



วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ที่ได้รับรังสีรักษา

Coping Strategies and Vulnerability in Cervical Cancer
Patient Receiving Radiation Therapy

นิโลบล กฤษณพันธุ์

ชื่อนันทนาการ

จาก

สำนักงานอธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคำหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

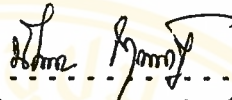
สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

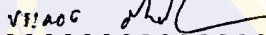
พ.ศ. 2532

ISBN 974-586-714-4

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ที่ได้รับรังสีรักษา



นิโบล กฤษณพันธ์
ผู้วิจัย



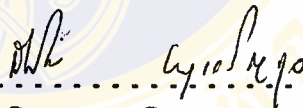
ประคอง อินทรสมบัติ, คบ., คม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มนตรี จุฬสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
ประธาน โครงการบัณฑิตศึกษา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

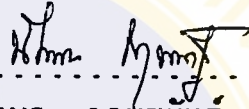
วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ที่ได้รับรังสีรักษา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ความหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2532



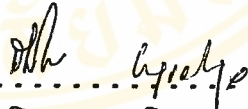
นิโบล กฤษณพันธ์
ผู้วิจัย



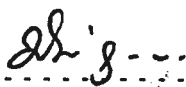
ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,
F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต,
อ.ว.
คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนิโลบล กฤษณพันธ์

วันเดือนปีเกิด 30 มิถุนายน 2508

สถานที่เกิด จังหวัดอุทัยธานี

ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง
สถานที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปี.ศ.ที่สำเร็จ 2529

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2529-2530 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
จังหวัดเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผศ. ประคอง อินทรสมบัติ และ ผศ. มาลี เลิศมาลีวงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ทุกชั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ. คร. สมจิต หนูเจริญกุล ที่กรุณาให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทําวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจแก้ไข ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีบำบัด ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความร่วมมือและคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ช่วยทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการทําวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณที่ ๆ นักศึกษาพยาบาลปริญาโท คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รุ่นที่ 11 และ 12 ที่เป็นกำลังใจให้สามารถทําวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จ

นิโลบล กฤษณพันธ์

ชื่อวิทยานิพนธ์ วิธี เจริญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ในผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
ผู้วิจัย นิโบล กฤษณพันธ์
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.
 มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
วันที่สำเร็จการศึกษา 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2532

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธี เจริญ-
ปัญหาภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบาย โดยใช้กรอบทฤษฎีการ เจริญปัญหาใน
ผู้ป่วยมะเร็งของ ไวส์แมน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับรังสี
รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
จำนวน 50 ราย ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ข้อมูล
เกี่ยวกับวิธี เจริญปัญหา ได้มาจากการสัมภาษณ์ ส่วนภาวะไม่สุขสบาย และภาวะ
อารมณ์ทุกข์ โศก วัด โดยใช้แบบสอบถามภาวะ ไม่สุขสบายและแบบวัดภาวะอารมณ์
ทุกข์ โศกของ โอเมก้า สร้าง โดย ไวส์แมนและวอร์เคน

ผลการวิจัยพบว่า วิธี เจริญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้ 5 อันดับแรก
ได้แก่ การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น การใคร่ครวญพิจารณาทาง เลือกที่-
เหมาะสม การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเติมเต็มอย่างมีเหตุผล การหันหน้า เจริญกับปัญหา
อย่าง เข้าใจในสภาพเป็นจริง และการทำตามแพทย์แนะนำ โดยปราศจากข้อ
คำถาม โดยวิธี เจริญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกอย่าง
มีนัยสำคัญ ได้แก่ การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น และการทำตามแพทย์แนะนำ
โดยปราศจากข้อคำถาม ในขณะที่สถานภาพสมรส และภาวะ ไม่สุขสบายมีความ
สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีสถาน-
ภาพสมรสคู่มีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือ
แยกกันอยู่ ภาวะ ไม่สุขสบาย เป็นปัจจัยเพียงตัว เดียวที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์-
โศก ได้ เมื่อใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน แต่เมื่อใช้การวิเคราะห์
สหสัมพันธ์พหุคูณแบบเชิงขั้นพบว่าสถานภาพสมรส ภาวะ ไม่สุขสบาย การหันเห
ความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น และการทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม
เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ได้

ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนกรอบทฤษฎีของ ไวส์แมนบางส่วน และการวิจัย
ครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นคงต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป เพื่อหาข้อสรุปใน
เรื่องเหล่านี้

Thesis Title **Coping Strategies and Vulnerability in
Cervical Cancer Patient Receiving
Radiation Therapy**

Name **Nilobol Kissanapantu**

Degree **Master of Science (Nursing)**

Thesis Supervisory Committee

Prakong Intharasombat, B.Ed., M.Ed.
 Malee Lerdmaleewong, B.Sc., M.N.

Date of Graduation **17 November B.E. 2532 (1989)**

Abstract

The purpose of this study was twofold ; (1) to determine the relationships among vulnerability, coping strategies and other related variables, and (2) to determine predicting factors of vulnerability. Weisman's theory of coping with cancer was used as a theoretical framework. The convenience sample consisted of fifty cervical cancer patients receiving radiotherapy at the out-patient department of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Patients' coping strategies were evaluated by interviews. Patients' distress symptoms and vulnerability were measured by Symptom Distress Questionnaire and Omega Vulnerability Rating Scale, developed by Weisman and Worden.

Results of the study revealed that the first five most frequently identified coping strategies used were : mutuality, negotiate feasible alternatives, confrontation, rational inquiry, and cooperative compliance. Cooperative compliance and displacement were negatively correlated with vulnerability, whereas vulnerability was positively correlated with symptom distress. Marital status was related to both vulnerability and symptom distress in that those patients who were married had higher

vulnerability and symptom distress than those who were nonmarried. Symptom distress was only a significant predictor of vulnerability when it was used together with marital status, cooperative compliance, and displacement in the Stepwise Multiple Regression Analysis. However, in Hierarchical Multiple Regression Analysis all four variables ; marital status, cooperative compliance, displacement and symptom distress were significant predictors.

In conclusion, Weisman's theoretical framework was only partially supported by this study. Various limitations of this study were presented. It is therefore suggested that further research is needed before conclusion could be made.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข-ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	11
คำถามในการวิจัย	11
ขอบเขตของการศึกษา	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	12
นิยามศัพท์	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา	14
อาการแสดงทางกายจากการเป็นมะเร็ง	22
ปากมดลูกและได้รับรังสีรักษา	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	43
การอภิปรายผล	57
ข้อจำกัดของการวิจัย	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะ	
การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	63
การทำวิจัยต่อไป	64
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	80

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	31
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจากแนว ความอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลา ดำเนินของโรค	44
3	จำนวน ร้อยละ และอันดับที่ของวิธีเผชิญ ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้	46
4	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ	48
5	การทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกจากปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พหุคูณแบบขั้นค้อน	50
6	การทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกจากปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พหุคูณแบบเชิงสั้น	50
7	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแนวทางการใช้ กิจกรรมทางศาสนาในการเผชิญปัญหา	96

สารบัญรูป

รูปที่

หน้า

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | กรอบทฤษฎีการ เหมิณีปัญหากับการ เป็นมะ เร็ง
คามแนวคิดของ ไวส์แมน | 6 |
|---|--|---|



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็ง เป็นกลุ่มของโรคที่พบว่าก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุข ในสหรัฐอเมริกาโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุของการตายอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (Luckmann & Sorensen 1987 : 310 ; Patrick, et al. 1986 : 225) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติปี พ.ศ.2528 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการตายอันดับสามรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุความล่าช้า โดยอุบัติการณ์การเกิดของโรคมะเร็งในประชาชนชาวไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือจากปีพ.ศ. 2514 อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในผู้หญิงเท่ากับ 13.1 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในผู้ชายเท่ากับ 12.1 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2525 อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในผู้หญิงเพิ่มขึ้นเป็น 35.6 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็น 31.3คนต่อประชากรแสนคนต่อปี (National Cancer Institute 1987 : 46,50)

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่พบบ่อยมากในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งที่พบในเพศหญิง (National Cancer Institute 1987 : 23) จากสถิติของโรงพยาบาลรามธิบดีในปี พ.ศ.2529 และ 2530 พบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับแรกเช่นเดียวกัน โดยพบร้อยละ 23.31 และ 25.31 ตามลำดับจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิง (Ramathibodi Cancer Registry 1986 : 14 ; 1987 : 14)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันมี 4 ชนิด คือการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการรักษาทางค่านิยมโนวิทยา ซึ่งจะให้วิถีใดในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับชนิดและระยะการดำเนินของโรค (Griffiths & Murray 1984 : 90) รังสีรักษาได้ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งตั้งแต่นั้น ค.ศ.1895 (Ahuja, et al., in Mossa, Robson & Schimpff, ed. 1986 : 257) โดยโรคมะเร็งชนิดแรกที่ใช้รังสีในการรักษา คือมะเร็งที่ผิวหนัง (Burn 1982 : 122) ในปัจจุบันรังสีรักษายังเป็นการรักษาที่นิยมใช้กันมาก เนื่องจากสามารถใช้รักษาโรคมะเร็ง ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรค

(พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2520 : 45 ; ไพรซ์ เทพมงคล 2528 : 374) สามารถรักษามะเร็งระยะแรกให้หายขาดได้ และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายเหมือนคนทั่ว ๆ ไปหลังการรักษาแล้ว 10-20 ปี เป็นจำนวนมาก (ไพรซ์ เทพมงคล 2528 : 11) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 20-80 มักจะต้องใช้รังสีในการรักษา (ไพรซ์ เทพมงคล 2526 : 47) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมะเร็งปากมดลูกนั้นรังสีรักษามีบทบาทอย่างมาก โดยมะเร็งปากมดลูกระยะแรก(ขั้นที่ 1 ถึง 2A)จะให้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด สำหรับระยะรุนแรงกว่านี้รังสีรักษาจะเป็นการรักษาที่ใช้โดยเฉพาะ (Ahuja, et al., in Mossa Robson & Schimpff, ed. 1986 : 261 ; Walter 1977 : 123-124)

มะเร็ง เป็นโรคที่ร้ายแรงในความรู้สึกและความนึกคิดของประชาชน เพราะหมายถึง ความตาย ความสิ้นหวัง ความสกปรก ความน่าเกลียด ความเจ็บปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง โรคติดต่อ สิ่งที่เป็นมลทิน การถูกปฏิเสธ การไม่สามารถได้มาซึ่งความต้องการและความรัก การถูกลงโทษ ค่ารักษาที่แพงและการมีอนาคตที่ไม่แน่นอน (Burns 1982 : 3 ; Donovan & Pierce 1976 : 2 ; Weisman 1979 : 1) ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจึงมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์หลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความเศร้าโศก ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Burns 1982 : 279-285 ; Francis 1969 : 1677-1681 ; Long & Phipps 1985 : 229 ; Martin, in Martin, ed. 1982 : 2-4) นอกจากนี้ภาวะของโรคแล้วพบว่ารังสีรักษายังมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Peck & Boland 1977 : 180-184) แต่เป็นเรื่องน่าแปลกใจที่มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากคล้อยล้ากับว่าสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย การรักษา และปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างดี (Weisman 1979 : 2) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองแตกต่างกันนี้ เนื่องมาจากวิถีทางที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการรักษาแตกต่างกัน (Panzarine 1985 : 49 ; Miller, in Miller, ed. 1983 : 15)

การเผชิญปัญหาเป็นวิธีที่บุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มากกระตุ้นเพื่อปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Rambo 1984 : 3) ซึ่งบุคคลจะมีวิถีทางเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างในการตอบสนองต่อสิ่งที่มากกระตุ้นนั้น (Long & Phipps 1985 : 109) การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหานั้นถือเป็นมาตรฐานและหลัก เกณฑ์ข้อหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (Oncology Nursing Society ; ONS) ในสหรัฐอเมริกา (Luckmann & Sorensen 1987 : 354) เนื่องจากในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่มีอยู่ได้สำเร็จ จะทำให้เกิดความผิดปกติด้านจิตสังคม

ซึ่งมีผลต่อความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้สำเร็จจะทำให้การพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Cohen in Cohen, Cullen & Martin, ed. 1982 : 126)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดกับการเกิดมะเร็ง หรือการทำให้มะเร็งมีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นนั้น มีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้รวบรวมผลงานต่าง ๆ เขียนไว้ในบทความมากมาย (Bahnon 1981 : 207-218 ; Burgess 1987 : 403-413 ; Carroll 1981 : 467-472 ; Cooper, in Cooper, ed. 1984 : 22-24 ; Ersek 1986 : 49-55 ; Matje 1984 : 399-403 ; Rosch, in Cooper, ed. 1984 : 3-17 ; Surawiez, et al. 1976 : 1307) นอกจากนี้มีผลงานวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันบ่งบอกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาทางด้านจิตใจมากจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น (Bos-Branolte, et al. 1988 : 166-177 ; Derogatis, Abeloff & Melisaratos 1979 : 1504-1508 ; Simoton & Sparks 1980 : 226-236) และปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ลดลง (Graydon 1988 : 117-124)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้น ไม่สามารถแยกการดูแลทางกายและการดูแลทางจิตสิ่งคมออกจากกัน ได้จะต้องดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดังนั้นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้เข้าใจในพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม (Mckorkle & Hongladarom 1986 : 201 ; Miller, in Miller, ed. 1983 : 15,31)

การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหานั้นมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความสนใจ อาทิ เช่น โกเซนและบิช (Goosen & Bush 1979 : 51-66) มิลเลอร์ (Miller, in Miller, ed. 1983 : 15-36) มูส์และบิลลิ่งส์ (Moos & Billings, in Goldberger & Breznitz, ed. 1982 : 212-230) ลาชาร์ส (Burckhardt 1987 : 543-549 ; Folkman & Lazarus 1980 : 219-239 ; Holroyd & Lazarus, in Goldberger & Breznitz, ed. 1982 : 21-35 ; Lazarus, in Cohen, Cullen & Martin, ed. 1982 : 175-178 ; Lazarus & Folkman 1984 : 141-225) ไวส์แมน (Weisman 1976 : 187-196 ; Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15 ; 1979) สก็อต โอเบิร์สและครีบกิน (Scott, Oberst & Dropkin 1986 : 9-22) เป็นต้น โดยเน้นว่าบุคคลจะมีการเผชิญปัญหาเมื่อได้ประเมินแล้วว่าสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดภาวะเครียดกับตนเอง

เนื่องจากสถานการณ์แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกันไป (Benner & Wrubel 1989 : 80-86 ; Magnusson, in Goldberger & Breznitz 1982 : 229-239 ; Jalowiec & Power 1981 : 27 ; Long & Phipps 1985 : 110 ; Rambo 1984 : 9-10) ดังนั้นกรอบทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ ไวส์แมนจึงเหมาะสมในการนำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง เพราะให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อบุคคล อันเนื่องมาจากการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะ (Benner & Wrubel 1989 : 274 ; Moos & Billings, in Goldberger & Breznitz, ed. 1982 : 222) นอกจากนั้น ไวส์แมน ได้บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จของการเผชิญปัญหาค่อนข้างเด่นชัดและเข้าใจได้ง่ายกว่าทฤษฎีของสก็อต โอเบิร์ตส์ และครีบกิน ประกอบกับยังไม่เคยมีผู้โคณาทฤษฎีของ ไวส์แมนมาใช้ในการศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากการเป็นมะเร็งในประเทศไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งทราบการวินิจฉัยโรคของตนเอง และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งที่ไวส์แมนได้ทำการศึกษามาแล้วนั้น จะมีความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับความสำเร็จในการเผชิญปัญหาอย่างไร และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถประเมินได้ จะมีความเกี่ยวข้องกับวิธีเผชิญปัญหา และผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีรูปแบบความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหา และผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาที่ไม่แน่นอน

กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

กรอบทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ เป็นของ จิคแพทซ์ชื่อ ไวส์แมน (Weisman) ซึ่งได้ศึกษาร่วมกับนักจิตวิทยาชื่อ วอร์ดเคน (Worden) และผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในโครงการชื่อ โอเมก้า (Project Omega) เขาได้รวบรวมผลงานต่าง ๆ เขียนเป็นหนังสือชื่อ "การเผชิญปัญหากับการเป็นมะเร็ง" (Coping with Cancer) คีพิมพ์ในปี 1979 โดยมีเนื้อหาพอสรุปได้ดังนี้

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะก่อให้เกิดความกังวล (concern) ต่อสิ่งต่าง ๆ พอจำแนกได้ 7 ด้าน ดังนี้

1. ความกังวลด้านสุขภาพ (health concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ค่ารักษา ปัญหาด้านร่างกายและอื่น ๆ โดยต้องการให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น

2. ความกังวลด้านการประเมินตนเอง (self - appraisal concerns) เป็นความกังวลที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ จุดมุ่งหมายของตนเอง และความแปลกกันต่าง ๆ ในอนาคตที่ไม่แน่นอน

3. ความกังวลด้านการงานและการเงิน (work and financial concerns) เป็นความกังวลที่กลัวว่ารายได้จะไม่พอกับรายจ่าย การถูกพักงานหรือการถูกออกจากงาน

4. ความกังวลด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด (family and significant relationships) เป็นความกังวลถึงบุคคลใกล้ชิดว่าจะอยู่ได้อย่างไร และกังวลถึงบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพาว่าจะให้ความช่วยเหลือ ได้มากแค่ไหน

5. ความกังวลด้านการปฏิบัติทางศาสนา (religion) เป็นความกังวลว่าการไม่ได้ไปโบสถ์จะทำให้ขาดเพื่อน และขาดการได้รับความแนะนำจากผู้อื่น

6. ความกังวลด้านเพื่อนและผู้ร่วมงาน (friends and associates) เป็นความกังวลว่าเพื่อนและผู้ร่วมงานจะลำบากที่ต้องมาเยี่ยมเยียนตนเอง

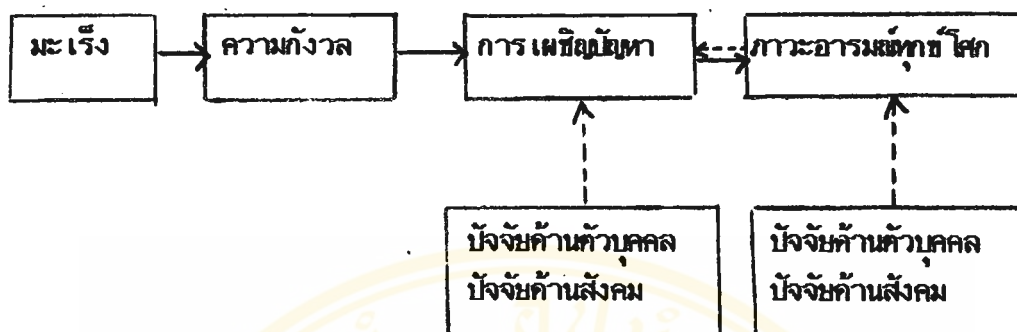
7. ความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (existential concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และความตาย โดยความกังวลด้านนี้จะสูงมากแต่ผู้ป่วยจะปกปิดไว้

จากความกังวลกับเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าว มีผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการเผชิญปัญหาเกิดขึ้น (ดังรูปที่ 1) เพื่อจัดการหรือลดความกังวลเหล่านั้น โดยการเผชิญปัญหา (coping) นั้นหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้บรรเทาลง สงบอยู่ภายใน อยู่ในภาวะสมดุล และกลับกลายเป็นสิ่งตอบแทนที่ดีหรือรางวัล โดยคางจากทัศนคติความนับประคบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการคือ

1. จะต้องมีการตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจากการที่บุคคลหาทางที่จะบรรเทาหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ

2. การที่บุคคลกระทำหรือไม่กระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ จะเป็นการแสดงถึงวิธีที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหา

3. จะต้องมึผลอันเนื่องมาจากการเผชิญปัญหา แต่วิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในระยะสั้น ไม่จำเป็นต้องมีประสิทธิภาพในระยะยาวเสมอไป



รูปที่ 1 กรอบทฤษฎีการเผชิญปัญหากับการเป็นมะเร็ง ความแนวคิดของ ไวส์แมน

การเผชิญปัญหาจะเป็นกระบวนการ (process) ประกอบด้วย การรับรู้ การกระทำ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนแก้ไข ตามด้วยการเกิดกิจกรรม และกระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเกิดขึ้น ซึ่งจะมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคลและมีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละวิธี เรียกว่า วิธีเผชิญปัญหา (coping strategie) โดยจะไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใด ที่ใช้ได้ดีในทุกๆ ปัญหา แต่อาจมีบางวิธีที่ใช้ได้ดีกว่าวิธีอื่น ๆ จากการศึกษาไวส์แมนได้รวบรวมวิธีเผชิญปัญหาไว้ 15 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล (rational inquiry) เป็นการค้นหาข้อมูลอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ภาวะของโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และสิ่งเกี่ยวข้องอื่น ๆ ภายในขอบเขตของความ เป็นจริง โดยไม่ได้เป็นการหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง ซึ่งวิธีในการแสวงหาข้อมูล นั้นจะแตกต่างกัน ไปขึ้นกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

วิธีที่ 2 การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น (mutuality) เป็นการพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองมีความกังวลอยู่ เพื่อให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหา โดยการพูดคุยนี้จะช่วยลดความตึงเครียดในใจออกมาทางคำพูด นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความไว้วางใจผู้อื่นด้วย

วิธีที่ 3 การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น (affect reversal) เป็นการพยายามทำให้สนุกสนาน โดยการหัวเราะ พุดจาคลกขบขัน หรืออาจพูดคดคลกแบบเขาะเขี้ยคนเอง

วิธีที่ 4 การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (suppression) เป็นการพยายามขจัดเรื่องความเจ็บป่วยให้ออกไปจากความนึกคิด บางคนอาจพูดถึงความเจ็บป่วยของผู้อื่นโดยไม่พูดถึงความเจ็บป่วยของตนเอง

วิธีที่ 5 การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น (displacement/redirection) เช่น ทำงานไม่ให้มีเวลาว่าง เป็นอาสาสมัคร ไปงานเลี้ยง หรือมีวิถีโคกค้ำที่จะได้ออกจากบ้าน เป็นต้น

วิธีที่ 6 การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง (confront) โดยจะกระทำหรือคิดสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยจะไม่หลีกเลี่ยงหรือหนี ทหาสิ่งต่าง ๆ โดยมีเลศนัยหรือหาอย่างหันหลังหันแล่น

วิธีที่ 7 การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามมองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น (redefine/revise) เป็นการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น ลดความรุนแรงลงและยอมรับได้ โดยการหาข้ออ้างหรือหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง วิธีเผชิญปัญหานี้จะประสพผลสำเร็จเมื่อใช้ร่วมกับวิธีที่ 6

วิธีที่ 8 การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย เชื่อในโชคชะตา (passive acceptance) โดยยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะนิ่งเฉย ไม่แสดงปฏิกิริยาสะทสะถ่านต่อผลของการรักษาเพราะคิดว่าคงมีชะตาของตนเองไม่ได้

วิธีที่ 9 การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด (impulsivity) โดยกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ เป็นการกระทำที่เสี่ยงอันตรายโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา เพื่อที่จะลดความตึงเครียดและความขัดแย้งภายในจิตใจ

วิธีที่ 10 การใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสม (negotiate feasible alternatives) เป็นการพิจารณาหาทางเลือกต่าง ๆ แล้วครึกครองว่าสิ่งไหนเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดที่จะเลือกกระทำ ตระหนักว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการพิจารณาการกระทำต่าง ๆ ของตนเอง

วิธีที่ 11 การลดความตึงเครียดโดยการหาสิ่งที่เป็อันตรายต่อชีวิต (life threat) เช่น การดื่มเหล้า การรับประทานยาอันตราย เป็นต้น

วิธีที่ 12 การถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว (disengagement) เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะแลกเปลี่ยนความกังวลกับผู้อื่น การถอยหนีแยกตัวจากสังคมมีหลายรูปแบบ ได้แก่ พวกที่ชอบสันโดษ พวกที่ถดถอยซึ่งต้องการแยกตัวไปเพื่อคิดในเรื่องต่าง ๆ พวกที่ชอบท่องเที่ยว และพวกที่ชอบผ่นกลางวันถึงสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ผู้ป่วยที่ใช้วิธีเผชิญปัญหาวิธีนี้จะหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างคงดีขึ้นเอง โดยไม่ต้องทำอะไร

วิธีที่ 13 การคาหนผู้อื่นหรือสิ่งอื่น (externalize/project) โดยการโทษว่าบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ จะมองว่าการเป็นมะเร็ง เป็น โศคร้ายของคนเองและปกป้องตนเองจากความโศคร้ายที่เกิดขึ้น โดยการโทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

วิธีที่ 14 การทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม (cooperative compliance) โดยจะไม่ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่แพทย์ได้อธิบาย เพราะศรัทธาและเชื่อในความสามารถของแพทย์

วิธีที่ 15 การคาหนตนเอง (moral masochism) โดยโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นการถูกลงโทษจากการประพฤตินในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกัน มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ อาการแสดงทางกาย บุคลิกภาพ เชาวน์ปัญญา ความสนใจ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในอดีต
2. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้อื่น หน้าที่การงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ ศาสนา และครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยเผชิญปัญหาจะต้องมีผลของการเผชิญปัญหามา ไวส์แมน ได้ใช้ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (vulnerability) ในการประเมินผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา เนื่องจากเขาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งนั้นจะอยู่ห่างไกลจากความสุขมากอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งที่เผชิญปัญหาได้สำเร็จจึงหมายถึงผู้ป่วยที่สามารถทำให้ความทุกข์โศกต่าง ๆ อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม นอกจากนี้ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในระดับสูง จะมีผลย้อนกลับก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะอารมณ์ทุกข์โศกมี 3 ประเภท คือ

1. เป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด
2. ลักษณะอารมณ์ที่แสดงออกมาจะบ่งบอกถึงชนิดของภาวะอารมณ์นั้นๆ
3. เป็นความพยายามที่จะแปลความรู้สึกภายในออกมาในรูปของสัญลักษณ์แห่งความทุกข์ทรมาน (distress signals) ซึ่งมีทั้งในรูปที่เป็นคำพูดหรือการแสดงท่าทาง

ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกนี้ประกอบด้วยอารมณ์ต่าง ๆ 13 ชนิด ได้แก่

1. ความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness)
2. ความรู้สึกสับสนวุ่นวายใจ (turmoil)
3. ความรู้สึกคับข้องใจ (frustration)
4. ความรู้สึกซึมเศร้า (depression)

5. ความรู้สึกสูญเสียพลังใจ (powerlessness)
6. ความรู้สึกวิตกกังวล (anxiety)
7. ความรู้สึกเหนื่อยล้า (exhaustion)
8. ความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness)
9. ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง (abandonment)
10. การปฏิเสธการรับรู้ต่อความเป็นจริง (denial)
11. ความรู้สึกก้าวร้าว (truculence)
12. การปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่น (repudiation of significant others)
13. การรับรู้เกี่ยวกับอนาคต (time perspective)

ไวส์แมน ได้รวบรวมอาการทั้ง 13 ชนิด สร้างเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งให้ชื่อว่า แบบวัดภาวะอารมณ์ทุกข์โศกของ โอเมก้า (Omega Vulnerability Rating Scale) อาการแต่ละชนิดจะมีระดับความรุนแรง 4 ระดับ (ภาคผนวก จ) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกค่าแสดงว่าเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูง

ปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูง ได้แก่

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล
 - 1.1 บุคลิกภาพ ได้แก่ บุคคลที่มีความอ่อนแอในตนเอง มีความวิตกกังวลสูง มองโลกในแง่ร้าย
 - 1.2 ประวัติในอดีต ได้แก่ ศิสสุรา ปฏิบัติกิจทางศาสนาน้อย มีปัญหาทางจิตเวช และบุคคลที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายตลอดเวลา
 - 1.3 สภาพร่างกาย ได้แก่ มีการดำเนินของโรคในขั้นรุนแรง และมีอาการแสดงทางกายมาก
 - 1.4 สภาพบุคคล ได้แก่ เป็นคนเจ้าปัญหา คาดหวังความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อยและได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
 - 1.5 การปฏิบัติตัว ได้แก่ มีการแก้ปัญหาที่ไม่ดี ใช้วิธีเผชิญปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้บ่อย คือ วิธีที่ 4 วิธีที่ 8 วิธีที่ 12 วิธีที่ 13 และวิธีที่ 15
2. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมน้อย มีปัญหาในครอบครัว มีปัญหากับคู่ครอง อยู่คนเดียว

นอกจากนี้ปัจจัยเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ภาวะเครียดที่เคยเกิดขึ้นในอดีตและการมาตรวจวินิจฉัย โรคซ้ำ จะไม่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์ทุกข์-โศก สำหรับวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลมีภาวะอารมณ์ทุกข์-โศกค่า ได้แก่ วิธีที่ 6 วิธีที่ 7 และวิธีที่ 14

กรอบทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีของ ไวส์แมนมาศึกษาเพียงบางส่วน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับภาวะอารมณ์ทุกข์-โศกและศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และภาวะไม่สุขสบายที่เกี่ยวข้องกับวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์-โศก เนื่องจากผู้วิจัยสนใจถึงสิ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการเผชิญของปัญหาของผู้ป่วย นั่นคือวิธีเผชิญปัญหาและปัจจัยต่าง ๆ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกคนมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตรอยู่ อันเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วย และการรักษารวมทั้งความนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อคำว่า "มะเร็ง" ซึ่งทำให้มีการเผชิญปัญหาคามา

สำหรับปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษานั้น ปัจจัยบางตัวสามารถที่จะแสดงคุณลักษณะของปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาด้วย เช่น อายุ สามารถแสดงคุณลักษณะของปัจจัยด้านเชื้อชาติและประสบการณ์ในชีวิต สถานภาพสมรสสามารถแสดงคุณลักษณะของปัจจัยด้านครอบครัว ระดับการศึกษาสามารถแสดงคุณลักษณะของปัจจัยด้านเชื้อชาติและฐานะทาง เศรษฐกิจ ซึ่งคุณลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความแตกต่างกัน ไปตามวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ทำให้บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหานิคต่าง ๆ กับภาวะอารมณ์ทุกข์-โศก ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหานิคต่าง ๆ และภาวะอารมณ์ทุกข์-โศก ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
3. เพื่อหาตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์-โศกจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ วิธีเผชิญปัญหา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและภาวะไม่สุขสบาย

สมมติฐานการวิจัย

จากกรอบทฤษฎีของ ไวส์แมน ผู้วิจัย ได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. วิธีเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ได้แก่ การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วยเชื่อในโชคชะตา การถอยหนี แยกตัวอยู่คนเดียว การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่นและการตำหนิตนเอง
2. วิธีเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ได้แก่ การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามมองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น และการทำความเข้าใจที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม
3. ภาวะไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

คำถามในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาบางชนิดกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหา และภาวะอารมณ์ทุกข์โศก มีรูปแบบที่ไม่แน่นอน แต่จากการศึกษาของ ไวส์แมน ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งคำถามเพื่อหาคำตอบในสิ่งเหล่านี้ ดังนี้คือ

1. วิธีเผชิญปัญหาบางชนิดของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเติมเต็มอย่างมีเหตุผล การพูดคุยปรึกษาหรือปรึกษากับผู้อื่น การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด การใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมและการลดความตึงเครียด โดยการทำสิ่งที่เป็อันครายค่อชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างไรกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก
2. อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และภาวะไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์อย่างไรกับวิธีเผชิญปัญหาแต่ละชนิด
3. อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์อย่างไรกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก
4. ปัจจัยตัวใดบ้างจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะไม่สุขสบายและวิธีเผชิญปัญหาชนิดต่าง ๆ ที่สามารถร่วมกันใช้เป็นตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และการหาตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีบำบัด ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2532 จำนวนตัวอย่าง 50 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติผู้ป่วยแบบสอบถามภาวะไม่สุขสบายซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามภาวะไม่สุขสบายสร้างโดยไวส์แมน วอร์เคนและโซเบล แบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศกซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัด อารมณ์ทุกข์โศกของโอเมก้า(Omega Vulnerability Rating Scale) สร้างโดยไวส์แมน และแบบบันทึกวิธีเผชิญปัญหาได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้บุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสามารถใช้วิธีเผชิญปัญหาและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายเป็นแนวทางการประเมินภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ในผู้ป่วยมะเร็ง และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เสี่ยงต่อการมีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูง ซึ่งแสดงว่าเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ไม่เหมาะสม ให้สามารถเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากภาวะโรคและการรักษา ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยต่อไปในเรื่องของการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง

นิยามศัพท์

วิธีเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยกระทำหรือนึกคิดเพื่อจัดการกับสิ่งที่ระแหนกว่า เป็นปัญหาอันเนื่องมาจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการได้รับรังสีรักษาเพื่อทำให้ปัญหาต่าง ๆ นั้นเบาบาง

ลง สงบอยู่ภายในหรืออยู่ในภาวะสมดุลที่ผู้ป่วยจะควบคุมปัญหา
นั้น ได้ ข้อมูลได้มาจากกำรสัมภาษณ์และจําแนก เป็นวิธีเผชิญปัญหา
โดยผู้วิจัย แล้วบันทึกในแบบบันทึกวิธีเผชิญปัญหาค่าง ๆ โดยยึด
แนวทางวิธีเผชิญปัญหาของ ไวส์แมน (Weisman 1979 : 28-
40) ภาคผนวก ค

ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก หมายถึง ภาวะอารมณ์ค่าง ๆ ที่แสดงถึงความรู้สึกภายใน
ของผู้ป่วยในขณะใดขณะหนึ่งและ เป็นสิ่งที่ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยนั้น
เผชิญคํอปัญหาอันเนื่องมาจากการเป็นมะเร็งปากมคลูกและการ
ได้รับรังสีรักษา ได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะ-
อารมณ์ทุกข์โศกในระดับสูง แสดงว่าเผชิญกับปัญหาค่าง ๆ ที่เกิด
ขึ้นได้ไม่เหมาะสม วัด ได้โดยแบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศก
ของไวส์แมน (Weisman 1979 : 60-61) ภาคผนวก จ

ภาวะ ไม่สุขสบาย หมายถึง ภาวะ ไม่สุขสบายค่าง ๆ ที่เกิดจากอาการแสดงทาง
กายและความเครียดทางจิตใจ อันเนื่องมาจากการเป็นมะเร็ง-
ปากมคลูกและการ ได้รับรังสีรักษา วัด ได้โดยแบบสอบถามภาวะ
ไม่สุขสบายของไวส์แมน วอร์เคนและโซเบล (Weisman,
Worden & Sobel 1986 : Appendix A-1, Appendix
A-2) ภาคผนวก ง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (โดยอีกนัยหนึ่งหมายถึงผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา) รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบาย ว่าเกี่ยวข้องกับวิธีเผชิญปัญหา และภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการวิจัย แบ่งเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้ 1) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา 2) อาการแสดงทางกายจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกและได้รับรังสีรักษา และ 3) งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลในการเผชิญกับปัญหานั้นมีมานานแล้ว นอกจากไวส์แมนยังมีนักวิชาการอื่น ๆ อีกหลายท่านได้รวบรวมความรู้ต่าง ๆ สร้างเป็นแนวคิดและทฤษฎีมากมาย โดยทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เป็นที่รู้จักกันดี คือ ทฤษฎีเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางด้านความคิดของการเกิดภาวะเครียดด้านจิตใจ (The cognitive-phenomenological theory of psychological stress) สร้างโดยลาซารัส นักจิตวิทยาและคณะ (Burckhardt 1987 : 543-549 ; Folkman & Lazarus 1980 : 219-239 ; Holroyd & Lazarus, in Goldberger & Breznitz, ed 1982 : 21-35 ; Lazarus, in Cohen, Cullen & Martin, ed 1982 : 175-178 ; Lazarus & Folkman 1984 : 141-225) เนื้อหาของทฤษฎีเน้นเกี่ยวกับการเกิดปฏิสัมพันธ์ (transaction) ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนการ คือ การประเมินสถานการณ์ (appraisal) และการเผชิญปัญหา (coping)

การประเมินสถานการณ์เป็นขั้นตอนทางด้านความคิดแบ่งย่อยได้ 2 ชนิด คือ 1) การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่ออย่างไรต่อบุคคล และ 2) การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งสนับสนุน และทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ขั้นตอนการประเมินทั้ง 2 ชนิดนี้ จะ

เกี่ยวข้องกันและไม่สามารถแยกจากกันได้ โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ออกมาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ไม่มีผลดีหรือผลเสียกับตนเอง 2) ไม่ร้ายแรงหรือให้ผลในทางบวกกับตนเอง และ 3) เป็นภาวะเครียด ซึ่งแบ่งได้ 3 ลักษณะย่อย คือ ทำให้เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย เป็นภาวะคุกคามและเป็นสิ่งท้าทาย

สำหรับการเผชิญปัญหานั้น เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมไปเรื่อย ๆ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นความต้องการเฉพาะที่เกิดขึ้นทั้งภายในและ/หรือภายนอกร่างกาย และบุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดภาวะเครียดกับตนเอง การเผชิญปัญหามีหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) โดยมุ่งแก้ไขที่ตนเองหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดภาวะเครียด และ 2) เพื่อมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused coping) เป็นการลดความไม่สบายใจ เมื่อพบว่าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้

นอกจากนี้ลาซารัสได้แบ่งวิธีเผชิญปัญหาค่าต่าง ๆ เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) 2) การเผชิญหน้าโดยตรง (direct action) เป็นการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา 3) การยับยั้งการกระทำ (inhibition of action) เกิดขึ้นเมื่อบุคคล พบว่า พฤติกรรมที่จะแสดงออกไปนั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง และ 4) การใช้กระบวนการทางจิต (intrapsychic process) เพื่อควบคุมความรู้สึกต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การนึกคิดต่าง ๆ การใช้กลไกป้องกันตนเอง (defense mechanism) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation) และการใช้เทคนิคการตอบสนองทางชีวภาพ (biofeedback)

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic) โดยวิธีเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้นั้นเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด ในการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหานั้น พบว่าปัจจัยด้านตัวบุคคลจะมีอิทธิพลมากกว่าลักษณะของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหา ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ภาวะสุขภาพ ความชำนาญในการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ และการได้รับความเกื้อหนุน เป็นต้น

สำหรับหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลสำเร็จในการเผชิญปัญหามี 3 ด้าน คือ 1) ด้านหน้าที่การงานและสังคม 2) ด้านความพึงพอใจในตนเอง และ 3) อาการแสดงทางกาย โดยปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหา

ได้สำเร็จ ได้แก่ 1) การมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีกำลังเพียงพอ 2) ความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ 3) มีทักษะในการแก้ไขปัญหา 4) มีความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นได้ดี 5) ได้รับความเกื้อหนุนจากสังคม และ 6) มีปัจจัยเกื้อหนุนที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ

ต่อมาในปี ค.ศ.1974 กัลโล เชอริโคและชาดิสค์ นักจิตวิทยา (Gullo, Cherico & Shadisk 1974 : 53-78) ได้เผยแพร่ผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการตอบสนองต่อภาวะคุกคามอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ จำนวน 5 รายที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เขาสรุปว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีรูปแบบการตอบสนองต่อภาวะคุกคามจำแนกได้ 5 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 พวกยอมรับความตาย (the death-acceptor) บุคคลพวกนี้จะยอมรับและเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยอย่างเข้าใจในความเป็นจริงยอมรับว่าชีวิตของตนเองตกอยู่ในอันตราย จะต่อสู้เพื่อให้ตนเองดีขึ้นแต่ยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการวางแผนที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยและความตายที่จะตามมา และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดมีความมีความหวังว่าจะมีชีวิตที่ยาวนาน มีความเศร้าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และมีความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตภายหลังจากได้รับการรักษาแล้ว

รูปแบบที่ 2 พวกปฏิเสธความตาย (the death-denier) บุคคลพวกนี้จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และส่วนมากจะยอมรับถึงการพยากรณ์โรคที่เลวร้ายของตนเอง แต่ยืนยันว่าตนเองนั้นเป็นบุคคลหนึ่งที่โชคดี และความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่สามารถรักษาหายได้ ไม่ยอมรับว่าตนเองอาจเสียชีวิตได้ ทั้ง ๆ ที่ยอมรับว่าความเจ็บป่วยอาจนำมาซึ่งความตาย จะมีความรู้สึกโกรธต่อความลำบากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้สึกเศร้าโศกน้อยมาก

รูปแบบที่ 3 พวกยอมจำนนกับความตาย (the death-submitter) บุคคลพวกนี้จะเผชิญกับความจริงว่าความเจ็บป่วยก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ถูกละทิ้งและไม่มีใครช่วยเหลือ จะมองโลกในแง่ร้าย ไม่สะทกสะท้านและยอมจำนนกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิเสธการได้รับข้อมูลต่าง ๆ ไม่สามารถเผชิญกับความตายที่จะมาถึงได้ ทั้ง ๆ ที่มั่นใจว่าตนเองต้องตาย มีภาวะซึมเศร้า มีความปรารถนาที่จะมีชีวิตและหายจากความเจ็บป่วยน้อยมาก

รูปแบบที่ 4 พวกเขาไม่ยอมจำนนกับความตาย (the death-defier) บุคคลพวกนี้ยอมรับกับสภาพเจ็บป่วยและความตายที่อาจเป็นไปได้ จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ อย่างชาญฉลาดตามศักยภาพของตนเอง มีความหวังอย่างแรงกล้าที่จะมีชีวิตอยู่และต่อสู้เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยทั้ง ๆ ที่รู้ว่าไม่สามารถรักษาหาย จะเต็มไปด้วยความรู้สึกโกรธแค้นและเคียดแค้นในการเอาชนะความเจ็บป่วยและความตาย มีความรู้สึกเศร้าแค้นไม่ถึงกับซึมเศร้า

รูปแบบที่ 5 พวกเขาที่คิดว่าความตายเป็นลิขิตของพระเจ้า (the death transcender) บุคคลพวกนี้ยอมรับกับสภาพเจ็บป่วยและความตายที่อาจเป็นไปได้ จะหันหน้าเผชิญกับความตายที่จะมาถึง มองว่าความตายเป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดขึ้น และเป็นเรื่องของศาสนา เชื่อว่าชีวิตของคนเป็นอมตะ ความตายไม่สามารถทำลายได้ เมื่อตายแล้ววิญญาณยังคงอยู่กับครอบครัว มีความเศร้าโศกถึงความสูญเสียภาวะสุขภาพที่ดีและการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เชื่อว่าความตายทำให้เกิดการแยกจากบุคคลอันเป็นที่รักแต่ไม่กลัวความตาย

รูปแบบการตอบสนองต่าง ๆ เหล่านี้จะพบได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย เขาเน้นว่าการตอบสนองทั้ง 5 รูปแบบนี้ ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงอาจมีการตอบสนองที่ผสมผสานระหว่างรูปแบบทั้ง 5 ชนิดนั้น โดยสิ่งแวคล้อมต่าง ๆ จะมีผลต่อการตอบสนองที่เกิดขึ้น

มูส์และบิลลิ่งส์ (Moos & Billings in Goldberger & Breznitz, ed. 1982 : 212-230) เป็นจิตแพทย์และนักวิจัยอีกคณะหนึ่งที่ได้ให้ความสนใจในเรื่องการเผชิญปัญหา เขาอธิบายว่าแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหามีพื้นฐานมาจากการวิจัยและทฤษฎี 4 แขนง ได้แก่ 1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ของฟรอยด์ ที่เน้นเกี่ยวกับขบวนการของอีโก้ (ego process) ซึ่งเป็นกลไกด้านความนึกคิด 2) ทฤษฎีเกี่ยวกับวงจรชีวิต (life cycle perspective) เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคล ประสบการณ์ในชีวิต 3) ทฤษฎีวิวัฒนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (evolutionary theory and behavior modification) เกี่ยวข้องกับทักษะในการแก้ปัญหาและการประเมินด้านความคิด และ 4) ทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรม และสังคม-เศรษฐกิจ (cultural and social-ecological perspectives) เกี่ยวข้องกับสิ่งแวคล้อมต่าง ๆ

จากทฤษฎีพื้นฐาน 4 แขนงนี้ มูส์และบิลลิ่งส์ได้รวบรวมแหล่งเกื้อหนุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาไว้ ได้แก่ พัฒนาการของอีโก้ (ego development) การเชื่อความสามารถของตนเอง (self-efficacy) รูปแบบความนึกคิด (cognitive styles) ทักษะในการแก้ไขปัญหา ลักษณะสังคมและความเชื่อ

มูส์และบิลลิ่งส์เน้นว่าการประเมินด้านความคิดเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกและใช้วิธีเผชิญปัญหา เขาแบ่งชนิดของวิธีเผชิญปัญหาไว้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 เป็นวิธีที่พยายามแยกแยะความหมายของสถานการณ์ (appraisal focused coping) ประกอบด้วยวิธีเผชิญปัญหา 3 วิธี คือ 1) การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล (logical analysis) 2) การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive redefinition) เป็นการยอมรับความจริงแต่พยายามมองหาข้อดีของสถานการณ์นั้น ๆ และ 3) การหลีกเลี่ยงทางด้านความคิด (cognitive avoidance) ได้แก่ การปฏิเสธความเป็นจริง พยายามลืมสถานการณ์ทั้งหมด และการผัดกลางวันถึงสิ่งที่พึงพอใจ

กลุ่มที่ 2 เป็นวิธีมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ประกอบด้วยวิธีเผชิญปัญหา 3 วิธี คือ 1) การแสวงหาข้อมูลหรือคำแนะนำต่าง ๆ (seek information and advice) 2) การแสดงการกระทำในการแก้ปัญหา (take problem-solving action) เป็นการหาทางเลือกต่าง ๆ และแสดงการกระทำที่จำเพาะเจาะจงเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ และ 3) การสร้างทางเลือกที่ดี (develop alternative rewards) เป็นการเปลี่ยนแปลงการกระทำของตนเอง และสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ที่ดีให้กับตนเอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพในสังคม การพัฒนาเอกลักษณ์และความเป็นอิสระของตนเองและการแสวงหาสิ่งทดแทน เช่น เป็นอาสาสมัคร ทำงานหรือศึกษาเกี่ยวกับปรัชญาหรือศาสนา

กลุ่มที่ 3 เป็นวิธีมุ่งลดอารมณ์เชิงเครียด (emotion-focused coping) ประกอบด้วยวิธีเผชิญปัญหา 3 วิธี คือ 1) การควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ (affective regulation) 2) การยอมจำนนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (resigned acceptance) และ 3) การระบายอารมณ์ (emotional discharge) ซึ่งแสดงออกมาทางคำพูดหรือการกระทำ

วิธีเผชิญปัญหาทั้ง 3 กลุ่มนี้ บุคคลจะใช้ร่วมกัน โดยการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาขึ้นกับปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีการใช้วิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกัน สำหรับเกณฑ์ในการวัดความสำเร็จของการเผชิญปัญหา มูส์และบิลลิ่งส์ใช้อาการแสดงทางกาย และภาวะอารมณ์ เขาพบว่าบุคคลที่ใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้ตนเองหันหน้าเผชิญกับปัญหาจะประสบผลสำเร็จในการเผชิญปัญหามากกว่าบุคคลที่ใช้วิธีหลบหลีกปัญหา

นอกเหนือจากทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของนักวิชาการ 3 คณะ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว นักวิชาการทางการพยาบาลได้มีความสนใจในเรื่องนี้มานานแล้วเช่นกัน ในปี ค.ศ. 1979 โทเซนและบุช (Goosen & Burh 1979 : 51-66) ได้เผยแพร่ทฤษฎีการปรับตัวของพวกเขา ซึ่งให้ทฤษฎีของลาซารัสเป็นพื้นฐาน การเผชิญปัญหาจะเป็นขั้นตอนหนึ่งของการปรับตัว ความหมายของการเผชิญปัญหานั้นเขาใช้ของลาซารัส แต่รูปแบบหรือวิธีเผชิญปัญหานั้นแบ่งตามผลการศึกษาของเวลแลนต์ (Vaillant) ที่รายงานไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1977 ซึ่งแบ่งวิธีเผชิญปัญหาเป็น 4 ระดับจาก 18 วิธี ดังนี้

ระดับที่ 1 กลไกทางจิต (psychotic mechanisms) ได้แก่ การปฏิเสธ การบิดเบือนความจริง และการหลงผิดโทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

ระดับที่ 2 กลไกที่ไม่สมบูรณ์ (immature mechanisms) ได้แก่ การฝันกลางวัน การโทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่น การมีความรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วยตลอดเวลา (hypocondriasis) การก้าวร้าวแบบเงียบ ๆ (passive-aggressived behavior) และแอกติง-เอาท์ (acting-out)

ระดับที่ 3 กลไกทางระบบประสาท (neurotic mechanisms) ได้แก่ การใช้ปัญญา (intellectualization) การเก็บกด การใช้ข้ออ้าง การหาแพะรับบาป และการแยกตัว โดยวิธีเหล่านี้จะเป็นกลไกการป้องกันตัว

ระดับที่ 4 กลไกที่สมบูรณ์ (mature mechanisms) ได้แก่ การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (altruism) การให้อารมณ์ขัน การระงับความรู้สึก การทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า (anticipation) และการปรับปรุงตนเอง (sublimation)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหา ได้แก่ ค่านิยม แรงขับของสัญชาตญาณ อารมณ์ บุคลิกภาพ อายุ ความเชื่อ และความสำเร็จในการใช้วิธีเผชิญปัญหานั้น ๆ ในอดีต

โทเซนและบุช ให้ความสำคัญของการยอมรับอารมณ์และการยอมรับของร่างกายเป็นเกณฑ์สำหรับวัดผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา โดยปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา จริยธรรมหรือวัฒนธรรม ระดับการศึกษา อาชีพ มนุษย์สัมพันธ์ และภาวะสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านวิธีเผชิญปัญหานั้นพบว่ากลไกที่สมบูรณ์จะส่งเสริมให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา

ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 สก็อต โอเบิร์ตสและคร็อบกิน (Scott, Oberst & Dropkin 1980 : 9-22) ได้เสนอรูปแบบการเผชิญภาวะเครียด

(stress-coping model) ที่ใช้เป็นกรอบทฤษฎีสำหรับการวิจัยของแผนกการวิจัยทางการแพทย์บาลศูนย์มะเร็งเมมโมเรียล สโลน-เก็ตเคอริง (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center) โดยชบวนการเผชิญปัญหาจะคล้ายคลึงกับของลาซาร์ส กล่าวคือเมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดจะมีชบวนการเผชิญปัญหาเกิดขึ้นในลักษณะของการใช้วิธีการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา แบ่งได้ 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินปฐมภูมิ โดยใช้การนึกคิดของระบบประสาทประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เริ่มมีการกระตุ้นให้มีการตอบสนองทางอารมณ์และทางร่างกาย ก่อให้เกิดพฤติกรรมเผชิญปัญหานิต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการประเมินทุติยภูมิ

ระยะที่ 2 การประเมินทุติยภูมิ จะมีชบวนการต่าง ๆ เกิดขึ้นเหมือนระยะที่ 1 แต่มีจุดสนใจต่างกัน ในระยะนี้จุดสนใจอยู่ที่การประเมินผลสำเร็จของวิธีเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะแรก และการเปลี่ยนแปลงลักษณะของสิ่งที่มากระตุ้น

การประเมินลักษณะของสิ่งที่มากระตุ้นจะให้ผลเป็น 3 ลักษณะเช่นเดียวกับลาซาร์ส และเมื่อบุคคลไม่ประสบผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา จะมีชบวนการประเมินเกิดขึ้นซ้ำเรื่อย ๆ จนกว่าจะสามารถเผชิญปัญหาได้สำเร็จ

สำหรับความหมายของการเผชิญปัญหานั้น เขาได้ให้ความหมายที่ลาซาร์สได้นิยามไว้ และรูปแบบของการเผชิญปัญหามีจุดมุ่งหมาย 2 ประการ คือ เพื่อลดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดและเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์และด้านร่างกายเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

สก็อต โอเบิร์ตสและครอบครัว ได้กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับประเมินผลสำเร็จของการเผชิญปัญหา โดยเน้นว่าบุคคลจะเผชิญปัญหาได้สำเร็จเมื่อ 1) มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายน้อยที่สุด 2) มีความสมดุลทางเศรษฐกิจระหว่างแหล่งเกื้อหนุนกับค่าใช้จ่าย 3) ส่งเสริมการนำเข้าที่เหมาะสมภายในระบบ 4) เกิดการเรียนรู้ และ 5) ประสบผลสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่เป็นที่ยอมรับ

นักวิชาการทางการแพทย์อีกท่านหนึ่งที่มีความสนใจในเรื่องการเผชิญปัญหา คือ มิลเลอร์ (Miller, in Miller, ed. 1983 : 15-36) เขาได้สร้างแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นว่า

ผู้ป่วยจะมีการเผชิญปัญหาหลังจากที่สิ่งกระตุ้นภายนอกหรือปรากฏการณ์ในจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหากับบุคคล การเผชิญปัญหาจึงเป็นการจัดการกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือสิ่งท้าทาย เพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีรูปแบบการเผชิญปัญหา 3 แบบ คือ 1) แบบหันหน้าเข้าหาปัญหา 2) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา และ 3) แบบเป็นกลางคือผสมผสานระหว่างการหันหน้าเข้าหาปัญหาและการหลีกเลี่ยงปัญหา

ผู้ป่วยที่มีความสำเร็จในการเผชิญปัญหาจะมีลักษณะดังนี้ 1) สามารถจัดการความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ ออกไปได้ 2) ก่อให้เกิดความหวัง 3) ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง 4) ดำรงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และ 5) ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกในชีวิต

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของนักวิชาการคณะต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่าการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากมีการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าก่อให้เกิดภาวะเครียด โดยอาศัยกระบวนการทางด้านความคิด หลังจากนั้นบุคคลจะมีการใช้วิธีเผชิญปัญหา โดยมีการปรับเปลี่ยนแก้ไขตลอดเวลา เพื่อให้ตนเองบรรลุจุดหมายที่ต้องการนั้นคือสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหมือนกับทฤษฎีของไวส์แมน

ในเรื่องวิธีเผชิญปัญหานั้น พอสรุปได้ว่าวิธีเผชิญปัญหาค้าง ๆ สามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบคือ 1) แบบหันหน้าเข้าหาปัญหา และ 2) แบบหลบหลีกปัญหา โดยบุคคลจะใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบร่วมกัน ความโน้มเอียงในการใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบใดมากกว่ากันนั้นขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคลและด้านสังคม โดยลักษณะสังคมนั้นเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน

จากวิธีเผชิญปัญหา 15 วิธีของไวส์แมนนั้น วิธีเผชิญปัญหาที่จัดอยู่ในแบบที่หันหน้าเข้าหาปัญหา ได้แก่ การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามมองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น การใคร่ครวญพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม และการทำตามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม ส่วนวิธีเผชิญปัญหาที่จัดอยู่ในแบบที่หลบหลีกปัญหา ได้แก่ การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การขมขานนค่อความเจ็บป่วยเชื่อในโชคชะตา การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิดการลดความตึงเครียดโดยการทำสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว การคาหนผู้อื่นหรือสิ่งอื่น และการคาหนตนเอง

ในเรื่องของหลัก เกณฑ์ที่ใช้ประเมินผลสำเร็จในการเผชิญปัญหานั้น สรุปได้ว่าใช้การตอบสนองด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ต่างกับของ ไวส์แมนที่ศึกษาเฉพาะการตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองด้านจิตสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งนั้นอยู่ห่างไกลจากความสุขมาจากสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่เผชิญปัญหาได้ดีไม่จำเป็นต้องเบิกบานมีความสุข แต่เป็นบุคคลที่สามารถทำให้ความทุกข์โศกต่าง ๆ อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม นอกจากนี้ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสามารถพบได้แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงทางกาย (Weisman 1979 : 58, 63)

แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว เน้นว่าวิธีเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการเผชิญปัญหา แต่ไม่ได้อธิบายว่าวิธีเผชิญปัญหาวิธีใดบ้างจะมีประสิทธิภาพดัง เช่นของ ไวส์แมน นอกจากนี้ได้เน้นว่าปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสังคมจะมีผลต่อความสำเร็จในการเผชิญปัญหาด้วย

อาการแสดงทางกายจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกและได้รับรังสีรักษา

ไวส์แมนเห็นว่าอาการแสดงทางกายอันเนื่องจากการเป็นมะเร็งและการรักษาเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกใช้ชีวิตเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์-ทุกข์โศก ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก ๆ อาจไม่มีอาการแสดงทางกาย แต่เมื่อมีการดำเนินของโรคมามากแล้ว จะมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่พบได้บ่อยพอแบ่งได้ 2 ชนิด คือ (Bullock & Rosendahl 1988 : 202-203, 912 ; Dewhurst 1981 : 714 ; Long & Phipps 1985 : 230-251 ; Marrow & Townsend 1987 : 108-109; Packrick, et al. 1986 : 1536)

1. อาการแสดงเฉพาะที่ ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอดในผู้หญิงที่ประจำเดือนหมดแล้วหรือภายหลังจากร่วมเพศ มีประจำเดือนผิดปกติ มีอาการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ มีน้ำออกทางช่องคลอดลักษณะคล้ายหนองหรือน้ำล้างเนื้อและมีกลิ่นเหม็นซึ่งมักพบในรายที่มีการดำเนินของโรคมามากแล้ว นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคในขั้นสุดท้าย จะมีการรบกวนเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มีอาการเจ็บปวดในอุ้งเชิงกราน
2. อาการแสดงทั่วไป ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง

นอกจากภาวะโรคแล้ว รังสีรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางกายจากผลข้างเคียงของรังสีในขณะที่ได้รับการรักษาด้วย (Bergavin

Blom & Tormey 1980 : 53-62 ; Dewhurst 1981 : 720-722 ; King, et al. 1985 : 55-61 ; Marrow & Townsend 1987 : 509 ; Walter 1977 : 134) ที่พบบ่อย คือ

1. อาการแสดงเฉพาะที่ ได้แก่ การอักเสบของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีและอาจเป็นแผลได้ บัสสาวะแสบขัดหรือมีอาการเจ็บปวดขณะถ่ายบัสสาวะ อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระ อุจจาระร่วง และอาการปวดเกร็งในลำไส้

2. อาการแสดงทั่วไป ได้แก่ เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน อาการแสดงของภาวะโลหิต

นอกจากนี้ภาวะเครียดทางจิตใจของผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดอาการแสดงทางกายได้ ซึ่งอาการแสดงดังกล่าว ได้แก่ เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ อาการของโรคกระเพาะอาหาร เจ็บอกหรือใจสั่น รู้สึกหนาวและอาจมีอาการสั่น มีภาวะไม่สุขสบายทางกาย มีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนัก สนธิสัญญารับประทานอาหารผิดปกติ อาจรับประทานมาก เกิน ไปหรือน้อยเกินไป มีการรบกวนเกี่ยวกับการนอนหลับ วิชาการออกกำลังกาย (Vachon, in McCorkle & Hongladarom, ed. 1986 : 51-52)

คิงและคณะ (King, et al. 1985 : 59-60) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังสีวิทยาระยะที่สามที่ได้รับรังสีรักษาจะมีอาการแสดงทางกายมากในช่วงตั้งแต่ 2 สัปดาห์ที่เริ่มรักษานจนถึงสิ้นสุดการรักษา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวส์แมนและวอร์ดเคน (Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาการแสดงทางกายมากและมีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกรุนแรงในช่วง 3 เดือนแรกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นระยะที่ได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน เนื่องจากอาการแสดงทางกายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบาย แสดงว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่เริ่มฉายรังสีจนถึงสิ้นสุดการรักษาเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีภาวะไม่สุขสบายมากกว่าช่วงระยะเวลาอื่น ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาที่ผู้วิจัยรวบรวมมาได้นั้นพอแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ 1) งานวิจัยที่ศึกษาในบุคคลปกติ 2) งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 3) งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง

งานวิจัยที่ศึกษาในบุคคลปกติที่ตีพิมพ์ไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 คือ ผลงานของ โฮล์มส์และเฮาส์ตัน (Holmes & Houston 1974 : 212-218) ศึกษาในนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย 24 คน เพื่อพิสูจน์ว่าวิธีเผชิญปัญหา 2 วิธีคือการปรับเปลี่ยนความคิดว่าสิ่งคุกคามนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ (threat redefinition) และการแยกหนีความสนใจออกจากภาวะคุกคาม (threat isolation) จะช่วยลดภาวะเครียดได้หรือไม่ การวิจัยนี้เป็น การวิจัยแบบทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่าง เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการช็อคด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ได้รับการช็อคด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการแนะนำให้ใช้วิธีเผชิญปัญหาวิธีแรก กลุ่มที่ 3 ได้รับการช็อคด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการแนะนำให้ใช้วิธีเผชิญปัญหาวิธีหลัง และกลุ่มที่ 4 ไม่ได้รับการช็อค ด้วยไฟฟ้า เกณฑ์ที่ใช้วัดความสำเร็จในการเผชิญปัญหา คือ การตอบสนองทาง ร่างกาย (ชีพจรและอาการทางผิวหนัง) และภาวะอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า วิธีเผชิญปัญหาทั้ง 2 วิธี ช่วยลดภาวะเครียดจากการช็อคด้วยไฟฟ้าได้

ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 ฟอล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus 1980 : 219-239) ได้ศึกษาในคนปกติวัย 45-64 ปี จำนวน 100 คน เพื่อค้นหาวิธีเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยศึกษาเป็น เวลานาน 1 ปี สัมภาษณ์ถึงภาวะเครียดและวิธีเผชิญปัญหาทั้งหมด 7 ครั้ง ห่าง กันครั้งละ 4 สัปดาห์ การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหาใช้แบบวัดวิธีเผชิญ ปัญหา (Ways of Coping) มีข้อความ 68 ข้อ วิธีเผชิญปัญหาค่าง ๆ เหล่า นั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) วิธีที่มุ่งแก้ปัญหา และ 2) วิธีที่มุ่งลดอารมณ์ถึง เครียด ผลการศึกษา พบว่า บุคคลใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้ง 2 กลุ่มร่วมกันในการ เผชิญกับภาวะเครียด โดยความบ่อยครั้งในการใช้วิธีเผชิญปัญหาวิธีเดิมมีค่อน ข้างน้อย เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและการที่บุคคลจะใช้วิธีเผชิญ ปัญหาวิธี เดิมนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคลิกภาพ บุคคลนิยมใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ มุ่งแก้ปัญหาที่ปัญหาที่เกิดขึ้นจากเรื่องการทำงาน หรือเมื่อประเมินว่าสามารถจัดการ กับปัญหานั้น ได้และต้องการข้อมูลเพิ่มเติม แต่จะนิยมใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งลด อารมณ์ถึง เครียดเมื่อ เผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือเมื่อประเมิน ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ต้องยอมรับและมีความท้อถอยเกิดขึ้น นอกจากนี้พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีเผชิญปัญหาชนิดต่าง ๆ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัว อย่างมีการกระจายของอายุน้อยไป

แกส (Gass 1987 : 29-33) ได้ทำการศึกษาในบุคคลปกติ เป็น หญิงหม้ายที่สามีเพิ่ง เสียชีวิตได้ 1-12 เดือน จำนวน 100 คน อายุในช่วง 65-85 ปี เพื่อศึกษาเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหาที่ช่วยในการปรับตัวและความสัมพันธ์

ระหว่างภาวะสุขภาพกับวิธีเผชิญปัญหา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ใช้แบบวัดวิธีเผชิญปัญหาของลาซาร์สในการเก็บข้อมูลเรื่องวิธีเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า 1) วิธีเผชิญปัญหาที่มีประโยชน์กับตัวอย่าง ได้แก่ การทำงานอื่นทำ การมีส่วนร่วมในกลุ่มสังคม การเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ การทบทวนเกี่ยวกับความตาย การใช้วิธีทางศาสนา การคุยกับสามีที่เสียชีวิตแล้ว การรู้สึกว่ามีชีวิตอยู่ และการรำลึกถึงความสุขที่ผ่านมา 2) วิธีเผชิญปัญหาที่ไม่มีประโยชน์กับตัวอย่าง ได้แก่ ใช้ยาหรือดื่มสุราคาหนิคตนเอง บนบานหรือขอมจางาน การหลับให้มากขึ้น การหลีกเลี่ยงหรือไว้วางใจกับผู้อื่น การให้คำสัญญากับผู้อื่น และการผ่นกลางวัน 3) วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางจิตสังคม ได้แก่ การคิดความความปรารถนา วิธีผสมระหว่างการแสวงหาความช่วยเหลือและหลีกเลี่ยง การมุ่งลดความรุนแรงของปัญหา การคาหนิคตนเอง และ 4) วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติด้านร่างกาย คือการคิดความความปรารถนา

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น มีนักวิชาการหลายคนที่ให้ความสนใจ จาโลวิทซ์และเพาเวอร์ (Jalowiec & Powers 1980 : 10-14) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้วิธีเผชิญปัญหาระหว่างผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มละ 25 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี ระดับการศึกษามีตั้งแต่ไม่จบระดับพื้นฐานจนถึงระดับอุดมศึกษา ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่เขาสร้างและพัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 40 วิธี โดยเป็นวิธีมุ่งที่ปัญหา 15 วิธี และวิธีมุ่งที่ภาวะอารมณ์ 25 วิธี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบแต่ใช้รูปแบบมุ่งที่ปัญหามากกว่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

แมคเน็ต (McNett 1987 : 98-103) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ วิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา ในบุคคลที่อายุ 18-65 ปี จำนวน 50 คน เป็นโสด 19 คน สมรสแล้ว 24 คน และหย่าหรือหม้าย 7 คน ระดับการศึกษามีตั้งแต่เตรียมอุดมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ใช้แบบวัดวิธีเผชิญปัญหาของลาซาร์สในการเก็บข้อมูลเรื่องวิธีเผชิญปัญหา ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จในการเผชิญปัญหานี้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่า 1) วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการเผชิญปัญหา การรับรู้แหล่งเกื้อหนุนและการรับรู้ประสิทธิภาพของแหล่งเกื้อหนุน 2) วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งลดอารมณ์ตั้งเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาและการรับรู้แหล่งเกื้อหนุน 3) วิธีเผชิญปัญหาที่ใช้การประเมินทาง

ค่านความคึกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธี เฝชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและผลสำเร็จ ในการ เฝชิญปัญหา 4) วิธี เฝชิญปัญหา โดยใช่แหล่ง เกื้อหนุนมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับวิธี เฝชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลสำเร็จในการ เฝชิญปัญหา การรับรู้ แหล่ง เกื้อหนุน และการรับรู้ประสิทธิภาพของแหล่ง เกื้อหนุน 5) อายุ ไม่มีความ สัมพันธ์กับวิธี เฝชิญปัญหาแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสำเร็จในการ เฝชิญปัญหา 6) สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับวิธี เฝชิญปัญหา แต่มีความสัมพันธ์กับผล สำเร็จในการ เฝชิญปัญหา โดยผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า หรือหม้ายจะ เฝชิญปัญหา ได้ดีกว่า 7) ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธี เฝชิญปัญหาและ ความสำเร็จในการ เฝชิญปัญหา และ 8) ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับ วิธี เฝชิญปัญหา โดยใช่แหล่ง เกื้อหนุนแต่ ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธี เฝชิญปัญหาวิธีอื่นและ ผลสำเร็จในการ เฝชิญปัญหา

คริสมานและคณะ (Christman, et al. 1988 : 71-81) ได้ ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธี เฝชิญปัญหา ภาวะ ไม่สุขสบายทางอารมณ์ และการหายจากโรคในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 70 คน อายุเฉลี่ย 58 ปี เป็น การศึกษาคิดตามระยะยาวเก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ 72 ชั่วโมง 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์หลังออกจาก โรงพยาบาล ใช้แบบวัดวิธี เฝชิญปัญหาของจาโลวิทซ์และ เพาเวอร์ (Jolowiec & Power) แบบสอบถามภาวะอารมณ์ (Profile of Mood States) และดัชนีบ่งบอกการพยากรณ์โรคของพีล (Peel Prognostic Index) ในการเก็บข้อมูล และใช้การปฏิบัติวัตรประจำวันเป็นตัว วัดการหายจากโรค ผลการศึกษาพบว่า 1) วิธี เฝชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ และระดับการศึกษา แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะ ไม่สุขสบายทางอารมณ์ 2) วิธี เฝชิญปัญหาที่มุ่งผ่อนคลายความตึง เครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ และระดับการศึกษา แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะ ไม่สุขสบายทางอารมณ์ และ 3) วิธี เฝชิญปัญหาที่มุ่งบรรเทา สถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ไม่สุขสบายทางอารมณ์

ในปีเดียวกันเวบสเตอร์และคริสมาน (Webster & Christman 1988 : 384-396) ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธี เฝชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความไม่ แน่นอนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 20 คน อายุ 33-79 ปี และส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช่แบบวัดวิธี เฝชิญปัญหาของ จาโลวิทซ์ แบบวัดความไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วยของมิเชล (Michel Uncertainty in Illness Scale) แบบวัดภาวะอารมณ์ (Profile of Mood States) เพื่อวัดความรู้สึกทุกขุทรมาน ส่วนความรุนแรงของโรควัด โดย ใช้ดัชนีการพยากรณ์โรคของพีล (Peel Prognostic Index) และใช้มาตรา

ส่วนประมาณค่า (Visual-analogue Scale) วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าวิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์ถึงเครียด 2) วิธีเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และอายุ และ 3) ความรู้สึกทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์ถึงเครียด แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา

งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง เริ่มจากการศึกษาของสโตนเนอร์และเคมพ์เฟอร์ (Stoner & Keampfer 1985 : 269-273) ในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด จำนวน 55 คน อายุ 18-84 ปี เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการระลึกถึงข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ระยะของโรคกับความหวังของผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่การระลึกถึงข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค จะมีความหวังน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลดังกล่าว และระยะของโรค ไม่มีความเกี่ยวข้องกับความหวัง

ต่อมาในปี ค.ศ.1986 ควิน ฟอนคานาและเรซนิคอฟ (Quinn, Fontana & Reznikoff 1986 : 79-89) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเกือหนุนที่ได้รับจากคู่ครองและวิธีเผชิญปัญหากับภาวะไม่สุขสบายทางจิตใจ ในผู้ป่วยมะเร็งบอด 60 คนและภรรยา เป็นการศึกษาติดตามในระยะยาว 3 เดือน เก็บข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62.92 ปี และอายุเฉลี่ยของภรรยาเท่ากับ 58.48 ปี ค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วยและภรรยาเท่ากับ 11.42 ปี และ 12.08 ปี คามลาตบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะของโรคในขั้นที่ 3 ใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของเฟลตัน (Felton Coping Scale) แบบวัดอาการแสดง 90 อาร์ (Symptom Checklist 90(R)) ในหมวดความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้า แบบทดสอบการปรับตัวด้านสมรสของล็อก-วอลล์ (Locke-Wallace Marital Adjustment Test) และแบบวัดการรับรู้ความเกือหนุนจากสังคม (Perceived Social Support Inventory) ในการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า 1) การได้รับความเกือหนุนจากคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไม่สุขสบายทางจิตใจ 2) วิธีเผชิญปัญหาที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่สุขสบายทางจิตใจ ได้แก่ การสร้างความนึกคิดใหม่ การแสวงหาข้อมูลและการลดความรุนแรงของปัญหา และ 3) วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะไม่สุขสบายทางจิตใจ ได้แก่ การสร้างมโนภาพที่ปรารถนา การโทษตนเอง และการระบายอารมณ์

ในปีเดียวกัน ฮอปกินส์ (Hopkins 1986 : 256-282) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยกับการปรับตัว ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 58 คน มีอายุเฉลี่ย 54.7 ปี จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 13 ปี ประมาณ 1 ใน 3 ส่วนของตัวอย่างมีความรุนแรงทางโรคมก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างตามแบบสอบถาม 3 ชนิด คือ แบบสอบถามความชอบในการแสวงหาข้อมูล (Information Preference Questionnaire) แบบสอบถามผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile) และแบบวัดภาวะอารมณ์ (Profile of Mood States) ผลการศึกษาพบว่า การแสวงหาข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก จะมีการแสวงหาข้อมูลน้อย แต่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีการแสวงหาข้อมูลมาก

ผลงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดังกล่าวข้างต้นนั้น ไม่ได้วัดวิธีเผชิญปัญหาด้วยเครื่องมือของไวส์แมน แต่งานวิจัยของสก๊อต โอเบิร์ตและบูคบินเดอร์ (Scott, Oberst & Bookbinder 1984 : 325-329) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายที่มารับการส่องกล้องของระบบขับถ่ายปัสสาวะ (cystoscope) จำนวน 30 คน อายุ 37-70 ปี ได้ใช้แบบสัมภาษณ์วิธีเผชิญปัญหาของไวส์แมน (COPE) ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหา ส่วนความวิตกกังวลวัดโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory ; STAI) และความสามารถในการแก้ไขปัญหาวัดโดยใช้แบบวัดการประเมินค่านการนึกคิด (Critical Thinking Appraisal ; CTA) เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวในช่วง 6-8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่หันหน้าเผชิญกับปัญหาจะมีความวิตกกังวลและความสามารถในการแก้ไขปัญหามากกว่าผู้ที่ไม่ชอบหันหน้าเผชิญกับปัญหา การประเมินความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับวิธีเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการแก้ไขปัญห

นอกจากนี้มีผลงานวิจัยของไวส์แมนอีก 2 เรื่อง ผลงานเรื่องแรกรายงานไว้ในปี ค.ศ.1976 โดยไวส์แมน (Weisman 1976 : 187-198) ได้ศึกษา

ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง

จำนวน 163 คน อายุเฉลี่ย 50.2 ปี ร้อยละ 66 มีสถานภาพสมรสคู่ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างโดยนักสังคมสงเคราะห์ และใช้แบบสอบถามทางจิตวิทยาในเรื่องของภาวะอารมณ์ทุกข์โศก วิธีเผชิญปัญหา ภาวะอารมณ์ ความกังวลต่าง ๆ การแก้ไข้ปัญหา และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของร่างกายเป็นการศึกษาคิดตามระยะยาวเก็บข้อมูลครั้งแรกภายใน 10 วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากนั้นเก็บข้อมูลเป็นช่วง ๆ 4-6 สัปดาห์ต่อครั้งเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเท่ากับ 19 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 20 คะแนน โดยภาวะอารมณ์ทุกข์โศกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ร้าย อาการแสดงทางกาย ความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีประวัติของโรคทางจิตเวช ความล้มเหลวในอดีต ปัญหาเกี่ยวกับคู่ครองและปัญหาในครอบครัวมาก และภาวะอารมณ์ทุกข์โศกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคาดหวังความช่วยเหลือจากผู้อื่น และฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาครั้งนี้ไวส์แมนเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกคนต้องการที่จะได้รับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก แต่ผู้ป่วยมะเร็งบางคนเท่านั้นที่ต้องการได้รับการดูแลพิเศษ

ต่อมาไวส์แมนและวอร์ดเคน (Weisman & Worden 1976-1977 : 1-5) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านร่างกายและด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้เล็ก มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง จำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย 48.8 ปี ร้อยละ 74 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 84 มีสถานภาพสมรสคู่ เก็บข้อมูลโดย 1) การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างโดยนักสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในระยะนี้ สัมพันธภาพกับผู้อื่นใกล้ชิด แหล่งเกื้อหนุนที่คาดหวัง ไว้และอื่น ๆ เป็นคำถามปลายเปิดใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-2 ชั่วโมง 2) แบบทดสอบทางจิตวิทยา ได้แก่ แบบวัดบุคลิกภาพของมินนิโซตา (Minnesota Multiphasic Personality Inventory ; MMPI) แบบทดสอบการรับรู้ของบุคคล (Thematic Apperception Test : TAT) แบบวัดภาวะอารมณ์ (Profile of Mood States : POMS) แบบสอบถามวิธีเผชิญปัญหา (COPE) แบบสอบถามความสำเร็จในการแก้ไข้ปัญหา (RES) แบบสอบถามความกังวล (Inventory of Predominant Concern ; IPC) และแบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (Index of Vulnerability ; VUL) เป็นการศึกษาติดตามในระยะยาว 4-6 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บข้อมูลซ้ำเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและภาวะจิตสังคม

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกสูง เป็นบุคคลที่เผชิญปัญหาได้ไม่ดี จะใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยการระงับความรู้สึก การถกถอยยอมจำนนต่อโรคและไม่สามารถตัดสินใจได้ เกี่ยวกับการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกต่ำ เป็นบุคคลที่เผชิญปัญหาได้ดี จะยอมรับการวินิจฉัยโรคและการรักษาโดยปราศจากการทูลสองนัย จะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อขอความช่วยเหลือในสิ่งที่เกิดขึ้น การรับรู้เกี่ยวกับอนาคตจะเปิดกว้างและมองโลกในแง่ดี 2) บัจฉัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกสูงและค่าแสดงในตารางที่ 1 (หน้า 31) และ 3) ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกในระดับสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น ๆ ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา

จากการศึกษาครั้งนี้ ไวส์แมนและวอร์เคน เน้นว่าผู้ป่วยที่ประสบปัญหาแตกต่างกันจะใช้วิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกันและมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีต ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแต่วิธีเผชิญปัญหาที่ใช้กลไกการป้องกันตนเองน้อยจะควบคุมปัญหาได้ดีกว่าวิธีเผชิญปัญหาวิธีอื่น และการตระหนักถึงภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกของผู้ป่วยในช่วงที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจะเป็นแนวทางที่ดีในการดูแลด้านจิตสังคม

การวิจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในซีกโลกตะวันตก สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในประเทศไทยที่ผู้วิจัยรวบรวมมานั้นเป็นการวิจัยที่ศึกษาโดยพยาบาลและศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็ง งานวิจัยเรื่องแรกเป็นของสุจิตรา ลิมอานวยลาก (2525) เพื่อศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย ไคล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต จำนวน 51 คน ส่วนใหญ่ (37 คน) มีอายุในช่วง 30-60 ปี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเก็บข้อมูลครั้งเดียว โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติคนที่สร้างขึ้นเอง และแบบประเมินการปรับตัวที่คัดแปลงจาก Sickness Impact Profile วิศวกรปรับตัว 6 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน หน้าที่การงาน การติดต่อสังสรร งานอดิเรก และน้ำหนักการสติปัญญา และอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 30 ปี และอายุ 30-60 ปี ปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปี 2) กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า 3) เพศ สถานภาพสมรสและระยะเวลาที่ทำการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูง	ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกต่ำ
1. มองโลกในแง่ร้าย	1. มองโลกในแง่ดี
2. มีความล้มเหลวในอดีตมาก	2. มีความล้มเหลวในอดีตและมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวน้อย
3. มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว	3. มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเล็กน้อยในช่วงที่ผ่านมา
4. มีประวัติของการได้รับการรักษาทางจิตหรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย	4. มีความวิตกกังวลน้อย มีความเข้มแข็งในตนเอง
5. มีความวิตกกังวลสูง มีความอ่อนแอในตนเอง (MMPI)	5. มีอาการแสดงทางกายน้อย
6. มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากมายในช่วงที่ผ่านมา	6. มีความกังวลเรื่องต่างๆ น้อย
7. มีอาการแสดงทางกายมาก	7. มีผลสำเร็จในการแก้ปัญหาสูง
8. มีความกังวลเรื่องต่างๆ มาก	8. คาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ
9. มีผลสำเร็จในการแก้ปัญหาต่ำ	9. แพทย์สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างดี
10. คาดหวังการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย	10. รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อครอบครัว การงาน และชีวิตของตนเองน้อย
11. มองว่าแพทย์ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	11. รู้สึกไม่ถูกรังเกียจ ไม่คิดว่าเป็นโรคภัย
12. รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อครอบครัว การงาน และชีวิตของตนเองมาก	12. มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่อยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้น
13. รู้สึก โศก เศร้า ถูกละทิ้ง	
14. มีแนวโน้มที่ยอมงานหรือโทษผู้อื่นว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย	

ที่มา : Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15

กับการปรับตัว 4) การไต่ถามความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติคน การให้สมาธิมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และ 5) ความรู้สึกหมดหวังท้อแท้และการนั่ง เวียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ทัศนาศาสตร์ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต จำนวน 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.25) อายุในช่วง 21-60 ปี (ร้อยละ 78.75) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55) เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองตามแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตัวของรอยแบ่ง เป็นการปรับตัวด้านสรีรวิทยาและด้านจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ส่วนปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังและการปรับตัว

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2531 : 222-237) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 60 คน เพื่อสำรวจความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรคและความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพรวมทั้งหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 26-77 ปี ^{เพศหญิง 33 คน เพศชาย 27 คน} ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งบริเวณลำคอและใบหน้า เก็บข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับโรค โดยใช้วิธีการเผชิญกับโรคมะเร็งที่ไวส์แมนและวอร์เคนเสนอไว้และเพิ่มเติมวิธีการบางอย่างที่เสนอโดยลาซาร์สและพอลคแมนมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาทั้งวิธีการคล้ายทุกขวิธี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายงานการใช้วิธีแก้ปัญหาสูงกว่าวิธีคล้ายทุกขวิธี วิธีเผชิญกับโรคที่ผู้ป่วยรายงานว่าใช้บ่อย ได้แก่ เผชิญกับปัญหาและกระหายไปถามที่ปรึกษา ทบทวนทางเลือกสำรวจผลที่ตามมา และที่ใช้น้อยคือโทษสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น การใช้วิธีแก้ปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนการใช้วิธีคล้ายทุกขวิธีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจของโชคกลาง/โอกาส และบุคคลที่มีอำนาจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจในตน และความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมมานั้น พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จในการเผชิญปัญหานั้นมีหลายรูปแบบ ส่วนมากพบว่าวิธีที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาและวิธีที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหามีความสัมพันธ์ทาง

ลบกัมผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (สุจิตรา ล้อมานวยลาภ 2525 ; Christman, et al. 1988 : 71-81 ; McNett 1987 : 98-103 ; Webster & Christman 1988 : 384-396 ; Weisman 1976 : 189-196 ; Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15) มีส่วนน้อยที่พบว่า ทั้งวิธีที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหา และหลบหลีกปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (Holmes & Houston 1974 : 212-218 ; Quinn, Fontana & Reznikoff 1986 : 79-89) หรือวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (Stoner & Keampfer 1985 : 267-273) หรือไม่มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (Hopkins 1986 : 256-262 ; Scott, Oberst & Bookbinder 1984 : 325-329)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับวิธีเผชิญปัญหา และผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา มีดังนี้ ปัจจัยด้านอายุ งานวิจัยส่วนมากพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหา (ทัศนาศูววรรณะปกรณ 2531 ; Folkman & Lazarus 1980 : 219-239 ; McNett 1987 : 98-103 ; Webster & Christman 1988 : 384-396) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (สุจิตรา ล้อมานวยลาภ 2525 ; McNett 1987 : 98-103) ส่วนน้อยที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหา แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหา (Christman, et al. 1988 : 71-81 ; Hopkins 1986 : 256-262)

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีงานวิจัยบางเรื่องพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหา (McNett 1987 : 98-103) และผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (ทัศนาศูววรรณะปกรณ 2531 ; สุจิตรา ล้อมานวยลาภ 2525) บางเรื่องพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (Quinn, Fontana & Reznikoff 1986 : 79-89) หรือพบว่าสถานภาพสมรส โสด หย่า หรือหม้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (McNett 1989 : 98-103)

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาพบว่า มีทั้งที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหา และผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (ทัศนาศูววรรณะปกรณ 2531 ; McNett 1987 : 98-103) หรือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา (สุจิตรา ล้อมานวยลาภ 2525) หรือมีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหา (Christman, et al. 1988 : 71-81) โดยพบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงใช้วิธีเผชิญที่ทำให้หันหน้าเข้าหาปัญหา แต่บุคคลที่ระดับการศึกษาค่ำใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้หลบหลีกปัญหา

สำหรับปัจจัยสุดท้าย คือ อาการแสดงทางกายซึ่งก่อให้เกิดภาวะไม่สุขสบายนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีทั้งที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้หลบหลีกปัญหา (Gass 1987 : 29-33) และไม่มี ความสัมพันธ์กับการใช้วิธีเผชิญปัญหา (Webster & Christman 1988 : 384-386) ส่วนความสัมพันธ์กับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหานั้นมีทั้งที่พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กัน (McNett 1987 : 98-103) หรือความสัมพันธ์ไปในทางลบ (Weisman 1976 : 187-196 ; Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15)

จากผลสรุปดังกล่าวข้างต้น พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ นั้นมีทิศทาง ไม่แน่นอน อาจเป็นเพราะศึกษาในสถานการณ์ที่แตกต่าง ๆ กัน กลุ่ม ตัวอย่างมีลักษณะแตกต่างกัน รวมทั้งความแตกต่างของลักษณะสังคม ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของวิธีเผชิญปัญหา ภาวะอารมณ์ ทุกข์โศก (ผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา) รวมทั้งปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก ในประเทศไทย เพื่อหาข้อสรุปสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก รวมทั้งหาตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ในผู้ป่วยมะเร็งเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีบำบัด ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีลักษณะดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นครั้งแรกและไม่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาชนิดอื่นมาก่อน มีความเข้าใจในการใช้ภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและทราบการวินิจฉัยโรคของตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งเร็งปากมดลูกที่ไม่เข้ามาศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเคยเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่น ๆ และได้รับรังสีรักษามาก่อน ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคอื่นร่วมด้วยและต้องการการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2532 ถึงเดือนกรกฎาคม 2532 โดยผู้วิจัยได้พบผู้ป่วยทั้งหมด 72 ราย มี 8 รายที่ปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 5 รายไม่ทราบการวินิจฉัยโรคของตนเอง 2 รายไม่เข้าใจภาษาไทย 6 รายขาดการมาติดตามการรักษา และ 1 รายที่เคยเป็นมะเร็งเร็งเต้านมและได้รับรังสีรักษามาก่อน ดังนั้นเหลือผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข) ได้ข้อมูลต่าง ๆ โดยการสัมภาษณ์และจากรายงานประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคและระยะของโรค

2. แบบบันทึกวิธีเผชิญปัญหา (ภาคผนวก ค) ได้ข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) ให้อยู่ในกรอบเดียวกับวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหาอื่น เนื่องมาจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการได้รับรังสีรักษาครั้งนี้ โดยมีคแนวทางของวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย มะเร็ง 15 วิธีที่ไวส์แมนได้หาการศึกษาไว้ (Weisman 1979 : 28-40) ได้แก่

- 2.1 การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล
- 2.2 การพูดคุยปรึกษาและปรึกษาหารือกับผู้อื่น
- 2.3 การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น
- 2.4 การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
- 2.5 การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น
- 2.6 การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง
- 2.7 การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามมองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น
- 2.8 การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย เชื่อในโชคชะตา
- 2.9 การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด
- 2.10 การใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสม
- 2.11 การลดความตึงเครียดโดยทำสิ่งอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต
- 2.12 การถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว
- 2.13 การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น
- 2.14 การทำตามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม
- 2.15 การตำหนิตนเอง

การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง และบันทึกเทปไว้ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาประเมิน โดยผู้วิจัย เพื่อจำแนกว่าผู้ป่วยใช้วิธีเผชิญปัญหาวิธีใดบ้างจากวิธีเผชิญปัญหา 15 วิธี และวิธีเผชิญปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจาก 15 วิธีดังกล่าว บันทึกในแบบบันทึกวิธีเผชิญปัญหา

การหาความเที่ยงในการจำแนกการใช้วิธีเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และมีความรู้ความชำนาญในเรื่องของการเผชิญปัญหาจากการเป็นมะเร็งเต้านม 2 ท่าน ประเมินข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อจำแนกการใช้วิธีเผชิญปัญหาและบันทึกในแบบบันทึกวิธีเผชิญปัญหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหาที่ประเมินโดยผู้วิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน มาหาความเท่าเทียมในการประเมิน (Equivalence) เพื่อหาความเที่ยงของการจำแนกวิธีเผชิญปัญหาของผู้ป่วย (Interrater reliability) ใช้วิธีคำนวณหาค่าแคปปา (Kappa ; k) โดยค่าความเที่ยงของการจำแนกวิธีเผชิญปัญหา ซึ่ง เปรียบเทียบระหว่างผู้วิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 มีค่าเท่ากับ 0.80 (ในผู้ป่วย 9 ราย) และระหว่างผู้วิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.72 (ในผู้ป่วย 10 ราย) และ 0.93 (ในผู้ป่วย 50 ราย)

3. แบบสอบถามภาวะไม่สุขสบาย (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยแปล และเรียบเรียงมาจากแบบสอบถามที่ไวส์แมน วอร์เคนและโซเบล (Weisman, Worden & Sobel 1980 : Appendix A-1, Appendix A-2) ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยภาวะไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการแสดงทางกาย และภาวะเครียดทางจิตใจของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการเป็นมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อความ 13 ข้อ จำแนกได้ดังนี้

- 3.1 ความเจ็บปวด
- 3.2 หละหลวม
- 3.3 น้ำหนัก
- 3.4 การนอนหลับ
- 3.5 ผิวหนัง
- 3.6 การรับรู้ความรู้สึก
- 3.7 การเคลื่อนไหว
- 3.8 ระบบทางเดินอาหารส่วนบน
- 3.9 ระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง
- 3.10 ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์
- 3.11 ระบบหายใจ
- 3.12 ระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 3.13 ภาวะไม่สุขสบายทางจิตใจและอารมณ์

ในแต่ละข้อความจะมีข้อความที่บ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของภาวะไม่สุขสบาย 3 ระดับ เรียงจากความรุนแรงน้อย (0) ไปหาความรุนแรงมาก (2)

การออกแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกคำตอบเพียง
หนึ่งคำตอบในแต่ละข้อ โดยการวงกลมล้อมรอบตัว เลขหน้าข้อความที่ตรงกับภาวะ
ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด

ลักษณะการให้คะแนนจะเป็นดังนี้

เลือกหมายเลข	0	ได้	1	คะแนน
เลือกหมายเลข	1	ได้	2	คะแนน
เลือกหมายเลข	2	ได้	3	คะแนน

ดังนั้นคะแนนของภาวะไม่สุขสบายจะมีค่าต่ำสุด 13 คะแนน และค่าสูง
สุด 39 คะแนน โดยที่คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะไม่สุขสบายมาก

ผู้วิจัย ได้ให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องและ
ความชัดเจนของข้อความต่าง ๆ นำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบสอบถาม
มาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามดังกล่าว ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 10 ราย หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาความสอดคล้องภายใน
(Internal consistency) ใช้วิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน-
แบค (Cronbach's alpha-coefficient ; α) ในผู้ป่วย 10 ราย และ 50
ราย ได้ค่าเท่ากับ 0.51 และ 0.74 ตามลำดับ

นอกจากนี้ผู้วิจัยหาความเที่ยงของแบบสอบถามนี้โดยใช้วิธี Known
Group Technique ซึ่งผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามภาวะไม่สุขสบายนี้ไปสอบถาม
นักศึกษาพยาบาลปริญาโท คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 10 ราย แล้ว
นำค่าเฉลี่ยคะแนนอาการแสดงทางกายของนักศึกษามาเปรียบเทียบกับของกลุ่มตัว-
อย่าง 10 ราย พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการแสดงทางกาย
อย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) โดยที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยมีค่าสูงกว่า แสดงว่า
แบบสอบถามนี้มีความเที่ยงในการวัดภาวะไม่สุขสบาย

4. แบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (ภาคผนวก จ) ซึ่งผู้วิจัยแปล
และเรียบเรียงมาจากแบบวัดภาวะอารมณ์ทุกข์โศกของ โอเมก้า (Omega
Vulnerability Rating Scale) สร้างโดย ไวส์แมน (Weisman 1976 :
60-61) เพื่อใช้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในโครงการชื่อ โอเมก้า ประกอบด้วยอารมณ์
ต่าง ๆ 13 ชนิดดังนี้

- 4.1 ความรู้สึกสิ้นหวัง
- 4.2 ความรู้สึกสับสนวุ่นวายใจ
- 4.3 ความรู้สึกคับข้องใจ
- 4.4 ความรู้สึกซึมเศร้า

- 4.5 ความรู้สึกสูญเสียพลังใจ
- 4.6 ความรู้สึกวิตกกังวล
- 4.7 ความรู้สึกเหนื่อยล้า
- 4.8 ความรู้สึกไร้ค่า
- 4.9 ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง
- 4.10 การปฏิเสธการรับรู้ต่อความเป็นจริง
- 4.11 ความรู้สึกก้าวร้าว
- 4.12 การปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่น
- 4.13 การรับรู้เกี่ยวกับอนาคต

อาการแต่ละชนิดจะมีความรุนแรงแตกต่างกัน 4 ระดับ เริ่มจากความรุนแรงมากที่สุด (หมายเลข 4) ไปจนถึงความรุนแรงน้อยที่สุด (หมายเลข 1)

แบบสอบถามนี้เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วง ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้อง เลือกคำตอบเพียงหนึ่งคำตอบในแต่ละข้อ โดยการวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่บ่งบอกถึงภาวะอาการที่แท้จริงในปัจจุบัน

ลักษณะการให้คะแนนจะเป็นดังนี้

เลือกหมายเลข	1	ได้	1	คะแนน
เลือกหมายเลข	2	ได้	2	คะแนน
เลือกหมายเลข	3	ได้	3	คะแนน
เลือกหมายเลข	4	ได้	4	คะแนน

ดังนั้นคะแนนของภาวะอารมณ์ทุกข์โศก จะมีค่าต่ำสุด 13 คะแนนและค่าสูงสุด 52 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกมาก จากการศึกษาของ ไวส์แมน (Weisman 1976 : 187-196) เพื่อประเมินภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็ง 163 คน ได้ค่าเฉลี่ยและมัธยฐานของคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเท่ากับ 19 และ 20 คะแนนตามลำดับ

การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัย ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษาอังกฤษ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในการแปล และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงความเนื้อหาของแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความ
 ครองของแบบสอบถามแล้ว ได้นำแบบสอบถามดังกล่าว ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
 10 ราย หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาความสอดคล้องภายใน ใช้วิธี
 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนแบค ได้ค่าเท่ากับ 0.66 และ 0.80 ใน
 ผู้ป่วย 10 ราย และ 50 รายที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ได้ทำหนังสือถึงหัวหน้าภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรง
 พยาบาลรามธิบดี เพื่อขอความร่วมมือจาก เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลใน
 เวลาราชการ โดยขั้นตอนในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. ค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกและ ได้รับรังสีรักษาเป็น
 ครั้งแรกจากรายงานประวัติผู้ป่วย
2. เมื่อได้รายชื่อแล้ว ได้ไปพบกับผู้ป่วย ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 แนะนำตนเอง เกี่ยวกับชื่อ-นามสกุล สถานภาพการศึกษา
 - 2.2 ขออนุญาตผู้ป่วยในการสนทนา ชักถามเกี่ยวกับการทราบ
 การวินิจฉัยโรค ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการใช้
 ภาษาไทย
 - 2.3 ในผู้ป่วยที่ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของตนเองและ
 มีความเข้าใจในการใช้ภาษาไทย ผู้วิจัยขอความร่วมมือ
 ในการศึกษาครั้งนี้ ตามรายละเอียดในใบพิกัดสิทธิ์ผู้ป่วย
 (ภาคผนวก ก)
3. ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีมาแล้ว ไม่ต่ำกว่า 10 ครั้ง และพบกับผู้วิจัยมาแล้ว
 อย่างน้อย 5 ครั้ง ได้นัดวันและเวลาในการเก็บข้อมูลตามความสะดวกของผู้ป่วย
4. ในวันเก็บข้อมูล ได้ทำตามขั้นตอนดังนี้
 - 4.1 สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย บันทึกในแบบฟอร์ม
 ภาคผนวก ก.
 - 4.2 สัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหา พร้อมบันทึก เทปไว้
 ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที
 - 4.3 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศก (ภาค-
 ผนวก จ) และแบบสอบถามภาวะไม่สุขสบาย (ภาคผนวก ง)
 ตามลำดับ เพื่อป้องกันผลจากการตอบแบบสอบถามภาวะไม่
 สุขสบายที่จะมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ใช้เวลา
 ประมาณ 15-25 นาที

ในผู้ป่วยที่อ่านหนังสือออกและ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับ การมองเห็น ได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง โดยผู้วิจัย เป็นผู้ให้ความกระจ่างในข้อความที่ผู้ป่วยสงสัย ส่วนผู้ป่วย ที่อ่านหนังสือ ไม่ออกหรือมีปัญหาในการมองเห็น ผู้วิจัยจะ เป็นผู้อ่านแบบสอบถามพร้อมทั้งให้ความกระจ่างในข้อความที่ผู้ป่วยสงสัย

4.4 หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความ สมบูรณ์ และความเรียบร้อยของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด การ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละคนใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

5. ศึกษารายงานประวัติผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และระยะของโรค

6. ผู้วิจัยประเมินวิธีเผชิญปัญหาจากข้อมูลที่ได้จากการบันทึก เทป เพื่อจำแนกวิธีเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้

7. นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมไว้ ทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX (Statistical Package for the Social Science Version X) ที่ ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระยะการ คาเนินของโรควิเคราะห์ในรูปความถี่และร้อยละ ส่วนอายุ และระดับการศึกษา วิเคราะห์ในรูปความถี่และร้อยละ รวมทั้งหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าความถี่และค่าร้อยละของวิธีเผชิญปัญหาแต่ละชนิดที่กลุ่มตัวอย่าง ใช้

3. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะไม่สุขสบาย และ ภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก

4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ วิธีเผชิญปัญหาภาวะ อารมณ์ทุกข์ โศก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบาย ใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient ; r_{xy}) แล้วทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ ค่าสถิติ (t-test) โดยกำหนดค่าตัวเลขของปัจจัยที่เป็นนามสเกล ดังนี้ สถาน- ภาพสมรส แบ่งเป็น สถานภาพสมรสคู่ = 1 สถานภาพสมรส หย่า หย่าหรือแยก กันอยู่ = 2 และวิธีเผชิญปัญหาแบ่งเป็น ได้ใช้ = 1 ไม่ได้ใช้ = 0

5. หาคำทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ วิธีเผชิญปัญหา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบาย โดยการวิเคราะห์แบบสหสัมพันธ์หุคตามขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และการวิเคราะห์แบบสหสัมพันธ์หุคตามเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดค่าตัวเลขของปัจจัยที่เป็นนามสเกลเหมือนข้อ 4



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายกับวิถีเผชิญปัญหา และภาวะอารมณ์ทุกข์โศกรวมทั้งหาตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ที่นำมาศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีอายุระหว่าง 27-67 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.24 ปี (SD 10.88 ปี) ร้อยละ 72 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 28 มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ระดับการศึกษามีตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงปริญญาตรี โดยค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเท่ากับ 5.16 ปี (SD 3.88 ปี) ส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินของโรคในขั้นที่ 2 และ 3 โดยจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และระยะการดำเนินของโรค แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษาและระยะการดำเนินของโรค

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
27-40 ปี	11	22
41-60 ปี	30	60
> 60 ปี	9	18
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	10
ประถมศึกษา	35	70
มัธยมศึกษา	8	16
ปริญญาตรี	2	4
ระยะการดำเนินของโรค		
ขั้นที่ 1	2	4
ขั้นที่ 2	26	52
ขั้นที่ 3	20	40
ขั้นที่ 4	2	4

2. วิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้

กลุ่มตัวอย่างรายงานการใช้วิธีเผชิญปัญหาเพียง 14 วิธีจากทั้งหมด 15 วิธี โดยวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 5 อันดับแรกเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ อันดับแรกคือ การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่นมีร้อยละ 98 รองลงมาคือการใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมมีร้อยละ 90 และอันดับที่ 3 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เท่ากัน 3 วิธีคือร้อยละ 88 ได้แก่ การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง และการทำความเข้าใจที่แพทย์แนะนำ โดยปราศจากข้อคำถาม ส่วนวิธีเผชิญปัญหา 6 อันดับสุดท้ายที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุดเรียงจากน้อยไปมากมีดังนี้ อันดับแรกคือ การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิดซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ใช้เลย รองลงมาคือการลดความตึงเครียดโดยการกระทำที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมีร้อยละ 8 อันดับที่ 3 คือการหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่นมีร้อยละ 24 อันดับที่ 4 คือการคาหนึคนเองมีร้อยละ 36 และอันดับที่ 5 และ 6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เท่ากัน 2 วิธีคือร้อยละ 38 ได้แก่ การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น และการถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และอันดับที่ของวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้

วิธีเผชิญปัญหา	จำนวน(คน)	ร้อยละ	อันดับที่
1. การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล	44	88	3
2. การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น	49	98	1
3. การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยน สถานการณ์ให้ดีขึ้น	19	38	10
4. การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	32	64	7
5. การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น	12	24	13
6. การหันหน้าเผชิญกับโรคอย่างเข้าใจใน สภาพเป็นจริง	44	88	3
7. การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายาม มองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น	36	72	6
8. การยอมงานต่อความเจ็บป่วย เชื่อใน โชคชะตา	20	40	8
9. การกระหาสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด	0	0	15
10. การไต่คราญพิจารณาหาทางเลือกที่ เหมาะสม	45	90	2
11. การลดความตึงเครียด โดยการทำสิ่งที่ เป็นอันตรายต่อชีวิต	4	8	14
12. การถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว	19	38	10
13. การค้นหาผู้อื่นหรือสิ่งอื่น	20	40	8
14. การทำตามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจาก ข้อคำถาม	44	88	3
15. การค้นหาตนเอง	18	36	12

3. ภาวะไม่สุขสบายและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

พบว่า คะแนนภาวะไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 15-31 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.60 คะแนน (SD 3.96 คะแนน) มีฐานนิยมเท่ากับ 24 คะแนน และมีมัธยฐานเท่ากับ 20.5 คะแนน

ส่วนคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข์โศกมีค่าระหว่าง 13-38 คะแนน โดย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.62 คะแนน (SD 5.41 คะแนน) มีฐานนิยมเท่ากับ 19 คะแนน และมีมัธยฐานเท่ากับ 21 คะแนน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหา ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาการแสดงทางกาย

จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้ผลดังตารางที่ 4

วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 วิธี ได้แก่ การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น ($r = -.29$) และการทำคามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม ($r = -.30$) ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใดที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกที่ได้นั้น ทอรับสมมติฐานข้อที่ 2 แต่ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1

วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 วิธี ได้แก่ การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น ($r = -.37$) และการค้นหาผู้อื่นหรือสิ่งอื่น ($r = -.37$) ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใดที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างสถานสมรสกับวิธีเผชิญปัญหานั้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 วิธีคือ การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่าง เข้าใจในสภาพเป็นจริง ($r = .24$) และการค้นหาตนเอง ($r = .35$) วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษาอย่างที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มี 2 วิธี ได้แก่ การทำให้เป็นเรื่องขบขัน ($r = -.36$) และการพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วย ($r = -.42$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
ปัจจัย																				
1.อายุ	1.00																			
2.ระดับการศึกษา	-.22	1.00																		
3.ภาวะไม่สุขสบาย	.03	-.26*	1.00																	
4.สถานการณ์โรค	-.23	.04	.27*	1.00																
5.การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม	-.19	-.08	-.10	.18	1.00															
6.การพูดคุยรับฟังกับผู้อื่น	-.17	.08	.20	.23	-.05	1.00														
7.การทำไทม์เป็นเรื่องขบขัน	-.15	-.36*	.10	.12	.16	.11	1.00													
8.การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วย	.01	-.42*	.03	0	.11	-.11	.07	1.00												
9.การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น	-.37*	.17	-.18	.04	-.08	.08	.14	-.16	1.00											
10.การหันเหไปสู่อื่นๆ	-.06	.24*	-.36*	-.09	.05	.05	-.09	-.02	.06	1.00										
11.การยอมรับสภาพตนเองของหงุดหงิด	.03	-.16	-.27*	-.19	.04	-.09	-.06	.18	-.07	.18	1.00									
12.การยอมรับสถานการณ์ของหงุดหงิด	.03	-.19	.28*	.04	.05	.12	.03	.10	-.27*	-.33*	.15	1.00								
13.การโกรธหรือการหาทางเลือก	-.13	.08	-.12	-.06	.08	.43*	-.01	.03	.19	.49*	-.06	0	1.00							
14.การหาสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจ	-.04	.06	.14	.18	-.12	.04	.07	-.24*	-.17	-.34*	.02	.21	-.64*	1.00						
15.การยอมรับแยกตัวอยู่กับตัวเอง	-.14	-.01	.28*	.12	-.09	.11	-.10	-.01	-.05	-.34*	-.25*	-.05	-.29*	.22	1.00					
16.การทำให้ผู้อื่นหรือสิ่งอื่น	-.37*	.18	.10	.23	-.08	.12	.20	.02	.21	.18	.31*	0	.27*	-.24*	-.22	1.00				
17.การหาความบันเทิงแบบง่ายๆ	.11	.18	-.29*	.18	-.14	-.05	.04	.11	-.08	.24*	.04	-.33*	-.12	.11	.04	-.20	1.00			
18.การหาความบันเทิง	-.17	.35*	-.18	.19	.02	.11	-.07	-.22	.16	.15	-.18	-.19	.25*	-.07	-.07	.15	1.00			
19.ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก	-.09	-.08	.57*	.28*	.16	.04	-.06	-.12	-.29*	0	-.18	.07	-.01	.19	.07	.17	-.30*	.02	1.00	

* P < .05

วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะไม่สุขสบายอย่างมีนัย-
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 วิธี ได้แก่ การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วยเพื่อ
ในโชคชะตา ($r = .28$) และการถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว ($r = .28$)
และวิธีเผชิญปัญหา 3 วิธี ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไม่สุขสบายอย่างมีนัย-
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพ
เป็นจริง ($r = -.36$) การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามมองหาข้อดี-
ของการเจ็บป่วยนั้น ($r = -.27$) และการทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจาก
ข้อคำถาม ($r = -.29$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา และภาวะไม่สุขสบาย กับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก พบว่า อายุและระดับ
การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรส และภาวะไม่สุขสบาย มีความสัมพันธ์ทาง
บวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัม-
ประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .28 และ .57 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ที่ได้
ตอบรับสมมติฐานข้อที่ 3 ในเรื่องของปัจจัยด้านภาวะไม่สุขสบาย

5. ตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทุกข์-
โศกอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพสมรส ภาวะไม่สุขสบาย และวิธีเผชิญปัญหา
2 วิธี คือ การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น และการทำตามแพทย์แนะนำโดย
ปราศจากข้อคำถาม ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยเหล่านี้ในการทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์-
โศกแสดงในตารางที่ 5 และ 6 พบว่าเมื่อใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบ
ขั้นตอน ภาวะไม่สุขสบายเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศก
ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ 32% ($F = 22.79$,
 $p < .05$) แต่เมื่อใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบเชิงชั้น โดยการใส่ตัวแปร
เรียงตามลำดับ ดังนี้คือ สถานภาพสมรส การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น
การทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม และภาวะไม่สุขสบาย พบว่า
ปัจจัยเหล่านี้ทุกตัวใช้เป็นตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกได้อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ โดยสถานภาพสมรสสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ทุกข์โศก
ได้ 8% ($F = 4.09$, $p < .05$) การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่นสามารถ
อธิบายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ทุกข์โศกได้เพิ่มขึ้น 9% ($F = 5.21$,
 $p < .05$) การทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถามสามารถอธิบาย
ความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ทุกข์โศกได้เพิ่มขึ้น 15% ($F = 10.15$,
 $p < .05$) และภาวะไม่สุขสบายสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์

ตารางที่ 5 การทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดย
การวิเคราะห์สหสัมพันธ์หุคูณแบบขั้นตอน

แหล่งความแปรปรวน	Beta	R ²	R ² Change	F Change
ภาวะไม่สุขสบาย	.57	.32	.32	22.79*
สถานภาพสมรส	.14			
การหันเหความสนใจ	-.20			
การทำความเข้าใจที่แพทย์แนะนำ	-.15			

*p < .05

ตารางที่ 6 การทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดย
การวิเคราะห์สหสัมพันธ์หุคูณแบบเชิงชั้น

แหล่งความแปรปรวน	Beta	R ²	R ² Change	F Change
สถานภาพสมรส	.28	.08	.08	4.09*
การหันเหความสนใจ	-.30	.17	.09	5.21*
การทำความเข้าใจที่แพทย์แนะนำ	-.40	.32	.15	10.15*
ภาวะไม่สุขสบาย	.39	.43	.11	9.08*

*p < .05

ทุกข์โศก ได้เพิ่มขึ้น 11% ($F = 9.08, p < .05$) ซึ่งสมการทนายที่มีปัจจัย 4 ชนิดนี้ในสมการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ได้ถึง 43% ($F = 8.64, p < .05$) โดยความแปรปรวนอีก 57% สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาใส่สมการทนายรวมทั้งปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาด้วย

สิ่งที่ได้รับเพิ่มเติมจากการทนายวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง 32 รายมีการใช้กิจกรรมทางศาสนาในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นวิธีเผชิญปัญหาที่นอกเหนือจากวิธีเผชิญปัญหา 15 วิธี ตามกรอบทฤษฎีของไวส์แมน โดยลักษณะของกิจกรรมแสดงในตารางที่ 6 (ภาคผนวก ข) และพบว่าวิธีเผชิญปัญหาวิธีนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา สถาน-

ภาพสมรส ภาวะไม่สุขสบาย และภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

2. จำนวนวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้อยู่ระหว่าง 5-12 วิธี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.76 (SD 1.47 วิธี) โดยจำนวนวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก รวมทั้งหาคำทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากการศึกษาของไวส์แมน

ผลการศึกษาที่ได้มีทั้งที่รองรับและปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ตามกรอบทฤษฎีของไวส์แมน รายละเอียดต่อไปนี้เป็นการอภิปรายผลที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหา และภาวะทุกข์โศก คำทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศกตามลำดับ ประการสุดท้ายเป็นเรื่องข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

ผลการศึกษาที่ได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยการหันหน้าเข้าหาปัญหาและหลบหลีกปัญหาร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของฟอล์กแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus 1980 : 227) แต่ใช้วิธีหันหน้าเข้าหาปัญหามากกว่าวิธีหลบหลีกปัญหาเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ จาโลวีย์ และเพาวเวอร์ (Jalowiec & Powers 1980 : 10-14) ที่พบในผู้ความกังวลสูง ของเวบสเตอร์และคริสมาน (Webster & Christman 1988 : 384-389) ที่พบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และของสมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2531 : 222-237) ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

วิธีเผชิญปัญหา 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นวิธีที่ทำให้หันหน้าเข้าหาปัญหาและส่วนมาก เป็นวิธีเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem & Taylor in Winstead-Fry, ed. 1986 : 37-71) กล่าวคือการแสวงหาข้อมูลอย่างมีเหตุผลและการหาคำปรึกษาหารือกับผู้อื่นนั้น เป็นพฤติกรรมที่ใช้ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมสำหรับดูแลตนเอง การใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการคิดตัดสินใจก่อนที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ และการหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง ได้แก่ การวางแผนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย การวางแผนเกี่ยวกับการรักษาเป็นต้น เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเอง

สำหรับการหาความที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถามนั้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาดี มองว่าแพทย์เป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่สำคัญมากและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ อาจเนื่องมาจากในสังคมไทยผู้ป่วยจะมีความศรัทธาและเชื่อมั่นในแพทย์ผู้รักษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับต่ำ ทำให้ไม่กล้าซักถามสิ่งใด ๆ เพิ่มเติม ซึ่งความสัมพันธ์ในลักษณะนี้อาจก่อให้เกิดผลเสียได้ กล่าวคือผู้ป่วยจะกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลรักษา มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง การที่จะลดผลเสียต่าง ๆ นี้ควรเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์ใหม่ให้เป็นในลักษณะของการพึ่งพาอาศัยกัน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง สนับสนุนให้ร่วมตัดสินใจในการวางแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (Thorne & Robinson 1989 : 153-157 ; Snyder 1989 : 26-27)

วิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช่เลยมีเพียงวิธีเดียว คือการกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 41-60 ปี) ซึ่งอีริกสัน (Erickson) เน้นว่าเป็นวัยของการมีความเอื้ออาทรในบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2531 : 45-57) ร่วมกับหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่สอนให้กระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ดังนั้นจึงไม่พบการกระทำที่รุนแรงหรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมพบเพียงแต่มีการกระทำสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง เพื่อลดความตึงเครียด 4 ราย โดย 2 รายรับประทานยาระงับประสาท 1 รายคิดจะฆ่าตัวตายหากตนเองเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และอีก 1 รายปล่อยให้เลือดออกทางช่องคลอด 3 วันจนสลบเพราะอยากให้เห็นเองเสียชีวิต

นอกเหนือจากวิธีเผชิญปัญหา 15 วิธีตามกรอบทฤษฎีของ ไวส์แมนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้ใช้กิจกรรมทางศาสนาในการเผชิญกับปัญหาอื่นเนื่องมาจากการเป็นมะเร็ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โซเคสตรอมและมาร์ตินสัน (Sodestrom & Martinson 1987 : 41-45) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเช่นเดียวกัน และเขาเน้นว่ากิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเผชิญกับปัญหาค้าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม แต่ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาชนิดนี้กับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

จากการเปรียบเทียบวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ กับรูปแบบการตอบสนองต่อภาวะคุกคามอื่นเนื่องมาจากการเป็นมะเร็งของกัลโล เซอริโคและชาคิสก์ (Gullo, Cherico & Shadisk 1974 : 53-74) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบการตอบสนองผสมผสานระหว่างยอมรับความตาย แต่ไม่ยอมจวนกับความตายและคิดว่าความตายเป็นเรื่องของศาสนา กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะเผชิญกับปัญหาค้าง ๆ อันเนื่องมาจากการเป็นมะเร็งอย่างเข้าใจสภาพเป็นจริง ยอมรับว่าทุกคนที่เกิดมาต้องมีการแก่ การเจ็บ และการตาย ตามหลักของพุทธศาสนา แต่จะไม่ยอมจวนกับความตาย จะต่อสู้เพื่อให้ตนเองดีขึ้นแต่หากความตายมาถึงก็จะยอมรับอย่างจิตใจสงบ

นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีเผชิญปัญหา 5-12 วิธี (ค่าเฉลี่ย 8.76วิธี) มากกว่าผลการศึกษาของซีเมอร์ (Ziemer 1982 : 4-11) ที่ศึกษาในบุคคลปกติ พบว่า มีการใช้วิธีเผชิญปัญหา 1-5 วิธี (ค่าเฉลี่ย 2.9 วิธี) อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งและมีปัญหาค้าง ๆ ที่ต้องจัดการมากมายจึงต้องใช้วิธีเผชิญปัญหามากกว่าบุคคลปกติ แต่ในการศึกษาค้างนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการใช้วิธีเผชิญปัญหากับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา

ผลการศึกษาในเรื่องภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยและมัธยฐานของคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ไวส์แมน (Weisman 1976 : 187-196) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ซึ่งเป็นตัวแปรที่ใช้ประเมินผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกค่อนข้างต่ำ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการเผชิญปัญหาได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่มารับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่มีอาการแสดงทางกายน้อยที่พบส่วนมากคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เหนื่อยล้าและเบื่ออาหาร แต่สามารถที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวได้

สำหรับเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับภาวะอารมณ์ทุกข์-โศก พบว่าการหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น และการทำตามคำแนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ส่วนวิธีเผชิญปัญหาอื่น ๆ นั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ซึ่งผลการศึกษาที่ได้มีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกับผลการศึกษาของไวส์แมน (Weisman 1976 : 187-196 ; Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15) ในส่วนที่สอดคล้องอาจเนื่องมาจากศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง เหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ส่วนที่ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ขัดแย้งกันอาจเนื่องมาจาก ค่าแห่งของโรคมะเร็ง และวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ไวส์แมนศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย และเหตุผลที่สำคัญคือ รูปแบบการวิจัยที่แตกต่างกันรวมทั้งความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งพบว่าผลต่อการเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติที่แตกต่างกัน (Rambo 1984 : 347)

ผู้วิจัย ไม่สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ ไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาอื่น เนื่องจากมีการแบ่งชนิดของวิธีเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน แต่จากผลการศึกษาที่ได้คงพอสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ของวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหาและส่วนน้อยของวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหามีแนวโน้มทำให้กลุ่มตัวอย่างเผชิญปัญหาได้ดี แต่ส่วนน้อยของวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหาและส่วนใหญ่ของวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหามีแนวโน้มทำให้กลุ่มตัวอย่างเผชิญปัญหาได้ไม่ดี แต่วิธีเผชิญปัญหาใดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง นั้นผู้วิจัยไม่สามารถสรุปได้ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการวิจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัย เป็นต้น แต่การวิจัยครั้งนี้คงพอเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยต่อ ๆ ไป เพื่อหาข้อสรุปในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

อายุ

อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับพัฒนาการและประสบการณ์ในชีวิตซึ่งทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน (สุชา จันทรเฒ 2527 : 160-182 ; Keane 1986 : 71-72 ; Rambo 1984 : 247-250) ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งคาดไว้ว่าอายุจะ ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหาและผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา แต่จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีเผชิญปัญหาบางชนิด กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยมักใช้การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น ($r = -.37$) และการตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น ($r = -.37$) ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานและผลการศึกษามาก่อน (ทัศนาศูววรรณะปกรณ 2531 ; Folkman & Lazarus 1980 : 219-239 ; McNett 1987 : 98-103 ; Webster & Christman 1988 : 384-396) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยอยู่ในวัยทำงานและมีการระดมดูแลครอบครัว ดังนั้นจึงใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยการหันเหความสนใจ ไปในเรื่องของการทำงานและกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยมีแนวโน้มจะมีสถานภาพสมรสคู่ ($r = -.23$) ซึ่งจะคาดหมายว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งตรงกับที่ผู้วิจัยคาดหมายไว้ ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งประสบการณ์ในชีวิตอาจแตกต่างกันไม่มากนัก นอกจากนี้การเจ็บป่วยและการรักษาในครั้งนี้เป็นประสบการณ์ในชีวิตอย่างหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนเพิ่งประสบเป็นครั้งแรกเหมือนกัน และในสังคมไทยความรู้เรื่องโรคต่างๆ และการรักษาในหมู่ประชาชนนั้นมีน้อยมาก มีผลให้ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของแต่ละคนไม่แตกต่างกันมากนัก

สถานภาพสมรส

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส เป็นตัวชี้บ่งถึงความเกื้อหนุนที่ได้รับจากคู่ครอง การวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหาสอดคล้องกับการศึกษาของแมคเน็ต (McNett 1987 : 98-103) ที่ศึกษาในบุคคลพิการอาจเป็นเพราะสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวสามารถที่จะเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่ทดแทนความเกื้อหนุนที่ได้รับจากคู่ครอง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย

หย่า หรือแยกกันอยู่ และลักษณะของสังคมไทยพบว่าส่วนมากบุตรหรือภรรยาจะให้การดูแลบิดา หรือสามีในขณะที่เจ็บป่วย ส่วนการที่สามีจะให้การดูแลบุตรหรือภรรยาในขณะที่เจ็บป่วยนั้นพบน้อยมาก ดังนั้นจึง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการใช้วิธีเผชิญปัญหา

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างสถานสมรสกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกนั้นพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ($r = .28$) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่จะเผชิญปัญหา ได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของควิน ฟอนตานาและเรซนิคอฟ (Quinn, Fontana & Reznikoff 1986 : 79-89) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดและภรรยา เนื่อง จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี อาการแสดงทางกายที่เกิดจากภาวะ โรคและการรักษาซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรส ($r = .27$) อาจารย์กวนการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ หรือความสนใจในเรื่อง เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย (Jusenius 1981: 480-481) ร่วมกับข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่มารับการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีปัญหาเกี่ยวกับคูครอง นำไปสู่การมีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูงและจาก จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่บางรายมีปัญหาเกี่ยวกับคูครอง

ระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงทักษะในการแก้ปัญหา และฐานะทาง เศรษฐกิจ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญปัญหาบางชนิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำมักให้การทำให้เป็น เรื่องชบชั้นเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น ($r = -.36$) และการพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ($r = -.42$) วิธีเผชิญปัญหา ทั้ง 2 วิธีนี้เป็นวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหา ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมักให้การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่าง เข้าใจในสภาพเป็นจริง ($r = .24$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคริสมานและคณะ (Christman, et al. 1988 : 71-81) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะการได้รับการศึกษาช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล นอกจากนี้บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงแสดงว่าบุคคลนั้นย่อมมีฐานะทาง เศรษฐกิจดี มีโอกาสที่จะพบปะกับบุคคลอื่น ๆ มากกว่าและมีความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคและการรักษาที่คิดว่า สิ่งเหล่านี้จะเป็นแหล่ง เกื้อหนุนให้บุคคลหันหน้าเผชิญกับปัญหา

แต่ผลการศึกษาค้างนี้ขัดแย้งกับของคริสมานและคณะบางส่วน คือพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมักให้การคาดหมายตนเอง ($r = .35$) ซึ่งเป็นวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหา จากการที่ผู้วิจัย ได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงนั้นจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาค่อนข้างมาก พวกเขาจะคาดว่าตนเอง ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกายหรือมาตรวจรักษาซ้ำ และจากการรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีบุตรมากรวมทั้งการรับประทานยาคุมกำเนิด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี จึงมีการคาดหมายตนเองในเรื่องดังกล่าว

สำหรับเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะอารมณ์ทุกข์-โศกนั้น พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทุกข์ โศกอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของระดับศึกษาน้อยกล่าวคือ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาของแม็คเนต (McNett 1987 : 98-103) ที่ศึกษาในคนพิการซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของระดับศึกษาน้อยเช่นกันคือ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ เจริญมอคมศึกษาถึงปริญญาตรี และผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเผชิญปัญหาซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก

ภาวะ ไม่สุขสบาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการแสดงทางกายซึ่งก่อให้เกิดภาวะ ไม่สุขสบาย ค่อนข้างน้อย โดยอาการที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หนื่อยล้า และเบื่ออาหาร จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาวะ ไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีเผชิญปัญหา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ ไม่สุขสบายน้อยมักให้การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่าง เข้าใจในสภาพเป็นจริง ($r = -.36$) การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแก่พยายามมองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น ($r = -.27$) และการทำคามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม ($r = -.29$) ซึ่งเป็นวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหันหน้าเข้าหาปัญหา แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ ไม่สุขสบายมากมักให้การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย เชื่อในโชคชะตา ($r = .28$) และการถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว ($r = .28$) ซึ่งเป็นวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้บุคคลหลบหลีกปัญหา

ในเรื่องความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกนั้นพบว่าภาวะ ไม่สุขสบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก สนับสนุนสมมติฐานและสอดคล้องกับผลการศึกษามาก (Browns, et al. 1988 : 23-29 ; Weisman

1976 : 187-196 ; Weisman & Worden 1976-1977 : 1-15) โดยภาวะไม่สุขสบายเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ได้ร้อยละ 32 ทั้งนี้เพราะในผู้ป่วยที่มีภาวะไม่สุขสบายมาก พบว่ามีปัญหาที่ต้องเผชิญมาก ได้แก่ การไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว และการมีภาวะไม่สุขสบายมากแสดงว่าตนเองมีความรุนแรงของโรคมามากและมีโอกาสรักษาหายน้อย นอกจากนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไม่สุขสบายน้อยมักใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก คือ การทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม

ตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก

จากการใช้สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นคอน ในการหาตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก พบว่า ภาวะไม่สุขสบายเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก แต่เมื่อกำหนดลำดับของปัจจัยในการเข้าสมการทำนาย โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบเชิงขั้นพบว่า สถานภาพสมรส การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น การทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถามและภาวะไม่สุขสบายสามารถใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ได้

การที่ผลการวิเคราะห์ได้แตกต่างกันอันเนื่องมาจากความแตกต่างของลำดับในการใส่ปัจจัยในการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะไม่สุขสบายและวิธีเผชิญปัญหาทั้ง 2 ชนิดคือ การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น และการทำตามแพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถามมีความสัมพันธ์กับภาวะไม่สุขสบายด้วยเช่นกัน ทำให้ปัจจัยเหล่านี้มีความแปรปรวนร่วมกันในการทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ดังนั้นเมื่อความแปรปรวนอันเนื่องมาจากภาวะไม่สุขสบายถูกดึงออกไป ปัจจัย 3 ชนิดที่เหลือจึงพบว่าไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ได้

ผลการศึกษาที่ได้แสดงว่าภาวะไม่สุขสบายเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกสูง และเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าการดูแลเพื่อจัดการกับภาวะไม่สุขสบายเป็นสิ่งพึงตระหนักสำหรับผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่ง โค โนแวน (Donovan in McCorkle & Hongladarom, ed. 1986 : 125-137) เน้นว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับภาวะไม่สุขสบาย เพราะการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อจัดการกับภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้และมีความรู้สึกสิ้นหวังน้อยลง

นอกจากนี้การพบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์-
ทุกข์ โศก ได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก
สูงจากการมีปัญหากับสามีในเรื่อง เพศสัมพันธ์ เป็นส่วนมาก ดังนั้นการให้ความ
สนใจในปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้การศึกษาเพื่อสำรวจหาปัญหา
อื่น ๆ ที่ผู้ป่วยมีกับสามีนั้นเป็นเรื่องที่พึงตระหนัก เช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

1.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งพบว่า
เป็นข้อจำกัดที่สำคัญมากในการศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหา เนื่องจากการเผชิญ
ปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและการใช้วิธีเผชิญนั้นพบว่า
บุคคลจะไม่ใช่เพียงวิธีเดียวในการเผชิญปัญหา ดังนั้นการนำวิธีเผชิญปัญหามาคิด
เป็นค่าตัวเลขในแต่ละวิธีและหาความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกแยกแต่ละวิธี
อาจไม่สามารถอธิบายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ได้ทั้งหมด

1.2 การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบแตกต่างไปจากการศึกษาของ
ไวส์แมน ประการแรกคือการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูล
เพียงครั้งเดียว แต่การศึกษาของไวส์แมนนั้นเป็นการศึกษาคัดตามในระยะยาว
ประการที่สองคือ ผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีของไวส์แมนมาศึกษาเพียงบางส่วน โดย
ไม่ศึกษาเรื่องความกังวลของผู้ป่วยด้านอื่น ๆ ประการสุดท้ายผู้วิจัยไม่ได้ศึกษา
และไม่ได้ควบคุม ปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล การสนับสนุนค่าเงินที่ได้รับ ปัญหา
ในครอบครัวซึ่ง ไวส์แมนพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการใช้วิธีเผชิญปัญหาและภาวะ
อารมณ์ทุกข์ โศก จากความแตกต่างของรูปแบบการศึกษานี้ ทำให้ผลการศึกษาที่
ได้ครั้งนี้แตกต่างไปจากของไวส์แมน

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบ
เจาะจง จากผู้ป่วยทั้งหมด 72 ราย มี 50 รายที่นำมาศึกษา อีก 22 ราย
(30.55%) นั้นไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากสาเหตุหลายประการ รวมทั้งผู้ป่วย
ไม่ได้มาติดตามการรักษาด้วย และในกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ป่วยที่ใช้วิธีเผชิญปัญหาที่
ทำให้ตนเองหลบหลีกปัญหาหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกสูงกว่ากลุ่มตัว-
อย่างที่ศึกษา ดังนั้นจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีดังกล่าวอาจทำให้ผล
การศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ คลาดเคลื่อนได้ และทำให้
ผลการศึกษานี้ไม่สามารถนำไปสรุปกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
ทั้งหมดได้

2.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ค่อนข้างน้อย ทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติต่ำ โดยเฉพาะ เมื่อใช้การคำนวณสหสัมพันธ์หาคูณ อาจทำให้ผลการศึกษานั้นได้มีความคลาดเคลื่อน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหา ได้มาจากการให้ผู้ช่วยนักวิจัยออนไลน์ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้น้อย



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

มะเร็ง เป็น โรค เรื้อรัง ที่มีอุบัติการ เกิด โรค เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็น สาเหตุของการตายอันดับสาม ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็ง มีแนวโน้มที่จะมีชีวิตยาวนาน กว่าเดิม เป็นผลมาจากวิวัฒนาการของการรักษา ดังนั้นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ที่สำคัญ คือการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการค ุณดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับภาวะของ โรค ได้อย่าง เหมาะสม โดยการดูแลนั้นมีให้ เพียงแต่การรักษา โรค การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญกับความ ไม่แน่นอน และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ได้อย่าง เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการศึกษาในเรื่อง การ เผชิญปัญหาจึง เป็นความรู้ อีกด้านหนึ่งที่พยาบาลควรให้ความสนใจ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการ เผชิญ ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างวิธี เผชิญปัญหา ภาวะ อารมณ์ทุกข์ โศก หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพ-สมรส ระดับการศึกษา และภาวะ ไม่สุขสบายกับวิธี เผชิญปัญหา และภาวะ อารมณ์ทุกข์ โศก รวมทั้งหาคำทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก เพื่อทดสอบกรอบ-ทฤษฎีการ เผชิญปัญหากับการ เป็นมะเร็ง ของ ไวส์แมน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ หน่วยรังสีบำบัด ภาค วิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2532 ได้ตัวอย่าง 50 ราย ผู้วิจัยสัมภาษณ์เกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการใช้วิธี เผชิญปัญหา รวมทั้งศึกษา รายงานประวัติผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระยะการดำเนินของ โรคนอกจากนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกและแบบสอบถามภาวะ ไม่ สุขสบาย ผลการศึกษามีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 27-67 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 49.24 ปี (SD 10.88 ปี) ร้อยละ 72 มีสถานภาพสมรสคู่ ค่าเฉลี่ย ของจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเท่ากับ 5.11 ปี (SD 3.88 ปี) ส่วนใหญ่มีการ-ดำเนินของโรคในขั้นที่ 2 และ 3

2. วิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเผชิญปัญหาเพียง 14 วิธีจากทั้งหมด 15 วิธี วิธีเผชิญปัญหา 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดเรียงจากมาก ไปน้อย ได้แก่ การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น การใคร่ครวญพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสม การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจ ในสภาพเป็นจริง และการทำตามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม ส่วนวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้เลยคือ การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด

3. คะแนนภาวะไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 15-31 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.60 คะแนน (SD 3.96 คะแนน) ส่วนคะแนนภาวะอารมณ์ทุกข์โศกของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 13-38 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.62 คะแนน (SD 5.41 คะแนน)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

4.1 ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาวิธีใดที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างมีนัยสำคัญ

4.2 วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์โศกอย่างมีนัยสำคัญ มี 2 วิธี คือการหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น และการทำตามที่แพทย์แนะนำโดยปราศจากข้อคำถาม

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะไม่สุขสบายกับวิธีเผชิญปัญหา

5.1 บัณฑิตอายุ

วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญ มี 2 วิธี ได้แก่ การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น และการหาหนัผู้อื่นหรือสิ่งอื่น แต่ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใดที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญ

5.2 บัณฑิตสถานภาพสมรส

ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใดที่มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบกับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญ

5.3 บัณฑิตระดับการศึกษา

วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ มี 2 วิธี ได้แก่ การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพเป็นจริง และการหาหนัตนเอง วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ มี 2 วิธี ได้แก่ การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น และการพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

5.4 บัณฑิตภาวะไม่สุขสบาย

วิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะไม่สุขสบายอย่างมีนัยสำคัญ มี 2 วิธี ได้แก่ การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วยที่อยู่ในโรค-ชะตา และการถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว ส่วนวิธีเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์

ทางลบกับภาวะ ไม่สุขสบายอย่างมีนัยสำคัญ มี 3 วิธี ได้แก่ การหันหน้า
เผชิญกับปัญหาอย่าง เข้าใจในสภาพเป็นจริง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย
แต่พยายามมองหาข้อดีของการเจ็บป่วยนั้น และการทำตามแพทย์แนะนำ โดย
ปราศจากข้อคำถาม

6. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและ
ภาวะ ไม่สุขสบายกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก

อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอารมณ์ทุกข์-
โศกอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนสถานภาพสมรส และภาวะ ไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกอย่างมีนัยสำคัญ

7. ภาวะ ไม่สุขสบาย เป็นปัจจัย เพียงตัว เดียวที่ชี้ทำนายภาวะอารมณ์-
ทุกข์ โศก เมื่อใช้การการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ทุกคุณแบบขั้นตอน แต่เมื่อใช้การวิ-
เคราะห์สหสัมพันธ์ทุกคุณเชิงชั้น พบว่าสถานภาพสมรส ภาวะ ไม่สุขสบาย การหัน-

เหตความสนใจ ไปยังสิ่งอื่นและการทำตามแพทย์แนะนำ โดยปราศจากข้อคำถาม
สามารถให้ เป็นตัวทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์ โศก ได้

นอกจากนี้พบว่านอก เนื่องจากวิธีเผชิญปัญหา 15 วิธีของ ไวส์แมนแล้ว
กลุ่มตัวอย่างมีการ ใช้กิจกรรมทางศาสนาในการเผชิญปัญหาด้วย โดยวิธี
เผชิญปัญหาวิธีนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะ-
ไม่สุขสบาย และภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเผชิญปัญหาอยู่ระหว่าง 5-12 วิธี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
8.76 วิธี (SD 1.47 วิธี) โดยจำนวนวิธีเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ ไม่มีความ
สัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทุกข์ โศกอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาที่ได้พบว่ามีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกับกรอบทฤษฎี
ของ ไวส์แมน ในส่วนที่ขัดแย้งอาจ เนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความ
แตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และ เหตุผลที่สำคัญคือรูปแบบการวิจัยที่แตกต่างกัน
ผลการศึกษาที่ได้นั้น ไม่สามารถสรุป ได้ว่าวิธีเผชิญปัญหาวิธีใด เป็นวิธีเผชิญปัญหา
ที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งอื่น เนื่องมาจากข้อจำกัดของการวิจัย ดังนั้นการ
เผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง จึง เป็นเรื่องที่ต้องมีการศึกษาวิจัยกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้คงช่วยสนับสนุนว่าผู้ป่วยมะเร็งบางคนสามารถเผชิญปัญหาได้ดี โดยเฉพาะส่วนใหญ่มองของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ลองและฟิปปส์ (Long & Phipps 1985 : 110) เน้นว่าการสนับสนุนให้บุคคลเผชิญปัญหาในรูปแบบที่ตนเองชอบนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างชอบใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอ เรมมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปากมคลูกที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ นั้นคงต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป

จากการพบว่าภาวะ ไม่สุขสบาย เป็นตัวแปร เพียงตัวเดียวที่ใช้ทำนายภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ได้ โดยรูปแบบความสัมพันธ์เป็นในทางบวก ดังนั้นการให้ความสนใจกับภาวะ ไม่สุขสบาย การช่วยเหลือ บรรเทา หรือการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน ลด หรือขจัดอาการแสดงกายจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา ได้สำเร็จและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้จากการพบว่าปัญหา เรื่อง เพศสัมพันธ์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับสามีและนา ไปสู่การมีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูง ดังนั้นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปากมคลูกที่ได้รับรังสีรักษาควรให้ความสนใจในปัญหานี้ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกัน ลดหรือขจัดปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การรับฟังปัญหา และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้แก่สามีของผู้ป่วยในเรื่อง โรค การรักษา ภาวะ ไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้สามีของผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ดีขึ้นรวมทั้งการสนับสนุนสามีในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เป็นต้น

2. การหาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง

2.1.1 ควรเปลี่ยนรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบติดตามในระยะยาวและศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตและบันทึกวิธีเผชิญปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปทุกระยะการวัดภาวะอารมณ์ทุกข์โศกและภาวะ ไม่สุขสบาย ควรทำเป็นช่วง ๆ และวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งศึกษาเกี่ยวกับความกังวลของผู้ป่วยด้วย

2.1.2 ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ปากมคลูกที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่น ๆ หรือในผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ

2.1.3 ใช้แบบวัดอื่น ๆ ร่วมประเมินผลสำเร็จในการ
เผชิญปัญหา นอกเหนือจากการใช้ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก เพียงอย่างเดียว

2.2 ควรมีการวิจัยเพื่อสำรวจวิธีเผชิญปัญหาที่บุคคลธรรมดาหรือ
ผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในประเทศไทยใช้ในการเผชิญปัญหา และแบ่งเป็นชนิดหรือพวก
โดยมีมาตรฐานแบบเดียวกันเพื่อจะได้ใช้ในการวิจัยเรื่องวิธีเผชิญปัญหา ทั้งนี้
เพราะการวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในปัจจุบันนี้ยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าวิธีเผชิญ-
ปัญหาใดที่ใช้ได้ดี เป็นส่วนมากในสถานการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากมีการแบ่งชนิดของ
วิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกัน และการนาแบบวัดวิธีเผชิญปัญหาของต่างประเทศมา
ใช้นั้น อาจทำให้ผลการศึกษาเกิดความผิดพลาดได้จากความแตกต่างทางด้าน
ชนบธรรมเนียม ประเพณี

2.3 การวิจัยเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอ เรม
ในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2.4 การวิจัยเพื่อสำรวจหาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างสามีและ
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา รวมทั้งการหาวิธีดูแลเพื่อจัดการกับปัญหา
ต่าง ๆ เหล่านี้

บรรณานุกรม

- ทัศนาศูววรรณะปกรณัม. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ประคอง อินทรสมบัติ. "ปฏิบัติการทางค่านิยมต่อการเป็นมะเร็ง". จุลสารสมาคมศิษย์เก่ารามารัตน. 5 (เมษายน 2527) : 5-15.
- _____ . "ปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง : บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือ." จุลสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามารัตน. 6 (กรกฎาคม 2529) : 14-25.
- พรศรี ศรีอัญญาพร และยุวดี วัฒนานนท์. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สยามเจริญพานิช, 2529.
- หวงทอง ไกรพิบูลย์. "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็ง : รังสีบำบัด." วารสารโรคมะเร็ง. 3 (มกราคม 2520) : 45-49.
- ไพรัช เทพมงคล. "ปัญหาโรคมะเร็งกับการสาธารณสุขของประเทศไทย." สารศิริราช. 31 (มีนาคม 2522) : 421-431.
- _____ . ความรู้เรื่องโรคมะเร็งสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2526.
- _____ . โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2528.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทาบกเจริญผล, 2531.
- สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรคความเชื่ออาถรรพ์ในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา." วารสารพยาบาล. 37 (ตุลาคม-ธันวาคม 2531) : 222-237.

สุจิตรา ลีมนานวยลาก. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย ไค-
ลิม์เหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่อง ไคเทียมคลอคซีวิก. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนา-
พานิช, 2527.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. รู้เขารู้เราด้วยจิตวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2531.

อนุรีย์ คันสกุล. "เจตคติและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งคอรั้งสีรักษา."
สารศิริราช. 31 (พฤษภาคม 2522) : 703-714.

Ahuja, R.K., et al. "Radiation therapy in cancer
management : Principles and complications." In
Comprehensive Textbook of Oncology. p.257-268
Edited by A.R. Mossa, M.C. Robson & S.C. Schimpff.
London : Williams & Wilkin, 1986.

Bahnsen, C.B. "Stress and Cancer : The state of the art."
Psychosomatics. 22 (March 1981) : 207-218.

Bell, J.M. "Stressful Life Events and Coping Methods in
Mental-Illness and-Wellness Behavior." Nursing
Research. 26 (March-April 1977) : 136-140.

Benner, P. & Wrubel, J. The Primacy of Caring : Stress
and Coping in Health and Illness. California :
Addison-Wesley Publishing Company, 1989.

Benoliel, J.Q. "The cancer patient's right to know and
decide : An ethical perspective." In Issues and
Topics in Cancer Nursing. p.6-17 Edited by
R. Mckorkle & G. Hongladarom. Norwalk : Appleton-
Century-Crofts, 1986.

- Bergavin, P.R., Blom, J. & Torney, D.C. Guide to Therapeutic Oncology. London : Williams & Wilkins, 1980.
- Bos-Branolte, G., et al. "Psychological morbidity in survivors of gynaecologic cancer," European Journal of Gynecological Oncology. IX (2 : 1988) : 168-177.
- Breznitz, S. & Goldberger, L. "Stress research as a crossroads." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. p.3-6 Edited by L. Goldberger & S. Breznitz. New York : The Free Press, 1982.
- Bru, G. "Development aspects of chronic illness : Cancer in adolescence and young adulthood." Cancer Nursing. 8 (Supplement 1 1985) : 21-24.
- Bullock, B.L. & Rosendahl, P.P. Pathophysiology : Adaptations and Alterations in Function. (2nd ed.) Glenview : Scott, Foresman and Company, 1988.
- Burckhardt, C.S. "Coping Strategies of the Chronically Ill." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 543-549.
- Burgess, C. "Stress and Cancer." Cancer Surveys. 6 (3 : 1987) : 403-413.
- Burns, N. Nursing and Cancer. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1982.
- Carroll, R.M. "Stress and cancer : Etiological significance and implications." Cancer Nursing. 4 (December 1981) : 467-472.

- Christman, N.J., et al. "Uncertainty, Coping, and Distress Following Myocardial Infarction : Transition from Hospital to Home." Reserch in Nursing & Health. 11 (1988) : 71-82.
- Clark, M. "Stress and Coping : Constructs for Nursing." Journal of Advanced Nursing. 9 (January 1984) : 3-13.
- Cohen, M.M. "Psychosocial morbidity in cancer : A clinical perspective." In Psychosocial Aspects of Cancer. p.117 Edited by J. Cohen, J.W. Cullen & L.R. Martin. New York : Raven, 1982.
- Cooper, C.L. "The social psychological precursors to cancer. In Psychosocial Stress and Cancer. p.21-33 Edited by C.L. Cooper New York : John Wiley & Sons Ltd., 1984.
- Craig, H.M. & Edwards, J.E. "Adaptation in Chronic Illness : An Electric Model for Nurses." Journal of Advanced Nursing. 8 (September 1983) : 397-404.
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D. & Melisaratos, N. "Psychological Coping Mechanism and Survival Time in Metastatic Breast Cancer." JAMA. 242 (October 1979) : 1504-1508.
- Dewhurst, J. Sir. Integrated Obstetrics and Gyneocology for Postgraduates. (3rd ed.) Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1981.
- Dietz, K.A. "Development Aspects of Chronic Illness : Cancer in Middlescence." Cancer Nursing. 8 (Supplement 1 1985) : 25-27.

- Donovan, M.I. "Symptom management : The nurse in the key."
In Issues and Topics in Cancer Nursing. p.125
Edited by R. McCorkle & G. Hongladarom. Norwalk :
Appleton-Century-Crofts, 1986.
- Donovan, M.I. & Pierce, S.G. Cancer Care Nursing. New
York : Appleton-Century-Crofts, 1976.
- Ellison, S.A. "Geriatric Oncology : A Development
Approach". Cancer Nursing. 8 (Supplement 1 1985)
: 28-32.
- Ervin, C.V. "Psychologic Adjustment to Mastectomy."
Medical Aspects of Human Sexuality. (February
1973) : 42-65.
- Ersek, M. "Stress and Cancer : Elusive Connections."
Oncology Nursing Forum. 13 (September/October
1986) : 49-55.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. "An Analysis of Coping in a
Middle-Ages Community Sample." Journal of Health
and Social Behavior. 21 (September 1980) : 219-
239.
- Francis, G.M. "Cancer : The Emotional Component."
American Journal of Nursing. 69 (August 1969) :
1677-1681.
- Friedman, B.D. "Coping with Cancer : A Guide for Health
Care Professional." Cancer Nursing. 3 (April
1980) ; 105-110.
- Gass, K.A. "Coping Strategies of Widows." Journal of
Gerontological Nursing. 13 (August 1987) : 29-33.

- Graydon, J.E. "Factors that Predict Patients's Functioning Following Treatment for Cancer." International Journal Nursing Studies. 25 (2 : 1988) : 117-124.
- Groosen, G.M. & Bursh, H.A. "Adaptation : A Feedback Process." Advances in Nursing Science. 1 (July 1979) : 51-66.
- Griffiths, M.J., Murry, K.H. & Russo, P.C. Oncology Nursing. New York : Macmillan Publishing Company, 1984.
- Guilford, J.P. & Fruchter B. Fundamental Statistics in Psychology and Education. (5th ed.) Tokyo : McGraw-Hill Kogakuphic, Ltd., 1973.
- Gullo, S.V., Cherico, D.J. & Shadick, R. "Suggested stages and response styles in life-threatening illness : A focus on the cancer patient." In Anticipatory Grief. p.59-78 Edited by Schoenberg, et al. New York : Columbia University Press, 1974.
- Haan, N. "The assessment of coping, defense, and stress." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. p.254-269 Edited by L. Goldberger & S. Breznitz. New York : The Free Press, 1982.
- Halroyd, K.A. & Lazarus, R.S. "Stress, coping, and somatic adaptation." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. p.21-35 Edited by L. Goldberger & S. Breznitz. New York : The Free Press, 1982.

- Hamner, M.L. "Insight, Reminiscence, Denial, Projection : Coping Mechanisms of the Aged." Journal of Gerontological Nursing. 2 (February 1984) : 66-69.
- Holmes, D.S. & Houston, B.K. "Effectiveness of Situation Redefinition and Affective Isolation in Coping with Stress." Journal of Personality of Social Psychology. 29 (February 1974) : 212-218.
- Hopkins, M.B. "Information-seeking and Adaptational Outcomes in Women Receiving Chemotherapy for Breast cancer." Cancer Nursing. 9 (October 1986) : 256-262.
- Jalowiec, A. & Powers, M.J. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients." Nursing Research. 30 (January-February 1981) : 10-14.
- Jalowiec, A., Murphy S.P. & Powers, M.J. "Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale." Nursing Research. 33 (May/June 1984) : 158-161.
- Jusenius, K. "Sexuality and Gynecologic Cancer." Cancer Nursing. 4 (December 1981) : 479-483.
- Keane, C.B. Essentials of Medical-Surgical Nursing. (2nd ed.) Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1986.
- King, K.B., et al. "Patients' Descriptions of the Experience of Receiving Radiation Therapy." Oncology Nursing Forum. 12 (July/August 1985) : 55-61.

- Kraemer, X.C. & Thiemann, S. How Many Subject? :
Statistical Power Analysis in Research. London :
The Publishers of Professional Social Science, ____.
- Krumm, S. "Psychosocial Adaptation of Adult with Cancer."
Nursing Clinics of North America. 17 (December
1982) : 729-737.
- Lambert, C.E. & Lambert, V.A. "Psychosocial Impacts
Created by Chronic Illness." Nursing Clinics of
North America. 22 (September 1987) : 527-542.
- Larkin, J.L. "Factors Influencing One's Ability to Adapt
to Chronic Illness." Nursing Clinics of North
America. 22 (September 1987) : 535-541.
- Lazarus, R.S. "Stress and coping as factors in health and
illness." In Psychosocial Aspects of Cancer. p.
163 Edited by . Cohen, J.W. Cullen & L.R. Martin.
New York : Raven, 1982.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping.
New York : Springer Publishing Co., 1984.
- Long, B.C. & Phipps, W.J. Essentials of Medical-Surgical
Nursing : A Nursing Process Approach. St.Louis :
The C.V.Mosby Company, 1985.
- Luckmann, J. & Sorenson, K.C. Medical-Surgical Nursing :
A Psychophysiologic Approach. (3rd ed.)
Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1987.
- McNett, S.C. "Social Support, Threat, and Coping Responses
and Effectiveness in the Functionally Disabled."
Nursing Research. 36 (March/April 1987) : 98-103.

- Martin, L.R. "Overview of the psychosocial aspects of cancer." In Psychosocial Aspects of Cancer, p.1 Edited by J. Cohen, J.W, Cullen & L.R. Martin. New York : Raven, 1982.
- Matje, S.D. "Stress and Cancer : A Review of the Literature." Cancer Nursing, 7 (October 1984) : 399-403.
- McCorkle, R. & Hongladaron, G. Issues and Topics in Cancer Nursing. Norwalk : Appletion-Century-Crofts, 1986.
- Magnusson, D. "Situational determinants of stress : An interactional perspective." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects, p.231-253 Edited by L.Goldberger & S. Breznitz. New York : The Free Press, 1983.
- Marrow, C.P. & Townsend, D.E. Synopsis of Gynecologic Oncology. (3rd ed.) New York : John Wiley & Sons, 1987.
- Mauch, P.M. & Bloomer, W.D. "Cancer of the uterine cervix. In Comprehensive Textbook of Oncology, p.855-863. Edited by A.R.Mossa, M.C.Robson & S.C. Schimpff. London : Williams & Wilkins, 1986.
- Miller, J.F. "Coping with chronic illness." In Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness, p.15-36. Edited by J.F.Miller Philadelphia : F.A.Davis Company, 1983.
- Miller, M.W. & Nygren, C. "Living with Cancer : Coping Behavior." Cancer Nursing, 1 (August 1978) : 297-302.

- Moos, R.H. & Billings, A.G. "Conceptualizing and measuring coping resources and process." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. p.212-230 Edited by L.Golddberger & S. Breznitz New York : The Free Press, 1982.
- National Cancer Institute. Cancer Statistics 1982. Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand, 1987.
- Northouse, L.L. "Living with Cancer." American Journal of Nursing. 81 (May 1981) : 81-82.
- Orem, D.E. & Taylor, S. "Orem's general theory of nursing." In Case Studies in Nursing Theory. p.37-71 Edited by P. Winstead-Fry. USA : National League for Nursing, 1986.
- Ostchega, Y. & Jacob, J.G. "Providing Safe Conduct : Helping Your Patient Cope with Cancer." Nursing. 14 (April 1984) : 42-47.
- Panagis, D.M. "Psychological factors and cancer outcome." In Psychosocial Aspects of Cancer. p.209 Edited by J. Cohen, J.W. Cullen & L.R. martin. New York : Raven, 1982.
- Panzarine, S. "Coping : Conceptual and Methodological Issues." Advances in Nursing Science. 7 (July 1985) : 49-55.
- Patrick, M.L., et al. Medical-Surgical Nursing : Pathophysiological Concepts. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1986.

- Pearlin, L.L. & Schooler, C. "The Structure of Coping." Journal of Health and Social Behavior. 19 (March 1978) : 2-21.
- Peck, A & Boland, J. "Emotional Reactions to Radiation Treatment." Cancer. 40 (1977) : 180-184.
- Poletti, R.A. "Psychological Needs of the Cancer Patient and Related Nursing Intervention." The New Zealand Nursing Journal. (March 1984) : 4-5.
- Quinn, M.E., Fontana, A.F. & Reznikoff, M. "Psychological Distress in Reaction to Lung Cancer as a Function of Spousal Support and Coping Strategy." Journal of Psychosocial Oncology. 4 (Winter 1986) : 79-89.
- Ramathibodi Cancer Registry. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Annual Report 1986. Bangkok : Medical Media Co., LTD., 1987.
- Ramathibodi Cancer Registry. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Annual Report 1987. Bangkok : Medical Media Co., LTD., 1988.
- Rambo, B.J. Adaptation Nursing : Assesment & Intervention. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1984.
- Roberts, J.G., et al. "Analysis of Coping Responses and Adjustment : Stability of Conclusions." Nursing Research. 36 (March/April 1987) : 94-97.

- Rosch, P.J. "Stress and cancer." In Psychosocial Stress and Cancer. p.3-17 Edited by C.L. Cooper. New York : John Wiley & Sons Ltd., 1984.
- Scott, D.W., Oberst, M.T. & Dropkin, M.J. "A Stress-coping Model." Advances in Nursing Science. 3 (October 1986) : 9-22.
- Scott, D.W., Oberst, M.T. & Bookbinder, M.I. "Stress-Coping Response to Genitourinary Carcinoma in Men." Nursing Research. 3 (November/December 1984) : 325-329.
- Simonton, O.C. & Sparks, T.F. "Psychological Intervention in the Treatment of Cancer." Psychosomatics. 21 (March 1980) : 226-233.
- Snyder, C.C. Oncology Nursing. Boston : Little, Brown and Company, 1986.
- Sodestrom, K.E. & Martinson, I.M. "Patients' Spiritual Coping Strategies : A Study of Nurse and Patient Perspective." Oncology Nursing Forum. 14 (2 1987) : 41-45.
- Stoner, M.H. & Keampfer, S.H. "Recalled Life Expectancy Information Phase of Illness and Hope in Cancer Patients." Research in Nursing & Health. 8 (September 1985) : 269-274.
- Surawicz, F.G., et al. "Cancer, Emotions, and Mental Illness : The Present State of Understanding." American Journal Psychiatry. 133 (November 1976) : 1306-1309.

- Thorne, S.E. & Robinson, C.A. "Guarded Alliance : Health Care Relationship in Chronic Illness." IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 3 (Fall 1989) : 153-157.
- TopF, M. "Three Estimates of Interrater Reliability for Nominal Data." Nursing Research, 35 (July/August 1986) : 253-255.
- Vachon, M.L.S. "Losses and gains : A theoretical model of staff stress in oncology." In Issues and Topics in Cancer Nursing, p.6-17 Edited by R.Mckorkle & G. Hongladarom. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1986.
- Walter, J. Cancer and Radiotherapy : A Short Guide for Nurses and Medical Students. (2nd ed.) London : Churchill Livingstone, 1977.
- Webster, K.K. & Christman, N.J. "Perceived Uncertainty and Coping Post Myocardial Infarction." Western Journal of Nursing Research, 10 (August 1988) : 384-396.
- Weisman, A.D. "Early Diagnosis of Vulnerability in Cancer Patient." The American Journal of the Medical Sciences, 271 (January-June 1976) : 187-196.
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. "The Existential Plight in Cancer : Significance of the First 100 Days." The International of Psychiatry in Medicine, 7 (1) 1976-1977 : 1-15.

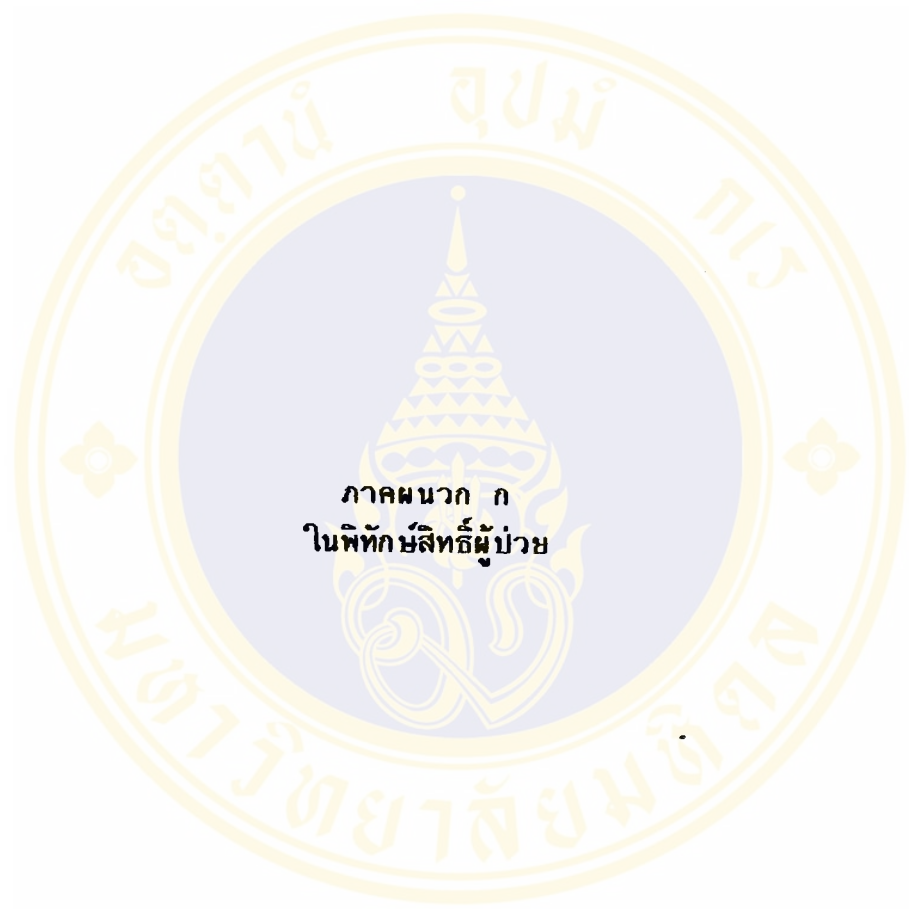
Weisman, A.D. & Worden, J.W. Coping with Cancer. New York : McGraw-Hill. 1979.

Weisman, A.D. & Worden, J.W. & Sobel, H.J. Psychosocial Screening and Intervention with Cancer Patients. (Grant No. CA-19797) Boston : Harvard Medical School, Department of Psychiatry : 1980.

Zegans, L.S. "Stress and the development of somatic disorders." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. p.134-152 Edited by L. Goldberger & S. Breznitz. New York : The Free Press, 1982.

Ziener, .M. "Coping Behavior : A Response to Stress." Topics in Clinical Nursing. 4 (July 1982) : 4-11.





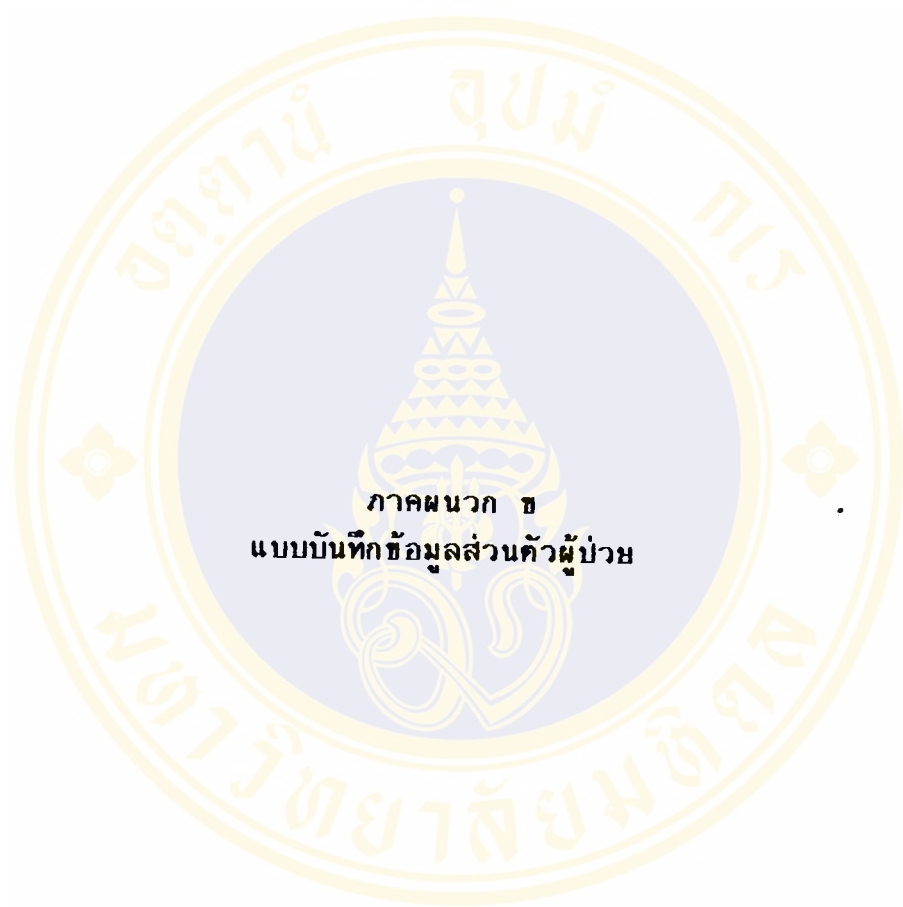
ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และประเมินแล้วว่าผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยโรคและมีความเข้าใจในการใช้ภาษาไทย (ประเมินจากผู้ป่วยหรือญาติ) จะกล่าวกับผู้ป่วยดังนี้

"ขณะนี้ฉันกำลังศึกษาเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหาในผู้ป่วย โดยสนใจที่จะศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาเช่นเดียวกับคุณ ดังนั้นฉันจึงอยากขอข้อมูลเกี่ยวกับวิธีที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ภาวะอารมณ์ ภาวะไม่สุขสบาย ที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วยและได้รับการรักษาครั้งนี้ และข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส โดยจะมีแบบสอบถาม 2 ชุดให้คุณทำ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับภาวะอารมณ์และภาวะไม่สุขสบาย ส่วนวิธีที่ใช้จัดการกับปัญหานั้น ฉันจะขอสัมภาษณ์และอัดเทปไว้ เพื่อจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์อีกครั้งหนึ่ง โดยข้อมูลที่ได้นี้จะปกปิดเป็นความลับ จะมีเพียงแต่อาจารย์ที่ควบคุมการศึกษาครั้งนี้ 2 ท่าน ที่จะช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ก็จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร เพราะในแบบสอบถามและแบบบันทึกต่าง ๆ จะไม่มีชื่อของคุณ จะมีเพียงว่าเป็นผู้ป่วยคนที่เท่าไรเท่านั้น ในวันที่ฉันจะยังไม่ขอข้อมูลอะไรจากคุณ จะรอให้คุณฉายแสงได้สัก 2 สัปดาห์ก่อน แต่ในวันที่ขอพบคุณเพื่อขอความร่วมมือในให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ โดยคุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธในการให้ข้อมูลแก่ฉันได้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธของคุณจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่คุณที่ได้รับ คือคุณจะได้รับ การดูแลรักษาตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง"

ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธ ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณที่ได้ให้โอกาสพูดคุย ส่วนผู้ป่วยที่ตัดสินใจไม่ได้ จะกล่าวต่อดังนี้ "ถ้าหากยังตัดสินใจไม่ได้ คุณจะกลับไปคิดและปรึกษากับครอบครัวก่อนก็ได้ หากตัดสินใจอย่างไรแล้ว จึงมาบอกกับฉันในวันหลังก็ได้ เพราะในช่วงนี้ฉันคงได้พบกับคุณบ้าง และถ้าหากคุณตกลงจะนัดวันที่จะขอข้อมูลจากคุณอีกครั้งหนึ่ง...ขอบคุณค่ะ"

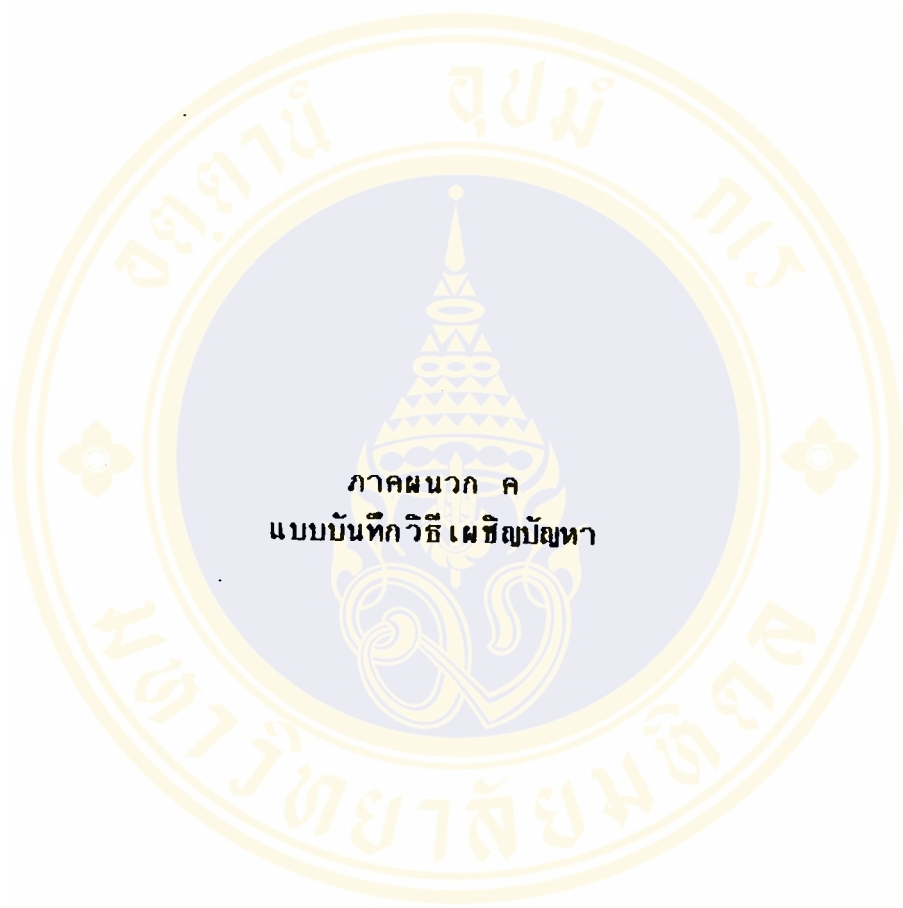
สำหรับผู้ป่วยที่ตอบรับ จะกล่าวต่อดังนี้ "ในช่วงนี้ฉันคงได้พบกับคุณบ้าง และถ้าจะขอข้อมูลจากคุณในวันใด จะนัดกับคุณอีกที ตามความสะดวกของคุณ และในช่วงนี้หากคุณจะเปลี่ยนใจไม่ให้ข้อมูล คุณสามารถบอกกับฉันได้...ขอบคุณค่ะ"



เลขที่-----

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย
(รวบรวมจากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติผู้ป่วย)

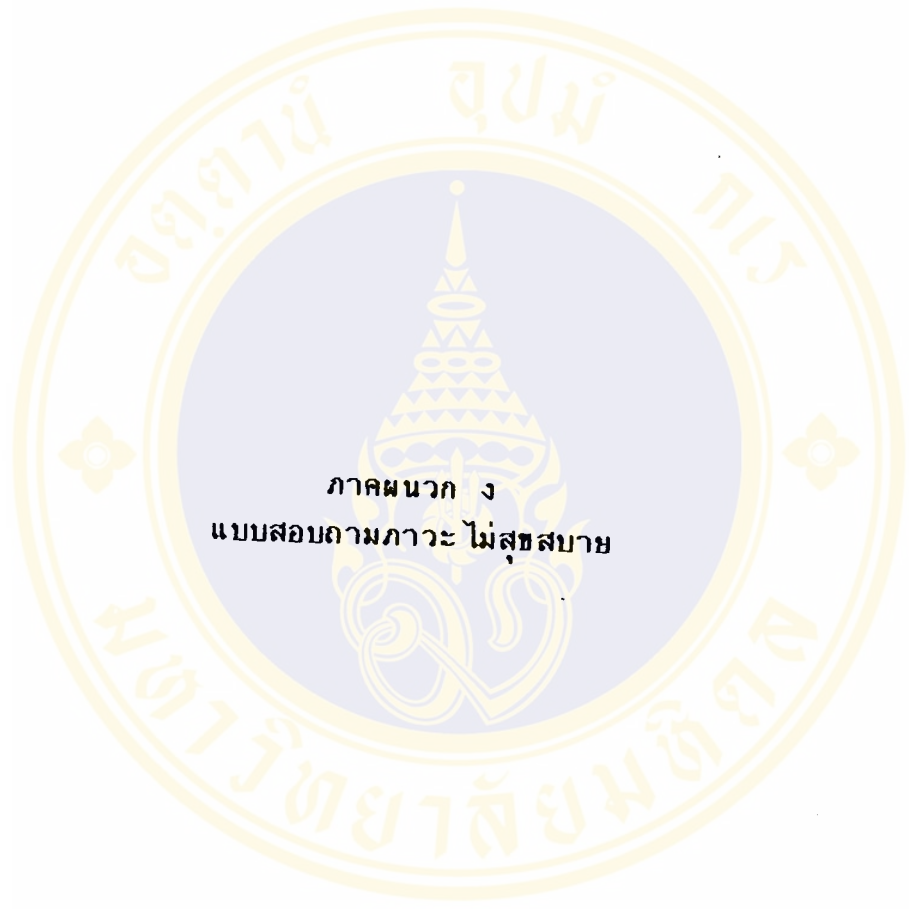
๑. อายุ ปี
๒. สถานภาพสมรส
 โสด
 คู่
 หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่
๓. ระดับการศึกษา..... (จำนวนปีที่ศึกษา.....ปี)
๔. การวินิจฉัยโรคและระยะของโรค.....



เลขที่-----

แบบบันทึกวิธีเผชิญปัญหา
(รวบรวมจากการสัมภาษณ์)

- 1. การแสวงหาข้อมูลเพิ่ม เติมอย่างมี เหตุผล
- 2. การพูดคุยปรึกษาและปรึกษาหารือกับผู้อื่น
- 3. การทำให้เป็น เรื่องชบชั้น เพื่อปรับ เปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น
- 4. การพยายามลืม เรื่องความ เจ็บป่วยที่เป็นอยู่
- 5. การหันเหความสนใจ ไปยังสิ่งอื่น
- 6. การหันหน้า เผชิญกับปัญหาอย่าง เข้าใจในสภาพเป็นจริง
- 7. การยอมรับสภาพความ เจ็บป่วยแต่พยายามมองหาข้อดีของ การ เจ็บป่วยนั้น
- 8. การยอมจำนนต่อความ เจ็บป่วย เชื่อใน โชคชะตา
- 9. การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด
- 10. การใคร่ครวญพิจารณาหาทาง เลือกที่เหมาะสม
- 11. การลดความตึง เครียด โดยการหาสิ่งที่ เป็นอันตรายคอชีวิต
- 12. การถอยหนีแยกตัวอยู่คนเดียว
- 13. การค้นหาผู้อื่นหรือสิ่งอื่น
- 14. การหาคนที่แพทย์แนะนำ โดยปราศจากข้อคำถาม
- 15. การค้นหาตนเอง
- 16. -----



เลขที่-----

แบบสอบถามภาวะ ไม่สุขสบาย

คำชี้แจง

แบบสอบถามภาวะ ไม่สุขสบายนี้ ประกอบด้วยความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดกับอวัยวะของร่างกาย และความเครียดทางจิตใจ ซึ่งพบได้ทั่วไปในบุคคลที่เจ็บป่วย และได้รับการรักษา เช่นเดียวกับท่าน โดยแต่ละบุคคลจะมีภาวะ ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป รวมทั้งมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันด้วย

ใคร่ขอทราบว่า ในขณะที่ท่านเจ็บป่วยและ ได้รับการรักษาครั้งนี้นั้น ท่านมีภาวะ ไม่สุขสบายเหล่านี้หรือไม่และมีความรุนแรงในระดับใด ซึ่งจะ ได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยและ ได้รับการรักษา เช่นเดียวกับท่านต่อไป

การตอบแบบสอบถาม ให้ท่านเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขหน้าข้อความที่ตรงกับภาวะ ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยคำตอบที่ถูกต้องในแต่ละข้อคือคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และครบทุกข้อ

- ขอขอบคุณ -

๑. ความเจ็บปวด

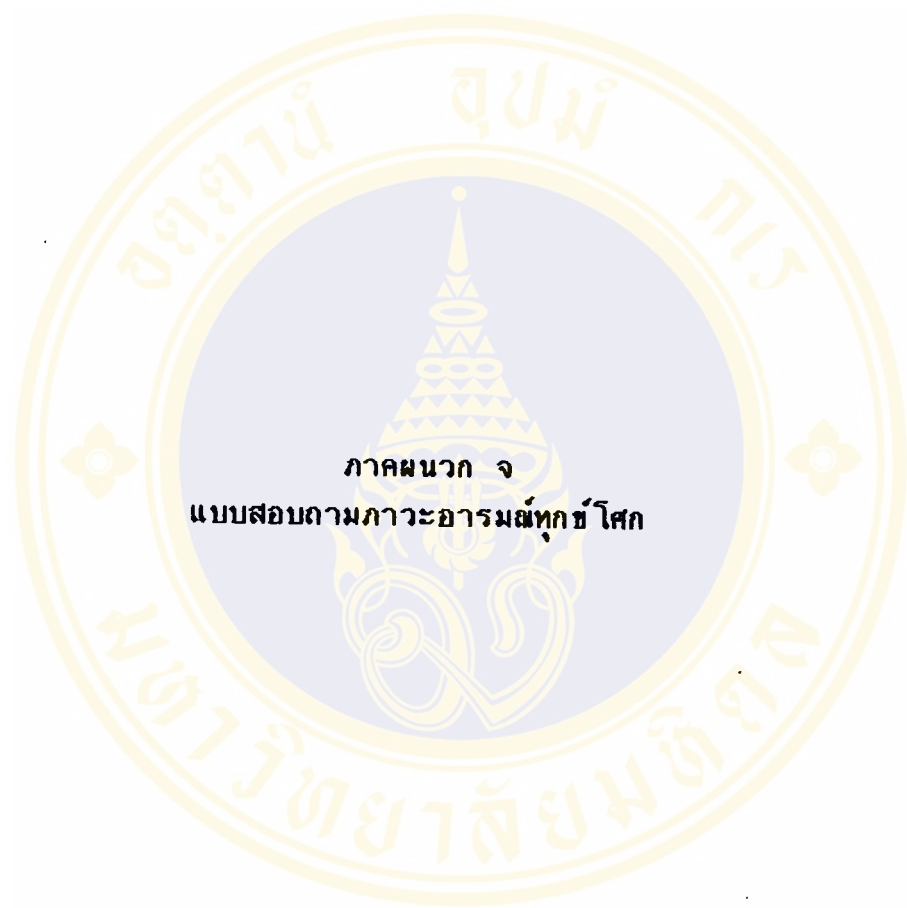
- 0 = ไม่มีอาการเจ็บปวดใด ๆ
 1 = มีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น แต่สามารถทนได้
 2 = มีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง มีความรู้สึก ไม่สบายมาก

๒. ผละกำลัง

- 0 = ไม่มีการสูญเสียผละกำลัง
 1 = รู้สึกเหนื่อย เจ็บขา
 2 = รู้สึกอ่อนเพลียมาก ไม่มีกำลังวังชาเลย

๑๑. ภาวะ ไม่สบายทางจิตใจและอารมณ์

- 0 = ไม่มี
 1 = มีความกังวล แต่ไม่อยู่หนึ่งเฉย
 2 = รู้สึก ไม่สบายมาก ๆ จากความกังวล



เลขที่-----

แบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

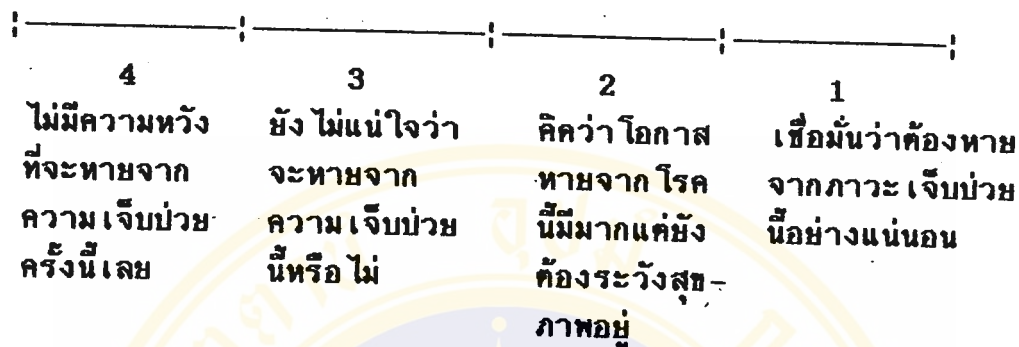
คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้สำรวจถึงภาวะอารมณ์ทุกข์โศกที่พบได้ทั่วไปในบุคคลที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาเช่นเดียวกับท่าน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีภาวะอารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้แตกต่างกันไป อารมณ์แต่ละชนิดในแบบสอบถามนี้จะมีความรุนแรงแตกต่างกันทั้งหมด ๔ ระดับ จึงใคร่ขอทราบความรู้สึกอารมณ์ของท่านเพื่อประโยชน์ในการศึกษาและเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

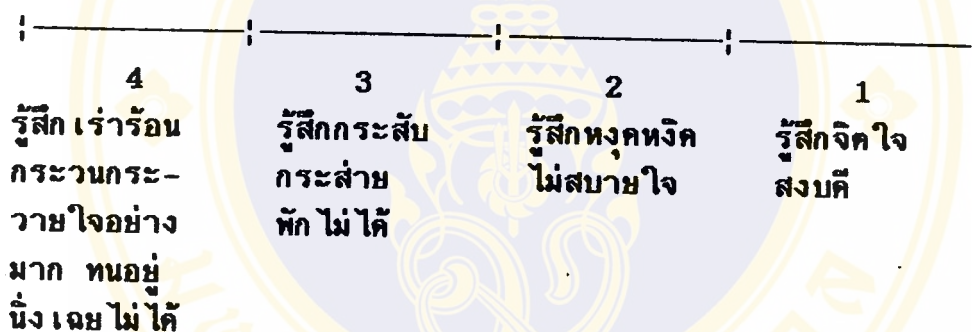
ขอท่านได้โปรดตอบแบบสอบถาม โดยเลือกเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับระดับภาวะอารมณ์ที่บ่งบอกถึงภาวะอารมณ์ที่แท้จริงของท่านในขณะนี้ในแต่ละข้อ โดยในแต่ละข้อ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบมีเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คือคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และ โปรดตอบทุกข้อ

- ขอขอบคุณ -

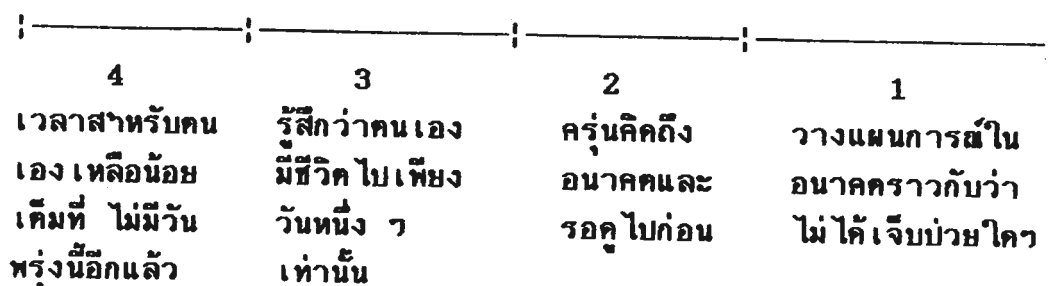
1. ความรู้สึกสิ้นหวัง



2. ความรู้สึกสับสนวุ่นวายใจ



13. การรับรู้เกี่ยวกับอนาคต







ตารางที่ 6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแนวคำถามการใช้กิจกรรมทางศาสนา
ในการเผชิญปัญหา (จำนวน = 32 คน)

กิจกรรม	จำนวน(คน)
ทำบุญใส่บาตร	18
โยเร	1
สงบจิตใจ ทำสมาธิ	4
สวดมนต์	8
ถือศีล	2
เข้าวัด	3
บวชชี	2
บิณฑบาต	1
อ่านหนังสือธรรมะ	1

หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายมีการใช้กิจกรรมมากกว่า 1 อย่าง



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบสอบถามภาวะอารมณ์ทุกข์โศก

- รองศาสตราจารย์หวงทอง ไกรทิบูลย์, พ.บ., ว.ว.
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ทิการ์ สุวรรณโคก, วท.บ., M.S.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์พเยาว์ พูลเจริญ, ค.บ., กศ.ม.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- อาจารย์วิวรรธน์ พันธย์, ศศ.บ., ศศ.ม.
ภาควิชาภาษาคำต่างประเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การประเมินวิธีเผชิญปัญหา

- รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล