดา แซ่เลี้ยว. (2547). *ความเครียดของพยาบาล โรงพยาบาลพะเยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละเอียด ภักดีจิตต์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรารักษ์ นาครัตน์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรารักษ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนการได้รับการวินิจฉัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิยะดา วีระยุทธศิลป์ และ บุญชู ศิริจินดากุล. (2548). Intrahepatic cholangiocarcinoma. ใน *รัฐพลี ภาคอรอด (บรรณาธิการ), Surgical Reviews Chulalongkorn University* (หน้า 237-253). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, โอวต้อ แซ่เขียว, ณรงค์ ชันติแก้ว, ศิริ เชื้ออินทร์, จิตเจริญ ไชยคำ, นิตยา นมาดล และคณะ. (2545). *มะเร็งท่อน้ำดี: คุณลักษณะทางคลินิกและผลการผ่าตัด*. โครงการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). *การเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนที่เต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงษ์. (2549). *ความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุตา รัศมีพงษ์. (2539). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2546). *สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยปี 2538-2540*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกิจ พันธุ์พินามาศ. (2547). Acute toxic cholangitis: Role of endoscopy and radiological Intervention. ใน ทวี รัตนชอุก, กวิญ ลิ้มวัฒน์, วีรวิทย์ อิ่มสำราญ, ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ และ วิบูล สัจกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* (หน้า 179-188). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, พันทวี เชื้อขาว, สุกันหา ยิ้มแย้ม และ เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2548). *เหตุการณ์ในชีวิต ความเข้มแข็งอดทน ความเครียด และพฤติกรรมการจัดการความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งสืบพันธุ์*. รายงานการวิจัย ทูลสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2546.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ เปื้องเดช. (2533). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไสว นรสาร. (2540). *ความรู้สึกไม่แน่นอน การประเมินคัดสรร และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณ เผ่าสวัสดิ์. (2539). การติดเชื้อของทางเดินน้ำดี. ใน. อรุณ เผ่าสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), ศัลยกรรมทางเดินน้ำดี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

Abraham, N.S., Barkun, J.S., & Barkun, A.N. (2002). Palliation of malignant biliary obstruction: a prospective trial examining impact on quality of life. *Gastrointestinal Endoscopy*, 56(6), 835-841.

Ahmad, M.A., Carol, M.M., Jaclene, A.Z., & Martin, I.R. (2005). Prostate cancer, appraisal, coping, and health status. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(10), 34-43.

Alan, F.H. (1998). Bile secretion and the enterohepatic circulation of bile acid. In F. Mark, F.S. Bruce, & H.S. Marvin (Eds.), *Gastrointestinal and Liver Disease* (pp. 937-947). (6 ed). Philadelphia: W.B. Saunders.

Ali, N.S., & Khalil, H.Z. (1991). Identification of stressor, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 14(5), 232-239.

Anthony, P.P. (2002). Tumor and the tumor-like lesion of the liver and biliary tract: aetiology, epidemiology and pathology. In N.M. Roderick, D. B. Alastair, C. P. Bernard, G.I. Kamal, J. S. Peter, & P.A. Peter (Eds.), *Pathology of the Liver* (pp. 635-712). (4 ed). Livingstone: Harcourt.

Bacon, B.R., O'Grady, J.G., Di Bisceglie, A.M., & Lake, J.R. (2006). *Comprehensive Clinical Hepatology*. (2 ed). St. Louis: Mosby.

Baldree, K.S., Murphy, S.P., & Power, M.J. (1982). Stress identification and coping strategies in patients on hemodialysis. *Nursing Research*, 31(2), 107-112.

Bowman, K.F., Delmling, G.T., Smerglia, V., Sage, P., & Kahana, B. (2003). Appraisal of the cancer experience by older long- term survivors. *Psycho- Oncology*, 12, 226-238.

Burk, M., & Flaherty, M. J. (1993). Coping strategies and health status of elderly arthritic women. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1), 7-13.

Carmen, W.H.C., Hei, C.H., Wai, T.C., & Violeta, L. (2004). Social support and coping in Chinese patients undergoing cancer surgery. *Cancer Nursing*, 27(3), 230-236.

- Coleman, J. (2000). Gallbladder and bile duct cancer. In C.H. Yabro. (Ed.), *Cancer nursing: principle and practice* (pp. 1192-1209). (5 ed). Sunbury Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Deborah, A.P., Karen, O.C., & Kristen, O.H. (2001). Cholangiocarcinoma: A Nursing Perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 5(4), 141-146.
- De Groen, P.C., Gores, G.J., LaRusso, N.F., Gunderson, L.L., & Nagorney, D.M. (1999). Biliary tract cancer. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1368-1379.
- Downe-Wamboldt, B. (1991). Coping and life satisfaction in elderly women with osteoarthritis. *Journal of Advanced Nursing*. 16(11), 1328-1335.
- Downe- Wamboldt, B., & Melanson, P.M. (1995). Emotional, coping and psychological well-being in elderly people with arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, 17(3), 250-265.
- Farley, D. R., Weaver, A. L., & Nagorney, D. M. (1995). Natural history of unrected cholangiocarcinoma: patient outcome after noncurative intervention. *Mayo Clinical Proceeding*, 70(5), 425-429.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 12(9), 219-239.
- Gass, K.A., & Chang, A.S. (1989). Appraisals of bereavement, coping, resources, and psychosocial health dysfunction in widows and widowers. *Nursing Research*, 38(1), 31-36.
- Gustafsson, M., Persson, L-O., & Amilon, A. (2000). A qualitative study of stress factors in the early stage of acute traumatic hand injury. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1333-1340.
- Halstead, M.T., & Fernsler, J.I. (1994). Coping strategies of long term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2), 94-100.
- He, G., & Liu, S. (2005). Quality of life and coping styles in chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. *Cancer Nursing*, 28(3), 179-186.
- Herth, K.A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.

- Hoevels, J. (1990). Percutaneous transhepatic cholangiography and percutaneous biliary draining. In F. D. Robert, R. Plinio, C. K. Jean, & W. Sidney (Eds.), *Intervention Radiology* (pp.187-199). New York: Thieme Medical.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F. Waltz, L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome: volume 1 nursing measuring client outcome*. New York: Springer.
- Jalowiec, A. & Power, M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30(1), 10-15.
- Jalowiec, A. (1995). Psychometric results on the 1987 Jalowiec coping scale. Unpublished Loyola University of Chicago.
- Janice, M.M. (1991). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. California: Sage.
- Kathleen, A.G., & Audrey, S.C. (1989). Appraisal of bereavement coping, resource and psychosocial health dysfunction in widows and widowers. *Nursing Research*, 38(1), 31-36.
- 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.
- Khan, Z.R., Neugut, A.I., & Ahsan, H. (1999). Risk factor for biliary tract cancer. *American Journal Gastroenterol*, 94, 149-152.
- Khan, S.A., Taylor-Robinson, S.D., Toledano, M.B., Beck, A., Elliott, P., & Thomas, H.C. (2002). Changing international trends in mortality rates for liver, biliary and pancreatic tumours. *Journal of Hepatology*, 37(6), 806-813.
- Khan, S.A., Thomas, H.C., Davison, B.R., & Talor-Robinson, S.D. (2005). Cholangiocarcinoma. *The Lancet*, 366(8), 1303-1334.
- Khan, S.A., Davidson, B.R., Goldin, R., Pereira, S.P., Rosenberg, W.M.C., Talor-Robinson, S.D., et al. (2002). Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *Gut*, 51(Supp. VI), 511-519.
- Kuo, T.T., & Ma, F.C. (2002). Symptom distress 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 Publishing.

- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanism, and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 873-881.
- Mahat, G. (1997). Perceive stressors and coping strategies among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1144-1150.
- Mathew, J.O., & Rodrigo, E. (2004). A review and update on cholangiocarcinoma. *Oncology*, 66, 167-179.
- Oran, N.T., Oran, I., & Memis, A. (2002). Management of patient obstructive jaundice. *Cancer Nursing*, 23(2), 128-133.
- Pankaj, S., & Tushar, P. (2006). Advances in the diagnosis, evaluation and management of cholangiocarcinoma. *Gastroenterology*, 22, 294-299.
- Paradiso, C. (1995). *Pathophysiology*. Philadelphia: Lippincott.
- Patel, A.H., Harnoi, D.M., Klee, G.G., LaRusso, N.F., & Gores, G.J. (2000). The Utility of CA 19-9 in the diagnosis of cholangiocarcinoma in patient without primary sclerosing cholangitis. *American Journal of Gastroenterology*, 95(1), 204-207.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Ramage, J.K., Donaghy, A., Farrant, S.M., Iorns, R., & Williams, R. (1995). Serum tumor markers for the diagnosis of cholangiocarcinoma in primary sclerosing cholangitis. *Gastroenterology*, 108(18), 865- 869.
- Shaib, Y., & El-Serag, H.B. (2004). The Epidemiology of Cholangiocarcinoma. *Seminars in Liver Disease*, 24(2), 115-125.
- Singhal, D., Gulik van, T.M., & Gouma, D. J. (2005). Palliative management of hilar cholangiocarcinoma. *Surgical Oncology*, 14, 59-74.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). Stress, caregiving demands and coping of spousal caregivers of parkinson's patients. Doctoral Dissertation in Nursing Science, School of Nursing, Alabama University.
- Steven, D.L. (2002). Jaundice. In G.O' Grady. John, R.L. John, & D.H. Peter (Eds.), *Comprehensive Clinical Hepatology* (pp. 83-100). Philadelphia: Mosby.

- Suzanne, S. (2006). The management and nursing care of cirrhotic ascites. *British Journal of Surgery*, 15(4), 212-219.
- Tritter, J.Q., & Calanan, M. (2002). Cancer as a chronic illness? Reconsider categorization and exploring experience. *European Journal Cancer*, 11(3), 161-165.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Ruso, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (1), 1-18.
- Watanapa, P. (1996). Cholangiocarcinoma in patient with opisthorchiasis. *British Journal of Surgery*, 83, 1062-1064.
- Wengstrom, Y., Haggmark, C., & Forsberg, C. (2001). Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(4), 264-271.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty, appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *CancerNursing*, 29(3), 250-257.
- Yamane, T. (1973). *Statistics an introductory analysis*. (3 ed.). Tokyo: Harpex.
- Yeh, M., Gif, A.G., & Soeken, K.L., (1994). Coping in spouse of patients with acute myocardial infraction in Taiwan. *Heart& Lung*, 23(2), 106-111
- Yeh, T.S., Jan, Y.Y., Tseng, J.H., Chiu, C.T., Chen, T.C., Hwang, T.L., & Chen, M.F. (2000). Malignant perihilar biliary obstruction: Magnetic Resonance Cholangiopancreatographic findings. *American Journal of Gastroenterology*, 95(2), 432-440.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด
 - 2.3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

แบบประเมินการรับรู้

(The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. วันนี้วันที่เท่าไร?

ข้อ 2. วันนี้เป็นวันอะไรในสัปดาห์?

ข้อ 3. ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน?

ข้อ 4. บ้านอยู่ที่ไหน?

ข้อ 5. คุณอายุเท่าไร?

ข้อ 6. คุณเกิดวันที่เท่าไร?

ข้อ 7. ใครเป็นนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบัน?

ข้อ 8. ใครเป็นนายกรัฐมนตรีคนที่แล้ว?

ข้อ 9. คุณแม่ของคุณชื่ออะไร?

ข้อ 10. เอา 3 ลบออกจาก 20 เหลือเท่าไร (เอา 3 ลบออกไปเรื่อยๆ)?

รวม.....คะแนน

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากเวชระเบียน

8. การวินิจฉัยโรค.....

9. การรักษาที่ได้รับ.....

.....
.....
.....

12. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับสมรรถภาพของตับ

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด

เลขที่แบบสอบถาม.....วัน/เดือน/ปี.....

1. ความเจ็บป่วย/ โรคที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดอาการไม่สบายอะไรบ้าง อาการต่างๆที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

.....

2. จากความเข้าใจของคุณ อาการไม่สบายทั้งหมดที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

7. คุณคิดว่าการรักษาจะช่วยคุณได้อย่างไร

.....

8. คุณรู้สึกอย่างไรต่อการรักษาที่ได้รับ

.....

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

เลขที่แบบสอบถาม.....วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการถามเกี่ยวกับวิธีการการเผชิญความเครียด เมื่อมีความรู้สึกเครียดจากสถานการณ์ที่ท่านประสบไว้ และประสิทธิภาพในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้นของท่าน โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงข้อเดียว

การตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามมี 2 ส่วน

ส่วนแรก เมื่อท่านมีความเครียดท่านทำอย่างไร กรุณาเลือกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ไม่เคยเลย	หมายถึง	คุณไม่เคยใช้วิธีการนี้เลย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนี้นานๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนี้เป็นบางครั้ง
บ่อยๆ	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนี้บ่อยครั้ง
ตลอดเวลา	หมายถึง	คุณใช้วิธีการนี้ตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด

ส่วนที่สอง วิธีการที่คุณใช้ในส่วนแรกช่วยลดความเครียดของคุณได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด กรุณาเลือกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวคุณมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ไม่ช่วยเลย	หมายถึง	วิธีนี้ไม่ได้ช่วยลดความเครียดของคุณเลย
ช่วยได้บ้าง	หมายถึง	วิธีนี้ช่วยลดความเครียดของคุณได้เล็กน้อย
บางครั้งช่วยได้บางครั้งช่วยไม่ได้	หมายถึง	วิธีนี้ช่วยลดความเครียดของคุณได้

ปานกลาง

ช่วยได้มาก	หมายถึง	วิธีนี้ช่วยลดความเครียดของคุณได้มาก
------------	---------	-------------------------------------

หมายเหตุ ถ้า ส่วนแรก ข้อใดคุณเลือก 'ไม่เคยใช้' คือไม่เคยใช้วิธีนี้เลย 'ไม่ต้องประเมิน' ส่วนที่สอง ซึ่งเป็นการประเมินประสิทธิภาพในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในข้อนั้น

วิธีแก้ปัญหา	ส่วนแรก การใช้วิธีการแก้ปัญหา					ส่วนที่สอง ประสิทธิภาพการแก้ปัญหา			
	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ไม่ช่วย เลย	ช่วยได้ บ้าง	บางครั้ง ช่วยไม่ได้	ช่วยได้ มาก
1. วัดกั๊งวล									
2. ร้องไห้									
3. ลดความตึงเครียดด้วยการทำอะไร หรือออกกำลังกาย									
.									
.									
.									
.									
.									
9. ให้ผู้อื่นช่วยเหลือแก้ปัญหา หรือรับมือกับความเจ็บป่วยแทน ท่าน									

วิธีการเผชิญปัญหา	ส่วนแรก การใช้วิธีการเผชิญปัญหา					ส่วนที่สอง ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหา			
	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ไม่ช่วย เลย	ช่วยได้ บ้าง	บางครั้ง ช่วยได้ บางครั้ง ช่วยไม่ได้	ช่วยได้ มาก
10. คิดค้น หวังว่าจะมีปฏิกิริยาที่ช่วยเหลือให้พ้นหายจากโรค									
11. หาวิธีจัดการกับโรค แม้จะไม่แน่ใจว่าจะได้ผลในการรักษาหรือไม่									
.									
.									
.									
.									
26. ไปตามสถานการณืเพราะดูเหมือนว่าจะหมดหวัง									

วิธีการเผชิญปัญหา	ส่วนแรก การใช้วิธีการเผชิญปัญหา					ส่วนที่สอง ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหา			
	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา	ไม่ช่วย เลย	ช่วยได้ บ้าง	บางครั้ง ช่วยได้	ช่วยได้ มาก
27. ไม่ทำอะไรเลย หวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้นหรือปัญหาจะ คลี่คลายไปเอง									
28. หากกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว									
.									
.									
.									
.									
38. ขอมรับสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ไปข้างหน้า แม้ จะไม่ได้ตามที่ต้องการจริงๆ									

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนภาพร สอนแก้ว

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ถ้าท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าร่วมโครงการนี้ ท่านสามารถติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย คือ ผศ. ดร. นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. 02-2011532 (ในเวลาราชการ) หรือติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงที่ คุณนภาพร สอนแก้ว หอพักพยาบาล 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ โทร. 081-9812638 (ในเวลาราชการ)

ความเป็นมาของโครงการ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเดินทาง โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต รวมถึงการรักษาและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด อีกทั้งความเครียดที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดเพื่อการปรับตัวที่ดี ดังนั้นการทราบถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด จะทำให้เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยและป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ หรือลดความรุนแรงของความเครียดสำหรับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดวิธีการเผชิญความเครียดประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเนื้องอกของท่อน้ำดี

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้จะขอสัมภาษณ์ท่านพร้อมทำการบันทึกเทป โดยให้ท่านตอบคำถาม 4 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และตอบแบบวัด 2 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที คือ แบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 38 ข้อ ซึ่งแบบวัดทั้ง 2 ชุด จะเป็นแบบการใช้เครื่องหมาย/ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากท่าน จะถูกสรุปเป็นภาพรวม โดยจะมีประโยชน์ทำให้ทราบถึงความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเนื้องอกของท่อน้ำดี อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเนื้องอกของท่อน้ำดี การเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นและไม่มีความตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การศึกษาครั้งนี้จะไม่เกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายใดๆ หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้นต่อการรักษาของท่าน โครงการวิจัยนี้จะทำการวิจัยใน 4 สถาบันและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติแล้ว

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะตัวท่านไว้เป็นความลับและเปิดเผยต่อสาธารณชนในภาพรวม โดยการสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ ทั้งนี้จะไม่มีการระบุชื่อของท่านแต่อย่างใด

ภาคผนวก ค
แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....พยาน

.....พยาน

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๒๖๔

ชื่อโครงการ

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๖-๕๐-๒๒ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวนภาพร ส่วนแก้ว

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา เสดชิงกิ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๐



เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เลขที่ 019/2550

ชื่อโครงการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนภาพร สวนแก้ว
หน่วยงานที่สังกัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ EC 015/50
สถานที่ทำวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง - โครงร่างวิทยานิพนธ์
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
- หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
- แบบสอบถาม
วันที่รับรอง 24 กันยายน 2550

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม

(นายธีรวุฒิ กูหะเปรมะ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Q017q/50_Exp



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ ๙๕๖ /2550

วันที่ ๒๘ มิถุนายน 2550

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวนภาพร สวนแก้ว นศ.ป.โท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี" [STRESS AND COPING IN PATIENTS WITH CHOLANGIOCARCINOMA.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2550 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

D:\Consider(RLC)appQ017q/50.doc

รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยโครงการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF14, รายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัยใช้แบบฟอร์ม RF06, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้แบบฟอร์ม RF19, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงใช้แบบฟอร์ม RF20, รายงานสรุปผลการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF16

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 130 / 2550

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ”

(ภาษาอังกฤษ) “ Stress and Coping Strategiess in Patient with Cholangiocarcinoma ”

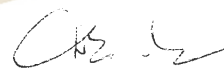
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนภาพร สวนแก้ว

ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2550 และรับรองโครงการวิจัยระยะเวลา 2 ปี จนถึง
วันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552

ลงนาม



(นายสิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม



(นายสมปอง อินไพศาลกิจ)

นายแพทย์ 9 วช. ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญรัตน์ เปี่ยมมงคล
งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชมพร สีตะธนี
ภาควิชารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณแม่นมนา จิระจรัส
พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (โรคมะเร็ง)
หน่วยโรคมะเร็ง งานการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนภาพร สวนแก้ว
วัน เดือน ปีเกิด	27 มิถุนายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2534-2538: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548-2552: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หน่วยประสานงานระหว่าง โรงพยาบาลและบ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริม สุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี โทรศัพท์ 0-2201-2126
ที่อยู่	116/20 หมู่ 5 ตำบลคอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 Email: papa_rama@hotmail.com
ทุนวิจัย	วิทยานิพนธ์ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล