



การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม coping ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร  
ภายหลังการรักษา

Health Perception and Coping Behaviors in Patients with Esophageal Cancer  
Undergone Treatments

อารี น้อยบ้านด่าน

Aree Nuybandan

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2541

๐

เลขหมู่ RCZ80.E8 06A 2541ค.2
Bib Key 143612

(1)


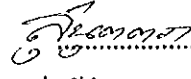
ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอด  
อาหารภายหลังการรักษา

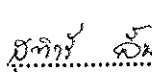
ผู้เขียน นางสาวอารี น้อยบ้านด่าน

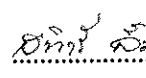
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

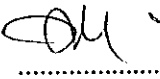
คณะกรรมการที่ปรึกษา

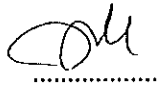
คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ .....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา ตะบูนหงส์)(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา ตะบูนหงส์)

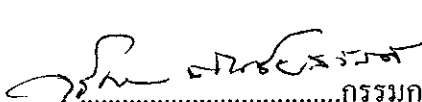
.....กรรมการ  
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....กรรมการ  
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

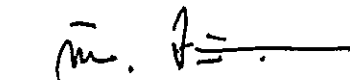
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์)

.....ลาศึกษาต่อ.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์วรัญญู ตันชัยสวัสดิ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทร์พรหมมา)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์      การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย  
                                 มะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา

ผู้เขียน                นางสาวอารี นุ้ยบ้านด่าน

สาขาวิชา              การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา            2540

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด หรือรักษาร่วมกันหลายๆวิธี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 50 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของเนตรนภา (2534) และแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย ของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) ค่าความเชื่อมั่นซึ่งคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .95 ส่วนแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใช้ของ สมจิต (1986) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาและวิธีการจัดการกับอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่นซึ่งคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (t-test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางและแข็งแรง

2. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ 47.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.4 (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ = 14-70) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ 46.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.6 (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ = 16-80) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทุกวิธีที่ระบุในแบบสอบถามและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ใช้เป็นประจำคือ กระทำตามที่คุณคนอื่นแนะนำ พยายามมองโลกในแง่ดี พยายามทำให้ดีที่สุด เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี ขอมจำนวนต่อความเจ็บป่วยและพยายามหลับให้มากที่สุด พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยใช้ คือ โทษผู้อื่น โทษสิ่งอื่น ระบายความทุกข์โดยการระบายอารมณ์หรือร้องไห้และกระทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ

3. จากคะแนนการรับรู้ว่าคุณภาพกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง และกลุ่มที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพปานกลาง โดยทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาและวิธีการจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง มีแนวโน้มที่จะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่า แต่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพในระดับต่ำกว่าหรือปานกลาง

Thesis Title            Health Perception and Coping Behaviors in Patients with  
                                  Esophageal Cancer Undergone Treatments

Author                    Miss Aree Nuybandan

Major Program         Adult Nursing

Academic Year         1997

### Abstract

The purposes of this descriptive research study were to investigate health perception and the coping behaviors of patients with esophageal cancer undergone treatments and to compare the coping behaviors among those who have different health perception. The purposively selected sample included 50 patients with esophageal cancer already undergone treatments and attended the surgical outpatient clinic at the Songklanagarind Hospital and Hadyai Hospital. The health perception assessment questionnaire developed from Natenapa's (1991) and the Sickness Impact Profile (Bergner et al. 1981) was used to measured the subjects' total health perception. Coping behaviors were measured by using a questionnaire developed by Somchit (1986) which composed of problem-focused and emotional-focused behaviors. The Cronbach's alpha coefficients of the the health perception questionnaire and coping behavior questionnaire were .95 and .82 respectively. Data was collected by structured interview. The statistics used in analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results of the study indicated that :

1. The subjects perceived their health at moderate and good level.

2. The mean of problem-focused coping behavior (PFCB) score was 47.8, with standard deviation of 8.4 (potential score = 14-70); whereas the mean of emotional-focused coping behavior (EFCB) score was 46.4, with standard deviation of 9.6 (potential score = 16-80). All coping behaviors included in the questionnaire were used by the subjects. The coping behaviors that more than 50 percent of the subjects always used were following advice, having a positive view, doing their best, listening selectively or perceiving only positive things, accepting the illness, and going to sleep. The coping behaviors that most of the subjects never used were projection on someone or something, feeling emotional release or crying and doing something without consideration.

3. With regard to the health perception score, the subjects were divided into those with fair health and those with good health. It was found that the two groups were not significantly different in the problem-focused coping behavior and the emotional-focused coping behavior score. However, it was likely that those with better health used a higher PFCB but lower EFCB than those with poorer or moderate health.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ ดร.สาวิตรี ลีมชัยอรุณเรือง ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิศยา ตากวิริยะนันท์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจมาตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ และแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตลอดจนหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถาม จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณรุ่นพี่ รุ่นน้อง และเพื่อนรุ่น 4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคนที่ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อกันตลอดมา ขอขอบพระคุณ คุณวิจิต แก้วสนิท ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ มารดาที่อบรมสั่งสอนให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์เรณู ทักษณรงค์ และอาจารย์วิทยากร โครงการอบรมพัฒนาจิตทุกท่านที่อบรมสั่งสอนและให้กำลังใจมาตลอด ขอขอบพระคุณ พี่ๆ น้อง หลานๆ รวมทั้งเพื่อนที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

อารี นุ้ยบ้านด่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(5)
กิตติกรรมประกาศ .....	(7)
สารบัญ .....	(8)
รายการตาราง .....	(10)
บทที่ .....	
1 บทนำ .....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
คำถามการวิจัย .....	3
กรอบแนวคิด .....	4
นิยามศัพท์ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	7
ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร .....	7
การรับรู้ภาวะสุขภาพ .....	11
พฤติกรรมการเผชิญปัญหา .....	18
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ แตกต่างกัน .....	27
3 วิธีการวิจัย .....	29
ประชากร .....	29
กลุ่มตัวอย่าง .....	29
เครื่องมือในการวิจัย .....	30
	(8)

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	34
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....	35
ผลการวิจัย .....	35
การอภิปรายผล .....	42
5 สรุปและข้อเสนอแนะ .....	47
สรุปการวิจัย .....	47
ข้อเสนอแนะ .....	49
บรรณานุกรม .....	50
ภาคผนวก .....	61
ภาคผนวก ก. ....	62
ภาคผนวก ข. ....	63
ภาคผนวก ค. ....	64
ภาคผนวก ง. ....	65
ภาคผนวก จ. ....	74
ประวัติผู้เขียน .....	79

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล .....	36
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายและค่าความเบ้ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร .....	40
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลางและรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง .....	41

## บทที่ 1

### บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งนับว่ามีความสำคัญ และเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 3-4 ของโลก (WHO, 1992) และอันดับที่ 3 ของประเทศไทย (กองแผนงานสาธารณสุข, 2533) นอกจากนี้อุบัติการณ์ของมะเร็งหลอดอาหารในจังหวัดสงขลายังสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยในผู้ชายมีอุบัติการณ์อยู่ในอันดับที่ 8 ของประเทศไทย (Vatanasapt et al., 1991) และผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกลืนอาหารลำบาก ลำคออาหาร ลำลักอาหาร ปวดเวลากลืนอาหาร ปวดแสบบริเวณเยื่อคอก เสียงแหบ และอาการผอมแห้ง (Chanvitan, 1990; Groenwald et al., 1993; Held & Peahota, 1992; Jamicson, 1988; Yamada et al., 1991) ส่วนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือรักษาร่วมกันหลายๆ วิธี ซึ่งภาวะโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับย่อมมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและความสามารถในการประเมินการรับรู้ จะส่งผลไปถึงการปรับตัว และความผาสุก (Lazarus & Folkman, 1984) จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มมะเร็งอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ดี (กฤษดา, 2531; Langnis & Bjorvell & Lind, 1993) ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม มีการตอบสนองต่อการรักษาโรคดี มีอัตราการรอดชีวิตสูง มีความสามารถในการควบคุมตนเองได้เป็น

ผลให้มีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว มีพลังในการปรับตัวต่อความเครียด จนประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต และรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เนตรนภา, 2534; รวีวรรณ, 2535; ลีริอร, 2533; Mor, 1984; Cooper, 1984) ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางไม่ดี จะมีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง หมดอาลัยในชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่ความล้มเหลวในการปรับตัว อันจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ และความตายได้ (Cooper, 1984; Simonton et al., 1978, อ้างตาม วิไลลักษณ์, 2534) อีกทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Kesselring & Dodd & Strauss, 1986) และผู้ป่วยจะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เพื่อจัดหรือบรรเทาความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งวิธีมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ โดยผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาเด่นชัดกว่า หรือใช้การจัดการกับอารมณ์เด่นชัดกว่า (ละเอียด, 2535; Steptoe et al., 1991; Halstead & Fernler, 1994; Payne, 1990; Krause, 1991; Hanucharunkul, 1986) ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ขวัญ กำลังใจ และการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ป่วยที่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่า จะมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี สามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และมีความผาสุกในการดำเนินชีวิต (Terry, 1994) ส่วนผู้ป่วยที่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์มากกว่าจะมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ต่ำ มีสุขภาพจิตไม่ดี อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Terry, 1994; Vitaliano et al., 1990) ทำให้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เพราะอาจมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม

สำหรับการวิจัยเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ บรुक และฟลาเฮอร์ตี้ (Burke & Flaherty, 1993) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพในผู้หญิงวัยสูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบพบว่า บุคคลที่มีภาวะสุขภาพอ่อนแอ ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสูง มัย โอ-อีสทีวิส (Maio-Esteves, 1990) ศึกษาการจัดการความเครียดประจำวัน และการรับรู้

ภาวะสุขภาพในผู้หญิงวัยรุ่น พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา มีผลกระทบทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและการรับรู้ภาวะสุขภาพยังหาข้อสรุปไม่ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจใคร่ศึกษาเพื่อหาคำตอบว่า ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแตกต่างกันหรือไม่ และผลงานวิจัยที่ได้จะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยทั้งในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการเผชิญปัญหา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแล ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

### คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาเป็นอย่างไร
3. ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแตกต่างกันหรือไม่

## กรอบแนวคิด

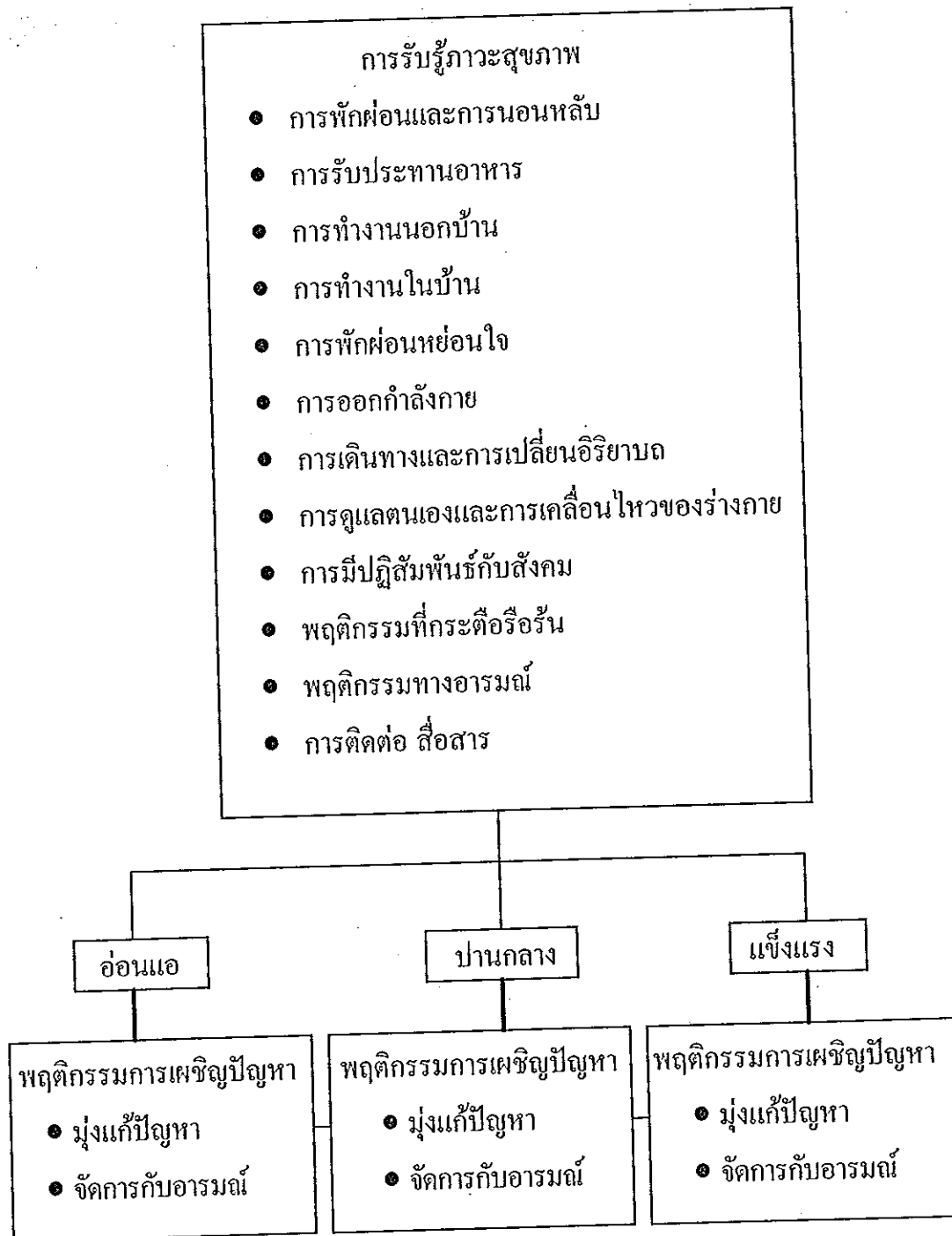
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา จัดเป็นสถานการณ์หนึ่งที่บุคคลจะทำการประเมินตัดสินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองอย่างไร ถ้าบุคคลพิจารณาตัดสินว่าเป็นเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย สูญเสีย คุกคามหรือทำร้าย ก็เป็นการประเมินตัดสินว่าสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียดต่อตนเองและบุคคล จะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เพื่อจัดหรือบรรเทาความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ก็อาจมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่า อ่อนแอ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าอาจเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม เป็นอันตราย หรืออาจมีการสูญเสียเกิดขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์ที่จะมีผลรบกวนต่อการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งแก้ปัญหา (Folkman, 1984) และสถานการณ์ที่คุกคาม เป็นอันตรายหรือสูญเสีย จัดเป็นสถานการณ์ที่มีความเครียด

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ประเมินโดยใช้แบบประเมินของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) ซึ่งพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่สามารถรับรู้ถึงผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึก และทัศนคติ และทำการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพออกมาในรูปของพฤติกรรม 12 ด้าน คือ การพักผ่อนและการนอนหลับ การรับประทานอาหาร การทำงานนอกบ้าน การทำงานในบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การเดินทางและการเปลี่ยนอิริยาบถ การดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พฤติกรรมที่กระตือรือร้น พฤติกรรมทางอารมณ์ และการติดต่อสื่อสาร จากผลการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถจำแนกบุคคลได้ว่ารับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับ อ่อนแอ ปานกลาง หรือแข็งแรง

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ประเมินตามกรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่าเป็นความพยายามด้านความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับสิ่งที่บุคคลประเมินแล้วว่าทำให้ต้องใช้เวลาประ โยชน์มากกว่าที่บุคคลมีอยู่

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา มี 2 วิธี คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นการจัดการกับอารมณ์ตนเอง อันเป็นผลจากความเครียด เพื่อคงไว้ซึ่งขวัญ และกำลังใจ (Lazarus & Folkman, 1984)

กรอบแนวคิด ในการศึกษาแสดงเป็นไดอะแกรมดังนี้



## นิยามศัพท์

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานของตนเอง อันเป็นผลจากโรคและการรักษา ซึ่งประเมินตามแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของเนตรนภา (2534) และแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile) ของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981)

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา หมายถึง ความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย ที่ใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ที่เผชิญ ทั้งในวิธีที่มุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งประเมินตามแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสมจิต (1986) ที่ได้ตัดแปลงมาจากแนวคิด พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของไวส์แมน วอร์ดินและโซเบล (Weisman & Worden & Sobel, 1980) และลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร และความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล ทีมสุขภาพ มีความเข้าใจผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมากขึ้น เห็นประเด็นสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา
4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

#### 1. ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร

มะเร็งหลอดอาหาร พบมากในประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์ในเพศชาย 9.7 ต่อประชากร 1 แสนคนและในเพศหญิง 3.1 ต่อประชากร 1 แสนคน (Vatanasapt, et al., 1993) ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารส่วนใหญ่คือ แอลกอฮอล์ และบุหรี่ (Stromborg, 1989) เพราะแอลกอฮอล์ทำให้เยื่อหลอดอาหารมีการซึมผ่านเพิ่มขึ้น เปิดโอกาสให้สารพิษที่ทำให้เกิดมะเร็งซึมผ่านเข้าไป และในเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอันตรายต่อตับ ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการทำลายสารพิษที่ทำให้เกิดมะเร็ง พร้อมทั้งผู้บริโภคมักขาดสารอาหารบางอย่างเช่น วิตามินเอ ซี ไบโอฟลาวิน และธาตุเหล็ก ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงหย่อนคุณภาพของเยื่อหลอดอาหารในทางเอ็นซัยม์เมตาบอลิซึม และเซลล์ของเยื่อหลอดอาหาร อีกประการหนึ่งคือ แอลกอฮอล์ยังมีผลลดปฏิกิริยาสร้างภูมิคุ้มกัน (กวี, 2529) ส่วนบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง เพราะสารที่เป็นแก๊สในควันบุหรี่มีปฏิกิริยาทำให้เกิดมะเร็งได้ (วิไลวรรณ, 2530) ส่วนสาเหตุอื่นๆ เช่น การดื่มน้ำชา เพราะอุณหภูมิของน้ำชาที่มีผลทำให้เยื่อหลอดอาหารเกิดการระคายเคือง (Stromborg, 1989) อีกทั้งในน้ำชายังมี

องค์ประกอบทางเคมีได้แก่ แนนิน, ฟีนอล และกรดแกลลิก เป็นต้น ที่เป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็งหลอดอาหาร (พรทิพา, 2520) นอกจากนี้ การเกิดมะเร็งหลอดอาหารยังมีความสัมพันธ์กับภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เพราะบุคคลที่อยู่ในฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำมีโอกาสขาดสารอาหารได้สูง โดยเฉพาะผัก ผลไม้ รวมทั้งขาดสารอาหารประเภทวิตามินซี ไรโบฟลาวิน ไทอะมิน ไพรดอกซิน และซีลีเนียม เป็นต้น

มะเร็งหลอดอาหารประมาณร้อยละ 90 พบว่าเป็นสแควมัส เซลล์ โดยมีระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหลอดอาหารช้ามาก เริ่มจากการมีอักเสบของหลอดอาหาร จนถึงระยะที่มีอาการกลืนลำบาก ซึ่งอาจมีการกลับเป็นปกติ หรือกลายเป็นเนื้องอกมะเร็ง จะใช้เวลานานเกือบ 7-8 ปี และใช้เวลา 3-4 ปี จากเนื้องอกกลายเป็นมะเร็งที่ลุกลาม และจากกายวิภาคของหลอดอาหาร เป็นหลอดอาหารที่มีความยืดหยุ่นได้มาก เพราะไม่มีชั้นซีโรซา (serosa) หุ้มยึดไว้ มีแต่ชั้นเยื่อภายใน คือชั้นกล้ามเนื้อชนิดวงรอบ และชนิดความยาวหุ้มเพียง 2 ชั้น ดังนั้น ก้อนมะเร็งจะต้องโตมากหรือได้ลุกลามไปตามความยาวของหลอดอาหารมากจึงจะทำให้มีอาการกลืนลำบาก ผู้ป่วยที่มาหาแพทย์ส่วนใหญ่จะมีอาการกลืนลำบาก ซึ่งแสดงว่ามะเร็งจะต้องมีความยาวอย่างน้อย 5 เซนติเมตรหรือมากกว่า ถ้าถือตาม TNM system (T ย่อมาจาก extend of primary tumor N ย่อมาจาก Regional lymphnode metastasis M ย่อมาจาก distant metastasis) ก็หมายความว่า T จะต้องเกิน T<sub>2</sub> ขึ้นไป โดยหลักการแบ่งระยะของมะเร็งหลอดอาหารตาม TNM system แบ่งได้ 4 ระดับ คือ (กวี, 2529)

Stage I	T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
Stage II	T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
Stage III	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
Stage IV	T <sub>1</sub> T <sub>2</sub> T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>1</sub>

โดยที่ T<sub>0</sub> คือ ตรวจไม่พบ จุดเริ่มต้นของมะเร็ง

T<sub>1</sub> คือ ก้อนมะเร็งมีความยาว 5 เซนติเมตร หรือน้อยกว่าไม่มีการอุดตันของหลอดอาหาร ไม่มีการแพร่กระจายไปตามเส้นรอบวงของผนัง ไม่มีการกระจายออกไปนอกผนังของหลอดอาหาร

$T_2$  คือ ก้อนมะเร็งที่มีความยาวเกินกว่า 5 เซนติเมตร หรือก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้ที่มีการอุดตันหลอดอาหาร หรือแพร่กระจายไปตามเส้นรอบวงของหลอดอาหารโดยรอบ แต่ยังไม่มีการกระจายไปนอกหลอดอาหาร

$T_3$  คือ ก้อนมะเร็งที่มีการกระจายออกไปนอกหลอดอาหาร

$N_0$  คือ คลำก้อนต่อมน้ำเหลืองไม่ได้ในทางคลินิก

$N_1$  คือ คลำก้อนต่อมน้ำเหลืองได้ แต่ยังไม่เคลื่อนและคลำได้ข้างเดียว

$M_0$  คือ ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง

$M_1$  คือ มีการแพร่กระจายของมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จำนวนร้อยละ 90 มีอาการกลืนลำบาก (Held & Peahota, 1992; Groenwald et al., 1993; Yamada et al., 1991) น้ำหนักลด (Groenwald et al., 1993; Jamicson, 1988) โดยลดลงประมาณ 10-20% ของน้ำหนักตัว (Groenwald et al., 1993) ซึ่งน้ำหนักตัวอาจลดลง 40-50 ปอนด์ ภายในเวลา 2-3 เดือน (Otto, 1994) มีอาการสำรอกอาหาร ลำไส้อาหาร (Groenwald et al., 1993; Yamada, et al., 1991) ปวดเวลากลืนอาหาร ปวดแสบบริเวณยอดอก (Groenwald et al., 1993) เสียงแหบ (Jamicson, 1988) และจากการศึกษาของ อภินพ จันทร์วิทัน (Chanvitan, 1990) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มารักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีอาการกลืนลำบาก สูงเป็นอันดับแรก อันดับต่อมาเป็นอาการคลื่นไส้ สำรอกอาหาร เสียงแหบ แสบหน้าอก ปวด มีเสมหะ มีก้อนที่คอ อาเจียนเป็นเลือด และไอเป็นเลือด ส่วนอาการทางคลินิกที่พบคือ ผอมแห้ง สูงเป็นอันดับแรก อันดับต่อมาคือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ซีด และเป็นโรคปอดเรื้อรัง

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร มีดังนี้ (Groenwald et al., 1993; Jamicson, 1988)

1. การผ่าตัด เป็นการกระทำเพื่อการรักษา หรือเพื่อบรรเทาอาการ ชนิดของการผ่าตัด มีดังนี้

1.1 Esophagectomy เป็นการตัดหลอดอาหารออกทั้งหมดหรือบางส่วน และนำ Dacron graft มาใส่แทนหลอดอาหารที่ถูกตัดออก

## 1.2 Esophagogastrostomy (Esophagogastrrectomy with gastric pull up)

เป็นการตัดหลอดอาหารและกระเพาะอาหารบางส่วนแล้วดึงกระเพาะอาหารที่เหลือต่อกับหลอดอาหารในทรวงอก ซึ่งต้องทำการผ่าตัดเข้าทางทรวงอก (thoracotomy) ด้วย

## 1.3 Esophagoenterostomy (Esophagectomy with colonic bypass) เป็น

การตัดหลอดอาหารและนำส่วนของลำไส้ใหญ่มาต่อแทนหลอดอาหารที่ถูกตัดออกไป

## 1.4 Esophagolarynectomy เป็นการตัดหลอดอาหารและกล่องเสียงออกทั้ง

หมดในรายที่เป็นมะเร็งหลอดอาหารที่ระดับเซอร์วิคัล (cervical) ทำให้ต้องทำเจาะคอชนิดถาวร และต้องผ่าตัดต่อเนื้อเยื่อชนิด pharyngogastrostomy

## 1.5 Gastrostomy หรือ Jejunostomy เป็นการผ่าตัดเพื่อใส่ท่อสำหรับใส่

อาหารลงในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก

การผ่าตัดชนิดต่างๆ ดังกล่าว ต้องทำการผ่าตัดเข้าทางทรวงอก ร่วมกับการทำผ่าตัดเปิดเข้าทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดเปิดที่คอด้วย ซึ่งการผ่าตัดเหล่านี้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น เลือดออก ติดเชื้อที่ปอด ปอดแฟบ การหายใจล้มเหลว รอยต่อที่แผลรั่ว การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมักมีท่อระบายทรวงอก เพื่อระบายลม น้ำเมือก ที่ค้างค้างจากการผ่าตัด มีท่อสายยางจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร เพื่อระบายน้ำย่อยที่หลังจากกระเพาะอาหาร สายน้ำเกลือ ซึ่งอาจให้ทางหลอดเลือดดำใหญ่หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทดแทนช่วงอดอาหารภายหลังการผ่าตัด ซึ่งถ้ามีสายน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำใหญ่ ร่วมกับสารน้ำเกลือทางอื่นด้วย มักจะเก็บรักษาสายน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำใหญ่ไว้ สำหรับให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำอย่างเดียว นอกจากนี้ผู้ป่วยมักได้ทำท่อสายยางทางหน้าท้องสู่กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กด้วยเพื่อสำหรับให้อาหารในช่วงที่แผลผ่าตัดยังไม่หายดี ส่วนท่อสายยางจากจมูกถึงกระเพาะอาหารมีไว้สำหรับระบายน้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกเท่านั้น จะไม่ใช่สำหรับการให้อาหาร ส่วนในรายที่มีการผ่าตัดเปิดทางคอ อาจมีท่อสายยางเหลืองที่แผลผ่าตัดเพื่อระบายน้ำเหลือง น้ำเลือดออกจากบริเวณแผลผ่าตัด

2. รังสีรักษา การรักษาด้วยรังสี อาจให้ก่อนการผ่าตัดหรือภายหลังการผ่าตัด หรือบางรายสภาพไม่ดีพอสำหรับการผ่าตัด ก็จะใช้รังสีรักษาแทน ปกติจะใช้รังสีประมาณ 4,000-6,000 rads ใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรังสีรักษาคือ หลอดอาหารอักเสบ มีรูรั่วบริเวณหลอดอาหาร หลอดอาหารตีบ ปอดอักเสบ ระคายเคืองผิวหนัง ผิวหนังไหม้ คอแห้ง เสียงแหบ เป็นต้น

3. เคมีบำบัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด มักพบภาวะแทรกซ้อน คือ ปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง มีการกดการทำงานของไขกระดูก เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารด้วยวิธีการผ่าตัด หรือรังสีรักษา ถือเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดี ในการบรรเทาอาการกลืนลำบากได้ถึงร้อยละ 60-80 (Castell, 1992) และจากการศึกษาของ อภินพ (1990) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 56 รักษาด้วยรังสีรักษา ร้อยละ 13.7 ส่วนอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 หรือ 3 เป็นส่วนใหญ่ เพราะจะมาหาแพทย์เมื่อมีอาการกลืนลำบาก

## 2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

### 2.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการ เกี่ยวกับการรับรู้สัมผัส และการตีความหรือการแปลความ รวมทั้งการจัดระเบียบข้อมูล (McWalter, 1990; Quinn, 1985; Sartain et al., 1973) ซึ่งในการรับรู้สัมผัสจะมีอวัยวะที่รับสัมผัส คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง โดยอวัยวะเหล่านี้ จะรับสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้น เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้าแล้วจะส่งสัญญาณต่อไปตามระบบประสาทไปสู่สมอง พร้อมทั้งมีการจัดระเบียบ และตีความ (จิราภรณ์, 2532; McWalter, 1990; Morgan et al., 1986) นอกจากนี้ การรับรู้ ยังหมายถึง การตีความตามประสบการณ์ (London, 1975) หรือการเข้าใจสิ่งเร้าที่มาที่ระบบประสาท (Giewitz, 1980) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ยังเป็น กระบวนการที่ซับซ้อน ต่อเนื่อง และเป็นพลวัต (Zimbardo, 1979; McWalter, 1990)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สัมผัส การจัดระเบียบ การตีความตามประสบการณ์ของบุคคล และเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ต่อเนื่องและเป็นพลวัต

## 2.2 กระบวนการของการรับรู้

กระบวนการของการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การกลั่นกรอง (filtering) การจัดระเบียบ (arranging) และการตีความ (recognizing) ซึ่งในขั้นของการกลั่นกรองเป็นการลดสิ่งเร้าที่มากเกินไป และเลือกรับเฉพาะสิ่งเร้าที่จำเป็นที่สุด ส่วนในขั้นของการจัดระเบียบ เป็นการนำข้อมูลที่ผ่านการกลั่นกรองแล้วมาจัดระบบข้อมูลที่ส่มอง และคัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ ส่วนขั้นของการตีความ เป็นการตีความข้อมูลที่จัดระเบียบแล้ว และกระทำตามนั้น ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้มีลักษณะเป็นพลวัต และมีปฏิกริยา (interactive) ต่อข้อมูลตลอด และในแต่ละขั้นตอนบุคคลสามารถตัดสินใจกระทำได้ตามความเหมาะสม โดยในขั้นของการจัดระเบียบข้อมูล บุคคลจำเป็นต้องอาศัยความรู้เข้ามาใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูลและในขั้นของการตีความ บุคคลต้องตรวจสอบ ความผิดพลาดของข้อมูล เพราะข้อมูลถูกส่งผ่านบุคคลมากมาย ทำให้ยากต่อการได้รับข้อมูลจากต้นกำเนิดแท้ อย่างไรก็ตามในกระบวนการของการรับรู้ ย่อมมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ คือ แรงจูงใจ การเรียนรู้ทัศนคติ และบุคลิกภาพ (McWalter, 1990)

## 2.3 ความหมายของภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่เกิดกับบุคคล มีลักษณะต่อเนื่อง เป็นพลวัต จะปรากฏในภาวะของสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วย จนกระทั่งตาย (ศิริพร, 2533; Joos & Nelson & Lyness, 1985) และการมองภาวะสุขภาพจะมองในภาพองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Joos & Nelson & Lyness, 1985) โดยอาจให้ความหมายของคำว่าสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ดูบอส (Dubos, 1965 cited in Newman, 1994) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ดันน์ (Dunn, 1973 cited in Newman, 1994) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นศักยภาพในการทำหน้าที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1946 cited in Joos & Nelson & Lyness, 1985) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะของความผาสุก ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดย

ปราศจากโรค นอกจากนี้สมิท (Smith, 1983) ยังได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ และพบว่าสุขภาพได้รับการอธิบายไว้ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 แนวคิดใหญ่คือ สุขภาพในกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรค (Clinical Model) ซึ่งสุขภาพดี คือ การปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค หรือปราศจากการไร้ความสามารถ ส่วนการเจ็บป่วยคือ มีอาการและอาการแสดงของโรคปรากฏชัดเจน สุขภาพในกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ (Role-Performance Model) ซึ่งสุขภาพดี คือ การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้สูงสุดตามที่คาดหวังไว้ ส่วนการเจ็บป่วยคือ ความล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท สุขภาพในกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว (Adaptive Model) ซึ่งสุขภาพดี คือ อินทรีย์มีความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม แล้วได้ประโยชน์ ส่วนการเจ็บป่วย คือ อินทรีย์ไม่สามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ มีความล้มเหลวในการตอบสนองของร่างกาย และสุขภาพในกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมาย (Eudaimonistic Model) ซึ่งสุขภาพดี คือ ความผาสุก ส่วนการเจ็บป่วย คือ การอ่อนเพลียหมดแรง

#### 2.4 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

อาจกล่าวสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการตีความตามความรู้สึกรู้สึกของบุคคล ต่อสภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในแง่ของอาการและอาการแสดงของโรค ความสามารถในการทำหน้าที่หรือบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ การปรับตัว การบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของภาวะสุขภาพที่มีความต่อเนื่องและเป็นพลวัตร โดยอาจปรากฏในภาวะของสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของปัจเจกบุคคล จะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยทางกายภาพ และจิตวิทยาแตกต่างกัน ทำให้สิ่งเร้าที่ผ่านกระบวนการของการรับรู้ คือ การกลั่นกรอง การจัดระเบียบ และการตีความของปัจเจกบุคคลแตกต่างกัน นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพอาจแตกต่างไปจากความเป็นจริงด้วย

#### 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับรู้ มี 2 ปัจจัย คือ ด้านกายภาพ และด้านจิตวิทยา ซึ่งปัจจัยด้านกายภาพ คือลักษณะความผิดปกติของการรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น

และอวัยวะรับสัมผัส อื่นๆ (ชม, 2523) ซึ่ง กีไวทซ์ (Geiwitz, 1980) กล่าวว่า การรับรู้ขึ้นกับการทำงานของอวัยวะรับสัมผัส และกายภาพของระบบประสาทที่ข้อมูลถูกส่งผ่าน หากสิ่งเหล่านี้ผิดปกติไปก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไป (ชม, 2523) ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา คือ ความต้องการ แรงจูงใจ อารมณ์ ค่านิยม ทักษะคติ วัฒนธรรม ประเพณี ความรู้ การเรียนรู้ และประสบการณ์ (ชม, 2523; Quinn, 1985; McWalters, 1990) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Morgan et al., 1986; Geiwitz, 1980; Quinn, 1985; Sartain et al., 1973) ดังนั้นการที่บุคคลมีปัจจัยทางกายภาพและจิตวิทยาแตกต่างกัน ปัจเจกบุคคลจึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน และการรับรู้อาจแตกต่างไปจากความเป็นจริง (Benjamin et al., 1987)

## 2.6 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำการประเมินโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลายอาทิ เช่น แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบรูคและคณะ (Brook et al., 1979) มีประเด็นในการวัด 6 ด้าน คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความห่วงกังวลและตระหนักในภาวะสุขภาพ การรับรู้ถึงความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีค่าความเที่ยง .50-.90 แบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเบอร์เกอร์เนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) ทำการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในรูปของพฤติกรรม 12 ด้าน คือ การพักผ่อน และการนอนหลับ การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การเดินทางและการเปลี่ยนอิริยาบถ การดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พฤติกรรมที่กระตือรือร้น พฤติกรรมทางอารมณ์ และการติดต่อสื่อสาร แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1987) ประกอบด้วย 11 แบบแผนคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร การจับจ่าย กิจกรรม และการออกกำลังกาย การพักผ่อนการนอนหลับ สถิติปัญหาและการรับรู้เพศและการเจริญพันธุ์ บทบาทและสัมพันธภาพ การปรับตัวและทนทานต่อความเครียด การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คุณค่าและความเชื่อ ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้มีความคล้ายคลึงกันคือเป็นแบบวัดที่ครอบคลุมในองค์รวมคือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ แบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย ของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ประเมินบุคคลได้ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และถูกสร้างบนพื้นฐานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่สามารถรับรู้ถึงผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึก และทัศนคติ (McDowell & Newell, 1987) เครื่องมือนี้ถูกสร้างเมื่อปี ค.ศ. 1972 ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย จำนวน 300 ข้อ และปี ค.ศ. 1973 ได้นำไปศึกษานำร่อง จนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1974 เครื่องมือนี้ได้ถูกรับรองอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1981 ได้นำเครื่องมือมาพัฒนาต่อ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไทรอยด์ ผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ และผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อตะ โทก ผลการพัฒนาเครื่องมือได้กลุ่มของพฤติกรรมที่ใช้เป็นแบบวัดผลกระทบของความเจ็บป่วย 12 ด้าน คือ การพักผ่อนและการนอนหลับ การรับประทานอาหาร การทำงานนอกบ้าน การทำงานในบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การเดินทางและการเปลี่ยนอิริยาบถ การดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พฤติกรรมที่กระตือรือร้น พฤติกรรมทางอารมณ์ และการติดต่อสื่อสาร รวมข้อมูลทั้งหมด จำนวน 136 ข้อ โดยมีค่าความเที่ยง .92 (Bergner et al., 1976, 1981) และเนตรนภา (2534) ได้ตัดแปลงแบบวัดภาวะสุขภาพของบรูคและคณะ (Brook et al., 1979) และแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) มาเป็นเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อและเครื่องมือมีความเที่ยง .94

## 2.7 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ตามแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเบอร์กเนอร์และคณะ (Bergner et al., 1981) เป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพออกมาในรูปของพฤติกรรม ซึ่งตามรายงานพบว่ามีปัญหาดังนี้

2.7.1 การพักผ่อนและการนอนหลับ ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร แต่จากการศึกษาของ สโตรมบอร์ก (Stromborg, 1984) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ

2.7.2 การรับประทานอาหาร จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลอด-  
อาหารมีอาการกลืนลำบาก กลืนได้ลำบาก (Chanvitan, 1990) ทำให้การ  
รับประทานอาหารทางปากอาจไม่เพียงพอ ส่วนในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับสารอาหาร  
ทางท่อสายยาง อาจต้องประสบกับอาการท้องเสียได้จากการได้รับสารอาหารในอัตรา  
การไหลที่เร็วเกินไป ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จึงมีโอกาที่จะได้รับสารอาหารไม่  
เพียงพอ และจากการศึกษาของคอร์ลี และคณะ (Corli et al., 1992) ในผู้ป่วยมะเร็งที่  
มีการลุกลามของมะเร็ง พบว่าผู้ป่วย มีความทุกข์ทรมาน จากภาวะขาดสารอาหาร ซึ่ง  
จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียได้ นอกจากนี้อาการอ่อนเพลียยังอาจเกิดจากการลด  
ลงของกล้ามเนื้อ อันเป็นผลจากสารที่ปล่อยออกมาจากมะเร็ง (endogenous tumor  
necrosis factor) (Pierre & Kasper & Lindsey, 1992) และอาการอ่อนเพลียของผู้ป่วย  
จะมีผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการรับประทานอาหาร

2.7.3 การทำงานนอกบ้าน ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร แต่  
จากการศึกษาของชูลเลอร์ (Shuler, 1990) ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 65 คน พบว่าผู้ป่วย  
ไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความเจ็บป่วย ส่วนการศึกษาของแมฮอน ซิลลา และ  
โคโนแวน (Mahon & Cella & Donovan, 1990) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของ  
มะเร็ง จำนวน 40 คน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการไปทำงานนอกบ้าน

2.7.4 การทำงานในบ้าน ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร แต่  
จากการศึกษาของ พอล (Pohl, 1993) ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีอายุในช่วง 21-65 ปี จำนวน  
629 คน พบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เกี่ยวกับงานภายในบ้านที่ผู้หญิงทำ เช่น  
การปรุงอาหาร การทำความสะอาด และการเตรียมอาหาร ส่วนการศึกษาของแมฮอน  
ซิลลา และโคโนแวน (Mahon & Cella & Donovan, 1990) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการ  
ลุกลามของมะเร็ง จำนวน 40 คน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานบ้าน

2.7.5 การพักผ่อนหย่อนใจ ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและ  
กลุ่มมะเร็งอื่นๆ

2.7.6 การออกกำลังกาย ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและ  
กลุ่มมะเร็งอื่นๆ

2.7.7 การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนอิริยาบถ ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วย  
มะเร็งหลอดอาหาร และกลุ่มมะเร็งอื่นๆ

2.7.8 การดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่พบการศึกษาใน  
ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร แต่จากการศึกษาของสตรอมบอร์ก (Stromborg, 1984) ใน  
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง  
ของร่างกาย ในด้านการทำกิจกรรม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล  
ตนเองของผู้ป่วยได้

2.7.9 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอด  
อาหาร แต่มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ดังเช่น แมนส์สัน จอห์นสัน และ  
แมนส์สัน (Mansson & Johnson & Mansson, 1991) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง  
กระเพาะปัสสาวะที่ตัดกระเพาะปัสสาวะออก จำนวน 34 คน พบว่า สัมพันธภาพ  
ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนชูเลอร์ (Shuler, 1990) ทำการศึกษาใน  
ผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 65 คน พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความเจ็บป่วย  
ต้องแยกตัวออกจากสังคมสูง ส่วนแมฮอน ซีลลา และโดโนแวน (Mahon & Cella  
& Donovan, 1990) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของมะเร็ง จำนวน 40  
คน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม การทำงานนอกบ้าน และการ  
ทำงานในบ้าน ซึ่งอาจหมายถึง สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลในสังคม เพื่อนๆ และ  
บุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

2.7.10 พฤติกรรมที่กระตือรือร้น ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร  
และมะเร็งกลุ่มอื่นๆ

2.7.11 พฤติกรรมทางอารมณ์ ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร แต่  
จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็งพบว่า ประมาณ 20% มีการซึมเศร้า ใน  
ระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรง (Rheridan & Radmacher, 1984) และผู้ป่วยมะเร็ง  
ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต โดยถูกคุกคามต่อชีวิต กลัวความตาย ถูกคุกคาม  
ด้วยอาการต่างๆ จากความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สุขสบาย ถูกคุกคามด้วยภาพลักษณ์ ถูก  
แยกจากเพื่อน ครอบครัว สังคม สูญเสียบทบาทในสังคม ต้องเข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล สูญเสียอิสระภาพ สูญเสียการควบคุมตนเอง รวมทั้งการถูกคุกคามใน

ความสมดุลย์ของอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธ วิตกกังวล และอารมณ์ต่างๆ ที่เป็นผลจากความเครียด (Cohn & Lazarus, 1979 cited in Cooper, 1984) ผู้ป่วยมะเร็งยังรู้สึกกลัวต่อความเจ็บป่วย การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และการถูกปฏิเสธจากสังคม โดยผู้ป่วยมะเร็ง เชื่อว่า การเป็นมะเร็งไม่สามารถรักษาได้ การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไม่ใช่สิ่งที่ดีสำหรับคน และขาดความเชื่อถือในการรักษา (Cooper, 1984) และผู้ป่วยมะเร็งมักมีความกังวลในเรื่องสุขภาพ การประเมินตนเอง การงานและเงิน สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การปฏิบัติทางศาสนา เพื่อนและผู้ร่วมงาน และการมีชีวิตอยู่ (Weisman, 1979) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งยังรู้สึกโดดเดี่ยว ดังเช่น การศึกษาของชูเลอร์ (Shuler, 1990) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 65 คน พบว่าผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากต้องแยกตัวออกจากสังคม เพราะไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความเจ็บป่วย

2.7.12 การติดต่อสื่อสาร ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งกลุ่มอื่นๆ

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ในแต่ละด้านของพฤติกรรมยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน เนื่องจากการศึกษาในด้านนี้มีค่อนข้างจำกัดมาก ยกเว้นพฤติกรรมด้านการทำงานนอกบ้าน และพฤติกรรมทางอารมณ์ที่สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ และมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ไม่ว่าความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า และการต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต จากการที่ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า และยังไม่สามารถสรุปการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารออกมาได้อย่างชัดเจน จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจใคร่ศึกษา เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา

### 3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา

#### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามด้านความคิดและการกระทำ ที่จะจัดการกับสิ่งที่บุคคลประเมินแล้วว่าทำให้ต้องใช้เวลาประ โยชน์มากกว่าที่บุคคลมี

อยู่ (Lazarus & Folkman, 1984 : 141) ส่วนไวต์แมน (Weisman, 1979 : 27) ให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่าเป็นการจัดการกับปัญหาเพื่อมุ่งบรรเทา ความสมคูลย์และความสงบ โดยบุคคลตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และพยายามหาทางบรรเทาหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ นอกจากนี้ กาแลนค์ และบุช (Galand & Bush, 1982 : 6) ให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามบรรเทา หรือขจัดความเครียด หรือสิ่งคุกคาม ซึ่งอาจประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้

จะเห็นได้ว่า มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้คล้ายๆ กัน ซึ่งพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่มีความพยายามทั้งการกระทำและความคิด ที่จะจัดการกับปัญหา โดยมุ่งบรรเทาหรือขจัดปัญหา และความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดาในการแก้ไขปัญหา

### 3.2 ทฤษฎีความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญปัญหา

ทฤษฎีความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญปัญหา ของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่า ทำให้บุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าที่มีอยู่เพื่อจัดการกับเหตุการณ์นั้น ซึ่งความเครียดของบุคคลเป็นกระบวนการที่ต้องมีการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal)

การประเมินตัดสิน เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญ และความหมายของเหตุการณ์นั้น แบ่งออกเป็น 3 อย่างคือ (สมจิต, 2534; Lazarus & Folkman, 1984 : 22-54)

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์มีผลอย่างไรต่อบุคคล ซึ่งอาจประเมินได้ 3 ลักษณะคือ

1.1 เหตุการณ์นั้นไม่มีผลต่อตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตน หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นๆ

1.2 เหตุการณ์นั้นให้ผลดีต่อตนเอง (Benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลนั้นจะเกิดการผ่อนคลาย และสามารถหักเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 เหตุการณ์นั้นเป็นภาวะเครียด (Stressful) คือการพิจารณาตัดสินว่าในเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียด มี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่า เกิดความเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว เช่นผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งได้ตระหนักแล้วว่าเกิดความเสียหายกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง

1.3.2 คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตราย หรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีความเจ็บป่วยบุคคลอาจจะประเมินทั้งเป็นอันตรายสูญเสีย และคุกคามผสมผสานกัน เช่น ผู้ป่วยถูกตัดขา นอกจากจะประเมินว่าอันตรายได้เกิดขึ้นกับตน และตนได้สูญเสียขาไปแล้ว ยังประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อการสูญเสียหน้าที่การงาน และศักยภาพในชีวิตต่อไปในอนาคต เป็นต้น

1.3.3 ทำทาย (Challenge) ซึ่งเป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุม หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ในการประเมินชนิดนี้ ผู้ประเมินจะตั้งคำถามว่า "โอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด?" "มีทางเลือกใดบ้างที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น?" และ "ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร?" การประเมินชนิดทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้

3. การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่า เป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 อย่างคือ (สมจิต, 2534; Lazarus & Folkman, 1984)

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factor) ได้แก่

1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือ โรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตราย และสูญเสียอย่างมาก ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือ ไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากความคลุมเครือ ทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ

2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) ได้แก่

2.1 ข้อผูกพัน (Commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใดถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

2.2 ความเชื่อ (Belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเอง สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำท่าย

บุคคลที่พบกับเหตุการณ์ที่ถูกประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด จะมีการเผชิญปัญหา (Coping) ซึ่ง การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด และการกระทำ เพื่อที่จะจัดการกับสิ่งที่บุคคลประเมินแล้วว่าทำให้ต้องใช้เวลาประโชชน์มากกว่าที่บุคคลมีอยู่ บุคคลที่เผชิญกับปัญหาได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งการเผชิญปัญหามี 2 เป้าหมาย คือ (Lazarus & Folkman, 1984 : 148-153)

1. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการที่จัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ เช่น การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การวางแผนการกระทำและกระทำตามแผนที่วางไว้ และการแก้ปัญหา

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง อันเป็นผลจากความเครียด เพื่อคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจ เช่น การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง การหยุดยั้งการกระทำ การตำหนิตนเอง การถอยห่าง การหลีกเลี่ยง การมองในทางที่ดี และการบรรเทาด้วยวิธีต่างๆ

วิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งได้แก่ (สมจิต, 2534 : 113-114; Lazarus & Folkman, 1984 : 157-164)

1. ภาวะสุขภาพ และพลังของบุคคล จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดี มีพลังกำลังจะช่วยให้เผชิญปัญหาได้ดี

2. ความเชื่อในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวัง จะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

3. ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ และข้อมูลต่างๆ จะสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

4. ทักษะทางสังคม ความพยายาม ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล จะได้รับการสนองความต้องการของตนเองได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ขาดทักษะในด้านนี้

5. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัว ในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ

6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลมีทางเลือก วิธีแก้ปัญหามากขึ้น

การใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา มีข้อจำกัดดังนี้ (สมจิต, 2534 : 114; Lazarus & Folkman, 1984 : 165-170)

1. ข้อจำกัดด้านบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลจากพัฒนาการ และประสบการณ์ อาจเป็นความเชื่อ เจตคติของบุคคล บางคนมีนิสัยเกรงใจ ไม่กล้าแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแสวงหาแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น

2. ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ที่มีจำกัด และต้องแข่งขันกัน

3. ระดับการคุกคาม ซึ่งการคุกคามที่มีมากจะรบกวนต่อกระบวนการในการแก้ปัญหา และกระบวนการคิด

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการเผชิญปัญหาต่อสถานะการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นมี 3 ด้าน (Lazarus & Folkman, 1984 : 181-225) คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ขวัญและกำลังใจ (Morale) และภาวะสุขภาพ (Somatic health) ซึ่งการทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนขวัญและกำลังใจเป็นความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะแปรเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ ส่วนภาวะสุขภาพ เป็นผลที่เกิดจากการประเมินตัดสินและการเผชิญกับความเครียด

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองความเครียดว่าเป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่า ทำให้บุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าที่มีอยู่ เพื่อจัดการกับเหตุการณ์นั้น และการประเมินภาวะเครียดของบุคคลเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประเมินปฐมภูมิ การประเมินทุติยภูมิ และการประเมินตัดสินใหม่ โดยมีปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์เข้ามาเกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน เมื่อมีความเครียดบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งเป้าหมายของการเผชิญปัญหามี 2 เป้าหมายคือ การมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่จัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่ทำให้ไม่

สบายใจ ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีจัดการกับอารมณ์ของตนเอง และการที่บุคคลจะเผชิญปัญหาได้ดี หรือเหมาะสมเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์หลายอย่าง คือภาวะสุขภาพ และพลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางวัตถุ แต่อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์ก็พบข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม รวมทั้งระดับของการคุกคามด้วย ส่วนผลลัพธ์ของการปรับตัวที่เกิดขึ้น มี 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา

เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาเป็นการจัดการสถานการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาเป็นความคิดหรือพฤติกรรม ดังนั้นจึงได้มีผู้สร้าง และพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ในการวัด ได้แก่ (สิริลักษณ์, 2539)

3.3.1 เครื่องมือวัดพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale) ซึ่งสร้างครั้งแรกในปี ค.ศ. 1979 (อ้างตามสิริลักษณ์, 2539) ได้รวบรวมพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของลาซาร์ต ใช้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มารักษาแผนกฉุกเฉิน โดยแบ่งพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาเป็น 2 ด้านคือ 1) พฤติกรรมกรรมการเผชิญด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา 2) พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งลดหรือบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด โดยมีข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คะแนน ตามความมากน้อย มีผู้นำไปใช้และมีการพัฒนาเป็นระยะจนในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีกพัฒนาเครื่องมือ โดยนำไปหาความตรงตามโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น คือ จำนวน 1,400 ราย และแบ่งพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาเป็น 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา 2) พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีลดอารมณ์ตึงเครียด 3) พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีแก้ปัญหาทางอ้อม

3.3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของโฟลค์แมน และลาซาร์ต (อ้างตามสิริลักษณ์, 2539) ซึ่งสร้างและพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยคณะผู้ทำงานใน Berkeley

Stress and Coping Project ในปี ค.ศ. 1976-1977 ใช้แนวคิดทฤษฎีของลาซารัส ในการสร้าง มีข้อคำถาม 67 ข้อ เป็นแบบบันทึกรายการเพื่อประเมินพฤติกรรม การเผชิญปัญหา ซึ่งแบ่งหน้าที่เป็น 2 ด้าน คือ 1) มุ่งแก้ปัญหา เช่น การแสวงหาข้อมูล การหยุดยั้งการกระทำหรือการกระทำโดยตรง เป็นต้น 2) มุ่งปรับอารมณ์หรือบรรเทา ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การแยกตัว การเก็บกด ลักษณะคำตอบมีให้เลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่” มีการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งแรกโดยโพล็คแมน และต่อมาโพล็คแมน และลาซารัส ได้นำมาใช้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อย โดยเปลี่ยนแปลงลักษณะคำตอบเป็นแบบ เลือกคำตอบ แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ เหลือข้อคำถาม 66 ข้อ ซึ่งสรุปพฤติกรรม การเผชิญปัญหา 8 ด้าน คือ เผชิญหน้ากับปัญหา วางแผนแก้ปัญหา ประเมินค่าใหม่ทางบวก แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา ควบคุมตนเอง แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม ถอยห่าง และหนีหลีกเลี่ยงปัญหา

3.3.3 สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1986) ได้ศึกษาพฤติกรรม การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย โดยได้ดัดแปลงเครื่องมือ จากแนวคิดพฤติกรรม การเผชิญปัญหาของไวส์แมน วอร์ดิน และโซบิล (Weisman & Worden & Sobel, 1980, cited in Hanucharunkul, 1986) ลาซารัส และโพล็คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มีข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งพฤติกรรม การเผชิญปัญหาเป็น 2 ด้านคือ 1) พฤติกรรม การเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา 2) พฤติกรรม การเผชิญ ปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ ลักษณะคำตอบมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” มีค่าความ เชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรม การเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ .80 และแบบวัด พฤติกรรม การเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .81 ซึ่งละเอียด (2534) ได้นำเครื่องมือของสมจิต (1986) ไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรังสีรักษา มีค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ .72

ผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือของสมจิต (1986) มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพราะ เป็นเครื่องมือที่ประเมินพฤติกรรม การเผชิญปัญหาใน 2 ด้าน คือ มุ่งแก้ปัญหา และ จัดการกับอารมณ์ และเป็นเครื่องมือที่ถูกดัดแปลงให้เหมาะสมกับการศึกษาในผู้ป่วย มะเร็งในประเทศไทย

### 3.4 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้บ่อย ซึ่งพบว่าจากรายงานการศึกษาวิจัย ของนักวิชาการหลายๆ ท่าน มีดังนี้ เฮลสทีด และฟิรันสเลอร์ (Halstead & Fernsler, 1994) ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุยืนยาว จำนวน 59 คน พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้บ่อย และเป็นพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพคือ การมองในแง่ดี การเผชิญปัญหาโดยตรง และการรับความเกื้อหนุน สที่พทอ และคณะ (Stephoe, et al., 1991) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการสื่อสารความรู้ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม จำนวน 77 คน มีอายุในช่วง 19 ถึง 84 ปี พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจกับการแสวงหาข้อมูล มากกว่าการหลีกเลี่ยง เพย์นี่ (Payne, 1990) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ที่อยู่ในระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 24 คน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้เด่นชัดคือ การมองในแง่ดี และการต่อสู้ จำนวน 8 คน ขอมรับจำนวน 8 คน กลัว จำนวน 5 คน และสิ้นหวัง จำนวน 3 คน ครุส (Krause, 1991) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาตามประสบการณ์ของผู้ป่วยจำนวน 123 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะรู้สึกช็อก และใช้กลไกทางจิต โดยการปฏิเสธ ไม่ยอมรับ แสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมา และหาวิธีจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น สมจิต (Hanucharurnkul, 1986, อ้างตามละเอียด, 2535) ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และความเชื่อในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย จำนวน 60 คน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยคือ การเผชิญกับปัญหาและการกระทำไปตามขั้นตอน การทบทวนทางเลือก และสำรวจผลที่ตามมา และพฤติกรรมที่ใช้น้อย คือ การโทษสิ่งอื่น และการโทษผู้อื่น ละเอียด (2535) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา จำนวน 40 คน โดยนำเครื่องมือพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ของสมจิต (1986) มาใช้พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้บ่อย คือ การเลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี การกระทำตามที่บุคคลอื่นคาดหวังและแนะนำ การพยายามลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย การ

⑤ "

⑤ 1:2

⑤ "

⑤ 10

พยายามกระทำให้ดีที่สุด เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ได้ และการพยายาม  
 ปล่อยให้ตนเอง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้น้อย คือ การโทษผู้อื่น และ  
 การโทษสิ่งอื่น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง มีทั้งวิธีมุ่งแก้ปัญหา  
 และการจัดการกับอารมณ์ โดยผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ด้วยวิธีมุ่งแก้  
 ปัญหาเด่นชัดกว่า หรือใช้การจัดการกับอารมณ์เด่นชัดกว่า ส่วนการศึกษาวิจัยใน  
 ประเทศไทย ยังมีจำกัด และรายงานการวิจัยที่ปรากฏยังพบว่ามี ความแตกต่างกัน ดังนั้น  
 ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งหลอด  
 อาหาร ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งที่มีความเฉพาะของโรค และประชากรที่จะศึกษา  
 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งอาจมีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจาก  
 กลุ่มมะเร็งที่เคยทำการศึกษาวิจัยมาแล้ว

#### 4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน อาจมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา  
 แตกต่างกัน เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่า อ่อนแอ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยประเมิน  
 ตัดสินว่า อาจเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม เป็นอันตราย หรืออาจมีการสูญเสียเกิดขึ้น ซึ่ง  
 ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่จะมีผลรบกวนต่อการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการ  
 มุ่งแก้ปัญหา (Folkman, 1984) และสถานการณ์ที่คุกคาม เป็นอันตราย หรือสูญเสีย  
 จัดเป็นสถานการณ์ที่มีความเครียด ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ระดับความเครียดในระดับสูง  
 มักใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง มักใช้  
 การมุ่งแก้ปัญหา และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ระดับความเครียดในระดับต่ำมักใช้ทั้งการมุ่ง  
 แก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ (Anderson, 1977, cited in Lazarus & Folkman,  
 1984) ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย  
 ประเมินตัดสินว่า อาจเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม หรือทำหายก็ได้ ซึ่งถือว่าเป็นสถาน-  
 การณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเช่นกัน พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ก็เช่น  
 เดียวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่า  
 อ่อนแอ แต่อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการบางท่านได้กล่าวว่า บุคคลที่ประเมินตัดสินว่า

สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย่อมทำให้มีขวัญและกำลังใจในการต่อสู้ บุคคลนั้นจึงมักใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (Folkman, 1984) นอกจากนี้จากผลงานวิจัยของ บุรดีและฟลาเฮอร์ตี้ (Burke & Flaherty, 1993) พบว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพอ่อนแอ ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีหลีกเลี่ยงสูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ ส่วนมายโอ-อีสทีวิส (Maio-Esteves, 1990) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้หญิงวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอาจมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน หรือเหมือนกันก็ได้ และในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ก็อาจมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน หรือเหมือนกันก็ได้ ผู้วิจัยจึงใคร่ศึกษาหาคำถามในสถานการณ์จริงว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นอย่างไร

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ภายหลังรับการรักษา ที่มาตรวจและติดตามผลการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลหาดใหญ่

#### กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากกลุ่มประชากรข้างต้น ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประมาณ 96-104 คน/ปี (สถิติจากหน่วยมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2538) และที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประมาณ 25-35 คน/ปี (สถิติจากหน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2538)

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 38 ของประชากรที่ศึกษา

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร

2. เคยได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด หรือเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา หรือรักษา  
ร่วมกันหลายๆ วิธี
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ วิธีการรักษา ระยะเวลาที่ผ่านการรักษา ด้วยวิธีต่าง ๆ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นต้น

2. แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัด การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของเนตรนภา (2534) และแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile) ของเบอร์กันเนอร์ และคดเช (Bergner et al., 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึก ต่อความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก มีจำนวน 21 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 27, 28, 29

ข้อความที่มีความหมายทางลบ มี จำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 13, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 30

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับคือ

ไม่เคย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่เคยเกิดกับตัวท่าน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านนานๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเป็นบางครั้ง
บ่อยๆ	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านบ่อยๆ
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเกือบทุกครั้งหรือ

เป็นประจำ

## เกณฑ์การให้คะแนน

## ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือก ไม่เคย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ถ้าเลือก นานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือก เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ถ้าเลือก บ่อยๆ	ให้คะแนน	4	คะแนน
ถ้าเลือก เกือบทุกครั้ง	ให้คะแนน	5	คะแนน

## ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือก ไม่เคย	ให้คะแนน	5	คะแนน
ถ้าเลือก นานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	4	คะแนน
ถ้าเลือก เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ถ้าเลือก บ่อยๆ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือก เกือบทุกครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน

คะแนนของแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ กระจายอยู่ระหว่าง 30-150

## คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางไม่ดี

คะแนนสูง แสดงว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี

ในที่นี้ ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนอยู่ในช่วง 30-70 คะแนน แสดงว่า รับรู้ภาวะสุขภาพอ่อนแอ

คะแนนอยู่ในช่วง 71-110 คะแนน แสดงว่า รับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 111-150 คะแนน แสดงว่า รับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง

ความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. ความตรงทางเนื้อหา นำแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนา มาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ เนตรนภา (2534) และแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จำนวน 1 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จำนวน 1 ท่าน  
 ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและสนใจเรื่องภาวะสุขภาพ จำนวน 1

ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับปรุง  
 แก้ไขให้เหมาะสม ทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา ตามคำแนะนำของผู้ทรง  
 คุณวุฒิ

2. ความเชื่อมั่น นำแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ปวย  
 มะเร็งหลอดอาหารที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 10 ราย  
 และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้  
 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ .95

3. แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ใช้ของสมจิต (1986) ซึ่งพัฒนามาจาก  
 แนวคิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ ไวส์แมน วอร์ดิน และโซบีล (Weisman &  
 Worden & Sobel, 1980) และลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)  
 ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึก ความคิดหรือการกระทำในการ  
 แก้ไขปัญหา ทั้งวิธีมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์

วิธีมุ่งแก้ปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 8, 9, 10,  
 12, 18, 19, 23, 24, 27, 28, 29, 30

วิธีการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ คือ ข้อ 3, 4,  
 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26

ลักษณะคำตอบเป็น มาตรการส่วนประเมินค่า 5 ระดับคือ

ไม่เคย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่เคยเกิดกับตัวท่าน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านนานๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเป็นบางครั้ง
บ่อยๆ	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านบ่อยๆ
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเกือบทุกครั้งหรือ

เป็นประจำ

## เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าเลือก ไม่เคย	ให้คะแนน	1 คะแนน
ถ้าเลือก นานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ถ้าเลือก เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ถ้าเลือก บ่อยๆ	ให้คะแนน	4 คะแนน
ถ้าเลือก เกือบทุกครั้ง	ให้คะแนน	5 คะแนน

คะแนนของแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน

คะแนนของแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน

หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารายงาน 10 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา เท่ากับ .82

## การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์รายชื่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย เข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงรอการตรวจหรือบางรายหลังจากได้รับการตรวจเสร็จแล้ว ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม ทั้งหมดประมาณ 15-40 นาที

4. ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้การควบคุมของผู้วิจัย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ราย

กรณีที่ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาหรือสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถาม ผู้ป่วยสามารถซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา หรือกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยตอบ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบให้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS/pc<sup>+</sup> (Statistical Package for the Social Science/Personal Computer Plus) และแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนตัว
2. หาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันด้วยการทดสอบที (t-test)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ภายหลังการรักษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบของตาราง ประกอบด้วยคำบรรยาย โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง
4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 50 คน ทุกรายได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ มีอายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้ต่ำ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ มานาน 2 เดือน โดยทุกรายมีญาติ (สามี/ภรรยา/บุตร/หลาน) เป็นผู้นำมาโรงพยาบาลและทุกรายยังอาศัยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตร/หลาน) และภายหลังการรักษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากได้โดยประมาณครึ่งหนึ่งสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ร้อยละ 14 มีท่ออาหารออกทางกระเพาะอาหาร ร้อยละ 8 มีท่อเจาะคอ และทุกรายรับรู้ว่าคุณเองเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ
อายุ		
≤ 60 ปี	7	14
61 - 80 ปี	40	80
> 80 ปี	3	6
เพศ		
ชาย	36	72
หญิง	14	28
ศาสนา		
พุทธ	47	94
อิสลาม	3	6
สถานภาพสมรส		
คู่	38	76
หม้าย, หย่า, แยก	12	24
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	20
ประถมศึกษา	35	70
มัธยมศึกษา	4	8
ปริญญาตรี	1	2

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ
อาชีพ		
ผู้ใช้แรงงาน (ทำไร่, ทำนา, กรรมกร)	14	28
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	72
อาศัยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตร/หลาน)	50	100
รายได้ต่อเดือน		
≤ 1,000 บาท	44	88
1,001 - 4,000 บาท	4	8
4,001 - 7,000 บาท	1	2
> 7,000 บาท	1	2
วิธีการรักษาที่ได้รับ		
การผ่าตัด	29	58
รังสีรักษา	11	22
การผ่าตัดและรังสีรักษา	9	18
การผ่าตัด, รังสีรักษาและเคมีบำบัด	1	2
ระยะเวลาภายหลังการรักษาด้วยวิธีต่างๆ		
≤ 2 เดือน	35	70
3 - 5 เดือน	8	16
> 5 เดือน	7	14
มีญาติ (สามี/ภรรยา/บุตร/หลาน) เป็นผู้นำมาโรงพยาบาล	50	100

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ
ชนิดของอาหารที่รับประทานได้ก่อนการรักษา		
อาหารปกติ	19	38
อาหารปกติและต้องดื่มน้ำตามมาก ๆ	14	28
อาหารอ่อน	8	16
อาหารเหลว	4	8
น้ำเปล่า	2	4
ดื่มน้ำไม่ได้เลย	3	6
ชนิดของอาหารที่รับประทานได้ภายหลังการรักษา		
อาหารปกติ	27	54
อาหารปกติและต้องดื่มน้ำตามมาก ๆ	8	16
อาหารอ่อน	12	24
อาหารเหลว	3	6
การรับประทานภายหลังการรักษา		
ปาก	43	86
ท่อสายยาง	2	4
ทั้งทางปากและท่อสายยาง	5	10
มีท่ออาหารออกทางกระเพาะอาหาร	7	14
มีท่อเจาะคอ	4	8
รับรู้ว่าเป็นเนื้ออกหรือมะเร็ง	50	100

## 2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในรูปของพฤติกรรม 12 ด้าน คือ การพักผ่อนและการนอนหลับ การรับประทานอาหาร การทำงานนอกบ้าน การทำงานในบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การเดินทางและการเปลี่ยนอิริยาบถ การดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พฤติกรรมที่กระตือรือร้น พฤติกรรมทางอารมณ์ และการติดต่อสื่อสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและแข็งแรง โดยมี การกระจายของข้อมูลไม่มาก (รายละเอียดในตาราง 2) ซึ่งแสดงว่ารับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดีและเมื่อพิจารณาคำตอบของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายชื่อ (รายละเอียดในภาคผนวก จ. ตาราง ก.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ขึ้นไป สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองเป็นประจำคือ สามารถรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัวและเข้าห้องน้ำได้ ส่วนด้านจิตใจ พบว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความอดทนในการรับการรักษา มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย อีกทั้งมั่นใจว่าจะหายเป็นประจำ และร้อยละ 65 ขึ้นไป กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจ และรู้สึกอายที่เป็นโรคนี้นเป็นประจำ ร้อยละ 42 รู้สึกสับสนเป็นประจำ ร้อยละ 30 รู้สึกเศร้าและหดหู่เป็นประจำ ร้อยละ 56 สื่อสารกับบุคคลอื่นได้ด้วยความลำบากเป็นประจำ ส่วนการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และร้อยละ 50 ไม่สามารถทำงานหนักได้

จากการสังเกต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกลิ่นปาก ส่วนในรายที่มีท่อเจาะคอหรือในรายที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการสื่อสารจากไม่มีเสียงหรือมีเสียงแหบ

## 3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในรูปของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาคด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา และวิธีการจัดการกับอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาคด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ 47.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.4 และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาคด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 46.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.6 ซึ่งมีการกระจายข้อมูลไม่มาก (รายละเอียดในตาราง 2) และเมื่อพิจารณาคำตอบของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายชื่อ (ราย

ละเอียดในภาคผนวก จ. ตาราง ข. ค.) พบว่า มีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทุกวิธี โดยวิธีที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายใช้ คือ พยายามมองโลกในแง่ดี และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ใช้เป็นประจำ คือ ทำตามที่คุณคนอื่นแนะนำ พยายามมองโลกในแง่ดี พยายามทำให้ดีที่สุด เลือกฟังเฉพาะสิ่งที่ดี ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย และพยายามหลับให้มากที่สุด ส่วนวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยใช้ คือ กระทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ โทษผู้อื่น โทษสิ่งอื่น ระบายความทุกข์ โดยการระบายอารมณ์หรือร้องไห้

ตาราง 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายและค่าความเบ้ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร

การรับรู้ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD.	CV	SK
	ของแบบวัด	ของกลุ่ม ตัวอย่าง				
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (n=50)	30-150	67-150	112.9	21.3	18.9	-.40
- อ่อนแอ (n=2)	30-70	67-68	67.5	0.7	10.3	-
- ปานกลาง (n=20)	71-110	76-110	94.9	10.1	10.6	-.14
- แข็งแรง (n=28)	111-150	113-150	129.1	9.4	7.3	-.10
พฤติกรรมการเผชิญปัญหา						
- มุ่งแก้ปัญหา	14-70	13-65	47.8	8.4	17.5	.13
- การจัดการกับอารมณ์	16-80	29-74	46.4	9.6	20.7	.69

#### 4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในช่วงอ่อนแอ มีจำนวน 2 คน คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในช่วงปานกลาง มีจำนวน 20 คน และคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในช่วงแข็งแรง มีจำนวน 28 คน (รายละเอียดในตาราง 2) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอ่อนแามีจำนวนน้อยมาก ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอ่อนแอ รวมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง เนื่องจาก ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอ่อนแอ มีค่าใกล้เคียงกับค่าต่ำสุดของเกณฑ์ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มแรกมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่สอง อย่างไรก็ตามความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รายละเอียดในตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลางและรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	การรับรู้ภาวะสุขภาพ		t-value
	ปานกลาง (n=22)	แข็งแรง (n=28)	
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
มุ่งแก้ปัญหา	45.3 (6.7)	49.9 (9.1)	-1.95 <sup>ns</sup>
การจัดการกับอารมณ์	48.1 (9.1)	45.1 (10.0)	1.09 <sup>ns</sup>

ns = p > .05

## การอภิปรายผล

การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 50 ราย จากการศึกษาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (รายละเอียดในตาราง 1) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72) สอดคล้องกับการศึกษาของ แคสทีลล์ (Castell, 1992) และออตโท (Otto, 1994) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61-80 ปี (ร้อยละ 80) สอดคล้องกับการศึกษาของวัตเนสพ์ท์ และคณะ (Vatanasapt et al., 1993) ที่ระบุว่าความเป็นมะเร็งหลอดอาหารในวัยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงกว่าช่วงอายุที่ต่ำกว่า 60 ปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70) และมีรายได้ต่ำ (ร้อยละ 88) สอดคล้องกับการศึกษาของอภินพ (2529) และสท롬บอร์ก (Stromborg, 1989) ที่ระบุว่ามะเร็งหลอดอาหารจะพบในคนที่อยู่ในฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ เพราะบุคคลที่อยู่ในฐานะเช่นนี้มีโอกาสขาดสารอาหารได้สูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอยู่ในวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ คือมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 86) ประกอบกับอยู่ในช่วงของการเจ็บป่วย ที่ต้องมารักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (ร้อยละ 58) รักษาด้วยรังสีรักษา (ร้อยละ 22) และรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา (ร้อยละ 18) สอดคล้องกับการศึกษาของอภินพ (1990) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 56 แต่การรักษาด้วยรังสีรักษามีเพียงร้อยละ 13.7 ส่วนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ร่วมกับรังสีรักษาไม่พบในรายงานการศึกษา ซึ่งวิธีการรักษาที่ดีว่ามีประสิทธิภาพคือ การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยรังสีรักษา (Castell, 1992) โดยจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการรักษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากได้

(ร้อยละ 86) และประมาณครึ่งหนึ่งสามารถรับประทานอาหารได้เป็นปกติ (ร้อยละ 54)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (รายละเอียดในตาราง 1, 2 และ ภาคผนวก จ. ตาราง ก.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและแข็งแรงอาจอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการรักษาที่เป็นผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอสทีลล์ (Castell, 1992) ที่ระบุว่า การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือรังสีรักษา มีประสิทธิภาพดีในการบรรเทาอาการกลืนลำบากได้ถึงร้อยละ 60-80 ดังนั้นภายหลังจากการรักษาผู้ป่วยจึงสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น (Held & Peahota, 1992; Groenwald et al., 1993; Jamicson, 1988; Otto, 1994) และอาจเป็นผลจากการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดี ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยและการรักษา จนมีความหวังว่าตนเองจะหายจากภาวะโรค ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยคือ คู่สมรส บุตรหลาน เพราะทุกรายอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร-หลาน และทุกรายมีบุตร-หลานเป็นผู้นำมารักษาที่โรงพยาบาล ทุกรายยังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม จากผลของการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร หรือที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักบอกว่าตนเองเป็นเนื้องอกเป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 42 รู้สึกสับสน ร้อยละ 30 รู้สึกเศร้าและหดหู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของริชรีเดน และเรดมาเชอร์ (Rheridan & Radmacher, 1984) ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็ง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรง เพราะผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต โดยถูกคุกคามต่อชีวิต ถูกคุกคามด้วยอาการต่างๆ จากความเจ็บป่วย กลัวความตาย การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และการถูกปฏิเสธจากสังคม (Cooper, 1984)

นอกจากนี้จากผลของการรักษา และพยาธิสภาพของโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จนทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 65 ขึ้นไป รู้สึกเป็นคนที่รังเกียจในสายตาคนอื่น และรู้สึกอายที่เป็นโรคนี เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์จากแผลผ่าตัด มีท่อเจาะคอ (ร้อยละ 8) มีท่ออาหารออกทางกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 14) ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามีผิวหนังบริเวณลำคอเป็นสีคล้ำ ใหม่ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกลิ่นภายในช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของนักวิชาการหลายๆ ท่านที่ ระบุว่าการรักษาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เช่น ผิวหนังใหม่ เสียงแหบ มีกลิ่นเหม็น การมีท่อเจาะคอ มีท่ออาหารออกทางกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็ก (Castell, 1992; Groenwald et al., 1993; Held & Peahota, 1992; Jamicson, 1988; Otto, 1994)

จากผลของการรักษาด้วยรังสีรักษา การมีท่อเจาะคอและพยาธิสภาพของโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยเสียงแหบ จนถึงไม่มีเสียง จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 56 พุดคุยกับคนอื่นได้ด้วยความลำบากเป็นประจำ เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้มีอาการบวม แดง ร้อน ของเนื้อเยื่อภายในลำคอจึงมีผลรบกวนต่อหลอดเสียง (Sitton, 1992) การมีท่อเจาะคอจะเป็นการปิดกั้นเสียงโดยตรง และพยาธิสภาพของโรคที่มีเนื้อเยื่อบริเวณส่วนบนของหลอดอาหาร จะมีผลกระทบต่อการใช้เสียง ทำให้เกิดเสียงแหบได้ (Chanvitan, 1990; Castell, 1992)

นอกจากนี้จากการที่ผู้ป่วยร้อยละ 70 ไม่สามารถประกอบอาชีพ และร้อยละ 50 ไม่สามารถทำงานหนักได้ เป็นผลให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนอื่น อีกทั้งการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ยิ่งทำให้รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้นกว่าเดิม จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 65 ขึ้นไป กลัวถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูเลอร์ (Shuler, 1990) ในผู้ป่วยมะเร็ง ระบุว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่กลัวถูกทอดทิ้ง คงเกิดจากการนึกคิดถึงสภาพของตนเองในอนาคตของผู้ป่วยเอง เพราะในสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยทุกรายยังมีคู่สมรส บุตร หลาน เป็นผู้ดูแล และยังอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร อีกทั้งในวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุมักไม่ถูกทอดทิ้ง โดยยังได้รับการเลี้ยงดูจากบุตร

3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษา (รายละเอียดในตาราง 2 และภาคผนวก จ ตาราง ข, ค) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย ใช้พฤติกรรม “พยายามมองโลกในแง่ดี” อาจอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีความหวัง เพราะผู้ป่วยร้อยละ 70 ปีขึ้นไป มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและมั่นใจว่าจะหาย ซึ่งกฤษดา (2531) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะของการคาดหวังถึงการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตั้งใจ เป็นมติดของการมีชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ トラบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของความรู้สึกอึมอึม

ในชีวิตของบุคคล เพราะความหวังจะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี และก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา ที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ใช้เป็นประจำ คือ ทำตามที่บุคคลอื่นแนะนำ พยายามมองโลกในแง่ดี และพยายามกระทำให้ดีที่สุดเพราะไม่สามารถเปลี่ยนเหตุการณ์ได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับบทบาทและสภาพการเจ็บป่วย จึงยอมรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและญาติ ส่วนพฤติกรรม “พยายามมองโลกในแง่ดี” ผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ข้างต้นแล้ว

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่าง มากกว่าร้อยละ 50 ใช้เป็นประจำ คือ เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย และพยายามหลับให้มากที่สุด แม้จะเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการหลีกเลี่ยงปัญหา แต่พฤติกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่คิดว่าไม่สามารถรักษา และช่วยให้มีพลังที่จะต่อสู้ต่อไป

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยใช้ คือ โทษผู้อื่น โทษสิ่งอื่น และการระบายความทุกข์ โดยการระบายอารมณ์หรือร้องไห้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ ที่อาจเกิดจากการสังสม ประสบการณ์ และการเรียนรู้ประสบการณ์ทางสังคม ส่วนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยใช้คือ การกระทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ขาดเหตุผลของการพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบ จึงอาจไม่ใช่วิสัยของผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากมาย

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ กับการศึกษาอื่นๆ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของละเอียด (2535) ระบุว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้บ่อยคือ กระทำตามที่บุคคลอื่นแนะนำ พยายามทำให้ดีที่สุดเพราะไม่สามารถเปลี่ยนเหตุการณ์ได้ เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี และยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย ส่วนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต (1986) และ ละเอียด (2535) ระบุว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยใช้คือ โทษผู้อื่น และโทษสิ่งอื่น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความคล้ายคลึงกันใน เรื่อง ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี

4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ (รายละเอียดในตาราง 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มแรกมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่สอง แต่ความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มน้อย คือกลุ่มแรกมี 28 คน กลุ่มที่สองมี 22 คน และความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพของสองกลุ่มมีไม่มาก เพราะเป็นกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและแข็งแรง ผู้วิจัยเชื่อว่าหากเปรียบเทียบกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับอ่อนแอ กับกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ 2 กลุ่ม น่าจะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ได้แสดงแนวโน้มว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาสูงกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ต่ำกว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแข็งแรง มีแหล่งประโยชน์ด้านความแข็งแรงของร่างกายมากกว่าเครียดน้อยกว่า จึงสามารถใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาได้มากกว่า ซึ่งเป็นวิธีที่ให้ประโยชน์ในระยะยาว ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำกว่า มีแหล่งประโยชน์ด้านความแข็งแรงทางร่างกายน้อยกว่า จึงต้องใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มากกว่า

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ภายหลังการรักษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือรักษาร่วมกันหลายๆ วิธี และมาตรวจตามผลการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 50 ราย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ต้นเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2538 ถึง ปลายเดือนมกราคม พ.ศ. 2539

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ เนตรนภา (2534) และแบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเบอร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1981) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใช้ของสมจิต (1986) ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/pc<sup>+</sup> โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนตัว
2. หาช่วงคะแนน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

### 3. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันด้วยการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือรักษาร่วมกันหลายๆ วิธี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ มีอายุอยู่ระหว่าง 61-80 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่ำ ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและภายหลังการรักษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากได้

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและแข็งแรง โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ขึ้นไป สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองเป็นประจำ คือ สามารถรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว และเข้าห้องน้ำ ส่วนด้านจิตใจ พบว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความอดทนในการรับการรักษา มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยและมั่นใจว่าจะหายเป็นประจำ อย่างไรก็ตามร้อยละ 65 ขึ้นไป กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจ และรู้สึกอายนี่เป็นโรคนี้นเป็นประจำ ส่วนการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ทำงานหาเลี้ยงชีพไม่ได้เลย และร้อยละ 50 ไม่สามารถทำงานหนักได้

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ 47.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.4 (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ = 14-70) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ 46.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.6 (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ = 16-80) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาทุกวิธี และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายใช้คือ พยายามมองโลกในแง่ดี วิธีที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ใช้เป็นประจำ คือ ทำตามที่บุคคลอื่นแนะนำ พยายามมองโลกในแง่ดี พยายามทำให้ดีที่สุด เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย และพยายามหลับให้มากที่สุด ส่วนวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่เคยใช้คือ กระทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ โทษผู้อื่น โทษสิ่งอื่น และระบาย

ความทุกข์ โดยการระบายอารมณ์หรือร้องไห้

4. กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแข็งแรง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่า แต่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางแต่ความแตกต่างกันดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล

1.1 พยาบาลควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพิ่มเติมในเรื่องของภาพลักษณ์ เพราะจากผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยรู้สึกอายที่เป็น โรคนี้ และรู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจ

1.2 พยาบาลควรอธิบายให้ครอบครัวและญาติเข้าใจถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยและสนับสนุนให้ครอบครัวและญาติให้กำลังใจผู้ป่วย

1.3 พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา เพื่อหาแนวทางสนับสนุนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 ควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญของการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพิจารณาไตร่ตรองให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม

### 3. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาต่อในเรื่องต่อไปนี้

3.1 ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษาแต่เพิ่มขนาดของตัวอย่างมากขึ้นและมีความแตกต่างเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ชัดเจน

3.2 ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระหว่างกลุ่มก่อนการรักษาและภายหลังการรักษา

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง

## บรรณานุกรม

- กฤษฎดา ตงศิริ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กวี พังสุบุตร. (ตุลาคม, 2529). มะเร็งหลอดอาหาร. รังสีวิทยาสาร, 23(3), 117-135.
- กองแผนงานสาธารณสุข, กอง. (2533). สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2533-2539). กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสิน คติการ. (2534). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2532). จิตวิทยาเบื้องต้น. คณะวิทยาการจัดการ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชม ภูมิภาค. (2523). จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

นิตยา สุทธยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ปราชญาวดี ยมานันตกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดการเผชิญความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พรทิพา พิชา. (เมษายน-มิถุนายน, 2520). ความสามารถในการเป็นคาร์ซีในเงินใด-คาร์ซีในเงินของน้ำชา. วารสารโรคมะเร็ง, 3(2), 95-100.

พรศิริ ใจสม. (2536). ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดา มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

รวีวรรณ ยศวัดนา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาท  
หน้าที่และความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ละเอียด ถักดีจิตต์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมเผชิญ  
ภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาล-  
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิชา จรูญรัตน์. (2532). การรักษามะเร็งหลอดอาหารแบบบรรเทาอาการ.  
สงขลานครินทร์เวชสาร, 7(4), 361-369.

วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค  
การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิไลวรรณ เสมอกาย. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2530). เรื่องของนุหรี. สงขลานครินทร์  
เวชสาร, 5(4), 407-412.

สุดา วิไลเลิศ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพใน  
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.  
กรุงเทพ : บริษัทวิทัศนศาสตร์ จำกัด.

สิริลักษณ์ วรรณระพงษ์. (2539). วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สิริอร พัวศิริ. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ศิริพร ชัมภลิจิต. (2533). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา : อัสลาเย์เพรส.

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

Benjamin, L.T. et al. (1987). Psychology. New York : Macmillan Publishing Company.

Brook, R.H. et al. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rands Health Insurance study. Medical Care, 17(7), 1-131.

Bergner, M. et al. (1976). The Sickness Impact Profile : Validation of a health status measure. Medical Care, 14(1), 57-67.

Bergner, M. et al. (1981). The Sickness Impact Profile : Development and final revision of a health status measure. Medical Care, 14(8), 787-805.

- Burke, M. & Flaherty, S.M.J. (1993). Coping strategies and health status of elderly arthritic women. Journal of Advanced Nursing, 18(1), 7-13.
- Castell, D.O. (1992). The Esophagus. Boston : Little, Brown and Company.
- Chanvitan, A. (1990). Oesophageal Cancer Studies in Southern Thailand. Bangkok : Medical Publisher.
- Cooper, C.L. (1984). Psychosocial Stress and Cancer. New York : John Wiley & Sons.
- Corli, O. et al. (1992). A new method of food intake quantification : Application to the care of cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management, 7(1), 12-17.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process : A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 47(4), 839-852.
- Folkman, S. et al. (1986). Dynamics of a stressful encounter : Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5), 992-1003.
- Galand, L.M. & Bush, C.T. (1982). Coping behavior and nursing. Virginia : Reston.

Geiwitz, J. (1980). Psychology : Looking at our selves. Boston : Little, Brown and Company.

Gordon, M. (1991). Manual of nursing diagnosis 1991-1992 St. Louis : Mosby Year Book Inc.

Groenwald, L.S. et al. (1993). Cancer Nursing Principles and Practice. Boston : Jones and Bartlett publishers.

Halstead, M.T. & Fernsler, J.I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. Cancer Nursing, 17(2), 94-100.

Hanucharurnkul, S. (1986). Self-care agency coping strategies and locus of control in Thai cancer patients receiving radiation therapy. Field Study Doctor of Philosophy. Advanced Medical-Surgical Nursing. Wayne State University Detroit. MI.

Held, J.L. & Peahota, A. (1992). Nursing care of patients with esophageal cancer. Oncology Nursing Forum, 19(4), 627-634.

Holmes, S. & Eburn, E. (1989). Patients' and nurses' perception of symptom distress in cancer. Journal of Advanced Nursing, 14(10), 840-846.

Jamicson, E.G. (1988). Surgery of the oesophagus. Edinburgh : Churchill Livingstone.

- Joos, I.M., Nelson, R. & Lyness, A. (1985). Man, health, and nursing : Basic concepts and theories. Virginia : Reston Publishing Company Inc.
- Kesselring, A., Dodd, M.J. & Strauss, A. (1986). Attitudes of patients living in Switzerland about cancer and its treatment. Cancer Nursing, 9(2), 77-86.
- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it : Patients' experiences. Cancer Nursing, 14(5), 240-245.
- Langius, A., Bjorvell, H. & Lind, M.G. (1993). Oral-and pharyngeal-cancer patients' perceived symptoms and health. Cancer Nursing, 16(3), 214-221.
- Lazarus, R.S. (1991). Emotion and adaptation. New York : Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping process. New York : Springer Publisher.
- Leddy, S. & Pepper, J.M. (1993). Conceptual bases of professional nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Linn, M.W. & Linn, B.S. (1984). Self-evaluation of life function (self) scale : A Short, comprehensive self-report of health for elderly adults. Journal of Gerontological, 39(5), 602-612
- London, P. (1975). Beginning psychology. London : Theodorsey Press.

- Lindberg, J.B. & Hunter, M.L. & Kruszewski, A.Z. (1994). Introduction to nursing : Concepts, issues and opportunities. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Mahon, S.M. & Cella, D.F. & Donovan, M.I. (1990). Psychosocial Adjustment to Current Cancer. Oncology Nursing Forum, 17(3), 47-52.
- Maio-Esteves, M.D. (1990). Mediators of daily stress and perceived health status in adolescent girls. Nursing Research, 39(6), 360-364.
- Mansson, A. & Johnson, G. & Mansson, W. (1991). Psychosocial adjustment to cystectomy for bladder carcinoma and effects on interpersonal relationships. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 5(3), 129-134.
- McDowell, I. & Newell, C. (1987). Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires. New York : Oxford University Press.
- McWalter, M. (1990). Understanding psychology. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Molzahn, A.E. & Northcott, H.C. (1989). The social bases of discrepancies in health/illness perceptions. Journal of Advanced Nursing, 14(2), 132-140.
- Mor, V. et al. (1984). The karnofsky performance status scale : An examination of its reliability and validity in a research setting. Cancer, 53(9), 2002-2007.

Morgan, C.T. et al. (1986). Introduction psychology. New York : McGraw-Hill Book Company.

Newman, M.A. (1994). Health as expanding consciousness. New York : National League for Nursing Press.

Newman, B.M. & Newman, P.R. (1991). Development through life : A psychosocial approach. California : Brooks/Cole Publishing Company.

Orem, D.E. (1991). Nursing : concepts of practice. St. Louis : Mosby.

Otto, S. (1994). Oncology nursing. St. Louis : Mosby.

Pierre, S.T. & Kasper, C.E. & Lindsey, A.M. (1992). Fatigue mechanisms in patients with cancer : Effect of tumor necrosis factor and exercise on skeletal muscle. Oncology Nursing Forum, 19(3), 419-425.

Pohl, J.M. (1993). Commentary on measurement of need for assistance with daily activities : Quantifying the influence of gender roles. AWHONN'S Women's Health Nursing Scan, 7(6), 4.

Quinn, V.N. (1985). Applying psychology. New York : McGraw-Hill Book Company.

Sartain, A.Q. et al. (1973). Psychology : Understanding human behavior. Tokyo : McGraw-Hill Kosakusha, Ltd.

Sheridan, C.L. & Radmacher, S.A. (1992). Health psychology challenging the biomedical Model. New York : John Wiley & Sons, Inc.

Shuler, P.J. (1990). Physical and psychosocial adaptation, social isolation, loneliness, and self-concept of individual with cancer. The Catholic University of America D.N.SC.

Sleisenger, M.H. & Fordtran, J.S. (1993). Gastrointestinal disease : Pathophysiology/diagnosis/management volume one. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Smith, J.A. (1983). The idea of health : Implication for the nursing professional. New York : Teacher College, Columbia University.

Stephoe, A. et al. (1991). Satisfaction with Communication, medical knowkedge, and coping style in patients with metastatic cancer. Social-Science and Medicine, 32(6), 627-632.

Stromborg, M.P. (1984). Ambulatory cancer patients' perception of the physical and psychosocial changes in their lives since the diagnosis of cancer. Cancer Nursing, 7(2), 117-129.

Stromborg, M.F. (1989). The epidemiology and primary prevention of gastric and esophageal cancer. Cancer Nursing, 12(2), 53-64.

Terry, D.J. (1994). Determinants of coping : The role of stable and situational factors. Journal of Personality and Social Psychology, 66(5), 895-910.

- Tschudin, V. (1988). Nursing the patient with cancer. New York : Prentice Hall.
- Vatanasapt, V. et al. (1993). Cancer in Thailand 1988-1991. Lyon : The International Agency for Research on Cancer.
- Vitaliano, P.P. et al. (1990). Appraisal changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression : A test of the hypothesis of fit. Journal of Personality and Social Psychology, 59(3), 582-592.
- Weisman, A.D. (1979). Coping with cancer. New York : McGraw-Hill Book Company.
- World Health Organization. (1992). World health statistics annual. Geneva.
- Yamada, T. et al. (1991). Text book of gastroenterology volume one. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Zimbardo, P.G. (1979). Psychology and life. Illinois : Scott, Foresman and Company.

## ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก.

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสอบถาม

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
รองศาสตราจารย์อภินพ จันทร์วิทัน	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์เนตรภนา คู่พันธ์วี	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คุณกาญจณี ชาทิชาคร	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข.

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. 9 ปทฝ. คอหงส์  
อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา 90112

ตุลาคม 2538

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน

ด้วยดิฉัน นางสาวอารี น้อยบ้านค่าน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จึงใคร่ขอขอบขออนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา ความตรงทางด้านโครงสร้าง และความเหมาะสมของเครื่องมือ จำนวน 1 ฉบับ คือ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวอารี น้อยบ้านค่าน)

นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

## ภาคผนวก ค.

## การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

"สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ อารี นุ้ยบ้านด่าน เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของท่าน และความรู้สึก หรือความคิดหรือการกระทำ ที่ท่านใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของท่าน ชุดที่ 2 เป็นการถามความรู้สึกของท่านต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ชุดที่ 3 เป็นการถามความรู้สึกหรือการกระทำที่ท่านใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามดิฉันจะเก็บเป็นความลับ และในกรณีที่ท่านไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม ท่านก็สามารถบอกดิฉันได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับการรักษาของท่านเลย"

## ภาคผนวก ง.

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามและทำเครื่องหมาย (√) ลงหน้า  
ข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

		สำหรับผู้วิจัย
		[ ] <sup>1</sup> [ ] <sup>2</sup>
1. อายุ .....	ปี	[ ] <sup>3</sup> [ ] <sup>4</sup>
2. เพศ	[ ] ชาย [ ] หญิง	[ ] <sup>5</sup>
3. ศาสนา	[ ] พุทธ [ ] อิสลาม [ ] คริสต์ [ ] อื่น ๆ ระบุ.....	[ ] <sup>6</sup>
4. สถานภาพสมรส	[ ] โสด [ ] คู่ [ ] หม้าย, หย่า, แยก	[ ] <sup>7</sup>
5. ระดับการศึกษา	[ ] ไม่ได้เรียนหนังสือ [ ] ประถมศึกษา [ ] มัธยมศึกษา [ ] ปริญญาตรี [ ] สูงกว่าปริญญาตรี	[ ] <sup>8</sup>

## สำหรับผู้วิจัย

6. อาชีพ  แม่บ้าน  <sup>9</sup>
- ผู้ใช้แรงงาน (ทำไร่, ทำนา, กรรมกร)
- รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ
- เจ้าของกิจการ
- ลูกจ้างเอกชน
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ
7. รายได้ต่อเดือน.....บาท  <sup>10</sup>
8. วิธีการรักษาที่ได้รับ
- การผ่าตัด มานาน.....ปี.....เดือน  <sup>11</sup>  <sup>12</sup>
- ฉายรังสี มานาน.....ปี.....เดือน  <sup>13</sup>  <sup>14</sup>
- เคมีบำบัด มานาน.....ปี.....เดือน  <sup>15</sup>  <sup>16</sup>
- อื่น ๆ ระบุ.....
9. เจ็บป่วยมานาน.....ปี.....เดือน  <sup>17</sup>
10. ท่านทราบว่าตนเองป่วยเป็น.....  
.....
11. สาเหตุที่ทำให้ท่านป่วย.....  
.....
12. ขณะนี้ท่านกินอาหารทาง  <sup>18</sup>
- ปาก
- ท่อสายยาง

สำหรับผู้วิจัย

13. ลักษณะของอาหารที่ท่านสามารถกินได้ก่อนการรักษาคือ [ ]<sup>19</sup>

- อาหารปกติ
- อาหารปกติ และต้องดื่มน้ำตามมาก ๆ
- อาหารอ่อน
- อาหารเหลว
- ดื่มนเฉพาะน้ำเปล่า

14. ลักษณะของอาหารที่ท่านสามารถกินได้ภายหลังการรักษาคือ [ ]<sup>20</sup>

- อาหารปกติ
- อาหารปกติ และต้องดื่มน้ำตามมาก ๆ
- อาหารอ่อน
- อาหารเหลว
- ดื่มนเฉพาะน้ำเปล่า

15. ขณะนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

16. ท่านจัดการกับการเจ็บป่วยครั้งนี้อย่างไร

.....

.....

.....

## ชุดที่ 2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

## คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึก หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน ให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

## การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่เคยเกิดกับตัวท่าน  
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านนาน ๆ ครั้ง  
 เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเป็นบางครั้ง  
 บ่อย ๆ หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านบ่อย ๆ  
 เกือบทุกครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเกือบทุกครั้งหรือเป็นประจำ

## ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อย ๆ	เกือบ ทุกครั้ง
ฉันท้องผูก	✓				

อธิบาย หมายความว่า ท่านไม่เคยมีอาการท้องผูก

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ในแต่ละวันฉันนอนหลับสนิท ได้เพียงพอ						[ ] <sup>21</sup>
2. ฉันได้รับสิ่งบันเทิงเพียงพอ เช่น ไปเที่ยว ดูทีวี ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ เป็นต้น						[ ] <sup>22</sup>
3. ฉันทำงานหาเลี้ยงชีพได้						[ ] <sup>23</sup>
4. ฉันทำงานเบา ๆ ภายในบ้านได้ เช่น ปัดฝุ่น กวาดบ้าน ถ้างาน เป็นต้น						[ ] <sup>24</sup>
5. ฉันทำงานหนัก ๆ ภายในบ้าน ได้ เช่น ตัดหญ้า ถูพื้น ยกหรือ เลื่อนของหนัก เป็นต้น						[ ] <sup>25</sup>
6. ฉันกินอาหารได้ด้วยตนเอง						[ ] <sup>26</sup>
7. ฉันได้รับอาหารเพียงพอ						[ ] <sup>27</sup>
8. ฉันเดิน ไปไหนมาไหนได้ด้วย ตนเอง						[ ] <sup>28</sup>
9. ฉันเดินทางไปรักษาหรือไปพบ แพทย์ได้ด้วยตนเอง						[ ] <sup>29</sup>
10. ฉันแต่งตัวได้ด้วยตนเอง						[ ] <sup>30</sup>
11. ฉันทำความสะอาดร่างกายได้ ด้วยตนเอง						[ ] <sup>31</sup>
12. ฉันไปถ่ายปัสสาวะหรือ อุจจาระได้ด้วยตนเอง						[ ] <sup>32</sup>
13. ฉันต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว						[ ] <sup>33</sup>
14. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ได้ เช่น งานสังสรรค์ในวัน ขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ เป็นต้น						[ ] <sup>34</sup>

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
15. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ได้ เช่น ทำบุญในวัด ฟังเทศน์ ในวัด สวดมนต์ในโบสถ์ หรือ สุหระา เป็นต้น						[ ] <sup>35</sup>
16. ฉันทำกิจกรรมทางศาสนาได้ด้วย ตนเอง เช่น ละหมาด ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น						[ ] <sup>36</sup>
17. ฉันพบปะสังสรรค์กับญาติหรือ เพื่อน ๆ ได้						[ ] <sup>37</sup>
18. ฉันรู้สึกเศร้าและหดหู่						[ ] <sup>38</sup>
19. ฉันสามารถแก้ไขปัญหของ ตนเองได้						[ ] <sup>39</sup>
20. ฉันกลัวถูกทอดทิ้ง						[ ] <sup>40</sup>
21. ฉันรู้สึกอายที่เป็นโรคนี						[ ] <sup>41</sup>
22. ฉันรู้สึกว่าป็นคนน่ารังเกียจใน สายตาคนอื่น						[ ] <sup>42</sup>
23. ฉันสามารถออกกำลังกายได้ เช่น เดิน วิ่งช้า ๆ เป็นต้น						[ ] <sup>43</sup>
24. ฉันรู้สึกกั้มใจที่เป็นภาระแก่ ผู้อื่น						[ ] <sup>44</sup>
25. ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ						[ ] <sup>45</sup>
26. ฉันพูดกับคนอื่นได้ด้วยความ กล้าบาค						[ ] <sup>46</sup>
27. ฉันมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับ โรคนี						[ ] <sup>47</sup>
28. ฉันมีความอดทนในการรับการ รักษา						[ ] <sup>48</sup>
29. ฉันมั่นใจว่าฉันจะหายจาก โรคนี						[ ] <sup>49</sup>
30. ฉันรู้สึกสับสน						[ ] <sup>50</sup>

## ชุดที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

## คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึง ความรู้สึก หรือความคิด หรือ การกระทำที่ท่านใช้ในปัจจุบัน

โดยชี้เครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน การเลือกตอบคือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่เคยเกิดกับตัวท่าน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านนาน ๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเป็นบางครั้ง
บ่อย ๆ	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านบ่อย ๆ
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นเกิดกับตัวท่านเกือบทุกครั้งหรือเป็นประจำ

## ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อย ๆ	เกือบทุกครั้ง
หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

อธิบาย หมายความว่า ท่านไม่เคยคิดหรือหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
1. แสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความ เจ็บป่วยและการรักษา						[ ] <sup>51</sup>
2. แสวงหากำแนะนำ						[ ] <sup>52</sup>
3. ปรับทุกข์กับบุคคลอื่น						[ ] <sup>53</sup>
4. พยายามปลอบใจตนเอง						[ ] <sup>54</sup>
5. หัวเราะเพื่อลืมความทุกข์						[ ] <sup>55</sup>
6. ปรับเปลี่ยนอารมณ์						[ ] <sup>56</sup>
7. พยายามลืมการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่						[ ] <sup>57</sup>
8. พยายามทำอะไร ไม่ให้มีเวลาว่าง						[ ] <sup>58</sup>
9. เผชิญกับปัญหาและกระทำไป ตามขั้นตอน						[ ] <sup>59</sup>
10. ทำโน่น ทำนี่ โดยไม่คิดให้ รอบคอบ						[ ] <sup>60</sup>
11. แยกตัวเองอยู่คนเดียวเงียบ ๆ						[ ] <sup>61</sup>
12. กระทำตามที่บุคคลอื่น (เช่น แพทย์ ญาติ) คาดหวังและแนะนำ						[ ] <sup>62</sup>
13. โโทษผู้อื่น						[ ] <sup>63</sup>
14. ระบายความทุกข์ โดยการระบาย อารมณ์ หรือร้องไห้						[ ] <sup>64</sup>
15. ปฏิเสธให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ต้องการทราบ หรือได้ยินเรื่อง ราวที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และ การรักษา						[ ] <sup>65</sup>
16. อ่านและฟังธรรมะ						[ ] <sup>66</sup>
17. บานบานให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์และตั้ง มหัทศจรย์ช่วยเหลือ						[ ] <sup>67</sup>
18. ทำสมาธิให้จิตว่าง						[ ] <sup>68</sup>

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง	สำหรับ ผู้วิจัย
19. มองปัญหาอย่างเป็นกลาง						[ ] <sup>69</sup>
20. เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี						[ ] <sup>70</sup>
21. พยายามคิดถึงเรื่องอื่น						[ ] <sup>71</sup>
22. ขอมจำนวนต่อความเจ็บป่วย						[ ] <sup>72</sup>
23. พยายามมองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในแง่บวกหลาย ๆ ด้าน เพื่อความ สบายใจ						[ ] <sup>73</sup>
24. พยายามกระทำให้ดีที่สุด เพราะ ไม่สามารถจะเปลี่ยนเหตุการณ์ได้						[ ] <sup>74</sup>
25. พยายามหลับให้มากที่สุด เพราะ จะได้ไม่ต้องคิดอะไรมาก						[ ] <sup>75</sup>
26. โทษสิ่งอื่น						[ ] <sup>76</sup>
27. ทบทวนทางเลือก และสำรวจผล ที่จะตามมา						[ ] <sup>77</sup>
28. เตรียมพร้อมที่จะรับถ้าโรคจะเลว ลง						[ ] <sup>78</sup>
29. พยายามมองโลกในแง่ดี						[ ] <sup>79</sup>
30. สนใจแต่เหตุการณ์เฉพาะหน้า คิดว่าขั้นต่อไปจะทำอะไร						[ ] <sup>80</sup>

## ภาคผนวก จ.

## ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ก. ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (จำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า) ของการรับรู้  
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร จำแนกรายข้อ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า				
	1	2	3	4	5
1. กินอาหารได้ด้วยตนเอง	2	2	4	8	84
2. ทำความสะอาดร่างกายได้ด้วย ตนเอง	2	4	4	6	84
3. มีความอดทนในการรับการรักษา	2	0	8	10	80
4. แต่งตัวได้ด้วยตนเอง	4	6	0	6	84
5. ไปถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระได้ ด้วยตนเอง	4	4	2	4	86
6. มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคนี	4	0	6	16	74
7. มั่นใจว่าจะหายจากโรคนี	6	2	8	8	76
8. เดินไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง	2	10	10	10	68
9. กลัวถูกทอดทิ้ง	6	18	0	8	68
10. ได้รับอาหารเพียงพอ	2	6	14	18	60
11. รู้สึกเป็นคนน่ารังเกียจในสายตา คนอื่น	8	8	8	10	66
12. รู้สึกอายเป็นโรคนี	10	6	8	8	68
13. พบปะสังสรรค์กับญาติหรือ เพื่อน ๆ ได้	2	16	8	14	60
14. เดินทางไปรักษาหรือไปพบ แพทย์ได้ด้วยตนเอง	16	8	4	10	62

## ตาราง ก. (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า				
	1	2	3	4	5
15. ทำกิจกรรมทางศาสนาได้ด้วย ตนเอง เช่น ละหมาด ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น	16	10	8	14	52
16. พูดกับคนอื่นได้ด้วยความลำบาก	20	10	8	6	56
17. รู้สึกสับสน	10	12	24	12	42
18. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาได้ เช่น ทำบุญในวัด ฟังเทศน์ในวัด สวดมนต์ในโบสถ์ หรือสุเหร่า เป็นต้น	12	12	20	12	44
19. ในแต่ละวันนอนหลับสนิทได้ เพียงพอ	8	10	36	12	34
20. สามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง ได้	6	14	34	14	32
21. รู้สึกเศร้า และหดหู่	12	6	30	22	30
22. สามารถออกกำลังกายได้ เช่น เดิน วิ่งช้า ๆ เป็นต้น	14	14	18	14	40
23. ทำงานเบา ๆ ภายในบ้านได้ เช่น ปัดฝุ่น กวาดบ้าน ล้างจาน เป็นต้น	16	14	14	16	40
24. ถิ่นได้รับสิ่งบันเทิงเพียงพอ เช่น ไปเที่ยว ดูทีวี ฟังวิทยุ อ่าน หนังสือ เป็นต้น	14	16	20	12	38
25. รู้สึกกลัวใจที่เป็นภาระแก่ผู้อื่น	16	16	24	12	32
26. เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ เช่น งานสังสรรค์ในวันขึ้นปีใหม่ วัน สงกรานต์ เป็นต้น	38	4	16	8	34

## ตาราง ก. (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า				
	1	2	3	4	5
27. รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	30	18	18	12	32
28. ต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว	44	8	8	8	32
29. ทำงานหนัก ๆ ภายในบ้านได้ เช่น ตัดหญ้า ถูพื้น ยกหรือเลื่อน ของหนัก เป็นต้น	50	14	24	4	8
30. ทำงานหาเลี้ยงชีพได้	70	14	8	0	8

ตาราง ข. ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (จำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า) ของ  
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งแก้ปัญหา จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธี มุ่งแก้ปัญหา	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า				
	1	2	3	4	5
1. กระทำตามที่บุคคลอื่น (เช่น แพทย์ ญาติ) คาดหวังและ แนะนำ	2	4	8	14	72
2. พยายามมองโลกในแง่ดี	0	6	16	10	68
3. พยายามกระทำให้ดีที่สุด เพราะ ไม่สามารถจะเปลี่ยนเหตุการณ์ ได้	6	4	16	20	54
4. พยายามมองการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นในแง่บวกหลาย ๆ ด้าน เพื่อความสบายใจ	2	8	22	20	48
5. สนใจแต่เหตุการณ์เฉพาะหน้า คิดว่าขั้นต่อไปจะทำอะไร	6	6	24	22	42

## ตาราง ข. (ต่อ)

พฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหาด้วยวิธี มุ่งแก้ปัญหา	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า				
	1	2	3	4	5
6. เตรียมพร้อมที่จะรับถ้าโรคจะ เลวลง	14	4	16	24	42
7. มองปัญหาอย่างเป็นกลาง	14	12	38	2	34
8. ทบทวนทางเลือกและสำรวจผล ที่ตามมา	12	14	34	14	26
9. เสนอเกี่ยวกับปัญหาและกระทำไป ตามขั้นตอน	12	22	30	10	26
10. ทำสมาธิให้จิตว่าง	24	8	24	6	28
11. พยายามทำอะไร ไม่ให้มีเวลา ว่าง	26	20	20	16	18
12. แสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความ เจ็บป่วยและการรักษา	28	16	24	12	20
13. แสวงหากำแนะนำ	18	28	30	10	14
14. ทำโน่น ทำนี่ โดยไม่คิดให้ รอบคอบ	56	14	20	4	6

ตาราง ก. ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (จำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า) ของ  
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์ จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธี การจัดการกับอารมณ์	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมาตราส่วนประเมินค่า				
	1	2	3	4	5
1. เลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี	2	6	4	24	64
2. ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย	10	4	14	12	60
3. พยายามหลีกเลี่ยงมากที่สุด เพราะ จะไม่ได้คิดอะไรมาก	10	12	16	6	56
4. พยายามปลอบใจตนเอง	6	10	26	24	34
5. อ่านและฟังธรรมะ	14	8	20	10	48
6. บนบานให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์และ สิ่งมหัศจรรย์ช่วยเหลือ	24	12	14	8	42
7. พยายามคิดถึงเรื่องอื่น	20	24	20	12	24
8. ปรับทุกข์กับบุคคลอื่น	14	26	30	12	8
9. ปรับเปลี่ยนอารมณ์	22	26	26	12	14
10. หัวเราะเพื่อลืมความทุกข์	32	18	20	12	18
11. แยกตัวเองอยู่คนเดียวเงียบๆ	48	6	10	10	26
12. พยายามลืมการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	40	14	20	6	20
13. ปฏิเสธให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ต้องการทราบ หรือ ได้ยินเรื่อง ราวที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ การรักษา	50	10	20	6	14
14. ระบายความทุกข์ โดยการระบาย อารมณ์หรือร้องไห้	58	6	18	8	10
15. โทษสิ่งอื่น	80	4	6	8	2
16. โทษผู้อื่น	94	2	0	0	4

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวอารี น้อยบ้านด่าน

วัน เดือน ปีเกิด 29 มิถุนายน 2503

สถานที่เกิด จังหวัดชุมพร

### วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2526
รัฐศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2530
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
พ.ศ. 2526 - 2535	พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	
พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	