ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

นุชจรี หยองทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

Copyright by Mahidol University
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

.....

นางสาวนุชจรี หยองทอง

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2555

.....

นางสาวนุชจรี หยองทอง
ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

นายธีระ ลีลานันทกิจ,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาด้านวิชาการ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างมาก

ผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ นายแพทย์ธีระ ลีลานันทกิจ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ที่ได้กรุณาอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือ ขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดหลักสูตร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ขอบคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิช 6 พยาบาลประจำการศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 ที่กรุณาให้โอกาสเก็บรวบรวมข้อมูล อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมารับบริการเคมีบำบัดภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 ที่ให้ความสมัครใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และขอบคุณพี่น้อง ญาติมิตร เพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโททุกสาขาทั้งภาคปกติและภาคพิเศษ รวมถึงผู้ที่ไม่ได้กล่าวนามทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

Copyright by Mahidol University

นุชจรี หยองทอง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
THE EFFECTS OF A COPING ENHANCING PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN BREAST CANCER PATIENTS

นุชจรี หยองทอง 5036758 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.,
ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ชนิด randomized controlled trial เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัด ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นครั้งแรก หรือครั้งที่ 2 จำนวน 56 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน จากนั้นประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า center for epidemiologic studies - depression scale: CES-D ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดด้วยการแก้ปัญหาและการลดความทุกข์ใจ ที่เกิดจากการป่วยเป็นมะเร็งเต้านม การรักษา และสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นการให้การปรึกษารายบุคคลแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้งและผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ($\bar{x}$ = 6.607, SD = 2.819) น้อยกว่ากว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 17.714, SD = 7.605) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะยาว นำสามีและ/ หรือบุตรซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมามีส่วนร่วมในการบำบัด

คำสำคัญ: การส่งเสริมการเผชิญความเครียด/ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/ อาการซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

THE EFFECTS OF A COPING ENHANCING PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN BREAST CANCER PATIENTS

NUCHAREE YONGTHONG 5036758 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D., ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

ABSTRACT

The present study was a randomized controlled trial which aimed at investigating the effects of a coping enhancing program on depressive symptoms in breast cancer patients. The study sample consisted of 56 outpatients who were diagnosed with breast cancer and who were undergoing the first or second round of postoperative chemotherapy at the chemotherapy center, Wongvanich 6 Ward, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. Twenty-eight subjects who met the inclusion criteria were randomly assigned into the control group and the other 28 into the experimental group. The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale(CES-D) was used to assess their depressive symptoms before and after the experiment.

The experimental subjects received the coping enhancing program to develop stress-coping skills, including problem-solving skills and methods to reduce suffering caused by breast cancer, its treatment, as well as coping methods for stressful events in patients' daily living. Individual counseling was provided two times at the hospital and four times via telephone calls. On the other hand, the control subjects received only routine nursing care. The t-test was used to analyze data, and it was found that after the experiment the mean score of depressive symptoms of the experimental subjects ($\bar{x}$ = 6.607, SD = 2.819) was lower than that of the control subjects ($\bar{x}$ = 17.714, SD = 7.605) with statistical significance ($p < 0.001$).

Based on the study findings, it is recommended that studies should be conducted to monitor long-term effects of the program on depressive symptoms, with the participation of the husband and/or children who are important sources for social support of breast cancer patients.

KEY WORDS: COPING ENHANCING/ BREAST CANCER PATIENTS/ DEPRESSIVE SYMPTOMS

147 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญตาราง		**ซ**
สารบัญภาพ		**ฌ**
บทที่ 1	**บทนำ**	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	5
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	สมมติฐานการวิจัย	5
	กรอบแนวคิดการวิจัย	6
	ขอบเขตการวิจัย	8
	นิยามตัวแปร	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
บทที่ 2	**การทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	
	2.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	12
	2.2 ความเครียด การเผชิญความเครียด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	18
	2.3 การบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	26
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	
	รูปแบบการวิจัย	37
	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	37
	สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	39
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ภาคผนวก ซ)	39

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	ขั้นตอน/ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	47
	การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	
	ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	50
	ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	53
	ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	54
บทที่ 5	**การอภิปรายผล**	**55**
บทที่ 6	**สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ**	
	สรุปผลการวิจัย	63
	ข้อจำกัดในการวิจัย	63
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	63
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป	64
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**65**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**80**
บรรณานุกรม		**97**
ภาคผนวก		**107**
ประวัติผู้วิจัย		**147**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square test	50
4.2	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test	52
4.3	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t – test	53
4.4	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test	54

Copyright by Mahidol University

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	8
3.1	แสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย	48

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญตาราง		**ซ**
สารบัญภาพ		**ฌ**
บทที่ 1	**บทนำ**	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	5
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	สมมติฐานการวิจัย	5
	กรอบแนวคิดการวิจัย	6
	ขอบเขตการวิจัย	8
	นิยามตัวแปร	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
บทที่ 2	**การทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	
	2.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	12
	2.2 ความเครียด การเผชิญความเครียด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	18
	2.3 การบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	26
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	
	รูปแบบการวิจัย	37
	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	37
	สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	39
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ภาคผนวก ซ)	39

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	ขั้นตอน/ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	47
	การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	
	ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	50
	ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	53
	ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	54
บทที่ 5	**การอภิปรายผล**	**55**
บทที่ 6	**สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ**	
	สรุปผลการวิจัย	63
	ข้อจำกัดในการวิจัย	63
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	63
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป	64
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**65**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**80**
บรรณานุกรม		**97**
ภาคผนวก		**107**
ประวัติผู้วิจัย		**147**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square test	50
4.2	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test	52
4.3	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t – test	53
4.4	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test	54

Copyright by Mahidol University

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	8
3.1	แสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย	48

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่เกิดจากเซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในและมีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านี้สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียง ผ่านทางเดินน้ำเหลืองและกระแสเลือด และแพร่กระจายลุกลามเฉพาะที่ เช่น กระดูก ตับ ปอด และสมอง หรืออวัยวะส่วนอื่น ๆ โรคมะเร็งเต้านมนับว่าเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของสตรีทั่วโลก ในปี 2548 มีสตรีที่เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 502,000 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 1,200,000 ราย ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี 2547 มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมปีละ 1,890 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 5,592 ราย จังหวัดที่พบสตรีเป็นมะเร็งเต้านมสูงสุดในประเทศ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร รองลงมาได้แก่ ลพบุรี สมุทรสาคร และลำปาง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกพื้นที่ (ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์, 2549) จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2550 พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งระบบหายใจและระบบย่อยอาหาร และเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของสตรีที่เป็นมะเร็งทั้งหมด จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2551 มีจำนวน 386 ราย 485 ราย 473 ราย 533 ราย และ 801 ราย ตามลำดับ (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2547-2551) จากสถิติดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นโรคที่น่ากลัวและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง

อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านมที่พบได้บ่อยที่สุด คือ คลำพบก้อนที่เต้านมหรือพบก้อนที่รักแร้ เจ็บที่เต้านมโดยมีลักษณะการเจ็บแบบเสียดแทงเฉพาะที่ไม่ร้าวไปที่ใด เต้านมมีขนาดโตขึ้นกว่าปกติ และยังพบว่ามีการดึงรั้งของหัวนม มีแผล มีน้ำหรือเลือดออกจากหัวนม หรือมีหัวนมบอด ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการมีก้อน หรือต่อมน้ำเหลืองในรักแร้หรือที่คอโต (ธนิต วัชรพุกก์, 2546; ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544) ในการจัดระยะของโรคมะเร็งเต้านมมีความจำเป็นเพื่อการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และเพื่อพยากรณ์โรค การจัดระยะของโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบัน แบ่งตามระบบ TNM ซึ่งย่อมาจาก tumor (ก้อนมะเร็งในเต้านม) node (ต่อม

Copyright by Mahidol University

น้ำเหลืองของเต้านม) และ metastasis (มะเร็งที่กระจายออกไปอวัยวะอื่นๆ) โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ (Crane-Okada, 2001) ดังนี้ ระยะ 0 คือเซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะเต้านมไม่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ระยะ I คือก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร ไม่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ระยะ II คือก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร หรือมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างที่เป็นและยังเคลื่อนที่ได้ ระยะ III คือ เซลล์มะเร็งแพร่กระจายบริเวณผิวหนัง และยึดติดกับกล้ามเนื้อ อาจคลำต่อมน้ำเหลืองได้หรือไม่ได้ ระยะ IV คือเซลล์มะเร็งแพร่กระจายออกนอกเต้านม คือ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ไม่เคลื่อนที่ ก้อนมะเร็งยึดติดผนังทรวงอก ต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้าโต เซลล์มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่นกระดูก ตับ ปอด และสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ดีการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น การรักษามะเร็งเต้านมที่ให้ผลดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่การผ่าตัด (surgery) การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) การรักษาด้วยรังสีรักษา (radiation therapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) (ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544)

ประสบการณ์การป่วยเป็นมะเร็งเต้านม การให้ความหมายกับมะเร็งเต้านม ในผู้หญิงแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นกับ คุณค่า ความเชื่อ ความสนใจ การให้ความสำคัญกับความเป็นชายหญิง ระดับชนชั้น เชื้อชาติ กลุ่มชน การศึกษา อายุ (Im, Lee & Park, 2002) และเนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีโอกาสรักษาให้หายขาดน้อย และไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า การรักษาด้วยวิธีการใดสามารถกำจัดเนื้อร้ายออกจากร่างกายได้ การรักษาแต่ละวิธีจะมีผลข้างเคียงต่อร่างกายและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร และใช้ระยะเวลาในการรักษานานเท่าใดจึงจะมั่นใจว่าได้กำจัดเซลล์มะเร็งออกหมด ดังนั้นทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะตกใจ (shock and trauma) เจ็บปวด สูญเสีย คิดถึงความตายและชีวิตที่เหลืออยู่ ไม่มั่นใจ (uncertain) ต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่จะได้รับ (Arman & Rehnsfeldt, 2003; Fann et al., 2008) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ดูแลสุขภาพไม่ดี (Im, Lee & Park, 2002) หมดหวัง เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน (psychospiritual suffering) และอาจคิดถึงการฆ่าตัวตาย (Arman & Rehnsfeldt, 2003)

การรักษาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งสิ้น ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอาจพบอาการต่อมน้ำเหลืองใต้แขนอักเสบ มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกและแขน มีอาการปวด (Lueboonthavatchai, 2007; Vockins, 2004) เคลื่อนไหวแขนไม่สะดวก (Bower et al., 2000) การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง (Palesh et al., 2007) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา และฮอร์โมนบำบัด จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ มีความรู้สึกไม่สุขสบาย (Badger et al., 2001; Bardwell et al., 2006; Bower et al., 2000; Engel et al.,

Copyright by Mahidol University

2003; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevillier, 2007) ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือประจำเดือนขาดหายไป (Shannon, Wilson, & Stang, 2003) สับสน (Engel et al., 2003) การรับรู้ผิดปกติ (Badger et al., 2001) ภายหลังได้รับการรักษาผู้ป่วยยังคงเข้าใจว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยรายที่จะรักษาให้หายขาดได้ (Palesh et al., 2007) ไม่แน่ใจว่าเซลล์มะเร็งหมดไปจากร่างกายหรือไม่ กลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Hart et al., 2003; Hegel et al., 2006; Mcillmurray et al., 2001) สูญเสียสัญลักษณ์ของเพศหญิง เกิดปัญหาสัมพันธภาพและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส สูญเสียบทบาททางสังคมและการประกอบอาชีพ ส่งผลให้มีความวิตกกังวล (คนึงนิจ พงศ์ถารกมล, 2549; Badger et al., 2001; Bardwell et al., 2006; Lueboonthavatchai, 2007; Vockins, 2004)

การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาเหล่านี้ เป็นสถานการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรม ในการเผชิญความเครียด (coping) ยอมรับการเจ็บป่วย พัฒนาทัศนคติทางบวก ตัดสินใจเผชิญความจริงและเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเอง ใช้ความพยายามในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ทำความเข้าใจตนเอง สำรวจและปรับเปลี่ยนความหมายและเป้าหมายในชีวิตใหม่ ตระหนักถึงการพึ่งพาระหว่างบุคคลโดยการให้และรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Arman & Rehnsfeldt, 2003) จัดการกับสถานการณ์ที่ประสบด้วยการแก้ปัญหา หรือลดอารมณ์เป็นทุกข์ลง อย่างไรก็ดีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องทำความเข้าใจความเป็นจริง คาดทำนายผลกระทบของมะเร็งเต้านม และประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จากการศึกษาการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยชาวจีนที่เป็นมะเร็งเต้านมที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยของ Ching, Martinson & Wong (2009) พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับการเผชิญปัญหา เริ่มประเมินสถานการณ์ปัญหาและใช้กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข หรือพยายามปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังได้รับการรักษา

จากการศึกษาของ Golden-Kreutz และ Andersen ในปี 2004 พบว่า 6 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ Burgess และคณะ ในปี 2005 ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะ 1 ปีแรกที่ได้รับการวินิจฉัยมีอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 48 ปีที่ 2 ร้อยละ 25 ปีที่ 3 ร้อยละ 25 ปีที่ 4 ร้อยละ 23 และร้อยละ 15 ในปีที่ 5 สำหรับการศึกษาของ Akizuki และคณะ ในปี 2003 พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ถึงร้อยละ 50 และ ร้อยละ 22 ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ยังคงมีอาการซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงสูง (Mehnert & Koch,

Copyright by Mahidol University

2007) สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยนอกของศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 – พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 300 ราย พบว่า มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 16.7 (Lueboonthavatchai, 2007) อาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, & Gaston-Johansson, 2005) การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Bui, Ostir, Kuo, Freeman, & Goodwin, 2005) โดยเฉพาะ natural killer cell ซึ่งมีหน้าที่กำจัดเซลล์มะเร็ง จึงส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลามและยากแก่การควบคุมไว้ได้ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบต่อคู่สมรส ในเรื่องของเพศสัมพันธ์ (Speer et al., 2005) และทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แยกตัวเองออกจากสังคม ซึ่งมีการศึกษาหลายชิ้นพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลง เช่นการศึกษาของ Day ในปี 2001 อ้างถึงใน Somerset และคณะ ในปี 2004 ที่พบว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตถึงร้อยละ 9-42 และจากการศึกษาของ Onitiio, Nietert และ Egede ในปี 2006 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

การบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม คือการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม จากการสำรวจผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางจิตสังคม ที่สามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีหลายการศึกษา ได้แก่ การบำบัดด้านการศึกษาและด้านโภชนาการ (Antoni et al., 2006) กลุ่มสนับสนุนและจิตศึกษา (Taylor et al., 2003) กลุ่มจิตสังคมบำบัด (Arving et al., 2007) ซึ่งจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพบหน้ากันที่โรงพยาบาล และการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ โดยการสนับสนุนทางโทรศัพท์รายบุคคล (Coleman et al., 2005) และการสนับสนุนทางโทรศัพท์รายบุคคลร่วมกับกลุ่มพบหน้ากัน (Samarel, Tulmen, & Fawceff, 2002) และกลุ่มสนับสนุนผ่านทางเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่บ้าน (Lieberman et al., 2003) ซึ่งจะพบว่าการบำบัดเน้นการให้การดูแลช่วยเหลือใน 3 ลักษณะ คือ 1) การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การบำบัดรักษาและการฟื้นฟู 2) การส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆกับการจัดการกับความเครียด และ 3) การประคับประคองจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษา ปรับความคิดทางลบต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ (Sherman, et al., 2012)

จากการศึกษาของ Strong และ คณะในปี 2003 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในอเมริกา ที่มีอาการซึมเศร้า ยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพียงพอ ไม่ได้รับการส่งต่อไปให้จิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชดูแล ในขณะที่พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรมีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้าเหล่านี้ สำหรับโรงพยาบาล

Copyright© by Chiang Mai University

จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 801 ราย (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2551) และหลายหน่วยงานของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งยังไม่มีการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างการรักษาอย่างเป็นระบบ จากการสังเกตอาการของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางรายแยกตัว พูดและสนใจสิ่งแวดล้อมน้อย ซึมเศร้า ซึ่งส่งผลระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในปัจจุบันมีวิธีการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ผลดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดมีอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Copyright by Mahidol University

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งอธิบายการเกิดความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัว ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ที่ประสบว่าคุกคาม ทำให้เกิดอันตราย ทำให้เกิดความสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ สภาวะของร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตวิญญาณ เมื่อเปรียบเทียบกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่าไม่เพียงพอในการเผชิญกับสถานการณ์ จะเกิดความเครียด (stress) และพยายามค้นหาวิธีการเผชิญความเครียด (coping) ทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างเต็มกำลังโดยใช้ทรัพยากรส่วนบุคคลและสังคม แบ่งได้เป็น 1) การแก้ไขปัญหา (problem focused forms of coping) ได้แก่ การระบุปัญหา หาทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินทางเลือก ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลและเรียนรู้ทักษะหรือวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหา และ 2) การจัดการกับอารมณ์ทุกข์ (emotion focused forms of coping) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกระบวนการทางความคิด เช่น การเลือกให้ความสนใจกับบางสิ่ง การเปรียบเทียบในทางบวก การให้ความหมายกับสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ และกลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่นการออกกำลังกาย การทำสมาธิ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการเผชิญความเครียดจะส่งผลต่อผลลัพธ์การปรับตัว (adaptation outcomes) ด้านการทำหน้าทางสังคม (social function) ด้านขวัญและกำลังใจ (morale) และด้านสุขภาพกาย (somatic health) การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นการแสดงบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในสังคมอย่างเหมาะสม ด้านขวัญและกำลังใจเป็นสภาพอารมณ์ที่สะสม เกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และด้านสุขภาพกาย ซึ่งเป็นการตอบสนองความเครียดทางร่างกาย ถ้าบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อขวัญและกำลังใจ เกิดอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญความเครียดด้านอารมณ์ในระยะสั้นที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอน (Wonghongul, Moore, Musil, Schneider, & Deimling, 2000) ทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะตกใจ กลัว คิดถึงความตาย (Arman & Rehnsfeldt, 2003; Fann et al., 2008) ประเมินว่าโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต และรู้สึกฝังแน่นในความทรงจำว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย (Jadoulle et al., 2006) และต้องได้รับการผ่าตัดเต้านม ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อความผาสุกของตน ผู้ป่วยจะมีความเครียดสูง (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002) ภายหลังได้รับการรักษาผู้ป่วยยังคงเข้าใจว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยรายที่จะรักษาให้หายขาดได้

Copyright by Mahidol University

(Palesh et al., 2007) ไม่แน่ใจว่าเซลล์มะเร็งหมดไปจากร่างกายหรือไม่ กลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Hart et al., 2003; Hegel et al., 2006; Mcillmurray et al., 2001) ผู้ป่วยมะเร็งจะประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาว่า เป็นสถานการณ์ความเครียด โดยให้ความหมายสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมว่าเป็นโรคร้ายแรง โอกาสในการรักษาให้หายขาดมีน้อย (Palesh et al., 2007) และการรักษาทั้งการผ่าตัดและเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายทางร่างกาย ต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น อาการอ่อนล้า อาการปวด อาการแขนบวม นอนไม่หลับ การรับรู้ตนเองที่ผิดปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและอาชีพที่เคยทำได้ สูญเสียภาพลักษณ์และความผูกพันกับคู่สมรส (Badger et al., 2001; Bardwell et al., 2006; Bower et al., 2000; Engel et al., 2003; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevillier, 2007; Lueboonthavatchai, 2007) สถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวลหลาย ๆ ด้านของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญความเครียดด้วยวิธีการต่างๆทางความคิดและพฤติกรรม ดังนั้นระยะการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาเป็นระยะที่มีผลอย่างมากต่อการปรับตัวต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม และส่งผลต่อภาวะทุกข์โศกและอาการซึมเศร้า (Bardwell et al., 2006) ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตผู้หญิงทุกคนเริ่มจากเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมผู้ป่วยจะรับรู้และประเมินว่าตนเองเป็นโรคที่มีความรุนแรงคุกคามต่อชีวิตและนำไปสู่ความตาย (สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, 2546) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญความเครียดทางการรู้คิด (Jadoulle et al., 2006) มีการตอบสนองทางอารมณ์หลายชนิด รวมทั้งความไม่เชื่อ ปฏิเสธผลการวินิจฉัยโรคในระยะแรก บางรายปฏิเสธการรักษาแต่บางรายต้องการข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา มีความรู้สึกเสียใจ ความกลัว ความโกรธ บางรายกลัวความเจ็บปวดและความพิการ (Clark & Leigh, 2002) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต้องสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดเต้านม และการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยผมร่วง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ ภายหลังการรับเคมีบำบัดจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดความเหนื่อยล้า (American Cancer Society, 2003) ซึ่งส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร้งเต้านมด้วย (National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003)

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะโรค การบำบัดรักษา และสถานการความเครียดในชีวิตประจำวัน ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus

Copyright by Mahidol University

& Folkman, 1984) ขณะผู้ป่วยมารับการรักษาเคมีบำบัดซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารเพื่อการบำบัด และการจัดการกับอาการป่วย เผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียด ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค การรักษา และแหล่งประโยชน์ทางสังคม มีทักษะการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและขณะได้รับเคมีบำบัด ซึ่งจะช่วยลดความเครียดจากสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา และประเมินสถานการณ์ตรงตามความเป็นจริง 2) การเผชิญความเครียด โดยการให้การปรึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและการจัดการกับอารมณ์ทุกข์ในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจากการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนสถานการความเครียดในชีวิตประจำวัน สามารถประยุกต์ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยระบุปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด หาทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินทางเลือกและเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการบำบัดทั้งหมดจำนวน 6 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นการบำบัดที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และ 4 เป็นระยะเวลา 60 นาที ร่วมกับการบำบัดทางโทรศัพท์ที่บ้านอีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ครั้งละ 30 นาที เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อผลการปรับตัวทางด้านขวัญและกำลังใจและลดอาการซึมเศร้าลงได้ โดยอธิบายตามภาพที่ 1.1 ดังนี้



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ชนิด Randomized controlled trial เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้กรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัด ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6

Copyright by Mahidol University

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เข้ารับเคมีบำบัดในครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 จำนวน 56 คน สุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2554 ถึงเดือน พฤษภาคม 2555 รวมเวลา 6 เดือน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า

นิยามตัวแปร

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบพบหน้ากันร่วมกับการปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินสถานการณ์โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการักษาตรงตามความเป็นจริง 2) การเผชิญความเครียด โดยการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความเครียดและความทุกข์ใจ ใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและสิ่งที่เกิดตามมา อาการข้างเคียงจากการรักษา ร่วมกับการลดความทุกข์ใจที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย

อาการซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะกลุ่มอาการที่เกิดจากความรู้สึก ที่แสดงออกทางพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นผลลัพธ์การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ ในการเผชิญความเครียดจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมร่วมกับเคมีบำบัด ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) (Radloff, 1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่า reliability 0.89 (Radloff, 1977 cited in Winzelberg et al., 2003) (เป็นการวัดกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค)

Copyright© by Mahidol University

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1)บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีอาการซึมเศร้า โดยตระหนักถึงความสำคัญ รวมทั้งประโยชน์ของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้โดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
2. ความเครียด การเผชิญความเครียด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    2.1 ความเครียดและการเผชิญความเครียด ของ Lazarus และ Folkman (1984)
    2.2 สถานการณ์ความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    2.3 การเผชิญความเครียดและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. การบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    3.1 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    3.2 วิธีการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Copyright by Mahidol University

2.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนมีการเจริญเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ (ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล , 2547) และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียงเช่น กระดูก เยื้อหุ้มปอด ปอด ตับ และสมอง หรืออวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้

ชนิดของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมสามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของเต้านม โดยทั่วไปการจำแนกชนิดของมะเร็งเต้านมสามารถจำแนกตามตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง (ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2547; National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003) ได้แก่

- มะเร็งชนิดเป็นก้อน (lobules cancer cell) เป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดจากต่อมน้ำนม ซึ่งมีความยากในการวินิจฉัย

- มะเร็งตามท่อที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (ductal carcinoma in situ, DCIS) เป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดจากท่อน้ำนม ที่พัฒนามาจากมะเร็งชนิดไม่ลุกลาม และลุกลามไปตามท่อ

- มะเร็งที่มีการลุกลาม (invasive ductal cancer) เป็นมะเร็งเต้านมที่ลุกลามจากต่อมหรือท่อน้ำนมไปตามเนื้อเยื้อบริเวณเต้านม หรือแพร่กระจายไปทางเลือดและน้ำเหลือง ซึ่งพบได้มากที่สุด

ระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม แบ่งโดยใช้ขนาดของก้อนมะเร็งต้นกำเนิด (primary tumor) ขนาดของต่อมน้ำเหลือง (regional lymph node) และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (metastasis) ซึ่งการแบ่งระยะมะเร็งเต้านมโดย American Join Committee of Cancer (AJCC) (จิณพิชญ์ชา มามะ, 2551; American Cancer Society, 2003) แบ่งมะเร็งเต้านมออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะ 0 หมายถึง มะเร็งระยะเริ่มแรก (ductal และ lobular carcinoma in situ) ที่ยังไม่มีการลุกลามผ่านชั้น basement membrane ของ duct หรือ lobule ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะนี้มีการรอดชีวิตภายใน 5 ปี ประมาณร้อยละ 98.5

ระยะ I หมายถึง มะเร็งที่มีขนาดไม่กิน 2 ซม.และไม่มีการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะนี้มีการรอดชีวิตภายใน 5 ปี ประมาณร้อยละ 95.3

Copyright© by Mahidol University

ระยะ II หมายถึง มะเร็งที่มีขนาดโตมากกว่า 2 ซม.และเริ่มมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่ยังสามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะนี้มีการรอดชีวิตภายใน 5 ปี ประมาณร้อยละ 86.0

ระยะ III หมายถึง มะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีการแบ่งย่อยเป็น IIIA และ IIIB ซึ่งการพยากรณ์โรคในแต่ละระยะ แตกต่างกัน ดังนี้

ระยะ IIIA เป็นระยะที่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีแรกได้ และส่วนใหญ่มักตามด้วยการให้เคมีบำบัด

ระยะ IIIB เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดได้ เนื่องจากปัญหาการทำลายเซลล์มะเร็งไม่หมดและเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะนี้มีการรอดชีวิตภายใน 5 ปี ประมาณร้อยละ 65.0

ระยะ IV หมายถึง มะเร็งระยะแพร่กระจาย โดยส่วนใหญ่แพร่กระจายไปที่ กระดูก เยื่อหุ้มปอด ปอด ตับ และสมอง ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะนี้มีการรอดชีวิตภายใน 5 ปี ประมาณร้อยละ 29.3

นอกจากการแบ่งระยะมะเร็งเต้านมของ AJCC แล้ว National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative (2003) ยังแบ่งระยะมะเร็งเต้านม เป็น 3 ระยะ ดังนี้

มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (early breast cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เท่ากับ หรือมากกว่า 1 ต่อม

มะเร็งเต้านมที่ลุกลาม (locally advanced breast cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการกระจายไปบริเวณข้างเคียงของเต้านม เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อ หรือกระดูกบริเวณหน้าอก แต่ไม่พบมะเร็งกระจายไปบริเวณอื่นของร่างกาย

มะเร็งเต้านมที่แพร่กระจาย (metastasis breast cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการกระจายไปบริเวณอื่นของร่างกาย เช่น กระดูก หรือปอด

อาการและอาการแสดงมะเร็งเต้านม

อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านมที่พบบ่อย คือ มีก้อนลักษณะแข็งที่เต้านมและไม่มีอาการเจ็บ พบว่าเต้านมบวม หัวนมบุ๋ม โดยไม่มีสาเหตุอื่นนำมาก่อน แผลบริเวณเต้านมไม่หาย ลุกลามและมีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม เช่น น้ำ น้ำเหลืองหรือเลือด มีก้อนบริเวณรักแร้หรือใต้ท้องแขน ซึ่งอาจแสดงถึงเซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เต้านมบวมขึ้นและมีลักษณะคล้ายเปลือกผิวส้ม (peau d' orange) หรือมีก้อนเล็กๆ ขึ้นที่ผิวหนัง รอบๆก้อน ผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

บางรายมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า paget disease คือ มีอาการระคายเคือง เป็นผื่นแดง คันและแสบร้อน มีน้ำเหลืองซึมและตกสะเก็ดบริเวณหัวนม (Vlastos & Verkooijen, 2007)

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ทำได้โดยใช้วิธีการต่างๆร่วมกัน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจเต้านม (breast self examination) การตรวจเต้านมโดยแพทย์ (clinical breast examination) การตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น การถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasonography) การถ่ายภาพด้วยการสะท้อนคลื่นแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging, MRI) ซึ่งจะใช้กรณีที่การถ่ายภาพรังสีเต้านม และ การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง ไม่สามารถวินิจฉัยได้ชัดเจน ส่วนใหญ่ใช้ position emission tomography (PET) หรือ computer tomography (CT) ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โดยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 80-100 และค่าความจำเพาะเจาะจง (specificity) ร้อยละ 75-100 อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา โดย การตรวจดูชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากก้อนในเต้านม ย้อมสี และส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ (จิณพิชญ์ชา มามะ, 2551; ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2547)

การรักษามะเร็งเต้านม (treatment of breast cancer)

การรักษามะเร็งเต้านมปัจจุบันใช้หลายวิธีการร่วมกัน ขึ้นกับระยะของโรค จำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ที่มะเร็งเต้านมแพร่กระจายเข้าถึง ปฏิกิริยาต่อฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen receptor, ER) และสถานภาพของการมีหรือหมดประจำเดือนเป็นสำคัญ ซึ่งการรักษามะเร็งเต้านมหลักที่นิยมใช้ในปัจจุบัน มี 4 วิธีได้แก่

1) การผ่าตัด (surgery)
2) เคมีบำบัด (chemotherapy)
3) รังสีรักษา (radiation therapy)
4) ฮอร์โมนบำบัด (hormonal therapy)

1) การผ่าตัด (surgery)

การผ่าตัด เป็นการรักษาเฉพาะที่และเป็นการรักษาหลักที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น (ธนิต วัชรพุกก์, 2546; Arving et al., 2007) และในระยะลุกลามโดยใช้การผ่าตัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ เพื่อป้องกัน

Copyright by Mahidol University

หรือควบคุมการแพร่กระจายของโรค ซึ่งวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นมีหลายวิธี (ภูมิชาย สุวรักษ์สกุล และศิริชัย จินดารักษ์, 2548) ได้แก่

1. การผ่าตัดเต้านมออกหมดเพียงอย่างเดียว (simple mastectomy) เป็นการผ่าตัดเฉพาะเอาเต้านมออกเท่านั้นโดยไม่ได้ตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก

2. การผ่าตัดเต้านมออกเป็นบางส่วน หรือการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนออก (partial mastectomy or lumpectomy) เอาเฉพาะก้อนและเนื้อของเต้านมรอบๆ ก้อนที่ติดออกมา ด้วยวิธีนี้นิยมทำในมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ร่วมกับการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา

3. การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิง (radical mastectomy) การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมดโดยตัดห่างจากขอบของเนื้อมะเร็ง 4 เซนติเมตร รวมทั้งกล้ามเนื้อหน้าอกทั้ง 2 มัด คือ major และ minor pectoralis muscle และต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้รักแร้ด้วย ใช้ได้ผลดีในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีขนาดใหญ่และมีการแพร่กระจาย ปัจจุบันไม่นิยมใช้วิธีนี้เพราะทำให้มีความพิการของทรวงอกค่อนข้างมาก เนื่องจากมีผลทำให้บริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า และบริเวณรักแร้บุ๋มมาก มีอาการแขนบวม (lymphadema) ได้บ่อย กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงมีความจำกัดในการเคลื่อนไหว

4. การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงแบบถอนรากถอนโคน (extended radical mastectomy) การผ่าตัดเหมือนวิธีที่ 1 แต่เอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้กระดูกซี่โครงส่วนที่ติดกับกระดูกหน้าอก (sternum) และบริเวณเหนือไหปลาร้าออกด้วย ปัจจุบันไม่นิยมผ่าตัดด้วยวิธีนี้

5. การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (modified radical mastectomy) ตัดเต้านมออกทั้งหมดอาจตัด pectoralis minor ออก และตัดต่อมน้ำเหลืองออกทั้งหมด ซึ่งดีกว่าวิธีที่ 1 และปัจจุบันนิยมใช้วิธีนี้มากเพราะทำให้ทรวงอกไม่เสียรูปร่างมากนัก แขนบวมน้อยลง เคลื่อนไหวแขนเร็วและสามารถทำศัลยกรรมตกแต่งได้ง่าย

6. การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (breast conservative) คือการทำ lumpectomy ร่วมกับ post operative radiation โดยตัดเต้านมให้ห่างจากก้อน tumor ประมาณ 1-2 เซนติเมตร ทำในผู้ป่วยกลุ่มที่มะเร็งเต้านมยังไม่แพร่กระจาย คือ carcinoma in situ, stage I, II ซึ่งมีผลดีในแง่ของความสวยงาม และการศึกษาพบอัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างจาการผ่าตัด modified radical mastectomy

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นคือ ขอบแผลเน่าตายจากการขาดเลือด (necrosis) มีเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งในแผล (seroma) ข้อไหล่แขนขยับได้น้อย แขนบวม (lymphoma) มีอาการชาที่ต้นแขนด้านใน (ธนิต วัชรพุกก์, 2546) ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการทางกาย และการผ่าตัดยังส่งผลกระทบด้านภาพลักษณ์ ด้านการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ด้านสัมพันธภาพทางเพศกับคู่สมรส (เบญจรัตน์ ชีวพูนผล, 2547) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วย

Copyright by Mahidol University

2). เคมีบำบัด (chemotherapy)

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่มีการแพร่กระจาย (systemic disease) ตามกระแสเลือด (hematogenous spread) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการรักษาผู้ป่วยเกือบทุกรายด้วยเคมีบำบัด เพื่อหวังผลให้หายขาด และมักให้เคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัด จำนวน 6-12 ครั้ง ในระยะเวลาประมาณ 6 เดือน - 1 ปี ซึ่งขึ้นกับระยะของมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดมี 3 ลักษณะ (จิณพิชญ์ชา มามะ, 2551) คือ

1. การให้เคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัดหรือรังสีรักษา (pre-operative/ radiation treatment หรือ neo adjuvant treatment) เป็นการให้เคมีบำบัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือมีต่อมน้ำเหลืองโต ติดแน่นกับเนื้อเยื่อข้างเคียง ไม่สามารถผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้ จึงต้องให้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดก้อนและควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งก่อน แล้วจึงรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาต่อไป

2. การรักษาเสริม (adjuvant treatment) เป็นการให้เคมีบำบัดหลังจากการผ่าตัดหรือรังสีรักษา เพื่อช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ให้หมดไป ซึ่งจะสามารถช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น และลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำ

3. การให้เคมีบำบัดในระยะที่มีการแพร่กระจายหรืออยู่ในระยะสุดท้าย (palliative treatment) ใช้รักษาเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมาน และให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เคมีบำบัดกลุ่มที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันและนิยมใช้ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (สุรพงษ์ สุภาภรณ์และคณะ, 2547) คือ ก) AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) 4 รอบ และ/ หรือ ตาม Paclitaxel 4 รอบ ข) CMF (Cyclophosphamide, Metrotrexate และ 5Fluorouracil) 4-6 รอบ ค) CAF (Cyclophosphamide, Adriamycin และ 5 Fluorouracil) 6 รอบ ง) CEF (Cyclophosphamide, Epirubicin และ 5 Fluorouracil) 6 รอบ โดยทั่วไปห่างกัน 21 วัน ใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน แต่ถ้าเป็นระยะท้ายๆ ข้อกำหนดการใช้จะขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละราย

เคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ผิวหนังบางลง แพ้แสง ผื่นที่ผิวหนัง ผมร่วง (alopecia) เวียนศีรษะ พูดไม่ชัด เดินเซ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (myalgia) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) ไตวาย หัวใจทำงานผิดปกติ อาการแพ้ยา เป็นต้น ถ้าอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดรุนแรง ต้องปรับลดขนาดเคมีบำบัดในครั้งต่อไป (สาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์, 2547; ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรรณ ทองสุโชติ และพัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2548; Shannon, Wilson, & Stang, 2003) หรือในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีเม็ดโลหิตขาวต่ำ จำเป็นต้องเลื่อนการรักษาไปจนกว่าเม็ดโลหิตขาวมากพอที่จะให้เคมีบำบัดต่อไปได้

Copyright by Mahidol University

3) รังสีรักษา (radiation therapy)

รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดขนาดของก้อนมะเร็ง หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง และทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจมีหลงเหลือภายหลังจากการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านมไว้ จะต้องรับรังสีรักษาทุกรายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารังสีรักษาสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งเฉพาะที่ซ้ำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ แต่ไม่สามารถทำให้อัตราการหายขาดของโรคสูงขึ้น (ธนิต วัชรพุกก์, 2546; ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544)

การรักษาด้วยรังสีรักษามีผลทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยไวต่อแสง มีสีแดงและคล้ำ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, 2546) ข้อไหล่ติดจาก fibrosis ของข้อไหล่และรักแร้ กล้ามเนื้อหดรัดตัวและลีบเล็กลง แขนบวมจาก lymphatic obstruction โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กลัวเจ็บและไม่บริหารไหล่หลังการผ่าตัดทันที ปอดอักเสบ (pneumonitis) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอ หลังจบการฉายรังสีประมาณ 6 เดือน อาจพบกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ซึ่งรังสีมีส่วน ทำให้ vascular endothelium เปลี่ยนแปลง และพบว่ากระดูกส่วนที่ได้รับรังสีจะเปราะและหักง่าย

4) ฮอร์โมนบำบัด (hormonal therapy)

การรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมนอาศัยหลักการลด หรือเปลี่ยนคุณสมบัติการออกฤทธิ์ของฮอร์โมน ส่งผลให้เซลล์มะเร็งที่เจริญได้ดีเปลี่ยนแปลงไป การรักษาด้วยฮอร์โมนจำเป็นต้องมีการตรวจหา hormone receptor คือฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen receptor: ER) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progestrolone receptor: PgR) ซึ่งผลการตรวจต้องได้ผลบวก (positive) เพื่อเป็นการยืนยันว่า การรักษาด้วยฮอร์โมนได้ผล ผู้ป่วยที่ไม่ทราบผล ER และ PgR อาจพิจารณาให้ฮอร์โมนเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปีหรืออยู่วัยหมดประจำเดือน ฮอร์โมนมีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้ง หรือแย่งจับฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโตได้น้อย เช่น ทานทูซิเม็บ (trastuzumab), ทามอกซิเฟ็น (tamoxifen), อะเน็ทโตรโซน (anastrozole) ฯลฯ ปัจจุบันการใช้ฮอร์โมนมีขอบเขตกว้างขึ้น ทั้งในระยะเริ่มต้นร่วมกับการรักษาอื่นๆ และในระยะลุกลาม แต่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานประมาณ 2 - 5 ปี จึงสามารถเห็นผลการรักษาได้ (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2552)

ฮอร์โมนบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ ผมบาง ตาตัวเหลืองจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของตับ มีผื่นขึ้นตามตัว หลอดเลือดดำอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะขัด มีเลือดออกทางช่องคลอด (อาคม เชียรศิลป์, 2543) มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ บางรายมีภาวะเลือดหนืด จึงต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาเส้นเลือดขอด

Copyright by Mahidol University

(พรชัย โอเจริญรัตน์, 2552) และอาจมีอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งโพรงมดลูก (endometrial carcinoma) เพิ่มขึ้น (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2552; อาคม เชียรศิลป์, 2543)

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความเจ็บปวดจากการผ่าตัด มีเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งในแผล แขนบวม เคลื่อนไหวข้อไหล่และแขนไม่สะดวก มีอาการชาที่ต้นแขนด้านใน เคมีบำบัด ทำให้เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เยื่อบุช่องปากอักเสบ ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เม็ดเลือดขาวลดลงทำให้ติดเชื้อง่าย เลือดออกตามไรฟัน ร้อนวูบวาบ ผิวหนังแห้งและคัน มีสีคล้ำลง ไวต่อแสงแดดมาก มีผื่นขึ้นตามตัว และผมร่วง ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดหายไป กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะออกน้อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาตามปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะ ปอดอักเสบ หรืออาจมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย กระดูกส่วนที่ได้รับรังสีจะเปราะและหักง่าย ส่วนฮอร์โมนบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผมบาง ตับเสียการทำหน้าที่ ทำให้ตาและตัวเหลือง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะขัด มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งผลข้างเคียงของการรักษาต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูญเสียภาพลักษณ์ มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม สัมพันธภาพทางเพศกับคู่สมรส

2.2 ความเครียด การเผชิญความเครียด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความเครียด การเผชิญความเครียด และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถอธิบายได้โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามลำดับ ดังนี้

2.2.1 ความเครียดและการเผชิญความเครียด ของ Lazarus และ Folkman (1984)

ลาซารัสและโฟคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญกับความเครียด โดยมีแนวคิดว่า บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้นความเครียด (stress) คือ สถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มกำลัง นั่นคือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น ดังนั้นการตัดสินว่าบุคคลจะมีภาวะเครียดหรือไม่ต้องผ่านกระบวนการรู้คิดของบุคคล

Copyright by Mahidol University

การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal)

การประเมินตัดสิน เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของสถานการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งจะกระทำอยู่ตลอดเวลา การประเมินตัดสินนี้มี 3 อย่างคือ

1) **การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal)** เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรง ของสถานการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง การประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นี้แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกบสวัสดิภาพของตน หรือตนไม่ได้มีส่วนเสียกับสถานการณ์นั้นๆ

1.2) มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (benign or positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพตนเอง ซึ่งบุคคลจะเกิดการผ่อนคลายและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจไปในเรื่องอื่นได้ ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการหรือความพยายามในการปรับตัวต่อสถานการณ์นั้น

1.3) ประเมินว่าเป็นภาวะเครียด (stress appraisals) คือการที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่า ในสถานการณ์นั้นต้องดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มกำลัง ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1) อันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์ทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง เช่น การเจ็บป่วย การประสบอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บ

1.3.2) คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะ เกิดขึ้นได้ในอนาคตในกรณีความเจ็บป่วยบุคคลอาจจะประเมินทั้งเป็นอันตราย สูญเสียและคุกคาม

1.3.3) ท้าทาย (challenge) ซึ่งเป็นการพิจารณาตัดสินว่าสถานการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2). การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ในการประเมินชนิดนี้ผู้ประเมินจะตั้งคำถามว่า “โอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด” “มีทางเลือกใดบ้างที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น” และ “ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร” การประเมินชนิดทุติยภูมิ สามารถเกิดขึ้นพร้อมๆกับ การประเมินชนิดปฐมภูมิ

Copyright by Mahidol University

การประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) ได้แก่ พันธะผูกพัน (commitment) ที่มีต่อสถานการณ์ ความเชื่อ (beliefs) ในความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ (beliefs about personal control) และ2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factor) ได้แก่ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่มีประสบการณ์มาก่อน (novelty) ลักษณะของสถานการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด (predictability) และความไม่แน่นอนในสถานการณ์ (event uncertainty)

3). การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลจากสถานการณ์หรือจากตัวบุคคลเข้ามาใหม่ การประเมินซ้ำเป็นการให้ความหมายของสถานการณ์ใหม่เพื่อลดแรงคุกคามจากสถานการณ์ความเครียดลง

การเผชิญความเครียด (coping)

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของบุคคลที่จะจัดการกับความเครียดซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญความเครียด มี 2 ลักษณะ คือ

1). การมุ่งแก้ปัญหา (problem – focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดโดยใช้กลยุทธ์ที่คล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาที่มีลักษณะเป็นกระบวนการของการวิเคราะห์ที่มีลักษณะเป็นวัตถุวิสัยที่มุ่งไปยังสถานการณ์ความเครียดเพื่อลดอันตรายหรือแรงคุกคามลง ได้แก่ การนิยามปัญหา การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา การประเมินผลได้และผลเสียของทางเลือก เลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา และลงมือปฏิบัติ

2). การจัดการกับอารมณ์ (emotional – focused coping) เป็นจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ในภาวะเครียด เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยปกติบุคคลจะเผชิญกับภาวะเครียดมักจะใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์ไปพร้อมๆกัน

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมในการจัดการกับความต้องการจากสถานการณ์ความเครียด ดังนั้นแหล่งประโยชน์จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและเป็นปัจจัยปกป้องของบุคคลในการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วย

Copyright by Mahidol University

1). ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล (health and energy) บุคคลคนที่มีสุขภาพดี จะมีพลังงานและความอดทนต่อความเครียดซึ่งจะช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดความพยายามในการเผชิญความเครียด

2). ความเชื่อถือในทางบวก (positive beliefs) ได้แก่ ความหวัง (hope) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมในผลลัพธ์ที่ตามมา (locus of control) จะช่วยให้บุคคลมีความพยายามในการเผชิญกับความเครียด

3). ทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) บุคคลที่มีทักษะการแก้ปัญหาจะเป็นผู้ที่สามารถ การแสวงหาข้อมูลในการระบุปัญหาและหาทางเลือก พิจารณาผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกได้สอดคล้องกับความต้องการและผลลัพธ์ ตลอดจนวางแผนการปฏิบัติ จะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญกับความเครียด

4). ทักษะทางด้านสังคม (social skills) ความสามารถในการติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะให้บุคคลขอรับความช่วยเหลือในการเผชิญความเครียด

5). แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำการแก้ปัญหา 2) การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่ไว้วางใจ สามารถขอความช่วยเหลือได้ในยามทุกข์ และ 3) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านนี้ จะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีกำลังใจและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดต่างๆ ได้

6). แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (material resources) การมีทรัพย์สิน เงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น

ผลลัพธ์การปรับตัว (adaptational outcomes)

ผลลัพธ์การปรับตัวกับความเครียดหมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของบุคคลแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) หมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ในสังคม ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ที่ประสบว่าก่อให้เกิดความเครียด และใช้วิธีการเผชิญความเครียด ที่เหมาะสมกับบริบทในการเผชิญกับความเครียด จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆตามบทบาท ที่เป็นประโยชน์

Copyright by Mahidol University

ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ตลอดจนดำรงความสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2) ด้านขวัญและกำลังใจ (morale) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญความเครียดด้านอารมณ์ในระยะยาว สำหรับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นเป็นอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นทันที ภายหลังที่บุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดวิธีหนึ่งและสามารถแปรเปลี่ยนไป ขวัญและกำลังใจจึงเป็นสภาพอารมณ์ที่สะสม และเกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3) ด้านสุขภาพกาย (somatic health) การที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่าทำให้เกิดความเครียด และใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดด้านร่างกายเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง ก่อให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นการแสดงบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในสังคมอย่างเหมาะสม ด้านขวัญและกำลังใจเป็นสภาพอารมณ์ความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และด้านสุขภาพกายมีสุขภาพดี ถ้าบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อขวัญและกำลังใจ เกิดอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญความเครียดด้านอารมณ์ในระยะสั้นที่ไม่เหมาะสม ผลลัพธ์ในการปรับตัวต่อความเครียด มองที่ความสัมพันธ์การปรับตัวทั้ง 3 ด้าน คือ บุคคลที่มีการปรับตัวได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ได้ตรงหรือใกล้เคียงความเป็นจริง และรู้จักเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเครียดมุ่งแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลยังสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตลอดจนมีขวัญกำลังใจและสุขภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากให้ความสำคัญกับการปรับตัวโดยรวมทุกด้านของบุคคลนั้นเอง

2.2.2 สถานการณ์ความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น**มะเร็ง**เต้านม จะเกิดความรู้สึกเครียด คับข้องใจ วิตกกังวล ต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่กำลังจะเกิดขึ้น (Fann et al., 2008) ถึงแม้การป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรก จะเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ต้องประสบกับสถานการณ์ความเครียด กับการต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อีกทั้งจากการรับรู้และให้ความหมายมะเร็งเต้านมว่าเป็นโรคร้าย มีโอกาสน้อยที่จะรักษาให้หายขาดได้ และไม่แน่ใจว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการใด และใช้ระยะเวลาในการรักษานานเท่าใด (Lueboonthavatchai, 2007; Vockins, 2004) และ

Copyright© by Mahidol University

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต้องสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดเต้านม และการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยผมร่วง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ ภายหลังการรับเคมีบำบัดจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดความเหนื่อยล้า (American Cancer Society, 2003) ซึ่งส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003) ดังนั้นเมื่อรับรู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและต้องเผชิญกับการรักษาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกตกใจ กลัวการเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ และไม่สามารถคาดทำนายการดำเนินโรคมะเร็งเต้านม ผลของการรักษาต่างๆที่จะได้รับ และอาการข้างเคียงของการรักษา สถานการณ์ต่างๆเหล่านี้เป็นสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องประสบ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้ดังนี้

1) ด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกจากเต้านม ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะสูญเสียเต้านมซึ่งเป็นสัญลักษณ์ทางเพศหญิง มีอาการต่อมน้ำเหลืองใต้แขนอักเสบ การดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณเต้านม อาการปวด (Lueboonthavatchai, 2007; Vockins, 2004) เคลื่อนไหวแขนไม่สะดวก (Bower et al., 2000) อาจมีแขนบวม มีความจำกัดทางด้านร่างกาย (สมปอง รักษาศุข, 2543; Bower et al., 2000; Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins, 2007) การรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีอาการผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เกิดความเหนื่อยล้า การรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณที่ได้รับรังสีไหม้และมีรอยแผลเป็น มีอาการปวดแสบปวดร้อน ถ้าได้รับรังสีรักษาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความเหนื่อยล้า (National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003) การรักษาร่วมกันทั้งเคมีบำบัด รังสีรักษา และฮอร์โมนบำบัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายด้านร่างกาย น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ อาจเกิดความสับสน ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือประจำเดือนขาดหายไป (Badger et al., 2001; Bardwell et al., 2006; Bower et al., 2000; Engel et al., 2003; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevillier, 2007; Lueboonthavatchai, 2007; Palesh et al., 2007; Shannon, Wilson, & Stang, 2003)

2) ด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล จากความคิดที่ว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยรายที่จะรักษาให้หายขาดได้ ไม่แน่ใจว่าก้อนเนื้อร้ายจะหมดไปจากร่างกายหรือไม่ กลัวการกลับมาเป็นโรคมะเร็งซ้ำ (Hart et al., 2003; Mcillmurray et al., 2001) ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคตของตน (Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins, 2007) อีกทั้งการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้ภาพลักษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (National Breast

Copyright by Mahidol University

Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003; Vockins, 2004) รวมทั้งการที่ต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อเศรษฐกิจ ครอบครัว สังคมของผู้ป่วย ส่งผลให้มีความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Badger et al., 2001; American Cancer Society, 2003) ส่งผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมีการศึกษาพบว่าเคมีบำบัดบางชนิด มีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Payne, Piper, Rabinowitz, & Zimmerman, 2006)

3) ด้านสังคม การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและการรับการรักษา มีผลต่อบทบาท การทำหน้าที่ และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและการประกอบอาชีพ รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความต้องการทางเพศและสัมพันธภาพกับคู่สมรสลดลง รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ความเป็นหญิงโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยังไม่มีคู่สมรส ทำให้ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองในการเข้าสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง(Bardwell et al., 2006; Kunkel,Chen, & Okunlolo, 2002; Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins, 2007; Lueboonthavatchai, 2007; Palesh et al., 2007; จารุวรรณ มานะสุร, 2544)

การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม การผ่าตัดและเคมีบำบัดมีผลต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและต้องใช้ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับสถานการณ์ด้วยการแก้ปัญหา หรือลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ลง การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต ทั้งจากการเจ็บป่วยและเหตุการณ์อื่นๆในชีวิตประจำวัน (Andritsch, Dietmaier, Hofmann, Zloklikovits & Samonigg., 2007; Bardwell et al., 2006) การเผชิญกับการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม (Andritsch, Dietmaier, Hofmann, Zloklikovits & Samonigg., 2007; Burgess, et al., 2005) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม, ความรุนแรงของโรคมะเร็ง (Bardwell et al., 2006) ชนิดของการรักษา (Burgess, et al., 2005; Christensen et al., 2008; Monti, Mago, &Kunkel, 2005) จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล (Lueboonthavatchai, 2007) และผลกระทบจากการรักษา (Bardwell et al., 2006; Lueboonthavatchai, 2007) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา (Golden-Kreutz & Andersen, 2004; Kathleen, Bin, Anjanette, Frances, Pey & Betsy, 2008) และลักษณะส่วนบุคคล เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Bardwell et al., 2006; Burgess, et al., 2005) สถานภาพสมรส (Bardwell et al., 2006; Golden-Kreutz & Andersen, 2004) การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Bardwell et al., 2006; Lueboonthavatchai, 2007) และปัจจัยที่ทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ได้แก่

Copyright by Mahidol University

วิธีการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสม ปัญหาการทำหน้าที่ในครอบครัว อาการปวดและอาการเหนื่อยล้า (Lueboonthavatchai, 2007) การมองโลกในแง่ร้าย การแสดงออกด้านจิตใจน้อย ปัญหาการนอนหลับ และการทำหน้าที่ด้านสังคมที่ลดลง (Bardwell et al., 2006)

2.2.3 การเผชิญความเครียดและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา หากผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะมีการเผชิญความเครียดด้านจิตใจ มีการใช้กลไกป้องกันทางจิตแบบต่างๆ โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของตน ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้าย มีผู้ป่วยมะเร็งน้อยรายที่จะรักษาให้หายขาดได้ ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานและอาการซึมเศร้า และหาวิธีการเผชิญกับความเครียดโดยการแก้ไขปัญหา หรือหากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น

การเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สร้างความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายรายเกิดความสิ้นหวัง ความท้อแท้ (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2007) มีความคิดว่าตนเองรักษาไม่หาย นึกถึงแต่ความตาย (Jadolle et al., 2006; Vockins, 2004) ผู้ป่วยส่วนมากเกิดความทุกข์ทางจิตใจหลังได้รับการวินิจฉัย และบางรายเกิดปัญหาทางจิตเวช (Arving et al., 2007) มีรายงานพบว่าหลังการวินิจฉัย 1 ปี พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกมีปัญหาทางด้านจิตใจ (Burgess et al., 2005; Deshields et al., 2005) พบอาการซึมเศร้าหลังได้รับการวินิจฉัย ถึงร้อยละ 50 (Akizuki et al., 2003) โดยเฉพาะ 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า (Golden-Kreutz & Andersen, 2004) และ หากได้รับการผ่าตัดเต้านมร่วมด้วยภายใน 1 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 48-53 (Burgess et al., 2005)

จากการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา และต้องใช้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่นานขึ้น (Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2007) ผู้ป่วยบางรายเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, & Gaston-Johansson, 2005) อาการซึมเศร้ามีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของ

Copyright by Mahidol University

ร่างกายทำงานได้ลดลง (Bui et al., 2005) โดยเฉพาะ Natural Killer Cell ซึ่งมีหน้าที่กำจัดเซลล์มะเร็ง จึงส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลามและยากแก่การควบคุมไว้ได้ ประกอบกับผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, & Gaston-Johansson, 2005) อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบต่อคู่สมรส ในเรื่องของเพศสัมพันธ์ (Speer et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แยกตัวเองออกจากสังคมและมีการศึกษาหลายการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้า เป็นอาการที่ส่งผลให้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลง (American Cancer Society, 2003) เช่นการศึกษาของ Day, 2001 cited in Somerset, et al., 2004 ที่พบว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 9-42 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Onitilo, Nietert, & Egede, 2006; Reich, Lesur. & Perdrizet-Chevallier, 2007)

2.3 การบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้าส่งผลทั้งต่อ การรักษา การดูแลตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว ดังนั้นการประเมินอาการซึมเศร้าและการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงมีความสำคัญ การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแบบการประเมินหลายแบบ ส่วนการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม คือการรักษาด้วยยา และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามลำดับดังนี้

2.3.1 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไว้ พอสรุปได้ดังนี้

1). แบบประเมินความทุกข์ใจ (The profile of Mood State: POMS) ของ McNair, Lorr, & Droppleman (1971) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 5 ช่วงคะแนน (0-4) คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย คะแนน 4 หมายถึง มีอาการมากที่สุด วัดอาการรบกวนทางอารมณ์ 6 องค์ประกอบคือ ความตึงเครียด-วิตกกังวล (tension-anxiety), อาการซึมเศร้า (depression-dejection), ความโกรธ-ความไม่เป็นมิตร (anger-hostility), หมดกำลังใจ-ท้อแท้ (vigor-activity), อ่อนล้า-เชื่องช้า (fatique-Inertia) และความสับสน-ลำบากใจ (confusion-bewilderment) โดยประเมินอาการรบกวนทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และผลรวมอาการรบกวนทางอารมณ์ทั้ง 6 องค์ประกอบ (total mood disturbance: TMD) มีคะแนนตั้งแต่ + 32 (มีอารมณ์รบกวนน้อย)

Copyright by Mahidol University

ถึง +232 (มีอารมณ์รบกวนมากที่สุด) มีค่า cronbach's α = 0.93 (Coleman et al., 2005; Fukui, Kugaya, Okamura, 2000; Hosaka et al., 2001; Samarel, Tulman, & Fawceff, 2002)

2). แบบประเมินความทุกข์ใจฉบับสั้น (general psychological distress) ของ Guadagnoil & Mor, (1989) พัฒนาจากแบบประเมิน the profile of mood state (POMS) ของ McNair, Lorr & Droppleman (1971) เพื่อให้ใช้ได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ประเมินความทุกข์ใจใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 7 ข้อ (good natured, considerate) ข้อคำถามทางลบจำนวน 7 ข้อ (blue, terrified) แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 5 ช่วง ตั้งแต่คะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีความทุกข์ใจสูง มีค่า cronbach's α = 0.87 (Taylor et al., 2003)

3). แบบประเมินอาการซึมเศร้า center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) ของ Radloff L.S, (1977) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง โดยประเมินอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงอาการซึมเศร้าสูง คะแนนที่ $\geq$ 16 คะแนน แสดงว่ามีอาการซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D มีค่า cronbach's α > 0.85 - 0.92 (Badger et al., 2005; Badger et al., 2007; Lieberman et al., 2003; Winzelberg et al., 2003)

4). แบบประเมินอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ฉบับสั้น ประกอบคำถาม 10 ข้อ ของ Newsom & Schulz, 1996 พัฒนาจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า center for epidemiological studies depression Scale (CED-S) ของ Radloff L.S, (1977) เพื่อใช้วัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านม มีค่า cronbach's α = 0.87 (Scheier et al., 2005)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ center for epidemiologic studies- depression scale (CES-D) ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1977 โดยแรดลอฟ (Radloff, 1977) เพื่อใช้วัดอาการซึมเศร้าของประชากรทั่วไป โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ไม่ใช่การวินิจฉัยโรค แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร,วงเดือนปั้นดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยครู และมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและบุคลากรในโรงพยาบาลศิริราช โดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 4 ช่วง (0 - 3 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนน คะแนนที่ $\geq$ 19 คะแนน แสดงว่ามีอาการซึมเศร้า คุณสมบัติความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) ในกลุ่มประชากรอเมริกันทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรค

Copyright by Mahidol University

จิตในคลินิกของแบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D มีค่าสัมประสิทธิแอลฟ่าเท่ากับ 0.85 และ 0.90 ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ในกลุ่มวัยรุ่น (ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดี และสมพร เตรียมชัยศรี, 2533) และมีความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ในกลุ่มประชากรทั่วไป (วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540) เป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย สะดวก ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินไม่นาน และเป็นแบบวัดที่มีผู้นิยมใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกันอย่างกว้างขวาง การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ของ Badger และคณะ ในปี 2005 และปี 2007, Lieberman และคณะ ในปี 2003 และ Winzelberg และคณะ ในปี 2003

2.3.2 วิธีการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีทั้ง วิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา การบำบัดด้วยวิธีการใช้ยาต้านเศร้า (antidepressants) ซึ่งในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ1. กลุ่ม tricyclic antidepressants หรือ TCAs 2. กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors หรือ SSRIs 3. กลุ่ม third generation และ atypical antidepressants และ 4. กลุ่ม psychostimulnts ส่วนการบำบัดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา มีหลายวิธีการ ที่สามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ การบำบัดด้านการศึกษาและด้านโภชนาการ (Michael et al., 2005) กลุ่มสนับสนุนและจิตศึกษา (Taylor et at., 2003) กลุ่มจิตสังคมบำบัด (Arving et at., 2007) ซึ่งจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพบหน้ากันที่โรงพยาบาล และการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ โดยการสนับสนุนทางโทรศัพท์รายบุคคล (Badger et al., 2005; Badger et al., 2007; Coleman et at., 2005) และการสนับสนุนทางโทรศัพท์รายบุคคลร่วมกับกลุ่มพบหน้ากัน (Samarel, Tulmen, & Fawceff, 2002) และกลุ่มสนับสนุนผ่านทางเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่บ้าน (Lieberman et al., 2003) ซึ่งเนื้อหาการบำบัดด้วยวิธีการต่างๆเป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทางเลือกในการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง เพื่อลดความรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา การส่งเสริมกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหา การลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกคับข้องทางจิตใจและการประคับประคองจิตใจ ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Arving et at., 2007; Badger et al., 2005; Badger et al., 2007; Coleman et at., 2005; Lieberman et al., 2003; Michael et al., 2005; Samarel, Tulmen, & Fawceff, 2002; Taylor et at., 2003)

Copyright by Mahidol University

การบำบัดทางชีวภาพ

การบำบัดทางชีวภาพ ใช้ยาต้านเศร้ารักษาอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็ง ยาที่ใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) คือ

1). tricyclic antidepressants หรือ TCAs มีผลต่อการเพิ่มระดับของ norepinephrine และ serotonin เช่น เอมิทริปทีลีน (amitriptyline) และโดซิปรีน (doxepin) ซึ่งมีผลต่อการลดอาการปวดร่วมด้วย และมีผลข้างเคียง (side effect) คือ ง่วงนอน ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก และความดันโลหิตต่ำ

2). selective serotonin reuptake inhibitors หรือ SSRIs มีผลโดยเฉพาะต่อ reuptake ของ serotonin ที่ receptors ตำแหน่งต่างๆภายในยากลุ่มนี้ ผลต่อการรวมกับ 5-HT ที่แตกต่างกัน และพบว่า SSRIs ช่วยลดอาการปวดได้ด้วย แต่ไม่ดีเท่ากับ TCAs เช่น ฟูออกซาติน (fuoxetine) และมีผลข้างเคียง คือ วิตกกังวล นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เพิ่มความผิดปกติทางเพศ และภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งต้องให้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยซึ่งได้รับเคมีบำบัด และอาจเกิด serotonin syndrome ซึ่งเป็นอันตราย ระดับของ serotonin ที่เพิ่มขึ้น จะมีอาการautonomic hyperactivity, hyperreflexia เหงื่อออกมาก ใจสั่น และเกิด hyper toxicity ในรายซึ่งมีความผิดปกติของภาวะจิตใจรุนแรง และมีไข้สูงจนอาจเสียชีวิตได้

3). third generation และ atypical antidepressants ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

(1) combined serotonin / norepinephrine reuptake inhibitors (venlafaxine)

(2) noradrenergic / specific serotoninergic antidepressants (mirtazapine)

(3) noradrenergic / dopaminergic antidepressants (bupropion)

ยากลุ่มนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีอาการซึมเศร้า venlafaxine ได้ผลดีในการรักษา neuropathic pain และ hot flashes และ mirtazapine ได้ผลดีในการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

4). psychostimulnts ยาในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย dextro-amphetamine, metylphenidate และ pemoline นำมาใช้รักษาอาการซึมเศร้าและความบกพร่องของการรับรู้ในผู้ป่วยมะเร็ง metylphenidate มีผลดีในการลดอาการง่วงนอนจาก opioids และตัวยายังมีฤทธิ์แก้ปวด onset ของยากลุ่มนี้ เร็วกว่ายาต้านเศร้ามาตรฐาน ยาจะกระตุ้นความรู้สึกอยากอาหารและลดอาการอ่อนเพลียจากโรคและการรักษา และมีผลข้างเคียง คือ สั่น วิตกกังวลและนอนไม่หลับ ผู้ป่วยที่มีการควบคุม hypertension ไม่ดีรวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการของ myocardial infraction ไม่ควรใช้ แม้ว่ายาจะมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่อ่อนเพลียมาก แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการ delirium ควรให้ยาขนาดต่ำและเพิ่มขึ้นถ้าผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงได้

Copyright© by Mahidol University

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรายงานว่ายากลุ่มใดใน 4 กลุ่มให้ผลในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ดีกว่ากัน

การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยาในปัจจุบัน เป็นการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial interventions) ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางจิตสังคม และการให้การปรึกษา ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยการพบหน้าหรือผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือผ่านทางโทรศัพท์ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การรักษาและการลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นตามมาจากการรักษา ลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียด การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างสมาชิก ครอบครัวและคู่สมรส ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีรายละเอียดได้ดังนี้

Badger, et al. (2005) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone interpersonal counseling: TIP- C) ต่อการจัดการอาการซึมเศร้า อาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตทั้งด้านอารมณ์บวกและลบ และความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ใกล้ชิด จาก Academic Cancer Center and urban, private oncology offices จำนวน 48 ราย โดยพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัด (Klerman & Weissman ,1993: Weissman et.al,2000 อ้างถึงใน Badger, et al., 2005) และการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการปรึกษาสัปดาห์ละครั้งตลอด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยประเด็นการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การจัดการบทบาท ความขัดแย้งในการสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการอาการซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงบทบาท และผู้ใกล้ชิดได้รับการปรึกษาจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1, 3, 5) การโทรศัพท์แต่ละครั้งมีระยะเวลาเฉลี่ย 32.9 นาที ผลการวิจัยพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมแต่ละกลุ่มของการบำบัดในแต่ละเวลาแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาต่ออาการซึมเศร้าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Badger, et al. (2007) ได้ศึกษาผลการให้การสนับสนุนทางสังคม ในการลดอาการซึมเศร้า และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ใกล้ชิด และศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยวิธีโทรศัพท์มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ใกล้ชิด จากศูนย์มะเร็งท้องถิ่น เป็นผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านม จำนวน 96 คน และผู้ใกล้ชิด (partners) จำนวน 96 คน จากพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาที่มีความชำนาญด้านเคมีบำบัด ใช้แนวคิดการให้การปรึกษารายบุคคล ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยมี

Copyright by Mahidol University

เป้าหมายเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมและผู้ใกล้ชิด ใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ช่วยให้บุคคลเผชิญกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อความเครียดโดย 1) ให้การช่วยเหลือด้านรูปธรรมในการปรับเปลี่ยนบทบาทและการทำหน้าที่ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลโดยการให้คำแนะนำและการเสนอแนะ และ 3) การให้การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนความหมายใหม่แก่สถานการณ์ความเครียดหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งระยะ 6 สัปดาห์ และผู้ใกล้ชิดได้รับ 1 ครั้งทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 34 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Coleman, et al. (2005) ได้ศึกษาผลการให้การสนับสนุนทางสังคมและการศึกษาทางโทรศัพท์ ในการลดอารมณ์ที่รบกวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของรัฐ Arkansas และรัฐ New Jersey จำนวน 106 ราย ซึ่งเป็นระยะเวลา 13 เดือนโดยพยาบาลด้านเคมีบำบัด ใช้ทฤษฎี ของ Roy Adaptation Model แบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 (Phase I) ให้การสนับสนุนทางสังคมผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 หรือ 3 จนถึงเดือนที่ 3 ประกอบด้วย การอภิปรายถึงประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านม การรักษา และการให้แรงเสริมทางบวก ระยะที่ 2 (Phase II) ให้การสนับสนุนทางสังคมและการศึกษาทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวกับการวินิจฉัย และการรักษา การฝึกการจัดการกับความเครียด การจัดการกับปัญหาที่พบบ่อยจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความอ่อนล้า และความไม่สุขสบาย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิตและทีมสุขภาพ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การจินตภาพ การออกกำลังกาย การให้ความสำคัญเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และการวางแผนการดำเนินชีวิตเฉพาะบุคคล ระยะที่ 3 (Phase III) เป็นช่วงลดระยะห่างในการให้การบำบัด โดยการโทรศัพท์ถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเดือนละ 2 ครั้ง เน้นความสำคัญของการตรวจเต้านมโดยแพทย์ การตรวจเต้านมด้วยวิธี mammography ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้กลยุทธ์การจัดการกับความเครียดและเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 4 (Phase IV) เป็นช่วงให้การสนับสนุนทางโทรศัพท์เดือนละ 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการบำบัดจนครบและผ่านระยะเวลา 1 ปี ภายหลังได้รับการวินิจฉัย เริ่มยุติการบำบัด เน้นความสำคัญของแหล่งประโยชน์ในชุมชน การให้แรงเสริมต่อกระบวนการการแก้ไขความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ทบทวนการใช้กลยุทธ์การจัดการกับความเครียดและเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มการให้การสนับสนุนทางสังคมและการศึกษาทางโทรศัพท์ และการให้การศึกษาตามชุดการเรียนทางจดหมาย มีคะแนน

Copyright by Mahidol University

อารมณ์ที่รบกวนและคุณภาพของสัมพันธภาพกับผู้ใกล้ชิดภายหลังการบำบัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพของสัมพันธภาพกับผู้ใกล้ชิดภายหลังการบำบัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hosaka, et al. (2001) ได้ศึกษาผลการบำบัดรายกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง,กลุ่มไม่แพร่กระจาย และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัย adjustment disorder จาก Takai University School of Medicine, Bohseidai, Isehara, Kanagawa 259-1193, Japan & Osaka University, Japan จำนวน 34 ราย แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละกลุ่มจำนวน 6-8 ราย เป็นการให้กลุ่มจิตศึกษา ช่วงแรกในการเข้ากลุ่ม 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 90 นาที/ครั้ง โดยใช้โปรแกรมจิตศึกษา ดัดแปลงของ Fawzy, et. al. (1990) ประกอบด้วยหัวข้อเรื่องทักษะการแก้ปัญหา ประคับประคองทางจิตใจ ทักษะฝึกผ่อนคลาย และแนวทางการสร้างจินตภาพโดยนักจิตวิทยา และพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัย หลังจากติดตามครบ 3 ครั้ง ผู้เข้าร่วมกลุ่มวิจัยได้รับการประเมินตามแบบประเมินช่วงก่อนเข้าโปรแกรม, หลังเข้าโปรแกรมช่วงแรก 5 ครั้ง, และช่วงที่สองของการติดตามทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง และอีก 6 เดือนตามมา ช่วงที่สองของการเข้ากลุ่มประกอบด้วยการเข้ากลุ่มบำบัด ระยะ 90 นาที ทุก 2 เดือน จำวน 3 ครั้ง ประเด็นการพูดคุย เป็นเรื่องที่กลุ่มเสนอเองอย่างอิสระและ ตกลงร่วมกัน ติดตามเข้ากลุ่มอีก 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lieberman, et al. (2003) ได้ศึกษาผลการให้กลุ่มสนับสนุนผ่านทางสื่ออินเตอร์เน็ต ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในสหรัฐอเมริกา จำนวน 32 ราย โดยนักจิตบำบัดให้การรับฟังและให้การบำบัดตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยเป็นการสรุปปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วย โดยไม่มีโครงสร้าง เป้าหมายของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการตัดสินใจในกระบวนการฟื้นหาย ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสียการควบคุมตนเองและความหวัง กลุ่มสนับสนุนผ่านทางสื่ออินเตอร์เน็ตกลุ่มละ 8 ราย เข้าร่วมดำเนินการจำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชม. /สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าหลังการให้กลุ่มสนับสนุนผ่านทางสื่ออินเตอร์เน็ต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Samarel, Tulman, & Fawceff, (2002) ได้ศึกษาวิธีการให้การสนับสนุนทางสังคมและการศึกษาด้วยวิธีการ 3 วิธี คือ การโทรศัพท์ร่วมกับกลุ่มพบหน้ากัน การโทรศัพท์และทางจดหมาย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรัฐ New Jersey จำนวน 125 ราย โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ชำนาญด้านเคมีบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกโดยผู้วิจัย โดยใช้แนวคิดของ Roy & Andrews's (1999) ประกอบด้วยการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ช่วง กล่าวคือ ระยะที่ 1 (Phase I) เป็นช่วงให้การสนับสนุนอย่างเข้มข้นในระยะที่ผู้ป่วยมีความต้องการสูงสุดหลังผ่าตัด ด้วยการโทรศัพท์ ระยะเวลา 8-10 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ระยะที่ 2 (Phase II) โดยการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมและการศึกษาแบบ

Copyright by Mahidol University

พบหน้ากัน (in- person group) เพื่อติดตามสนับสนุนให้ข้อมูลความรู้โรคมะเร็งเต้านมและคงไว้ซึ่งการรักษาต่อเนื่อง โดยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 3 (Phase III) เป็นช่วงลดระยะห่างในการให้การบำบัด ด้วยการโทรศัพท์เพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมและการศึกษาในระยะเวลา 8 เดือน คือ โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้งต่อเดือนเป็นระยะเวลา 3 เดือน และเดือนละครั้ง ระยะเวลา 5 เดือน เพื่อการติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างครบถ้วนหลังการวินิจฉัยโรคครบ 1 ปี ผลการวิจัยพบว่า ทั้งในระยะที่ 1 2 และ 3 (phase I II และ III) พบว่าคะแนนอารมณ์ที่รบกวน (Mood disturbance) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ 2 ที่ได้รับการศึกษาทางจดหมายเพียงอย่างเดียว

Scheier, et al. (2005) ได้ศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมต่อการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในวัยรุ่น จาก The Department of Health and Human Services จำนวน 224 ราย จากนักวิชาชีพที่มีความชำนาญในหัวข้อเรื่องนั้นๆ แนวคิดใช้ในการวิจัยเป็นการเขียนผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยว่ามีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและความต้องการในการช่วยเหลือ รูปแบบการบำบัด เป็นการบำบัดด้านการศึกษา และด้านโภชนาการรายกลุ่ม ประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 2-11 ราย เฉลี่ย 6 ราย เดือนละครั้งจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ด้านการศึกษาเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยวิตกกังวล จากนักวิชาชีพที่มีความชำนาญ ได้แก่ ผู้ชำนาญด้านระบบสืบพันธุ์และต่อมไร้ท่อ บาทหลวง นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ด้านเคมีบำบัด ส่วนด้านโภชนาการเป็นการให้ข้อมูลและให้กำลังใจในการเลือกอาหารโดยนักวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านโภชนาการ ผลการวิจัย เมื่อระยะ 4 เดือนและ 13 เดือน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้านการศึกษาและด้านโภชนาการมีคะแนนอาการซึมเศร้าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะเวลา 13 เดือนหลังการวัดครั้งแรก ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้านโภชนาการมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้านการศึกษามีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเพียงเล็กน้อย และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้านการศึกษาและด้านโภชนาการมีอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Targ & Levine. (2002) ได้ศึกษาผลของการให้กลุ่มทางเลือกสนับสนุนทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก จากโรงพยาบาลในรัฐ San Francisco จำนวน 74 ราย จากแนวคิดความเป็นมาและความสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางจิตสังคมด้านจิตวิญญาณ complementary and alternative medicine (CAM)ในการประเมินด้านอารมณ์, ด้านจิตวิญญาณ, คุณภาพชีวิต ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับ CAM เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle change) เน้นการให้จิตวิญญาณ (psycho spiritual issues) เข้า

ร่วม 2 ครั้ง/ สัปดาห์ ระยะเวลา 2 ชม. 30 นาที ครั้งแรก จากพยาบาลผู้จัดเตรียมข้อมูลและนำกลุ่ม โดย 1 ชม.แรก เป็นการร่วมอภิปรายในกลุ่มเรื่องที่น่าสนใจ เช่นคุณค่าอาหาร การออกกำลังกาย อาการหมดประจำเดือน การอักเสบต่อมน้ำเหลือใต้รักแร้ การจัดการกับอาการปวด เพศสัมพันธ์ในคู่สมรส และอีก 90 นาที ให้โปรแกรมการออกกำลังกาย จำนวน 6 ครั้ง เช่น โยคะ เต้นรำ สมาธิ กลุ่มพิธีกรรมทางศาสนา การสัมผัสตัว ทำงานทางศิลปะ และการระบายอารมณ์ ครั้งที่สอง นำกลุ่มโดยนักสังคมที่ผ่านประสบการณ์ทำกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลายปี โดย 1 ชั่วโมงแรก หัวข้อประกอบด้วย ประสบการณ์ทำงานโดยใช้สมาธิ และการใช้ จินตภาพ ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นคู่ กลุ่มกิจกรรมวาดเขียน และอีก 90 นาทีหลัง ทำกลุ่มอภิปรายเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง การมองโรคมะเร็ง เพศสัมพันธ์ และภาพลักษณ์ วาระสุดท้าย ความสงสารเห็นอกเห็นใจ ความโกรธ การให้อภัย และฝึกการหาย ส่วนกลุ่ม Standard Support ใช้แนวทางกลุ่มจิตศึกษา (Psycho-educational support group) ในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลา 1 ชม. 30 นาที การนำกลุ่มโดยนักจิตวิทยาที่ผ่านประสบการณ์การทำกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เน้นหัวข้อสำคัญประกอบด้วย การปรับเผชิญเกี่ยวกับความจริงของชีวิต การสื่อสารกับเพื่อน ครอบครัว และแพทย์ที่ปรึกษา ภาพลักษณ์ เพศสัมพันธ์ ความโศกเศร้า ความโกรธ การจัดการภาวะวิตกกังวล และการแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มให้โปแรกรม Standard และกลุ่ม CAM ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอาการซึมเศร้า ลดวิตกกังวล และจิตวิญญาณที่ดีขึ้น โดยกลุ่ม CAM พบว่าลดอารมณ์ตึงเครียด (POMS) และความแตกแยก ขณะที่กลุ่ม Standard พบว่าลดความสับสนและความรู้สึกหมดหวัง

Taylor, et al. (2003) ได้ศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและจิตศึกษาต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รพ.ใน Philadelphia และ Washington DC African American จำนวน 73 ราย จากผู้วิจัยเป็นผู้บำบัด ผู้บำบัดร่วม (co facilitator) เป็นนักจิตวิทยา และจิตแพทย์ ใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 1, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน มีสมาชิกกลุ่มเฉลี่ย 8 ราย/ กลุ่ม การดำเนินกลุ่มสนับสนุนและจิตศึกษาเป็นไปตามคู่มือซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้โดย Lamdan, Taylor & Siegel (2000) (อ้างถึงใน Taylor, et al., 2003) โดยผู้วิจัยเลือกหัวข้อในการบำบัดจากการบำบัดทางจิตจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งศึกษาใน American Cancer Society (1994 b), Fawzy & Fawzy (1994) ประกอบด้วย การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บทบาทของจิตวิญญาณและศาสนาในการเผชิญกับโรคมะเร็ง การเผชิญกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ วิธีการดำรงรักษาและใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยในการเผชิญกับโรคมะเร็ง และกลุ่มสนับสนุนและจิตศึกษา โดยเชิญผู้บรรยายภายนอกมาบรรยายใน 4 หัวข้อ ดังนี้ 1) พยาบาล หรือแพทย์มาเป็นผู้ให้ความรู้และนำ

Provided by Manitoba University

อภิปรายความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เช่น โรคมะเร็งเต้านม คืออะไร มีทางเลือกในการรักษามะเร็งเต้านมอย่างไร แต่ละวิธีให้ผลข้างเคียงอย่างไรกับกลุ่มผู้ป่วย 2) นักกายภาพบำบัดสาธิตการบริหารข้อไหล่ ป้องกันข้อติดหลังผ่าตัดและอภิปรายอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น Lymphedema 3) ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมนานกว่า 10 ปี จากกลุ่ม American Cancer Society มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ตนเองได้รับและร่วมอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ในการทำเต้านมเทียมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน 4) นักโภชนาการมาร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาหารไขมันต่ำ และทางเลือกในการรับประทานอาหาร ก่อนการบำบัดทุกครั้งจะเริ่มต้นด้วยการฝึกการผ่อนคลายและอภิปรายสั้น ๆ ตามหัวข้อที่สมาชิกกลุ่มต้องการ ผู้ป่วยจะได้รับเทปบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายเพื่อนำไปใช้ฝึกที่บ้านและการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจะมีการอภิปรายเกี่ยวกับบทบาทของจิตวิญญาณและศาสนา และโบสถ์ในชุมชนต่อการฟื้นหายและสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันที่พบบ่อย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมมีความทุกข์ใจ (POMS) เพิ่มขึ้นทุกช่วงระยะเวลา ขณะที่กลุ่มสนับสนุนและจิตศึกษามีความทุกข์ใจลดลงทุกช่วงระยะเวลา

จากทบทวนงานวิจัยพบว่าการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้หลากหลาย ทั้งแนวคิดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่พบขณะเจ็บป่วยและการรักษาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ แนวคิดการส่งเสริมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า แนวคิดการปรับตัวของ Roy (Roy Adaptation Model) แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัด (Klerman & Weissman ,1993: Weissman et.al, 2000 อ้างถึงใน Badger, et al., 2005) โดยมีรูปแบบการบำบัดแบบพบหน้ากัน บำบัดผ่านทางโทรศัพท์ และผ่านทางเครือข่ายอินเตอร์เน็ต หรือทั้งแบบพบหน้ากัน ร่วมกับการบำบัดผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถให้การบำบัดทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล และรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม และเพื่อพิจารณาเนื้อหาของการบำบัดพบว่าเนื้อหาของการบำบัดแต่ละรูปแบบมีหลายอย่างใกล้เคียงกันเช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งเต้านม และผลข้างเคียงของการรักษา การฝึกทักษะในการเผชิญความเครียดหรือการปรับตัวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การคลายกล้ามเนื้อ และการส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคม เป็นต้น ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเริ่มมีการนำการบำบัดทางโทรศัพท์มาใช้มากขึ้น เนื่องจาก เป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก สามารถทำร่วมกับงานประจำอื่น ๆ ได้ สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงได้และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่พบความเสี่ยงที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการบำบัดจะใช้วิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบพบหน้ากันผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในวันที่ผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดและใช้การบำบัดทางโทรศัพท์ในช่วงที่

Copyright© by Mahidol University

ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านเพื่อติดตามอาการ การรักษา ปัญหาและให้การบำบัดช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถปรึกษาปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ตามสถานการณ์จริงเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความสะดวก ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลได้

ดังนั้นผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขึ้นตามหลักการและขั้นตอนการปรึกษารายบุคคลร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยเป็นการให้การปรึกษารายบุคคล ผ่านการพบหน้ากันและทางโทรศัพท์ ซึ่งประกอบด้วยการให้การปรึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง โดยปรึกษาแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และ 2 ของการให้เคมีบำบัดเป็นระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที ร่วมกับการปรึกษาทางโทรศัพท์อีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ครั้งละ 30 นาที ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดในทางที่เหมาะสมโดยการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (randomized controlled trial: RCT) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยรูปแบบการทดลองดังนี้

R กลุ่มทดลอง O_1_____X_____O_2

R กลุ่มควบคุม O_3_____O_4

R หมายถึง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

O_1 หมายถึง คะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด

O_2 หมายถึง คะแนนอาการซึมเศร้า หลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด

X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด

O_3 หมายถึง คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง คะแนนอาการซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดในลักษณะผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยอ่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รอคอยการบำบัดตามลำดับ ดังนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Badger, Segrin, Dorros, Meek, & Lopez ปี ค.ศ. 2007 ซึ่งมีขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 (ภาคผนวก ข) นำมาหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 (α = 0.05) กำหนดอำนาจทดสอบที่ต้องการ (power of test) = 0.80 และ effect size = 0.80 จากการเปิดตาราง power analysis จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (Cohen, 1988) คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน แต่จากการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่านมา มีผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง หรือไม่สามารถติดตามวัดผลการศึกษาได้จำนวนร้อยละ 10 (Coleman et al., 2005; Samarel, Tulman, & Fawceff, 2002) ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเผื่ออัตราการออกจากงานวิจัยไว้ (ภาคผนวก ข) ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน โดยใช้สถิติ independent t-test ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย แบบทิศทางเดียว เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมารับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน ตามลำดับการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ภาคผนวก ข) คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ I – IIIA ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม และมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ 2
3. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี
4. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งวัดด้วย CES-D มีค่า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน
5. ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช
6. อ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

Copyright© by Mahidol University

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria)

1. ผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งวัดด้วย CES-D มีค่า มากกว่าหรือ เท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป (ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป)

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 เป็นหอผู้ป่วยหนึ่งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวนเตียงให้บริการ 19 เตียง เปิดให้บริการทุกวันราชการ เวลา 08.00-16.00 น. แก่ผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบ ที่มารับบริการเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยมีผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบรายใหม่เฉลี่ย 83 รายต่อเดือน ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูกมะเร็งตับ มะเร็งเม็ดโลหิต เป็นต้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มารับเคมีบำบัด เฉลี่ย 29 คนต่อเดือน (บันทึกสถิติการมารับบริการ ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, เดือน ม.ค. – มิ.ย. 2553)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะได้รับเคมีบำบัดจำนวน 4 - 6 ครั้งและผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่มารับเคมีบำบัดครั้งแรก จะได้รับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามคู่มือการดูแลตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดแต่ละชนิด ตามเอกสารเกี่ยวกับเคมีบำบัดแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ และการแนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดในวันที่แพทย์นัดมารับเคมีบำบัดต่อทุก 3 สัปดาห์ เมื่อผู้วิจัยได้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยใช้ห้องสอนสุขศึกษาภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 เพื่อให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นห้องที่มีความเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ภาคผนวก ซ)

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

Copyright by Mahidol University

1). เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบ 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา

1.1.2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ประกอบด้วยระยะของโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาที่ได้รับ ชนิดของการการผ่าตัด และสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ วันที่มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ ครั้งที่ 2 ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนได้รับเคมีบำบัด

1.2) แบบสอบถามในการประเมินอาการซึมเศร้าโดยมีรายละเอียดของแต่ละเครื่องมือ ดังนี้

1.2.1) แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด เป็นแบบสอบถามโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า center for epidemiologic studies - depression scale: CES-D ของ Radloff ในปี 1977 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยข้อคำถามจะสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาลักษณะคำตอบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1วัน/ สัปดาห์) ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0

นานๆ ครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นนานๆครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์) ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

ค่อนข้างบ่อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างบ่อย (3-4วัน/ สัปดาห์) ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2

บ่อยครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ่อยๆ (5-7วัน/ สัปดาห์) ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3

คะแนนรวมของข้อคำถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน

การกำหนดคะแนนสำหรับคำถามด้านความรู้สึกในเชิงลบ ซึ่งมีทั้งหมด 16 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20

Copyright by Mahidol University

สำหรับข้อคำถามด้านความรู้สึกในเชิงบวก ซึ่งมีทั้งหมด 4 ข้อ คือข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้ระดับคะแนนตรงกันข้าม โดยมีเกณฑ์ประเมินอาการซึมเศร้า ดังนี้

คะแนนอาการซึมเศร้า น้อยกว่า 15 คะแนน คือ ปกติ

คะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่าง 15 - 21 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลาง

คะแนนอาการซึมเศร้า มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป คือ อาจมีอาการซึมเศร้ารุนแรงถึงเป็นโรคซึมเศร้า

2). เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา มีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดในทางที่เหมาะสม ประกอบด้วยการให้การปรึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง โดยปรึกษาแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และ 2 ของการให้เคมีบำบัดเป็นระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที ร่วมกับการปรึกษาทางโทรศัพท์อีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ครั้งละประมาณ 30 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

<u>ครั้งที่ 1</u> (ให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้โรคมะเร็งเต้านม การเผชิญความเครียด แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สำรวจวิธีการผ่อนคลายความเครียด เรียนรู้ทักษะใหม่ โดยฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย

1.2 ประเมินการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) ที่ตรงตามความเป็นจริงเพื่อลดแรงคุกคามจากสถานการณ์ความเครียดลง ประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลใจมากที่สุด ประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สำรวจวิธีการและผลลัพธ์จากการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย

1.3 ส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยการอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อการระบุปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด การประเมินผลได้และผลเสียของทางเลือก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล

Copyright by Mahidol University

ทางเลือกและเพิ่มเติมประเด็นผลได้และผลเสียของทางเลือกที่ผู้ป่วยยังไม่มีข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติตามทางเลือกที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้

1.4 สำรวจวิธีการผ่อนคลายความเครียด เรียนรู้ทักษะใหม่ โดยเสนอวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย

1.5 สรุปประเด็นการสนทนา วิธีการและทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือกในการจัดการกับปัญหาและนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2, 3 และ 5 (ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) ประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา ระบุปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการแก้ไขในปัจจุบัน ประเมินภาวะสุขภาพและการจัดการกับอาการข้างเคียง การให้ความหมายการเจ็บป่วย/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ใจ และเน้นการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ติดตามการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจากการปรึกษาครั้งก่อน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

3. ค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา (ปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษา และสถานการณ์ความเครียดให้ลดแรงคุกคามต่อผู้ป่วยลง) ประเมินทางเลือก ให้ข้อมูล/ ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ และเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น

4. สรุปประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มอบหมายการบ้านเรื่องการนำวิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการกับประเด็นปัญหา การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (ให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล) ประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดในปัจจุบัน การให้ความหมายการเจ็บป่วย/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะและกระบวนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดความทุกข์ใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

Copyright by Mahidol University

1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ติดตามการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจากการปรึกษาครั้งก่อน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

3. ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ประเมินทางเลือก ให้ข้อมูล/ ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ และเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น

4. สรุปประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มอบหมายการบ้านเรื่องการนำวิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการกับประเด็นปัญหา การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป

<u>ครั้งที่ 6</u> (ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) สรุปและทบทวนทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และยุติบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ดำรงรักษาสัมพันธภาพและเตรียมยุติสัมพันธภาพ

2. ติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

3. ทบทวนสถานการณ์ความเครียดหรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ ตลอดการให้การปรึกษาและกระบวนการแก้ปัญหา หรือลดความทุกข์ใจ

4. วางแผนการเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตและยุติการให้การปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) การหาความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งได้แก่โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางสุขภาพจิตแล อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ในเรื่องของภาษา กระบวนการ และระยะเวลา ของการบำบัดแต่ละครั้งก่อนจะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

Copyright by Mahidol University

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือใช้ในการประเมินผลการวิจัย ซึ่งได้แก่แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของครอนบาค (cronbach' s alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82

ขั้นตอน/ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1). ขั้นตอนการเตรียมตัวผู้วิจัย

1.1) ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 1 และวิชาการให้การปรึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนทั้งสิ้น 8 หน่วยกิต

1.2) ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Cognitive Behaviour Therapy ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมหาวิทยาลัยควีนแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย เป็นเวลา 3 วัน (ภาคผนวก ญ)

2). ขั้นตอนดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

2.1) ภายหลังโครงร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) (ภาคผนวก ฆ) และของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคผนวก ง)

2.2) เมื่อผ่านการตรวจสอบด้านจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก จ)

2.3) เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลฝ่ายการพยาบาล และผู้ตรวจการแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ตลอดจนหัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอ

Copyright © Mahidol University

ความร่วมมือในการทำวิจัย กำหนดวัน เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือน ธันวาคม 2554 ถึงเดือน พฤษภาคม 2555 รวม 6 เดือน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 08.00 ถึง 16.00 น. ในวันจันทร์ ถึง วันศุกร์

2.4) การเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

2.4.1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัด ภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งเต้านม อยู่ในระยะที่ I-IIIA ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมและมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ 2 มีอายุระหว่าง 18-60 ปี และไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช

2.4.2) เชิญผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ ขณะรอรับเคมีบำบัดเข้าห้องให้การปรึกษา ภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 แจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ฉ) เพื่อเชิญชวนและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ช) โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4.3) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามอาการซึมเศร้าโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย และสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดและกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง ได้รับ

1) การดูแลจากพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2) โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้ง โดยผู้วิจัย เป็นการให้การปรึกษาแบบพบหน้ากันระหว่างพยาบาลผู้ให้การปรึกษากับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง ก่อนที่ผู้ป่วยรับเคมีบำบัด (ในห้องให้การปรึกษาภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 คือครั้งที่ 1 และ 2 ของการให้เคมีบำบัด ครั้งละ 60 นาที) ร่วมกับการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ครั้งละ 30 นาที

3) ในระหว่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกครั้งของการปรึกษา หาก

Copyright by Mahidol University

พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่องครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายเวลาที่พบกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในการมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไปคือครั้งที่ 3 เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ได้รับ

1) การดูแลจากพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยระหว่างนี้ ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสังเกตตนเอง หากพบว่ามีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยโทรศัพท์หาผู้วิจัย หรือโทรศัพท์มาที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้าพบว่ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2) เมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7 หลังจากประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale ครั้งแรก) ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย)

3) เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

4) ในระหว่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกครั้งของการปรึกษา หากพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

Copyright© by Chiang Mai University

5) ยุติการบำบัดหากพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง โดยผู้วิจัยให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและส่งต่อไปยังบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อรับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลของการวิจัย โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา หากต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลต่อการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

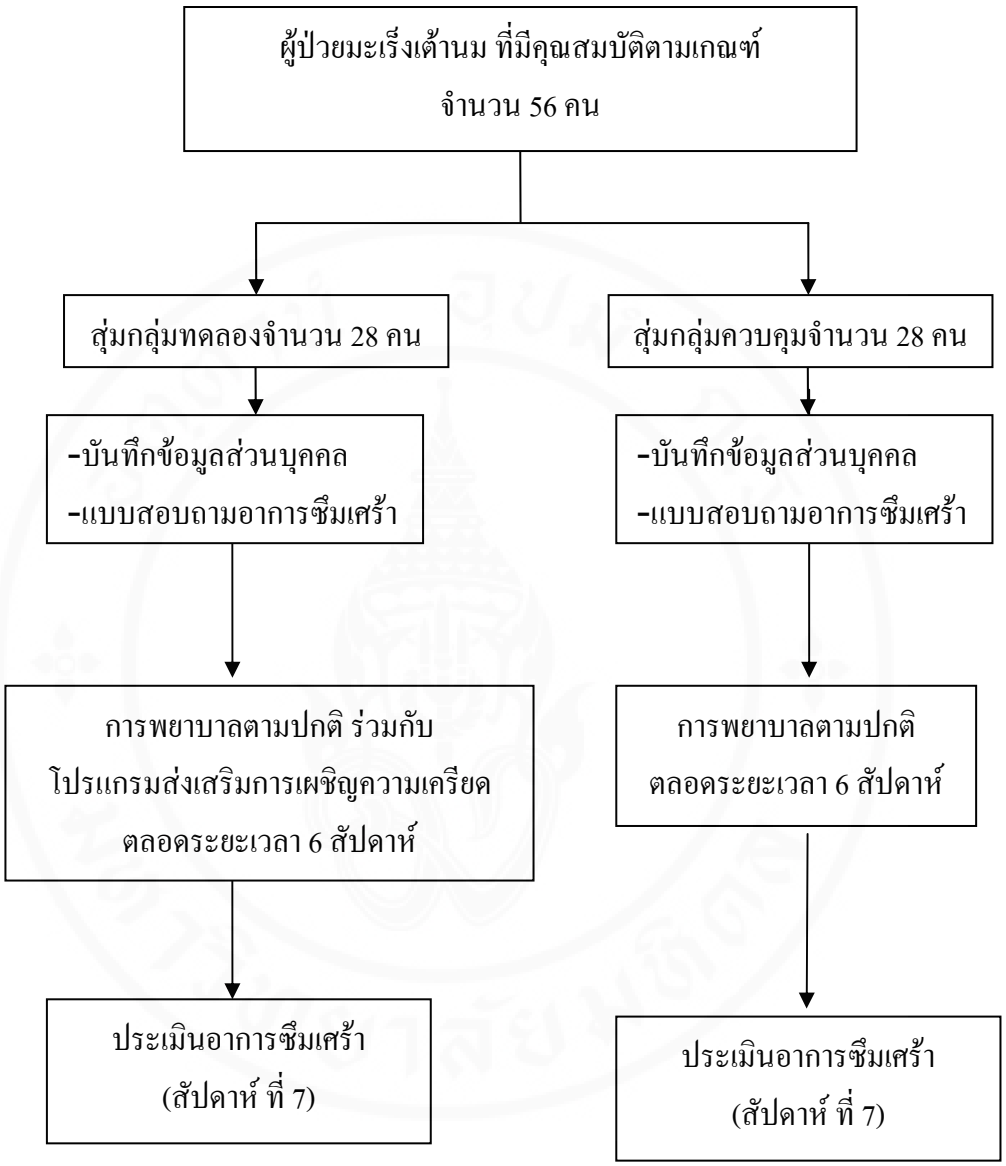
เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองทุกฉบับให้มีความครบถ้วน ก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ (Statistical Package for the Social Science/for window) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square test

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ = 0.05

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t – test

Copyright by Mahidol University



ภาพที่ 3.1 แสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (randomized controlled trial: RCT) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดในลักษณะผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 56 คน สุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คนโดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นโปรแกรมการปรึกษาแบบพบหน้ากัน 2 ครั้ง ร่วมกับการปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ1ครั้ง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2554 ถึงเดือน พฤษภาคม 2555 รวม 6 เดือน ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square test

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		t-test / χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					t-test = 0.313 ns
Mean ± SD	48.57 ± 8.66		49.68 ± 7.51		
Range	33 – 60		30 – 60		
ระดับการศึกษา					χ^2 =0.132 ns
ประถมศึกษา	13	46.42	6	21.43	
มัธยมศึกษา และ อาชีวศึกษา	4	14.29	7	25.00	
ปริญญาตรี และ สูงกว่าปริญญาตรี	11	39.29	15	53.57	
สถานภาพสมรส					χ^2 = 0.226 ns
โสด	2	07.14	5	17.86	
คู่	21	75.00	15	53.57	
หม้าย/ หย่า	5	17.86	8	28.57	
จำนวนบุตร					
ไม่มีบุตร	3	10.71	8	28.57	
1 คน	5	17.86	5	17.86	
2 คน	16	57.14	13	46.42	
มากกว่า 2 คน	4	14.29	2	07.15	
ศาสนา					
พุทธ	28	100.00	25	89.29	
อิสลาม	-	-	3	10.71	

ns = non significant ($p > 0.05$)

* = $p < 0.05$

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					
แม่บ้าน	11	39.29	4	14.29	
เกษตรกร	3	10.71	-	-	
รับจ้าง	5	17.86	9	32.14	
ค้าขาย	4	14.29	2	07.14	
รับราชการ	3	10.71	12	42.86	
อื่น ๆ	2	07.14	1	03.57	
รายได้/ เดือน					$\chi^2 = 0.003^*$
< 18,000 บาท	19	67.86	8	28.57	
>18,000 บาท	9	32.14	20	71.43	
สิทธิการรักษา					
เบิกต้นสังกัด	6	21.43	14	50.00	
ประกันสุขภาพ	12	42.86	3	10.71	
ประกันสังคม	3	10.71	2	07.15	
ชำระเงินเอง	7	25.00	9	32.14	

ns = non significant ($p > 0.05$)

* = $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 33 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 8.66) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน ร้อยละ 46.42 สถานภาพคู่ จำนวน 21 คน ร้อยละ 75.00 มีบุตร 2 คน จำนวน 16 คน ร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 28 คน ร้อยละ 100 มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.29 มีรายได้ต่อเดือน < 18,000 บาท จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.86 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86

ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี (SD = 7.51) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 สถานภาพคู่

Copyright by Mahidol University

จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 มีบุตร 2 คน จำนวน 13 คน ร้อยละ 46.42 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.29 มีอาชีพรับราชการ จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 รายได้ต่อเดือน > 18,000 บาท จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.43 มีสิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด จำนวน 14 คน ร้อยละ 50.00

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test และ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ แต่กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test

ข้อมูลทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะของโรค					$\chi^2 = 0.531^{ns}$
ระยะที่ 1	9	32.14	8	28.57	
ระยะที่ 2	15	53.57	12	42.86	
ระยะที่ 3	4	14.29	8	28.57	

ns = non significant ($p > 0.05$)

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองป่วยเป็นโรคมะเร็ง ระยะที่ 1 จำนวน 9 คน ร้อยละ 32.14 ระยะที่ 2 จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 และระยะที่ 3 จำนวน 4 คน ร้อยละ14.29 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.57 ระยะที่ 2 จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 และระยะที่ 3 จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.57

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะของโรคมะเร็งเต้านม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t – test

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		t	df	p
	$\bar{x}$	*SD*	$\bar{x}$	*SD*			
ก่อนทดลอง	14.750	4.452	15.857	5.060	-0.869	54	0.389^{ns}
หลังทดลอง	6.607	2.819	17.714	7.605	-7.246	54	0.000***

ns = non significant ($p > 0.05$)

*** ($p < 0.001$)

จากตารางที่ 4.3 ก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 14.750, SD = 4.452) แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 15.857, SD = 5.060) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และภายหลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ($\bar{x}$ = 6.607, SD = 2.819) น้อยว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 17.714, SD = 7.605) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test

คะแนนอาการซึมเศร้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p
	$\bar{x}$	*SD*	$\bar{x}$	*SD*			
กลุ่มทดลอง(n=28)	14.750	4.452	6.607	2.819	15.545	27	0.000***
กลุ่มควบคุม(n=28)	15.857	5.060	17.714	7.605	-2.103	27	0.045*

* ($p < 0.05$)

*** ($p < 0.001$)

จากตารางที่ 4.4 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 6.607, SD = 2.819) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ =14.75, SD = 4.452) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ($\bar{x}$ =17.71, SD = 7.605) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ =15.857, SD. =5.060) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน มีอาการซึมเศร้า $\geq$21 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มารับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยอ่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 56 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 33 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 8.66) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน ร้อยละ 46.42 สถานภาพคู่ จำนวน 21 คน ร้อยละ 75.00 มีบุตร 2 คน จำนวน 16 คน ร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 28 คน ร้อยละ 100 มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.29 มีรายได้ต่อเดือน < 18,000 บาท จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.86 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี (SD = 7.51) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 สถานภาพคู่ จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 มีบุตร 2 คน จำนวน 13 คน ร้อยละ 46.42 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.29 มีอาชีพรับราชการ จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 รายได้ต่อเดือน > 18,000 บาท จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.43 มีสิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด จำนวน 14 คน ร้อยละ 50.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test และ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ แต่กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 จำนวน 9 คน ร้อยละ 32.14 ระยะที่ 2 จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 และระยะที่ 3 จำนวน 4 คน ร้อยละ14.29 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.57 ระยะที่ 2 จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 และระยะที่ 3 จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.57 เมื่อเปรียบเทียบความ

Copyright by Mahidol University

แตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับระยะการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะของการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดมีอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 14.750, SD = 4.452) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 15.857, SD = 5.060) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 6.607, SD = 2.819) ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 17.714, SD = 7.605) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษา สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมนั้น เพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่ที่ตรงตามความเป็นจริง เกิดทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จัดการกับอารมณ์ทุกข์ใจโดยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และสามารถดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัดได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลงได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การประเมินสถานการณ์ความเครียด การประเมินตัดสินความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยสร้างและดำรงสัมพันธภาพเพื่อการปรึกษาและประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะประเมินตัดสินปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด เป็นสถานการณ์ ที่เป็นอันตรายและสูญเสีย (harm and loss) และคุกคาม (threat) ต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง โดยกล่าวว่า “ฉันเป็นโรคร้าย” และมักมีคำถามว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “ทั้งๆที่ฉันดูแลตนเองดี” “ชีวิตฉันกำลังไปได้ดี” ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อน (novelty) และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์จากการผ่าตัดและเคมีบำบัดได้ ว่าจะสามารถทำให้เนื้อร้ายหมดไปหรือไม่ อาการแทรกซ้อนต่างๆหลังการผ่าตัดจะหมดไปหรือไม่และเมื่อไร จะมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดอย่างไร รุนแรงมากน้อยเพียงใด และรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถามผู้วิจัยว่า “ฉันจะหายไหม” “จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากมั๊ย” “คนรู้จักบอกว่าหลังให้เคมี

Copyright© by Mahidol University

บำบัดแล้วจะกินอะไรไม่ได้เลย จะคลื่นไส้อาเจียนตลอด ทำอะไรไม่ได้เลย" และ "ถุงน้ำใต้รักแร้จะยุบหรือไม่" "ทำไมแขนฉันหลังผ่าตัดยังตึงอยู่" สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Bigatti, Steiner & Miller. (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้าในระดับสูง จะประเมินการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ว่าเป็นอันตราย/ สูญเสีย

ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) ที่ตรงตามความเป็นจริงเพื่อลดแรงคุกคามจากสถานการณ์ความเครียดลง ว่าปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน และการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันได้ผลดี สามารถรักษาให้หายขาด ความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงต่างๆได้ตามวิธีปฏิบัติตัวในคู่มือ และสูตรเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสูตรที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก ผู้วิจัยได้สร้างความมั่นใจว่าอาการต่างๆภายหลังการผ่าตัดจะค่อยดีขึ้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการน้ำเหลืองคั่งใต้รักแร้จากการผ่าตัด และการบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันข้อไหล่ยึดติด พบว่าภายหลังให้ข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาตรงตามความเป็นจริงและมีความเครียดลดลง โดยกล่าวว่า "ฉันคิดว่าฉันจะหายจากโรคมะเร็งได้" "การรักษาโรคมะเร็งเต้ียวนี้ได้ผลดี" "มีคนหายจากโรคนี้หลายคนแล้ว" "ฉันพยายามดูแลตัวเองเป็นอย่างดี พยายามกินอาหารที่พยาบาลแนะนำ หมอบอกว่าผลเลือดฉันดี พร้อมให้เคมีบำบัดครั้งต่อไปได้" "ฉันพยายามทานบ่อยๆ" "เวียนหัวอยู่วันสองวันนอนพักก็ดีขึ้น" "ฉันไม่เป็นไรเลย มีแค่เบื่ออาหาร" "ฉันพยายามทานทุกอย่าง อย่างที่พยาบาลแนะนำ"

การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา ที่ประสบอย่างเป็นระบบ (problem - focused coping) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และนำไปปฏิบัติผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม การรักษา และสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน ด้วยการอภิปรายร่วมกันกับผู้ป่วย ในการระบุปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด การประเมินผลได้และผลเสียของทางเลือก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลทางเลือกและประเด็นผลได้และผลเสียของทางเลือกที่ผู้ป่วยยังไม่มีข้อมูลเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติตามทางเลือกที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้ เช่น

Copyright by Mahidol University

1) ประเด็นปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่จะได้รับ คือ ผมร่วง ซึ่งจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกล่าวว่า "ผมจะร่วงหมดศีรษะหรือไม่ และจะร่วง

ภายหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่เท่าไร" ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์โดยให้ความมั่นใจว่า "สูตรเคมีบำบัดที่คุณได้รับจะทำให้ผมของคุณค่อยๆร่วงจนหมด แต่เมื่อให้เคมีบำบัดครบแล้ว ผมของคุณจะขึ้นใหม่เหมือนเดิม บางรายผมสวยกว่าเดิม" และอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหาวิธีการในการรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเมื่อผมร่วง โดยผู้วิจัยจะตั้งคำถามว่า "จะทำอย่างไรได้บ้างเมื่อผมร่วง" และ "ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไรเมื่อเลือกตามทางเลือกนั้น" ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกที่เลือกไว้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถวางแผนการตอบคำถาม เมื่อมีคนถามว่าทำไมผมบางลง ผู้ป่วยก็จะตอบว่า "ไปให้เคมีมา ผลเลยร่วง" ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวางแผนเลือกวิธีการรักษาภาพลักษณ์ จากอาการผมร่วงต่างกันบางคนเลือกใช้ วิกผม บางคนเลือกใช้หมวก หรือโพกผ้า

2) ประเด็นสถานการณ์ความเครียดที่สัมพันธ์กับการสูญเสียบทบาทในครอบครัวจากการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา เช่น "เมื่อก่อนฉันเป็นคนไปส่งลูกที่โรงเรียน พาลูกไปเดินห้าง พอป่วยทำไม่ไหว " "ฉันมักเป็นคนไปซื้อกับข้าวให้ทุกคน ตอนนี้สามีไม่ให้ทำ" "ฉันอยากไปเยี่ยมพ่อสามีที่ต่างประเทศ แต่ฉันกลัวว่าจะไปไม่ไหว" ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bardwell et al. (2006) Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins (2007) Lueboonthavatchai, (2007) Palesh et al. (2007) และจารุวรรณ มานะสุร (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและการประกอบอาชีพ รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความต้องการทางเพศและสัมพันธภาพกับคู่สมรสลดลง รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ความเป็นหญิง ขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการเข้าสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เลือกไว้ เช่น "คิดว่าถ้าต้องการไปส่งลูกที่โรงเรียนหรือต้องการพาลูกไปเดินห้างจะปฏิบัติตัวอย่างไร" "ถ้าไปเยี่ยมพ่อสามีไม่ไหว คิดว่าสามีจะคิดและรู้สึกอย่างไร" "จะบอกกับสามีอย่างไรว่าไม่สามารถไปกับสามีได้" ผู้วิจัยให้ข้อมูล/ ความรู้ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวตามทางเลือก เช่น "ในระยะ 7 - 14 วันหลังได้รับเคมีบำบัดเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาวในร่างกายต่ำที่สุด ดังนั้นคุณต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด" ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเลือกที่จะปฏิบัติตนตามที่ได้เลือกไว้ เช่น "อากาศข้างนอกมันร้อน ฉันคิดว่าถ้าต้องไปส่งลูก ฉันจะสวมหมวกและเสื้อแขนยาว สวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดร่างกายทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน" "ฉันคิดว่าฉันไม่ไปเยี่ยมพ่อสามีดีกว่า ให้สามีไปคนเดียว ไว้ฉันดีขึ้นค่อยไปเยี่ยมทีหลัง"

Copyright by Mahidol University

การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการจัดการกับอารมณ์ทุกข์ การจัดการกับอารมณ์ (emotional - focused coping) เป็นการใช้กลยุทธ์ต่างในการลดความรู้สึกด้านลบในภาวะเครียด

ตัวอย่างวิธีจัดการกับอารมณ์ โดยใช้กลยุทธ์ทางความคิด เช่นการเลือกให้ความสนใจกับบางสิ่ง การเปรียบเทียบในทางบวก การให้ความหมายกับสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) การใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่นการออกกำลังกายเพื่อดึงความสนใจออกจากปัญหา การทำสมาธิ และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยสำรวจวิธีจัดการความเครียด ความทุกข์ใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ใช้การดูหนัง ฟังเพลง ซื้อของ เพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น ภายหลังการอภิปรายร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการกับความทุกข์ใจที่หลากหลายมากขึ้น เช่น

การเลือกให้ความสนใจกับบางสิ่ง ผู้ป่วยเลือกใช้วิธี เล่นกับสุนัขที่เคยเลี้ยงโดยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เลือกกลับภูมิลำเนาเดิมเพื่อให้ตนเองสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านที่คุ้นเคย ใช้วิธีทำสวนครัวเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย โดยกล่าวว่า “ฉันรู้สึกสบายใจที่ได้กลับไปเห็นไร่นาที่เคยอยู่ ได้เดินดูสวนครัวที่ได้ปลูกไว้ และได้ดูแลสวนครัวเล็กๆน้อยๆที่สามารถทำได้”

การเปรียบเทียบในทางบวก การให้ความหมายกับสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่หายจากโรคมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงคนรู้จักที่เคยมีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาจนหายขาด และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมใหม่ พบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนการให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาในทางที่ลดการคุกคามต่อชีวิตและความผาสุกของตนเองลง เช่น “ฉันไปคุยกับคนที่เขาเป็นเหมือนฉัน เขาบอกว่าให้ยาสูตรนี้ หายแน่นอน เพราะเขาหายแล้ว” “อาการแพ้เคมีบำบัดของฉันไม่ได้รุนแรงอย่างที่คนอื่นๆพูด ฉันคิดว่าฉันสามารถรับเคมีบำบัดได้ครบตามที่หมอสั่งและมีอาการดีขึ้น” “เพื่อนๆบอกฉันว่าวิกที่สวมทำให้ฉันดูดีกว่าเดิม” ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดความเชื่อถือในทางบวก (positive beliefs) เกิดความหวัง (hope) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมในผลลัพธ์ที่ตามมา (locus of control)

การใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการออกกำลังกายเบาๆ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดเพิ่มเติมจากวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้ โดยสำรวจกลยุทธ์ทางพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเคยใช้เพื่อลดความทุกข์ใจ พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 4 คนที่เคย เล่นเปตอง ขี่จักรยาน รำมวยจีน และเล่นโยคะ ดังนั้นภายหลังการปรึกษาทุกครั้งผู้วิจัยจะสาธิตการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเบาๆเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น เดินเร็วในหมู่บ้าน ขี่จักรยาน และ เต้นแอโรบิก เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน และก่อนเข้าสู่กระบวนการปรึกษาเพื่อการ

Copyright© by Mahidol University

แก้ปัญหาทุกครั้งผู้วิจัยจะทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียด ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยได้นำการหายใจและการออกกำลังกายเบาๆไปใช้และให้ผลดี โดยกล่าวว่า “พอมีเรื่องไม่สบายใจมากๆ ก็ลองหายใจผ่อนคลายดู มันก็ลืมๆไปนะ” “ฉันว่ามันเหมือนฝึกสมาธิเลยนะ” “ฉันลองทำดู มันดีขึ้นมากเลย” “เดินเร็วให้เหงื่อออกแล้วรู้สึกตัวเบาขึ้น” การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำวิธีจัดการความเครียดด้วยการออกกำลังกายเบาๆและการหายใจผ่อนคลายความเครียดไปปฏิบัติและให้ข้อมูลว่าวิธีการดังกล่าวสามารถลดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมาน (meta analysis) ของ Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden, & Aaronson, (2011) ที่พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วยการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การส่งเสริมการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหา (coping and problem solving) การให้การปรึกษาทั้งพบหน้าและทางโทรศัพท์ การฝึกให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมออกกำลังกาย สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างได้ผล

การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การเล่าระบายให้บุคคลที่ไว้วางใจฟัง ได้แก่ บุตร สามี เพื่อน และพยาบาลในทีมสุขภาพ ผลการสำรวจแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมี สามี บุตร เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนด้าน กำลังใจ ความช่วยเหลือ ข้อมูลเพื่อการแก้ปัญหาและตัดสินใจ ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าระบายความวิตกกังวล และสื่อสารความต้องการกับสามี บุตร และเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆดังกล่าวข้างต้น พบว่า ในระยะแรกผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจที่จะขอความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ไม่สามารถทำได้เมื่อป่วย แต่หลังการให้การปรึกษาผู้ป่วยสามารถขอให้สามีไปส่งลูก ซื้อของ หรือช่วยทำงานบ้านได้ โดยกล่าวว่า “ส่วนใหญ่ฉันเป็นคนไปซื้อกับข้าวให้ทุกคน พอป่วยสามีไปซื้อให้” “เพื่อนที่ทำงานบอกว่าฉันต้องดูแลตนเอง หาโน้นหานี้มาให้ฉันกินอยู่เรื่อย” “จะรอพยาบาลโทรมานะคะ” “ฉันมีครอบครัวที่ดี” “ลูกให้กำลังใจฉัน” “ลูกๆดูแลฉันเป็นอย่างดี” “เพื่อนๆที่ทำงานห่วงฉันมากกลัวฉันทำงานไม่ไหว” “ไว้ให้ฉันหายดีแล้ว ค่อยไปเที่ยวกับเพื่อนๆ” “ฉันคิดว่าเพื่อนร่วมงานฉันเข้าใจนะ” “ขอบคุณคุณพยาบาลมากๆเลยคะที่ให้คำแนะนำ” “ไว้พบกันคะ”

ภายหลังที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจซึ่งเป็นสภาพอารมณ์ที่สะสม และเกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง ความเครียด ความวิตกกังวล ความทุกข์ใจลดลง อาการซึมเศร้าจึงลดลงได้ การให้การปรึกษาตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าใช้ระยะเวลาทั้ง 6 ครั้งโดยเฉลี่ย

Copyright by Mahidol University

164 นาทีต่อคน และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาได้มากขึ้น สามารถดูแลตนเองและลดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดอย่างได้ผล ยอมรับและปรับตัวต่อภาพลักษณ์และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่นำวิธีจัดการความเครียดด้วยการออกกำลังกายเบาๆและการหายใจผ่อนคลายความเครียดไปปฏิบัติ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถลดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Barsevick, Sweeney, Haney & Chung (2002) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ ส่วนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีทักษะการแก้ปัญหานั้น Badger, Segrin, Hepworth, Pasvogel, Weihs, & Lopez (2012) ที่ศึกษาโดยให้การปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allen et al. (2002) ได้ศึกษาการบำบัดด้วยการส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกจำนวน 164 คน โดยการพบหน้ากัน และทางโทรศัพท์ พบว่าสามารถลดจำนวนและความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งความเครียดที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน Marcus, et al. (2010) ได้ศึกษาการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และเอกสารสิ่งพิมพ์ เพื่อยกระดับสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ I – IIIA จำนวน 304 คน ภายหลังได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองร้อยละ 50 มีอาการซึมเศร้าและความทุกข์ใจลดลงในระยะเวลา 18 เดือน และการศึกษาผลของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ของ Sherman, et al. (2012) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 249 คน ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม หลังการผ่าตัดอยู่ในระหว่างได้รับการรักษาร่วม (adjuvant therapy) และอยู่ในระยะฟื้นฟู (recovery) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์มีการปรับตัว (adjustment) กับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งด้านร่างกาย (physical) อารมณ์และสังคม โดยลดความทุกข์ใจ (distress) จากอาการข้างเคียง และเพิ่มความผาสุกในระยะของการรักษาร่วม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประเมินสถานการณ์ความเครียด เกิดทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จัดการกับอารมณ์ทุกข์ใจ โดยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และสามารถดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัดได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลงได้

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุระหว่าง 18 – 60 ปี ที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม อยู่ในระยะที่ I – IIIA ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมและมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ 2 มีคะแนนอาการซึมเศร้า ซึ่งวัดด้วย CES-D น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช จำนวน 56 คน สุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา 2) แบบสอบถามอาการซึมเศร้า (center for epidemiologic studies - depression scale: CES-D) ของ Radloff ในปี 1977 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) จำนวน 20 ข้อ

ส่วนเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) โปรแกรมประกอบด้วยการให้การปรึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยเป็นการให้การปรึกษารายบุคคล ผ่านการพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และ 2 ของการให้เคมีบำบัดเป็นระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที และการปรึกษาทางโทรศัพท์อีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ครั้งละประมาณ 30 นาที วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t – test

Copyright by Mahidol University

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีระดับอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้รู้สึกเครียด หาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด ประเมินผลได้และผลเสียของทางเลือกได้ ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติตามทางเลือกที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้ และเรียนรู้การลดปฏิกิริยาความทุกข์ที่มีต่อสถานการณ์ความเครียดนั้น สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยรับรู้สถานภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีผลต่อการรวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้าในกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดกล่าวถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาว่ามีผลก่อให้เกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลการวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมกล่าวถึงผลกระทบเรื่องนี้ ดังนั้นการนำโปรแกรมฯไปใช้อาจจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนครั้งหรือระยะเวลาของการบำบัดเพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้ป่วยสามารถกล่าวถึงปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้ต่อไป

2) บุคลากรทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันอาการซึมเศร้า เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ให้การปรึกษาแบบเผชิญหน้า เพียง 2 ครั้ง เฉพาะวันที่ผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด และมีการให้การ

บำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสะดวกไม่ต้องเดินทางมารับคำปรึกษาที่สถานพยาบาล

3) พยาบาลผู้นำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ควรเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และได้รับการอบรมการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหา (problem solving counseling) ก่อนใช้โปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะยาว

2) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำ สามี และ/ หรือ บุตร ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมามีส่วนร่วม

Copyright by Mahidol University

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
THE EFFECTS OF A COPING ENHANCING PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN BREAST CANCER PATIENTS

นุชจรี หยองทอง 5036758 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด., ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2550 พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งระบบหายใจและระบบย่อยอาหาร และเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของสตรีที่เป็นมะเร็งทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2551 ในแต่ละปีมีจำนวน 386 ราย 485 ราย 473 ราย 533 ราย และ 801 ราย ตามลำดับ (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2547-2551) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยที่สุด คือ คลำพบก้อนที่เต้านมหรือพบก้อนที่รักแร้ เต้านมมีขนาดโตขึ้นกว่าปกติ เจ็บที่เต้านมแบบเสียดแทงเฉพาะที่ หรือมีแผล มีน้ำหรือเลือดออกจากหัวนม (ธนิต วัชรพุกก์, 2546; ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544) การรักษามะเร็งเต้านมปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่การผ่าตัด (surgery) การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) การรักษาด้วยรังสีรักษา (radiation therapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) (ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544)

ประสบการณ์การป่วยและการให้ความหมายกับมะเร็งเต้านม ในผู้หญิงแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นกับ คุณค่า ความเชื่อ ความสนใจ การให้ความสำคัญกับความเป็นชาย-หญิง ระดับชนชั้น เชื้อชาติ การศึกษา อายุ (Im, Lee & Park, 2002) และเนื่องจากคนส่วนใหญ่รับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อ

Copyright© by Mahidol University

ชีวิต มีโอกาสรักษาให้หายขาดน้อย และไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าการรักษาด้วยวิธีการใดใช้ระยะเวลาเท่าใดจึงจะกำจัดเซลล์มะเร็งออกหมด ดังนั้นทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะตกใจ (shock and trauma) เจ็บปวด สูญเสีย คิดถึงความตายและชีวิตที่เหลืออยู่ ไม่มั่นใจ (uncertain) ต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่จะได้รับ (Arman & Rehnsfeldt, 2003; Fann et al., 2008) ผู้ป่วยอาจคิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ดูแลสุขภาพไม่ดี (Im, Lee & Park, 2002) หมดหวัง เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน(psychospiritual suffering) และอาจคิดถึงการฆ่าตัวตาย (Arman & Rehnsfeldt, 2003) อีกทั้งวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมต่างๆล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทั้งสิ้น ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจพบอาการต่อมน้ำเหลืองใต้แขนอักเสบ มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกและแขน มีอาการปวด (Lueboonthavatchai, 2007; Vockins, 2004) เคลื่อนไหวแขนไม่สะดวก (Bower et al., 2000) การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง (Palesh et al., 2007) ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา และฮอร์โมนบำบัด จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ มีความรู้สึกไม่สุขสบาย (Bardwell et al., 2006; Bower et al., 2000; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevillier, 2007) ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือประจำเดือนขาดหายไป (Shannon, Wilson, & Stang, 2003) สับสน (Engel et al., 2003) การรับรู้ผิดปกติ (Badger et al., 2001) ภายหลังได้รับการรักษาผู้ป่วยยังคงไม่มั่นใจว่าเซลล์มะเร็งหมดไปจากร่างกายหรือไม่ จะหายขาดโรคมะเร็งหรือไม่ (Palesh et al., 2007) (Hart et al., 2003; Hegel et al., 2006; Mcillmurray et al., 2001) สูญเสียสัญลักษณ์ของเพศหญิง เกิดปัญหาสัมพันธภาพและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส สูญเสียบทบาททางสังคมและการประกอบอาชีพ ส่งผลให้มีความวิตกกังวล (คนึงนิจ พงศ์ถารกมล, 2549; Bardwell et al., 2006; Lueboonthavatchai, 2007)

การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาเหล่านี้ เป็นสถานการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรม ในการเผชิญความเครียด (coping) การยอมรับการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาและปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เผชิญสถานการณ์ความเครียดด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ความทุกข์ใจจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งคงอยู่และมีอาการซึมเศร้าในเวลาต่อมา จากการศึกษาของ Golden-Kreutz และ Andersen ในปี 2004 พบว่า 6 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ Burgess และคณะ ในปี 2005 ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกและได้รับการผ่าตัดเต้านมมาแล้ว 1 ปี มีอาการซึมเศร้า ถึงร้อยละ 48-53 และการศึกษาของ Akizuki และคณะ ในปี 2003 พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการ

Copyright by Mahidol University

วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ถึงร้อยละ 50 และ ร้อยละ 22 สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยนอกของศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 - พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 300 ราย พบว่า มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 16.7 (Lueboonthavatchai, 2007) อาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, & Gaston-Johansson, 2005) การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Bui , Ostir, Kuo, Freeman, & Goodwin, 2005) โดยเฉพาะ natural killer cell ซึ่งมีหน้าที่กำจัดเซลล์มะเร็ง จึงส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลามและยากแก่การควบคุมไว้ได้ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบต่อคู่สมรส ในเรื่องของเพศสัมพันธ์ (Speer et al., 2005) และทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์และแยกตัวเองออกจากสังคม มีการศึกษาหลายชิ้นพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลง เช่นการศึกษาของ Day ในปี 2001 อ้างถึงใน Somerset และคณะ ในปี 2004 ที่พบว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตถึงร้อยละ 9-42 และจากการศึกษาของ Onitiio, Nietert และEgede ในปี 2006 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีอาการซึมเศร้า ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคัดกรองและให้การบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม คือการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งพบว่าการบำบัดทางจิตสังคม ที่สามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีหลายการศึกษา ได้แก่ กลุ่มจิตสังคมบำบัด (Arving et al., 2007) ซึ่งจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพบหน้ากันที่โรงพยาบาล และการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์รายบุคคล (Coleman et al., 2005) และการสนับสนุนทางโทรศัพท์รายบุคคลร่วมกับกลุ่มพบหน้ากัน (Samarel, Tulmen, & Fawceff, 2002) และกลุ่มสนับสนุนผ่านทางอินเตอร์เน็ตที่บ้าน (Lieberman et al., 2003) ซึ่งจะพบว่าการบำบัดเน้นการให้การดูแลช่วยเหลือใน 3 ลักษณะ คือ 1) การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การบำบัดรักษาและการฟื้นฟู 2) การส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆกับการจัดการกับความเครียด และ 3) การประคับประคองจิตใจ สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ยังไม่มีการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างการรักษาอย่างเป็นระบบ จากการสังเกตอาการของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบางรายแยกตัว พูดและสนใจสิ่งแวดล้อมน้อย ซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ในปัจจุบันมีวิธีการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

COPYRIGHT© by Mahidol University

มะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดมีอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิด Randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัด ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นครั้งแรก หรือครั้งที่ 2 จำนวน 56 คน โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2554 ถึงเดือน พฤษภาคม 2555 รวมเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดในลักษณะผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มประชากร โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ I – IIIA
3. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี
4. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งวัดด้วย CES-D มีค่า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน
5. ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช
6. อ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria)

1. ผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งวัดด้วย CES-D มีค่า มากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis กำหนดระดับระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.80 จากการเปิดตาราง จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (Cohen, 1988) แต่จากการวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง หรือไม่สามารถติดตามวัดผลการศึกษาได้จำนวนร้อยละ 10 (Coleman et al., 2005; Samarel, Tulman, & Fawceff, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเผื่อการลาออกจากการวิจัย (drop out) เป็นจำนวน 56 คน สุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 28 คน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ randomized controlled trial ภายหลังการรับรองการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) และของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 56 คน สุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 28 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 7 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1). เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบ 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบ 2 ส่วนย่อย คือ

1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา

2.แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ประกอบด้วยระยะของโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาที่ได้รับ ชนิดของการการผ่าตัด และสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ วันที่มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ ครั้งที่ 2 ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนได้รับเคมีบำบัด

1.2) แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด เป็นแบบสอบถามโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า center for epidemiologic studies - depression scale :CES-D ของ Radloff ในปี 1977 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) จำนวน 20 ข้อ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ในการ

Copyright by Mahidol University

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา มีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดในทางที่เหมาะสม ประกอบด้วยการให้การปรึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง โดยปรึกษาแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และ 2 ของการให้เคมีบำบัดเป็นระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที ร่วมกับการปรึกษาทางโทรศัพท์อีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ครั้งละประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้โรคมะเร็งเต้านม การเผชิญความเครียด แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ด้วยการระบุปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาหรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน อภิปรายร่วมกันเพื่อหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และประเมินผลการปฏิบัติ การปรึกษาทุกครั้งผู้วิจัยจะประเมินวิธีการลดความทุกข์ใจที่ผู้ป่วยใช้และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยใช้วิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square test

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ = 0.05

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t – test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 33 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 8.66) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน ร้อยละ 46.42 สถานภาพคู่ จำนวน 21 คน ร้อยละ 75.00 มีบุตร 2 คน จำนวน 16 คน ร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 28 คน ร้อยละ 100 มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.29 มีรายได้ต่อเดือน < 18,000 บาท จำนวน 19 คน

Copyright© by Mahidol University

ร้อยละ 67.86 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี (SD = 7.51) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 สถานภาพคู่ จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 มีบุตร 2 คน จำนวน 13 คน ร้อยละ 46.42 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.29 มีอาชีพรับราชการ จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 รายได้ต่อเดือน > 18,000 บาท จำนวน 20 คน ร้อยละ 71.43 มีสิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด จำนวน 14 คน ร้อยละ 50.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test และ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ แต่มีรายได้ต่อเดือน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 จำนวน 9 คน ร้อยละ 32.14 ระยะที่ 2 จำนวน 15 คน ร้อยละ 53.57 และระยะที่ 3 จำนวน 4 คน ร้อยละ14.29 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.57 ระยะที่ 2 จำนวน 12 คน ร้อยละ 42.86 และระยะที่ 3 จำนวน 8 คน ร้อยละ 28.57 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับระยะการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะของการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดมีอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 14.750, SD = 4.452) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 15.857, SD = 5.060) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 6.607, SD = 2.819) ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 17.714, SD = 7.605) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษา สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษา อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมนั้น เพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่ที่

Copyright by Mahidol University

ตรงตามความเป็นจริง เกิดทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จัดการกับอารมณ์ทุกข์ใจโดยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และสามารถดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัดได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลงได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การประเมินสถานการณ์ความเครียด การประเมินตัดสินความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยสร้างและดำรงสัมพันธภาพเพื่อการปรึกษาและประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะประเมินตัดสินปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด เป็นสถานการณ์ ที่เป็นอันตรายและสูญเสีย (harm and loss) และคุกคาม (threat) ต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง โดยกล่าวว่า “ฉันเป็นโรคร้าย” และมักมีคำถามว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “ทั้งๆที่ฉันดูแลตนเองดี” “ชีวิตฉันกำลังไปได้ดี” ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อน (novelty) และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์จากการผ่าตัดและเคมีบำบัดได้ ว่าจะสามารถทำให้เนื้อร้ายหมดไปหรือไม่ อาการแทรกซ้อนต่างๆหลังการผ่าตัดจะหมดไปหรือไม่และเมื่อไร จะมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดอย่างไร รุนแรงมากน้อยเพียงใด และรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถามผู้วิจัยว่า “ฉันจะหายไหม” “จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากมั๊ย” “คนรู้จักบอกว่าหลังให้เคมีบำบัดแล้วจะกินอะไรไม่ได้เลย จะคลื่นไส้อาเจียนตลอด ทำอะไรไม่ได้เลย” และ “ถุงน้ำใต้รักแร้จะยุบหรือไม่” “ทำไมแขนฉันหลังผ่าตัดยังตึงอยู่” สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Bigatti, Steiner & Miller (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้าในระดับสูง จะประเมินการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ว่าเป็นอันตราย/ สูญเสีย

ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) ที่ตรงตามความเป็นจริงเพื่อลดแรงคุกคามจากสถานการณ์ความเครียดลง ว่าปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน และการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันได้ผลดี สามารถรักษาให้หายขาด ความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงต่างๆได้ตามวิธีปฏิบัติตัวในคู่มือ และสูตรเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสูตรที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก ผู้วิจัยได้สร้างความมั่นใจว่าอาการต่างๆภายหลังการผ่าตัดจะค่อยดีขึ้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการน้ำเหลืองคั่งใต้รักแร้จากการผ่าตัด และการบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันข้อไหล่ยึดติด พบว่าภายหลังให้ข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาตรงตามความเป็นจริงและมีความเครียดลดลง โดยกล่าวว่า “ฉันคิดว่าฉันจะหายจากโรคมะเร็งได้” “การรักษาโรคมะเร็งเดี๋ยวนี้ได้ผลดี” “มีคนหายจากโรคนี้หลายคนแล้ว” “ฉันพยายามดูแลตัวเองเป็นอย่าง

Copyright© by Mahidol University

ดี พยายามกินอาหารที่พยาบาลแนะนำ หมอบอกว่าผลเลือดฉันดี พร้อมให้เคมีบำบัดครั้งต่อไปได้” “ฉันพยายามทานบ่อยๆ” “เวียนหัวอยู่วันสองวันนอนพักก็ดีขึ้น” “ฉันไม่เป็นไรเลย มีแค่เบื่ออาหาร” “ฉันพยายามทานทุกอย่าง อย่างที่พยาบาลแนะนำ”

การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา ที่ประสบอย่างเป็นระบบ (problem - focused coping) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และนำไปปฏิบัติ

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม การรักษา และสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน ด้วยการอภิปรายร่วมกันกับผู้ป่วย ในการระบุปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด การประเมินผลได้และผลเสียของทางเลือก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลทางเลือกและประเด็นผลได้และผลเสียของทางเลือกที่ผู้ป่วยยังไม่มีข้อมูลเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติตามทางเลือกที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้ เช่น

1) ประเด็นปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่จะได้รับ คือ ผมร่วงซึ่งจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมจะร่วงหมดศีรษะหรือไม่ และจะร่วงภายหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่เท่าไร” ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์โดยให้ความมั่นใจว่า “สูตรเคมีบำบัดที่คุณได้รับจะทำให้ผมของคุณค่อยๆร่วงจนหมด แต่เมื่อให้เคมีบำบัดครบแล้ว ผมของคุณจะขึ้นใหม่เหมือนเดิม บางรายผมสวยกว่าเดิม” และอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหาวิธีการในการรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเมื่อผมร่วง โดยผู้วิจัยจะตั้งคำถามว่า “จะทำอย่างไรได้บ้างเมื่อผมร่วง” และ “ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไรเมื่อเลือกตามทางเลือกนั้น” ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกที่เลือกไว้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถวางแผนการตอบคำถาม เมื่อมีคนถามว่าทำไมผมบางลง ผู้ป่วยก็จะตอบว่า “ไปให้เคมีมา ผลเลยร่วง” ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวางแผนเลือกวิธีการรักษาภาพลักษณ์ จากอาการผมร่วงต่างกันบางคนเลือกใช้ วิกผม บางคนเลือกใช้หมวก หรือโพกผ้า

2) ประเด็นสถานการณ์ความเครียดที่สัมพันธ์กับการสูญเสียบทบาทในครอบครัวจากการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา เช่น “เมื่อก่อนฉันเป็นคนไปส่งลูกที่โรงเรียน พาลูกไปเดินห้าง พอป่วยทำไม่ไหว ” “ฉันมักเป็นคนไปซื้อกับข้าวให้ทุกคน ตอนนี้สามีไม่ให้ทำ” “ฉันอยากไปเยี่ยมพ่อสามีที่ต่างประเทศ แต่ฉันกลัวว่าจะไปไม่ไหว” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bardwell et al. (2006) Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins (2007) Lueboonthavatchai, (2007) Palesh et al. (2007) และจารุวรรณ มานะสุร (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง

Copyright by Mahidol University

บทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและการประกอบอาชีพ รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความต้องการทางเพศและสัมพันธภาพกับคู่สมรสลดลง รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ความเป็นหญิง ขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการเข้าสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เลือกไว้ เช่น “คิดว่าถ้าต้องการไปส่งลูกที่โรงเรียนหรือต้องการพาลูกไปเดินห้างจะปฏิบัติตัวอย่างไร” “ถ้าไปเยี่ยมพ่อสามีไม่ไหว คิดว่าสามีจะคิดและรู้สึกอย่างไร” “จะบอกกับสามีอย่างไรว่าไม่สามารถไปกับสามีได้” ผู้วิจัยให้ข้อมูล/ ความรู้ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวตามทางเลือก เช่น “ในระยะ 7 - 14 วันหลังได้รับเคมีบำบัดเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาวในร่างกายต่ำที่สุด ดังนั้นคุณต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด” ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเลือกที่จะปฏิบัติตนตามที่ได้เลือกไว้ เช่น “อากาศข้างนอกมันร้อน ฉันคิดว่าถ้าต้องไปส่งลูก ฉันจะสวมหมวกและเสื้อแขนยาว สวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดร่างกายทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน” “ฉันคิดว่าฉันไม่ไปเยี่ยมพ่อสามีดีกว่า ให้สามีไปคนเดียว ไว้ฉันดีขึ้นค่อยไปเยี่ยมทีหลัง”

การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการจัดการกับอารมณ์ทุกข์ การจัดการกับอารมณ์ (emotional - focused coping) เป็นการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการลดความรู้สึกด้านลบในภาวะเครียด ตัวอย่างวิธีจัดการกับอารมณ์ โดยใช้กลยุทธ์ทางความคิด เช่นการเลือกให้ความสนใจกับบางสิ่ง การเปรียบเทียบในทางบวก การให้ความหมายกับสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) การใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่นการออกกำลังกายเพื่อดึงความสนใจออกจากปัญหา การทำสมาธิ และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยสำรวจวิธีจัดการความเครียด ความทุกข์ใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ใช้การดูหนัง ฟังเพลง ซื้อของ เพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น ภายหลังการอภิปรายร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการกับความทุกข์ใจที่หลากหลายมากขึ้น เช่น

การเลือกให้ความสนใจกับบางสิ่ง ผู้ป่วยเลือกใช้วิธี เล่นกับสุนัขที่เคยเลี้ยงโดยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เลือกกลับภูมิลำเนาเดิมเพื่อให้ตนเองสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านที่คุ้นเคย ใช้วิธีทำสวนครัวเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย โดยกล่าวว่า “ฉันรู้สึกสบายใจที่ได้กลับไปเห็นไร่นาที่เคยอยู่ ได้เดินดูสวนครัวที่ได้ปลูกไว้ และได้ดูแลสวนครัวเล็กๆน้อยๆที่สามารถทำได้”

Copyright by Mahidol University

การเปรียบเทียบในทางบวก การให้ความหมายกับสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่หายจากโรคมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยเห็น กระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงคนรู้จักที่เคยมีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาจนหายขาด และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมใหม่ พบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนการให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาในทางที่ลดการคุกคามต่อชีวิตและความผาสุกของตนเองลง เช่น “ฉันไปคุยกับคนที่เขาเป็นเหมือนฉัน เขาบอกว่าให้ยาสูตรนี้ หายแน่นอน เพราะเขาหายแล้ว” “อาการแพ้เคมีบำบัดของฉันไม่ได้รุนแรงอย่างที่คนอื่นๆพูด ฉันคิดว่าฉันสามารถรับเคมีบำบัดได้ครบตามที่หมอสั่งและมีอาการดีขึ้น” “เพื่อนๆบอกฉันว่าวิกที่สวมทำให้ฉันดูดีกว่าเดิม” ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดความเชื่อถือในทางบวก (positive beliefs) เกิดความหวัง (hope) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมในผลลัพธ์ที่ตามมา (locus of control)

การใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการออกกำลังกายเบาๆ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดเพิ่มเติมจากวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้ โดยสำรวจกลยุทธ์ทางพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเคยใช้เพื่อลดความทุกข์ใจ พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 4 คนที่เคย เล่นเปตอง ขี่จักรยาน รำมวยจีน และเล่นโยคะ ดังนั้นภายหลังการปรึกษาทุกครั้งผู้วิจัยจะสาธิตการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเบาๆเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น เดินเร็วในหมู่บ้าน ขี่จักรยาน และ เต้นแอโรบิก เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน และก่อนเข้าสู่กระบวนการปรึกษาเพื่อการแก้ปัญหาทุกครั้งผู้วิจัยจะทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียด ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยได้นำการหายใจและการออกกำลังกายเบาๆไปใช้และให้ผลดี โดยกล่าวว่า “พอมีเรื่องไม่สบายใจมากๆ ก็ลองหายใจผ่อนคลายดู มันก็ลืมๆไปนะ” “ฉันว่ามันเหมือนฝึกสมาธิเลยนะ” “ฉันลองทำดู มันดีขึ้นมากเลย” “เดินเร็วให้เหงื่อออกแล้วรู้สึกตัวเบาขึ้น” การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำวิธีจัดการความเครียดด้วยการออกกำลังกายเบาๆและการหายใจผ่อนคลายความเครียดไปปฏิบัติและให้ข้อมูลว่าวิธีการดังกล่าวสามารถลดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมาน (meta analysis)ของ Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden, & Aaronson, (2011) ที่พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วยการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การส่งเสริมการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหา (coping and problem solving) การให้การปรึกษาทั้งพบหน้าและทางโทรศัพท์ การฝึกให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมออกกำลังกาย สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างได้ผล

Copyright by Mahidol University

การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การเล่าระบายให้บุคคลที่ไว้วางใจฟัง ได้แก่ บุตร สามี เพื่อน และพยาบาลในทีมสุขภาพ ผลการสำรวจแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมี สามี บุตร เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนด้าน กำลังใจ ความช่วยเหลือ ข้อมูลเพื่อการแก้ปัญหาและตัดสินใจ ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าระบายความวิตกกังวล และสื่อสารความต้องการกับสามี บุตร และเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆดังกล่าวข้างต้น พบว่า ในระยะแรกผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจที่จะขอความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ไม่สามารถทำได้เมื่อป่วย แต่หลังการให้การปรึกษาผู้ป่วยสามารถขอให้สามีไปส่งลูก ซื้อของ หรือช่วยทำงานบ้านได้ โดยกล่าวว่า “ส่วนใหญ่ฉันเป็นคนไปซื้อกับข้าวให้ทุกคน พอป่วยสามีไปซื้อให้” “เพื่อนที่ทำงานบอกว่าฉันต้องดูแลตนเอง หาโน้นหานี้มาให้ฉันกินอยู่เรื่อย” “จะรอพยาบาลโทรมานะคะ” “ฉันมีครอบครัวที่ดี” “ลูกให้กำลังใจฉัน” “ลูกๆดูแลฉันเป็นอย่างดี” “เพื่อนๆที่ทำงานห่วงฉันมากกลัวฉันทำงานไม่ไหว” “ไว้ให้ฉันหายดีแล้ว ค่อยไปเที่ยวกับเพื่อนๆ” “ฉันคิดว่าเพื่อนร่วมงานฉันเข้าใจนะ” “ขอบคุณคุณพยาบาลมากๆเลยคะที่ให้คำแนะนำ” “ไว้พบกันคะ”

ภายหลังที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจซึ่งเป็นสภาพอารมณ์ที่สะสม และเกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง ความเครียด ความวิตกกังวล ความทุกข์ใจลดลง อาการซึมเศร้าจึงลดลงได้ การให้การปรึกษาตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าใช้ระยะเวลาทั้ง 6 ครั้งโดยเฉลี่ย 164 นาทีต่อคน และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาได้มากขึ้น สามารถดูแลตนเองและลดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดอย่างได้ผล ยอมรับและปรับตัวต่อภาพลักษณ์และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่นำวิธีจัดการความเครียดด้วยการออกกำลังกายเบาๆและการหายใจผ่อนคลายความเครียดไปปฏิบัติ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถลดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Barsevick, Sweeney, Haney & Chung (2002) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ ส่วนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีทักษะการแก้ปัญหานั้น Badger, Segrin, Hepworth, Pasvogel, Weihs, & Lopez (2012) ที่ศึกษาโดยให้การปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allen et al. (2002) ได้ศึกษาการบำบัดด้วยการส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกจำนวน 164 คน โดยการพบหน้ากัน และทางโทรศัพท์ พบว่าสามารถลดจำนวนและความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งความเครียดที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทาง

Copyright by Mahidol University

สถิติ ส่วน Marcus, et al. (2010) ได้ศึกษาการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และเอกสารสิ่งพิมพ์ เพื่อยกระดับสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ I – IIIA จำนวน 304 คน ภายหลังได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองร้อยละ 50 มีอาการซึมเศร้าและความทุกข์ใจลดลงในระยะเวลา 18 เดือน และการศึกษาผลของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ของ Sherman, et al. (2012) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 249 คน ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม หลังการผ่าตัดอยู่ในระหว่างได้รับการรักษาร่วม (adjuvant therapy) และอยู่ในระยะฟื้นฟู (recovery) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาทางโทรศัพท์มีการปรับตัว (adjustment) กับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งด้านร่างกาย (physical) อารมณ์และสังคม โดยลดความทุกข์ใจ (distress) จากอาการข้างเคียง และเพิ่มความผาสุกในระยะของการรักษาร่วม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประเมินสถานการณ์ความเครียด เกิดทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จัดการกับอารมณ์ทุกข์ใจ โดยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และสามารถดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัดได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลงได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยรับรู้สถานภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีผลต่อการรวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดกล่าวถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาว่ามีผลก่อให้เกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลการวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมกล่าวถึงผลกระทบเรื่องนี้ ดังนั้นการนำโปรแกรมฯไปใช้อาจจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนครั้งหรือระยะเวลาของการบำบัดเพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้ป่วยสามารถกล่าวถึงปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้ต่อไป

Copyright by Mahidol University

2) บุคลากรทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันอาการซึมเศร้า เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ให้การปรึกษาแบบเผชิญหน้า เพียง 2 ครั้ง เฉพาะวันที่ผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด และมีการให้การบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสะดวกไม่ต้องเดินทางมารับคำปรึกษาที่สถานพยาบาล

3) พยาบาลผู้นำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ควรเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และได้รับการอบรมการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหา (problem solving counseling) ก่อนใช้โปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะยาว

2) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำ สามี และ/ หรือ บุตร ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมามีส่วนร่วม

Copyright by Mahidol University

THE EFFECTS OF A COPING ENHANCING PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN BREAST CANCER PATIENTS

NUCHAREE YONGTHONG 5036758 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D., ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Breast cancer is a serious disease that causes untimely death in women, and the incidence of breast cancer continues to increase. According to the statistics of King Chulalongkorn Memorial Hospital, in 2007, breast cancer was the second most commonly found illness after cancer of the respiratory and gastro-intestinal systems. It is also the most important cause of death in women diagnosed with cancer. The numbers of newly diagnosed breast cancer cases at King Chulalongkorn Memorial Hospital between 2004 and 2008 were 386, 485, 473, 533, and 801, respectively (Office of Registrar and Statistics, King Chulalongkorn Memorial Hospital, B.E. 2547-2551). Based on such statistics, it can be concluded that the number of newly diagnosed breast cancer patients tends to increase. The most commonly found signs and symptoms of breast cancer are a lump in the breast or underarm, an enlarged breast, a localized stabbing pain in the breast, a wound, or a blood or liquid discharge from the nipple (Thanit Vajarapuk, B.E. 2546; Suppakorn Rojananin et al., B.E. 2544). At present, there are four types of treatment of breast cancer surgery, chemotherapy, radiation therapy, and hormonal therapy (Suppakorn Rojananin et al., B.E. 2544).

Illness experience and meaning of breast cancer vary among breast cancer patients depending on their values, beliefs, interests, significance they give to gender,

social class, race, educational background, and age (Im, Lee, & Park, 2002). As most people believe that cancer is life-threatening and the chance for full recovery is slim, and as there is no definite information how long each kind of treatment will take to completely destroy the cancer cells, when patients are diagnosed with breast cancer, they will experience shock and trauma, as well as pain and loss. They tend to also think about death, the remaining life, and uncertainty of the diagnosis and the treatment they will receive (Arman & Rehnsfeldt, 2003; Fann et al., 2008). Some patients may blame themselves for not taking good enough care of their health (Im, Lee, & Park, 2002), and others may develop psycho-spiritual sufferings and may entertain a suicidal thought (Arman & Rehnsfeldt, 2003). Moreover, different kinds of breast cancer treatment result in patients' physical and psychological well-being. After undergoing the surgery, patients may suffer from swollen lymph nodes in the underarms, pulling of the muscles in the chest and arm, and pain (Lueboonthavatchai, 2007; Vockins, 2004). They may also have difficulty moving their arms (Bower et al., 2000) and impaired physical functioning (Palesh et al., 2007). In general, patients who are treated with chemotherapy, radiation therapy, or hormonal therapy will experience nausea, vomiting, weight loss, fatigue, exhaustion, insomnia, discomfort (Bardwell et al., 2006; Bower et al., 2000; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevillier, 2007), abnormal menstruation or absence of menstruation (Shannon, Wilson, & Stang, 2003), confusion (Engel et al., 2003), and abnormal cognition (Badger et al., 2001). After the treatment, the patients may continue to wonder if the cancer cells have already been destroyed and whether they will fully recover (Palesh et al., 2007; Hart et al., 2003; Hegel et al., 2006; McIllmurray et al., 2001). Other problems that follow the diagnosis of breast cancer include loss of the female identity, relationship problems, marital functioning problems, loss of social roles, and problems with work, all of which can cause anxiety and stress (Kanungnij Pongthavornkamol, B.E. 2549; Lueboonthavatchai, 2007; Bardwell et al., 2006).

An illness caused by breast cancer and its treatment are considered a stressful event that affects patients physically, psychologically, and socially, making patients struggle to cope with the stress, accept the illness, face the problems, and have self-adaptation. Effective coping and adaptation of breast cancer patients affect their self-care practices according to the treatment and rehabilitation plans. Breast cancer

patients who have inappropriate coping are likely to continue to suffer from breast cancer and subsequently develop depressive symptoms. A study of Golden-Kreutz and Andersen (2004) has revealed that six months after the diagnosis of breast cancer patients began to develop depression. Likewise, Burgess et al. (2005) have reported that as many as 48% to 53% of breast cancer patients who had been diagnosed with initial stages of cancer and undergone a breast surgery for one year continued to have depressive symptoms. In addition, Akizuki et al. (2003) found that depressive symptoms are psychological problems of 50% of patients who had been diagnosed with cancer. At King Chulalongkorn Memorial Hospital, a study was conducted with 300 breast cancer patients at the outpatient surgical ward between December 2006 and May 2007. It was discovered that 16.7% of the patients suffered from depressive symptoms (Lueboonthavatchai, 2007). Generally, depressive symptoms make patients feel desperate and lose motivation to adhere to the treatment, hence less interest in self-care practices (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, & Gaston-Johansson, 2005). Their immunity will decrease (Bui, Ostir, Kuo, Freeman, & Goodwin, 2005), particularly the natural killer cells which function to destroy the cancer cells. Thus, cancer exacerbates and becomes difficult to control. Furthermore, depressive symptoms can affect the sexual relationships of the married couples (Speer et al., 2005). They make patients lose interest in interactions and isolate themselves from society. A number of previous studies have pointed out that depressive symptoms decrease quality of life of breast cancer patients. For example, Day (2001 cited in Somerset et al., 2004) found that depressive symptoms had an effect on quality of life of 9% to 42% of the patients. Moreover, Onitiio, Nietert, and Egede (2006) have reported that breast cancer patients who suffered from depressive symptoms were more susceptible to mortality than those who did not have such symptoms. Therefore, it is necessary to screen and treat depressive symptoms in breast cancer patients.

At present, the treatments of depressive symptoms in breast cancer can be divided into two groups-pharmacological treatment and psychosocial intervention.

It has been documented that there are different psychosocial interventions that can reduce depressive symptoms and increase quality of life of breast cancer patients including psychosocial therapy (Arving et al., 2007) involving group meetings at the hospital, individual telephone counseling (Coleman et al., 2005), individual

Copyright by Mahidol University

telephone counseling together with face-to-face meetings (Samarel, Tulmen, & Fawcett, 2002), and Internet support at home (Lieberman et al., 2003). It can be seen that these interventions emphasize care in three types: 1) dissemination of knowledge to ensure correct understanding of breast cancer and provision of treatment and rehabilitation, 2) promotion of patients' problem-coping and stress management skills, and 3) psychological support. At King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society, there is no systematic assessment of depressive symptoms in breast cancer patients during treatment. Based on the researcher's personal observations, some of the patients isolated themselves, had little interest in the environment and surrounding persons, and were clearly depressed. A review of literature has revealed that depressive symptoms in breast cancer patients are important problems that have long-term effects on quality of life of patients. At present, there are effective psychosocial therapy techniques to help these patients. As a result, the researcher was interested in investigating the effects of a coping enhancing program to reduce depressive symptoms in breast cancer patients undergoing chemotherapy so as to enable these patients to develop appropriate self-care practices and ensure good quality of life.

Research Objective

The present study aimed at investigating the effects of a coping enhancing program to reduce depressive symptoms in breast cancer patients undergoing chemotherapy.

Research Hypotheses

1) After the experiment, the breast cancer patients in the experimental group who received the coping enhancing program had less depressive symptoms than those of the patients in the control group.

Copyright by Mahidol University

Scope of the Study

The present study was randomized controlled trial design. The study sample consisted of 56 outpatients who were diagnosed with breast cancer and who were undergoing the first or second round of postoperative chemotherapy at the chemotherapy center, Wongvanich 6 Ward, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. Data were collected between December 2011 and May 2012, totaling six months.

Population and Sample

Population: The study population consisted of outpatients who were diagnosed with breast cancer and who were undergoing the first or second round of postoperative chemotherapy at the chemotherapy center, Wongvanich 6 Ward, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society.

Sample: The study sample was composed of breast cancer patients who met the following inclusion criteria:

1. They understood their diagnosis of breast cancer.
2. They had breast cancer stages I to IIIA.
3. They were adults who were between 18 and 60 years of age.
4. They had scores of depressive symptoms as assessed using the CES-D equal to or lower than 20 points.
5. They did not have history of psychiatric illnesses.
6. They were able to read and write the Thai language.

The termination criteria were as follows:

1. They were unable to attend the program for at least two sessions.
2. They had a severe level of depressive symptoms as their CES-D scores were equal to or higher than 21 points.

Copyright by Mahidol University

Sample size

The sample size was determined using power analysis. The confidence level (α) was set at 0.05, the testing power was set at 0.80, and the effect size was set at 0.80. According to the sample size table, the number of subjects should be 26 in each group (Cohen, 1988). However, related research has shown that about 10% of the subjects would be unable to continuously participate in the program or were not available for assessment of the study outcomes (Coleman et al., 2005; Samarel, Tulman, & Fawceff, 2002). Therefore, to prevent subject loss due to drop out, the researcher increased the sample size to 56. A computer program was utilized to randomly assign 28 subjects into the experimental group and the other 28 subjects into the control group.

Research Procedures

The present research was a randomized controlled trial. After the research proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of Mahidol University (Nursing Science Committee) and the Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, the researcher selected the study sample who met the inclusion criteria and were willing to participate in the study. A computer program was used to randomly assign 28 subjects into the control group and the other 28 subjects into the experimental group. The research process took six months. The subjects in the experimental group received the coping enhancing program together with the routine nursing care, totaling six sessions, once a week. On the other hand, the control subjects received only routine nursing care. Data were collected before the experiment and after the experiment in the seventh week from both groups of subjects.

Copyright by Mahidol University

Research Instruments

1. Data collection instruments consisted of two parts as follows:

1.1 Personal data questionnaire which was divided into the following two parts:

1.1.1 Demographic characteristics questionnaire consisting of eight items eliciting data regarding age, educational background, marital status, number of children, religion, occupation, monthly income, and rights to reimbursement.

1.1.2 Breast cancer and treatment questionnaire consisting of items eliciting data regarding stage of breast cancer, treatment, type of surgery, the chemotherapy formula, and the date of the first or second round of chemotherapy. The researcher collected these data from the patients' medical record form before undergoing chemotherapy.

1.2 The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) was developed by Radloff (1977) and was translated into the Thai language by Wilai Kupniratsaikul and Panom Kateman (B.E. 2540). It was composed of 20 items which were used to assess depressive symptoms in breast cancer patients undergoing chemotherapy.

2. Research instrument

The research instrument in this study was the coping enhancing program in patients with breast cancer which was developed by the researcher based on the concept of stress and coping of Lazarus and Folkman (1984). The coping enhancing program aimed at enabling patients with breast cancer undergoing postoperative chemotherapy to assess their illness situation and treatment and use problem-focused coping to reduce responsive reactions to stress in an appropriate manner. The program consisted of six sessions. There were two meetings at the hospital during the first and second rounds of chemotherapy, and each session lasted 60 minutes. There were also four telephone counseling sessions, each of which lasted approximately 30 minutes. The program contents consisted of establishing rapport, assessing perception of breast cancer, stress coping, personal and social resources, systematic problem solving by

Copyright by Mahidol University

identifying problems caused by the sickness and treatment, and stress in daily living. The discussions were conducted to find solutions to the problems and to promote patients' practices of suitable alternatives. The practice outcomes were also evaluated. During each counseling, the researcher assessed techniques used by patients to reduce their sufferings and promoted their application of breathing techniques and/or exercises in daily living to relieve their stress.

Data Analysis

1. Data regarding demographic characteristics of the subjects were analyzed by means of descriptive statistics of frequency and percentage. Also, the demographic characteristics of the subjects in the experimental group and the control group were compared using t-test and Chi-square test.

2. The differences in the mean scores of depressive symptoms before and after the experiment within each group of subjects were compared using the paired t-test with the significance level set at 0.05.

3. The differences in the mean scores of depressive symptoms after the experiment between the experimental subjects and the control subjects were compared using the independent t-test.

Findings

The analysis of personal data of breast cancer patients who participated in the present study revealed that the subjects in the experimental group ranged in age from 33 to 60 years old, with the mean age of 48.75 years (SD = 8.86). Thirteen subjects, or 46.42%, completed elementary education, and 21 subjects, or 75% were married, while 16 of these, or 57.14%, had two children. All of the subjects, or 100%, were Buddhists, and 11 subjects, or 39.29%, were housewives. In terms of income, 19 subjects, or 67.86%, had an income lower than 18,000 baht per month. Finally, 12 subjects, or 42.86%, had the rights to medical reimbursement. On the other hand, the subjects in the control group ranged in age from 30 to 60 years old, with the mean age of 49.68 years (SD = 7.51). Fifteen of them, or 53.57%, graduated with a Bachelor's

Copyright by Mahidol University

degree or higher. In addition, another 15, or 53.57%, were married, and 13 subjects, or 46.42%, had two children. Twenty-five subjects, or 89.29%, were Buddhists. In terms of occupation, 12 subjects, or 42.86%, were government officials, and 20 subjects, or 71.43%, had an income higher than 18,000 baht per month. Finally, 14 subjects, or 50%, had the rights to medical reimbursements. When comparing the differences in demographic characteristics of the subjects in the experimental group and the control group using t-test and Chi-square test, it was found that the experimental subjects' mean age, educational background, and marital status were different from those of the control subjects with no statistical significance at the $p > 0.05$ level. However, the experimental subjects' monthly income was different from that of the control subjects with statistical significance at the $p < 0.05$ level.

When considering the findings regarding breast cancer and its treatment, it was found that nine of the experimental subjects, or 31.14%, had stage 1 breast cancer, 15 subjects, or 53.57%, had stage 2 breast cancer, and four subjects, or 14.29%, had stage 3 breast cancer. As for those in the control group, eight subjects, or 28.57%, had stage 1 breast cancer, 12 subjects, or 42.86%, had stage 2 breast cancer, and eight subjects, or 28.57%, had stage 3 breast cancer. When comparing the findings regarding breast cancer and its treatment between the two groups of subjects using Chi-square test, it could be seen that the experimental subjects' stages of breast cancer were different from those of the control subjects with no statistical significance at the $p > 0.05$ level. Such findings could be explained based on the study hypothesis as follows:

After the experiment, the level of depressive symptoms of the breast cancer patients in the experimental group who received the coping promotion program was lower than that of those in the control group. The study findings showed that before the experiment, the mean scores of depressive symptoms of the subjects in the experimental groups and the control group were different with no statistical significance ($x = 14.750$, $SD = 4.452$ and $x = 15.857$, $SD = 5.060$, respectively). However, after the experiment, the mean score of depressive symptoms of the experimental subjects who received the coping promotion program ($x = 6.607$, $SD = 2.819$) was lower than that of the control subjects ($x = 17.714$, $SD = 7.605$) with statistical significance ($p < 0.001$). Therefore, the study hypothesis was supported.

Copyright by Mahidol University

One plausible explanation is that the level of depressive symptoms of the experimental subjects was lower than that of the control subjects because the experimental subjects received the coping promotion program which enabled them to assess the stressful situations realistically, develop systematic problem-solving, manage mental sufferings with breathing relaxation and/or exercises, and perform appropriate self-care while undergoing chemotherapy. As a result, their depressive symptoms were relieved. The study findings could be further explained as follows:

Appraisal of stressful events: The researcher created and maintained relationships with the subjects so as to provide advice and assess their perceived sickness and treatment. It was found that most of the patients with breast cancer had primary appraisal that breast cancer and the treatment with surgery and chemotherapy were harm and loss as well as threat to their life and property. They stated that, "I have cancer," and they always asked, "Why me?," "I had taken a good care of myself," and "My life was going so well." Breast cancer was considered a novelty that the patients had never experienced before and they were completely unable to predict the outcomes of surgery and chemotherapy whether they could be completely cured, whether postoperative complications would be eliminated and when, and whether the side effects of chemotherapy would be severe. Simply put, the subjects were uncertain about their future. Most of the subjects asked the researcher these questions, "Will I be cured?," "Will I suffer from severe nausea and vomiting?," "Someone told me that after chemotherapy I will be unable to eat anything as I will be nauseous and vomiting all the time," "Will the underarm sacs get smaller?," and "Why do my arms feel tightened after the surgery?" Likewise, Bigatti, Steiner, and Miller (2012) have found that cancer patients who had a high level of depressive symptoms would appraise cancer and chemotherapy as a harm or loss.

In this study, the researcher provided correct information about cancer and its treatment to enable the patients to reappraise the situation accurately to reduce the stress caused by threatening situations. The researcher informed them that at present the real cause of breast cancer was not conclusive but the current treatments of breast cancer were effective, so the patients could be completely cured. The researcher emphasized that cooperation from the patients was important, and side effects of

Copyright by Mahidol University

chemotherapy varied across individual patients, but the patients were able to perform self-care to reduce side effects as suggested in the self-care manual. The subjects were also reassured that the chemotherapy formula they received was the formula for initial stages of breast cancer. More importantly, the researcher made the patients confident that after the surgery their symptoms would improve and offered them advice on self-care practice to reduce lymphedema after the surgery and on exercise of the shoulder joints to prevent stiff joints. It was found that after provision of information, the patients understood and had accurate perception of cancer and its treatment, while having less stress. They described that, “I think I can fully recover from breast cancer,” “The current treatment of cancer is effective,” “Lots of people have been cured from cancer,” “I try to perform good self-care, eating the food suggested by the nurses, and the doctor said that the result of my blood examination was good, so I am ready for the next round of chemotherapy,” “I try to eat often,” “I experience dizziness for a couple of days, but it was better if I had a rest,” “I am ok. I only experience loss of appetite,” and “I try to eat everything that the nurses have recommended.”

Provision of counseling to promote problem-focused coping: Problem-focused coping was promoted to enable patients to explore alternative solutions to the problems for subsequent practices.

The researcher encouraged the subjects to use systematic problem-solving to deal with stress caused by breast cancer, its treatment, and stressful events in daily life by conducting a discussion with the subjects to identify the problems or the causes of the subjects’ stress and to find alternatives to manage stressful situations. The researcher provided additional information on the alternatives as well as their advantages and disadvantages. The researcher also gave the subjects opportunity to seek for solutions to the problems by themselves, to practice, and to evaluate the outcomes of the selected alternatives such as:

1) Problems related to anxiety caused by a possible side effect of chemotherapy, which was hair loss, that may have affected the subjects’ self-image. The subjects questioned, “Will I lose all my hair? And when will hair loss begin? After which round of chemotherapy?” The researcher reassured the subjects to reduce their anxiety about loss of self-image by informing them that, “The chemotherapy

Copyright by Mahidol University

formula you receive will make you gradually lose your hair until you are completely bald. But once you have completed the course of chemotherapy, your hair will grow back. Some patients even have more beautiful hair." Besides, the researcher discussed with the subjects to find ways to maintain the subjects' self-image after experiencing hair loss by asking, "What can we do when we lose our hair?" and "What will the outcome be if you select a particular alternative?" The researcher encouraged the subjects to select and implement alternatives. Most of the patients prepared the answer for the question people may have when they saw that they had thinner hair. They planned to respond, "I have undergone chemotherapy, so I have a hair loss." It is worth noting that different subjects chose different methods to maintain their self-image after experiencing hair loss. Some chose to use a hair wig, while others opted for a hat or a turban.

2) Stressful events related to loss of family functioning due to breast cancer and its treatment. Some subjects explained, "In the past, I was the one who sent my children to school and took them shopping. Now that I am sick, I can no longer do those things," "I used to do grocery shopping for everyone. Now my husband does not allow me to do it," and "I want to visit my father-in-law abroad, but I am afraid I may not be able to do it." Such findings were consistent with the findings of previous studies (Bardwell et al., 2006; Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins, 2007; Lueboonthavatchai, 2007; Palesh et al., 2007; Jaruwan Manasura, B.E. 2544) that patients with breast cancer had to cope with changes in family roles and functioning and work, and they became dependent on others and may become a burden of their family. Moreover, their sexual desires and sexual relationship with their spouse reduced, they lost their feminine self-image, lacked confidence to socialize and participate in social activities, and had less participation in social activities. The researcher gave the subjects the opportunity to release their feelings and discussed the options to deal with the situations they encountered. The researcher encouraged the subjects to adhere to the alternatives they had selected such as "What would you do if you want to send your kids to school or take them shopping?," "If you cannot visit your father-in-law, what do you think your husband would feel," and "How are you going to tell your husband that you are unable to go with him?" The researcher offered information and knowledge necessary for adherence to the selected

Copyright by Mahidol University

alternatives such as “Seven to 14 days after chemotherapy is the period when the white cell count is the lowest, so you have to strictly perform self-care to prevent infections.” The subjects chose to adhere to the selected alternatives, stating, “The weather outside is hot, so if I have to go out to send my children to school, I will wear a long-sleeved top and a hat. I will also wear a mask, and I will clean myself as soon as I arrive home” and “I think I had better not visit my father-in-law. I’ll let my husband go by himself. I will pay him a visit later when I am better.”

Provision of counseling to promote emotion-focused coping: Emotion-focused coping is a strategy that can be used to reduce negative feelings during a stressful situation. Examples of emotion-focused coping include having selective interest, having positive comparison, having reappraisal of the situation, using behavioral strategies such as exercises and meditation to divert attention from the problems, and seeking social support.

The researcher promoted effective emotion-focused coping by surveying stress management strategies of the subjects. It was found that most of the subjects watched movies, listening to music, and went shopping to make themselves feel better. After the discussion, it was found that the subjects were better able to select more emotion-focused coping techniques as follows:

Having selective interests: The subjects chose to play with their dogs with prevention of infections, go back to their hometown to create interactions with familiar faces in the neighborhood, work in the garden to distract themselves, and be in a natural environment to ensure relaxation. The subjects described, “I feel happy to see the rice paddy fields where I used to spend my life and to walk around taking care of the garden I have grown as much as I can.”

Having positive comparisons and reappraisals: The subjects had reappraisal of the situations, with an aim to reduce their severity. The researcher gave some examples of breast cancer patients who had fully recovered, simulated the subjects to think of their actual experience with former cancer patients who had been completely cured, and offered correct information about breast cancer so as to enable the subjects to have reappraisal of breast cancer. It could be seen that the subjects changed the meaning given to breast cancer and its treatment that threatened their own

Copyright by Mahidol University

life and well-being, stating “I have talked to others who are like me. They gave me this formula of medicine because they guaranteed I would be completely cured like them,” “My side effects of chemotherapy were not as severe as what others had said. I think I am able to complete the course prescribed by the doctor and be better,” and “My friends said that the wig I am wearing makes me look better.” When patients with breast cancer had positive beliefs, hope and perceived self-efficacy to achieve locus of control would follow.

Using behavioral strategies: The researcher encouraged the subjects to do light exercises and breathing techniques to relieve their stress in addition to the techniques already used by them by surveying behavioral strategies the subjects used to apply to reduce their mental sufferings. It was found that there were only four subjects who played Pétanque, rode a bicycle, did Tai Chi, and did yoga. Therefore, after each counseling session, the researcher demonstrated breathing practices to relieve stress and gave them information on light exercises to relieve stress such as jogging in the neighborhood, riding a bicycle, and doing aerobic exercises for the patients to practice at home. Moreover, before each counselling session, the researcher reviewed the subjects’ practices to relieve stress in the previous week so as to raise the subjects’ awareness of self-care practices to relieve stress. After the experiment, the findings showed that the patients had applied breathing techniques and light exercises and found that they were effective, stating that, “When I have some mental sufferings, I tried the breathing technique, and it made me forget my problems,” “I think it is like practicing meditation,” “I tried it, and it was much better,” and “I jog to make myself sweat and I feel better.” Thus, it could be concluded that breast cancer patients managed stress with light exercises and breathing techniques at home and shared that such methods were effective to reduce stress and depressive symptoms. Such findings were consistent with the meta-analysis conducted by Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden, & Aaronson (2011) which has reported that behavioral therapy consisting of cognitive behavioral therapy, coping and problem-solving, face-to-face and telephone counseling, and promotion of relaxation techniques including exercises could effectively reduce depressive symptoms of breast cancer patients.

Copyright by Mahidol University

Searching for social support: The findings regarding sources of social support of the subjects revealed that the subjects had their husband, children, colleagues, and healthcare team members as the sources of encouragement, assistance, and information for decision-making and problem-solving. The researcher offered moral support and stimulated the patients to share their anxiety and communicate their needs with their husband, children, and colleagues to ensure sufficient social support. It was found that in the beginning, the subjects felt uneasy to ask for assistance with the activities that they were no longer able to do due to their sickness. After the counseling, the subjects were able to ask their husband to send the children to school, go shopping, or help with the household chores. They explained, “Most of the time I was the one who did grocery shopping for everyone. Now that I am sick, my husband is the one who does it.,” “My colleagues say that I have to take care of myself, and they find this and that for me to eat,” “I will be waiting for the nurses to call me,” “I have a good family,” “My children give me encouragement,” “My children take care of me as usual,” “My colleagues are concerned that I will not be able to work,” “Wait until I am cured and I will go traveling with my friends,” “I think my colleagues understand me,” “I thank the nurses for the advice,” and “See you later.”

After the patients with breast cancer had used appropriate stress coping strategies, their morale and spiritual well-being were improved. Morale and spiritual well-being were an emotional condition that was affected by satisfaction with one’s own action. Once stress, anxiety, and mental sufferings reduced, depressive symptoms also decreased. The counseling sessions in the coping promotion program for breast cancer patients lasted approximately 164 minutes per subject. It was found that the subjects were better able to accept breast cancer and the treatment, appropriately perform self-care to reduce side effects of chemotherapy, and accept and adjust themselves to changes in self-image and roles. Most of the subjects implemented light exercises and breathing techniques to successfully reduce stress and depressive symptoms. Similarly, Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung (2002) found that dissemination of mental health education could reduce depressive symptoms in cancer patients. As regards promotion of problem-solving skills in breast cancer patients, Badger, Segrin, Hepworth, Pasvogel, Weihs, & Lopez (2012) conducted a study to investigate the effects of a weekly counseling session that lasted for eight

weeks and found that breast cancer patients who received telephone counseling had lower depressive symptoms with statistical significance ($p < 0.001$). Likewise, Allen et al. (2002) examined the problem-solving skill promotion to reduce stress in 164 patients with early stage of breast cancer using face-to-face and telephone counseling and found that the program could reduce number and severity of problems as well as cancer-related stress with statistical significance. In addition, Marcus et al. (2010) conducted a study using telephone counseling and printed documents to improve psychosocial status of 304 patients with stages I-IIIA breast cancer and found that 50% of the experimental subjects had lower depressive symptoms and mental sufferings within 18 months. In another study, Sherman et al. (2012) explored the effects of telephone counseling in 249 breast cancer patients after diagnosis, after surgery, during adjuvant therapy, and during recovery and found that patients who received telephone counseling had better adjustment to breast cancer than those in the control group in terms of physical well-being, psychological well-being, and social well-being, having less distress caused by side effects of the treatment and more well-being during the adjuvant therapy.

Based on the study findings, it could be concluded that the coping promotion program could enable breast cancer patients to appraise stressful events, develop systematic problem-solving, manage distress with breathing techniques and/or exercises, and perform self-care while undergoing chemotherapy, hence a lower level of depressive symptoms.

Limitations of the Study

In the present study, the researcher collected data regarding depressive symptoms of the subjects both before and after the experiment and implemented the coping promotion program by herself. Therefore, the researcher had information of the patients with breast cancer and knew whether each of them belonged to the experimental group or the control group, which may have affected data collection of depressive symptoms of the subjects.

Copyright by Mahidol University

Implications of the Study Findings

1) The study findings showed that none of the subjects indicated that breast cancer and its treatment caused problems with sexual relationships. However, most of the studies conducted abroad have reported that breast cancer patients found that their sexual relationships were affected by the illness. Therefore, when implementing the coping promotion program, the number of sessions or the duration of the therapy may need to be increased so as to ensure the trust and confidence of the patients to discuss their sexual problems.

2) Nursing personnel should implement the coping promotion program to prevent depressive symptoms in breast cancer patients because the program involves only two face-to-face counseling sessions on the days the patients come to the hospital to receive chemotherapy while continuously providing telephone counseling, so it is convenient for breast cancer patients for they do not have to travel to the hospital to participate in the program.

3) Nurses who implement the coping promotion program to prevent depressive symptoms in breast cancer patients should be the ones who are in charge of providing care to breast cancer patients and have undergone training on problem-solving counseling before implementing the program.

Recommendations for Future Research

1) Depressive symptoms in breast cancer patients should be monitored after completion of the coping promotion program so as to determine long-term effects of the program on depressive symptoms in breast cancer patients.

2) The coping promotion program should be developed to include participation from the husband and/or children of breast cancer patients because they are important sources of social support of breast cancer patients.

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล. (2549). การตอบสนองทางจิตอารมณ์และภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 24*(1), 44-56.

จารุวรรณ มานะสุร. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล.* คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จิณพิชญ์ชา มามะ. (2551). ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารสภาการพยาบาล, 23*(2), เมษายน-มิถุนายน, 11-25.

ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ และพรสุวรรณ จารุพันธุ์. (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ.* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

ธนิต วัชรพุกก์. (2546). Breast.ใน ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์.* (หน้า 273-293). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์.

ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดี และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21*(2), 25-45.

เบญจรัตน์ ชีวพูนผล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเตานมหลังผ่าตัด.*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. (2549). กล่าวเปิดงาน "*มหกรรมต้านภัยมะเร็งเต้านม*" ครั้งที่ 6 ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 2-3 ตุลาคม 2549 ที่ศูนย์การค้าสยามพารากอน กรุงเทพมหานคร จัดโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็งส่วนภูมิภาค 6 ศูนย์.

ปิยวรรณ สวัดิ์สิงห์ และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2547). *มะเร็งเต้านม.* เชียงใหม่: ธนุชพริ้นติ้ง.

แผนกเวชระเบียนและสถิติ. (2551).โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

พรชัย โอเจริญรัตน์. (2552). *มะเร็งเต้านม:* เอกสารประกอบการบรรยาย.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์. (2546). *การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม: รายงานการวิจัย.* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภูมิชาย สุวรักษ์สกุล และศิริชัย จินดารักษ์. (2548). Oncoplastic Mammoplasty. ใน รัฐพลี ภาคอรรถ, *Surgical Reviews*. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic studies- Depression scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช, 49* (5), 442-448.

ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรรณ ทองสุโชติ และพัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2548). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: ฮายาบุสะกราฟฟิก.

ศุภกร โรจนนินทร์, อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ. (2544). เต้านม. ในไพบูลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. (หน้า. 644- 659). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *โรคมะเร็ง อาการทางจิตเวชและการรักษา*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมปอง รักษาศุข. (2543). The radical and modified radical mastectomy. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และ สุมิต วงศ์เกียรติขจร (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม*. (หน้า. 223-230). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

สมหมาย แตงสกุล และธาดา วิมลวัตรเวที. (2544). *สุขศึกษาและพลศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพาณิช.

สาวิตรี เมพีกุลไพโรจน์. (2547). Role of chemotherapy in breast cancer. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และ สุมิต วงศ์เกียรติขจร (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า. 298-307). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ (2547). *มะเร็งเต้านม*. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า: กรุงเทพมหานคร.

สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์. (2546). ปรากฏการณ์สูญเสียและเศร้าโศก: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก. *วารสารพยาบาลรามาธิบดี, 9*(2), 124-130.

หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *บันทึกสถิติการมารับริการ ศูนย์เคมีบำบัด*. เดือน ม.ค. – มิ.ย. 2553

อาคม เชียรศิลป์. (2543). การรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และ สุมิต วงศ์เกียรติขจร(บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า. 329-348). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

Copyright by Mahidol University

Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., & et al. (2003). Development of a brief screening Interview for adjustment disorders and major depression in patient with cancer. *Cancer, 97*(10), 2605 - 2613.

Allen, S. M., Shah, A. C., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Ciambrone, D., Hogan, J., et al. (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: a randomized controlled trial. *Cancer*, 94(12), 3089-3100.

American Cancer Society. (2003) *Breast cancer treatment by stag*e. Retrieved May 25, 2007. form http://www.Cancer.org/docroot/CRL 2 4 4X Breast cancer treatment.htm.

Andritsch, E., Dietmaier, G., Hofmann, G., Zloklikovits, S., Samonigg, H. (2007). Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Support Care Cancer*, *15*(1), 21-30.

Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., et al. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *The American Journal of Psychiatry, 163*(10), 1791-1797.

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). The hidden suffering among breast cancer patients: a qualitative metasynthesis. *Qualitative health research, 13*(4), 510-527.

Arving, C., Sjoden, P. O., Bergh, J., Hellbom, M., Johanssod, B., & Glimelius, B. (2007). Individual psychosocial support for breast cancer Patients: A Randomized study of nurses versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nursing*, *30*(3),10-19.

Badger, T., Braden, C. J., Mishel, M. H., & Lopez, A. M. (2001). Depression Burden, self –help intervention and side effect experienced by women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 28*(3), 567-574.

Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., Lopez, A. M. (2007). Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners. *Nursing Research, 56*(1), 44-53.

Badger, T. A., Segrin, C., Hepworth, J. T., Pasvogel, A., Weihs, K., & Lopez, A. M. (2012). Telephone-delivered health education and interpersonal counseling improve quality of life for Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Psycho-Oncology*, n/a-n/a.

Copyright by Mahidol University

Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A.M., Bonham, E. & Sieger, A. (2005). Telephone Interpersonal Counseling with Women with Breast Cancer: Symptom Management and Quality of life. *Oncology Nursing Forum*, *32*(2), 273-279.

Bardwell, W. A., Natarajan, L. Dimsdale, J.E., Rock, C. L., Mortimer, J.E., Hollenbach, K., et al. (2006). Objective Cancer- related Variables Are Not Associated with Depressive Symptoms in Women Treated for Early-stage Breast Cancer. *Journal* of *Clinical Oncology, 24*(16), 2420-2427.

Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 73-84; quiz 85-77.

Bigatti, S. M., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2012). Cognitive Appraisals, Coping and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients. *Stress and Health*, n/a-n/a.

Bower, J.E., Ganz ,P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal* of *Clinical Oncology, 18*(4), 743-753.

Bui, Q.U., Ostir, G.V., Kuo, Y.F., Freeman, J., Goodwin, J.S. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment, 89*(1), 23-28.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Behavioral Medical Journal, 330*(7493), 702.

Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(1), 73-84; quiz 85-77.

Crane-Okada. (2001). Breast cancer. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (pp.113). St. Louis: Mosby.

Christensen, S., Zachariae, R., Jensen, A. B., Vaeth, M., Moller, S., Ravnsbaek, J., et al. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 113*(2), 339-355.

Copyright by Mahidol University

Ching, S. S. Y., Martinson, I. M. & Wong, T. K. S. (2009). Reframing: Psychological adjustment of Chinese women at the beginning of the breast cancer experience. *Qualitative Health Research, 19*(3), 339-351.

Chujo, M., Mikami, I., Takashima, S., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K., et al. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer, 13*(7), 503-514.

Clark, E. J., & Leigh, S. A. (2002). Psychosocial aspect of cancer survivorship. In A. M. Berger, R. K. Portenoy & D. E. Weissman (Eds.), *Principle and practice of palliative care and support oncology* (pp.1034-1041). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science 2 nd ed*. New Jersey: Lawrence Eslbaum Associates

Coleman, E. A., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M.C., Rickel, L. Rickel, M., et al. (2005). The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the year Following Diagnosis. *Oncology Nursing Forum, 32*(4), 822-829.

Daley1, A. J., Mutrie, N., Crank, H., Coleman, R., & Saxton, J. (2004). Exercise therapy in women who have had breast cancer: design of the Sheffield women's exercise and well-being project. *Health Education Research, 19*(6), 686-697.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.Y., Bayer, L., Taylor, M., & Fisher, E. (2005). Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer, 13*(12), 1018-1026.

Donnelly, J., & et al. (2003). *Health counseling: Application and theory.* Wadsworth: Thomson Learning.

Doumit, M. A., El Saghir, N., Abu-Saad Huijer, H., Kelley, J. H., & Nassar, N. (2010). Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 42-48.

Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors-a meta-analysis. *Psycho-Oncology, 20*(2), 115-126.

Copyright by Mahidol University

Engel, J., Kerr, J., Schlesingr-Raab, A., Eckle, R., Sauer, H., & Holzel, D. (2003). Comparison of breast and rectal cancer patients' quality of life: Result of a four year prospective field study. *European Journal of Cancer Care, 12*(3), 215-223.

Fann, J.R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley D., Pepping, M., McGregor B. A., & et al. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry, 30*(2), 112-126.

Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., & et al. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, *89*(5), 1026-1036.

Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Schweitzer, M. B., & et al. (2006). Coping and adapting to breast cancer: six-month prospective study. *Bull Cancer, 93*(7), 67-72.

Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B.L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho Oncology, 13*(8), 512-525.

Gurevich, M., Devins, G.M., & Rodin, G.M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics, 43*, 259-281.

Hart, K., Janni, W., Kastner, R., Sommer, H., Strob, B., Rack, B., & et al. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annal of oncology, 14*(7), 1064-1071.

Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L., & et al. (2006). Distress, Psychiatric Syndromes, and Impairment of Function in Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. *American Cancer Society, 107* (12), 2924-2931.

Hjerl, K., Andersen, E.W., Keiding, N., Mouridsen ,H.T., Mortensen, P.B., Jorgensen, T. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics, 44*(1), 24-30.

Hosaka, T., Sugiyamaa, Y., Hiraib, K., Okuyamaa, T., Sugawaraa, Y., & Nakamuraa, Y. (2001). Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Genneral Hospital Psychiatry, 23*(3), 145-151.

Copyright by Mahidol University

Im, E.O., Lee, E.O., & Park, Y.S. (2002). Korean women's breast cancer experience. *Western Journal of Nursing Research, 24*(7), 751-765.

Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J.,Lories, G., Schweitzer, M.B., et al., (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study *Bulletin du cancer, 93*(7), 67-72.

Kathleen, E., Bin, X., Anjanette,W., Frances,N. H., Pey, J &Betsy, V. (2008). Economic stress among low-income women with cancer: effects on quality of life. *Cancer 2008, 112*(3), 616-25.

Kunkel, E. J., Chen, E.I. & Okunlolo, T. B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Primary Care Update for OB/GYN, 9*(4), 129-134.

Lazarus, R. S., & Forkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G.M. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(3), 225-232.

Lieberman, M. A., Goland, M., Giese, J., Winzlenberg, A., Bebjamin, H., Humphreys, K., & et al. (2003). Electronic Support Groups for Breast Carcinoma: A Clinical Trial of Effectiveness. *American Cancer Society, 97*(4), 920-925.

Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *Journal of The Medical Association of Thailand, 90*(10), 2164 -2174.

Marcus, A. C., Garrett, K. M., Cella, D., Wenzel, L., Brady, M. J., Fairclough, D., et al. (2010). Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psychooncology*, 19(9), 923-932.

Mcillmurray, M.B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K., Al-Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study [Electronic version]. *European Journal of Cancer Care (Engl), 10*(4), 261-269.

Mehnert, A., & Koch, U., (2007). Prevalence of acute and posttraumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology.* 16, 181-188.

Copyright by Mahidol University

Monti, D. A., Mago, R., & Kunkel, E. J. S. (2005). Depression, Cognition, and Anxiety Among Postmenopausal Women With Breast cancer. *Psychiatric Services, 56*(11), 1353-1355.

Mutrie, N., & et al. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *Behavioral Medical Journal, 334*, 517-523. Retrieved January 8, 2008, from http://bmj.com/cgi/content/full.html

Myena, A. A. D., Naji, E.S., Huda, A. S. H., Jane, H. K., & Nada, N. (2009) Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing, 14* (1), 1-7.

National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative. (2003). *Clinical Practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.* Retrieved May 25, 2008, from http://www.nhmrc.gov.au.

Onitilo, A. A., Nietert, P. J., & Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-case mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry, 28*(5), 396-402.

Palesh, O. G., Collie, K., Batiuchok D., Tilston, J., Koopman, C., Perlis, M. L., & et al. (2007). A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biological Psychology, 75*(1), 37-44.

Palmer. S., & Woolfe, R. (2000). *Integrative and eclectic counseling and psychotherapy*. London: SAGE Publications Ltd.

Payne, J. K., Piper, B. F., Rabinowitz, I., & Zimmerman, M. B. (2006). Biomaker, fatigue, sleep, and depressive symptom in women with breast cancer: a pilot study. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 775-783.

Peterson, J. V., & Nisenholz, B. (1995). *Orientation to counseling.* Massachusetts: A Simon and Schuster Company.

Rabin, E. G., Heldt, E., Nia, V., Hirakata, N., & Fleck, M. P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European Journal of Oncology Nursing, 12*(1), 53-57.

Radloff, LS. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.

Copyright by Mahidol University

Reddick, B.K., Nanda, J.P., Campbell, .L, Ryman, D.G., Gaston-Johansson, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology , 23*(2-3), 137-157.

Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet- Chevillier, C. (2007). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*. Retrieved 20 July 2008.

Samarel, N., Tulmen, L., & Fawceff, J. (2002). Effects of Two Types of Social Support and Education on Adaptation to Early-Stage Breast cancer. *Research in Nursing & Health, 25*(6), 459-470.

Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Morin, C.M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive–behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, Part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology, 23*(25), 6083-6096.

Scheier, M. F., Helgeson, V. S., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Bridges, M. W., & et al. (2005). Interventions to Enhance Physical and Psychological Function Among Younger Woman Who Are Ending Nonhormonal Adjuvant Treatment for Early-Stage Breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23* (19), 4298-4311.

Shannon, M.T., Wilson, B. A., & Stang, C. L. (2003*). Health professional s drug guide.* New Jersey: Person Education.

Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C., Maislin, G., Shukla, S., et al. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied nursing research : ANR, 25*(1), 3-16.

Somerset, W., & et. al. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology (Huntington),* 18, 1021-1034.

Speer, J.J., Hillenberg, B., Sugrue, D.P., Blacker, C., Kresge, C.L., Decker,V.B., & et al. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast Journal, 11*(6), 440-447.

Strong, V., Sharpe, M., Cull, A. Maguire, P. House A., & Ramirez, A. (2003). Can oncology nurses treat depression? A pilot project. *Journal of Advanced Nursing, 46*(5), 542-548.

Copyright by Mahidol University

Targ, E.F., & Levine, E.G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trail. *General Hospital Psychiatry, 24*(4), 238-248.

Taylor, K.L., Lamdan, R.M., Siegel, J.E., Shelby, R.A., Moran-Klimi, K., & Hyrwna, M. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health Psychology, 22(3*), 316-323.

Vlastos, G., Verkooijen, H.M. (2007). Mimimally Invesive Approaches for Diagnosis and Treatment of Early Stage Breast Cancer. *The Oncologist, 12*(1), 1-10.

Vockins, H. (2004). Occupation therapy intervention with patients with breast cancer: A survey. *European Journal of Cancer Care, 13*(1), 45-52.

Winzelberg, A.J., Classen, C., Alpers, G.W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R.E., & et al. (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer, 97*(5), 1164-1173.

Wonghongul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing, 23*(6), 442-492.

Copyright by Mahidol University



ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์
   อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์ ดร. คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล
   อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
   อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
   คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาวิจัยของ Badger, Segrin, Dorros, Meek, & Lopez ปี 2007 มาคำนวณหาค่า effect size โดยใช้สูตร

$$\text{Cohen's } d = M_1 - M_2 / s_{pooled}$$

$$\text{where } s_{pooled} = \sqrt{[(s_1^2 + s_2^2) / 2]}$$

$$r_{Y1} = d / \sqrt{(d^2 + 4)}$$

คำนวณหาค่า Cohen's d $= 14.08 - 9.35 / \sqrt{[(1.52)^2 + (1.57)^2 / 2]}$

$= 4.37 / \sqrt{[2.31 + 2.46 / 2]}$

$= 4.37 / \sqrt{[4.77 / 2]}$

$= 4.37 / \sqrt{2.39}$

$= 4.37 / 1.55$

ดังนั้นค่า Cohen's d $= 3.06$

คำนวณหาค่า effect size โดย $r_{Y1} = 3.06 / \sqrt{(3.06)^2 + 4}$

$= 3.06 / \sqrt{9.36 + 4}$

$= 3.06 / 3.65$

ดังนั้นค่า effect size $= 0.84$

ขนาดผล (effect size) = 0.80 นำมาหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ power analysis กำหนด α = 0.05, power = 0.80 และ effect size = 0.80 จากการเปิดตาราง power analysis จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย (Cohen, 1988) คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย แต่คาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหายไป 10 % (R = 0.10) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง หรือไม่สามารถติดตามวัดผลการศึกษาได้ จึงจำเป็นต้องคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเผื่อไว้ โดยใช้สูตร

Copyright by Mahidol University

$$n_{เผื่อ} = \frac{n_{ก่อนการเผื่อ}}{(1-R)}$$

$$= \frac{52}{(1-0.1)} = 55.55 \text{ ราย}$$

ดังนั้น จึงจัดให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนเท่ากัน กล่าวคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 28 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 ราย รวม 56 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

จาก http://stattrek.com/Tables/Random.aspx

ได้ 56 Random Numbers ดังนี้

25 09 27 31 34 51 04 43 38 26 48 37 28 42 54 35 21 06 36 17 33 13 16 46 11 05 12 08 20 24 39 07 18 29 23 55 02 49 53 14 44 30 22 41 10 40 45 15 52 50 01 47 19 03 56 32

28 รายแรก ดังนี้ 25 09 27 31 34 51 04 43 38 26 48 37 28 42 54 35 21 06 36 17 33 13 16 46 11 05 12 08

เรียงลำดับใหม่ได้ดังนี้ 04, 05, 06, 08, 09, 11, 12, 13, 16, 17, 21, 25, 26, 27, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 43, 46, 48, 51, 54 รวม 28 ราย

28 รายหลัง ดังนี้ 20 24 39 07 18 29 23 55 02 49 53 14 44 30 22 41 10 40 45 15 52 50 01 47 19 03 56 32

เรียงลำดับใหม่ได้ดังนี้ 01, 02, 03, 07, 10, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 29, 30, 32, 39, 40, 41, 44, 45, 47, 49, 50, 52, 53, 55, 56 รวม 28 ราย

นำทั้ง 2 กลุ่ม (28 รายแรกและ 28 รายหลัง) มาจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ได้ 28 รายแรก คือกลุ่มควบคุม และ 28 รายหลัง คือกลุ่มทดลอง

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐๒-๔๑๕-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑,๑๔๑๒
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๗๔๔
วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๓
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล

ด้วย นางสาวนุชจรี หยองทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งอยู่ในระหว่างจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการนี้นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบวัดความซึมเศร้า CES – D ของ Radloff, 1977 ซึ่งท่านได้แปลเป็นภาษาไทย โดยเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัยเรื่อง "การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้า" โดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic studies-Depression scale (CES-D) ในคนไทย" เพื่อประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้อนุเคราะห์ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฆ

คำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

COA.No.MU-IRB (NS) 2011/99.1407

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing)

Title of Project:	**THE EFFECT OF COPING ENHANCING PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG BREAST CANCER PATIENTS.**
Project Number:	**MU-IRB (NS) 2011/07.0303**
Principle Investigator:	**Miss Nucharee Yongthong**
Name of Institution:	**Faculty of Nursing Mahidol University**
Approval includes	1) MU-IRB (NS) Submission form version received date 14 July 2011 2) Participant Information sheet version date 14 July 2011 3) Consent form for version date 1 March 2011 4) Questionnaire version received date 9 June 2011

Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: **14 July 2011**

Date of Expiration: **13 July 2012**

Signature of Chair: Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing Fongcum Tilokskul

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง

คำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COA No. 687/2011
IRB No. 378/54

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : The Effect of Coping Enhancing Program on Depressive Symptoms among Breast Cancer Patients.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Nucharee Yongthong

Study Center : Faculty of Nursing, Mahidol University.

Review Method : Full board

Document Reviewed :

1. Protocol Version 1.0 Dated 9 October 2011
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Dated 25 August 2011
3. Information sheet for research participant Version 1.0 Dated 11 October 2011
4. Consent Form Version 1.0 Dated 11 October 2011
5. Instruments used in research Version 1.0 Dated 23 August 2011
   - The instrument used to collect data Version 1.0 Dated 23 August 2011
   - Equipment used in the experiment Version 1.0 Dated 23 August 2011
6. Coping enhancing program for patients with breast cancer Version 1.0 Dated 23 August 2011

Signature: ..... **Signature:** .....

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)
Chairperson
The Institutional Review Board

(Kanyalak Vithessonthi MD)
Member and Assistant Secretary, Acting
Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : October 25, 2011

Approval Expire Date : October 24, 2012

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

Copyright by Mahidol University



COA No. 687/2011
IRB No. 378/54

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนุชจรี หยองทอง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : รายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 1.0 Dated 9 October 2011
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 25 August 2011
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 11 October 2011
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 11 October 2011
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 1.0 Dated 23 August 2011
   - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1.0 Dated 23 August 2011
   - เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง Version 1.0 Dated 23 August 2011
6. โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Version 1.0 Dated 23 August 2011

ลงนาม ..... ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(แพทย์หญิงกัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 25 ตุลาคม 2554
วันหมดอายุ : 24 ตุลาคม 2555

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ
ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล

ฝ่ายเลขานุการ รพ.จุฬาลงกรณ์
เลขรับที่ 31243
วันที่ 30 ธ.ค. 54
เวลา 11.17 น.
เลขที่ 990
ชม.ที่ 097
ประ.ที่

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษ์สิ่งแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพรานนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๒๖๖๖
วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๔
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ฝ่ายรังสีวิทยา
เลขที่รับ 15/2555
วันที่ 6 ม.ค. 55
เวลา 15.24 น.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (ผ่านหน่วยงานต่างๆ)
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวนุชจรี หยองทอง นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับเคมีบำบัดครั้งที่ ๑ หรือ ๒ ภายหลังการผ่าตัด อายุระหว่าง ๑๘ - ๖๐ ปี ณ ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น ๖ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยใช้วิธีส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน - หัวหน้าฝ่ายรังสีวิทยา
- หัวหน้าพยาบาล
เพื่อโปรดพิจารณา
4 ม.ค. 55

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
30 ธ.ค. 2554

เรียน หัวหน้าสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา

6 ม.ค. 2555

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน
โทรศัพท์ ๐๘๙-๔๔๔-๙๙๖๓ โทรสาร ๐-๒๔๑๒-๘๔๑๕

Mahidol University

ภาคผนวก ฉ

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ทำวิจัย นางสาวนุชจรี หยองทอง

ที่อยู่ (บ้าน) หอกุลพิพัฒน์ ห้อง 910 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2564137

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2564394 โทรศัพท์มือถือ 081- 8097682, 081- 7127955

E-mail: y.nucharee@hotmail.com, y.nucharee@yahoo.com

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดและรับเคมีบำบัดซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตเกี่ยวกับการรักษาที่กำลังเกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังรับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมไม่ถูกต้อง และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ หากไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีการส่งเสริมการเผชิญความเครียดหลังการได้รับเคมีบำบัดอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังรับเคมีบำบัดล่าช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ การวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการวิจัย

Version 1.0 Dated 11 October 2011

1/6

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 398 / 54
Date of Approval 25 ต.ค. 2554

Copyright by Mahidol University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18- 60 ปี อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัดภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม และมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ 2 จากศูนย์ให้เคมีบำบัด Day care center หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมินอาการซึมเศร้า ซึ่งวัดด้วยแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย) เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นจำนวน 56 ราย และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 28 ราย โดยท่านอาจจะได้รับการสุ่มเลือกเข้าในกลุ่มที่ 1 หรือกลุ่มที่ 2 ก็ได้

ถ้าท่านได้รับการเลือกเข้าในกลุ่มที่ 1 ท่านจะได้รับการปฏิบัติ ดังนี้

1. การดูแลจากพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้ง โดยผู้วิจัย เป็นการให้การปรึกษาแบบพบหน้ากันระหว่างพยาบาลผู้ให้การปรึกษากับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง ก่อนที่ผู้ป่วยรับเคมีบำบัด (ในห้องให้การปรึกษาภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 คือครั้งที่ 1 และ 2 ของการให้เคมีบำบัด ครั้งละ 60 นาที) ร่วมกับการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ของการปรึกษาครั้งละประมาณ 30 นาที
3. ในระหว่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกครั้งของการปรึกษา หากพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึก

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 398/54
Date of Approval 25 ต.ค. 2554

Copyright by Mahidol University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

เพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D Scale ถ้ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่องครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายเวลาที่พบกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในการมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไปคือครั้งที่ 3 เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale ตามลำดับ

หากท่านได้รับการเลือกเข้าในกลุ่มที่ 2 ท่านจะได้รับการปฏิบัติ ดังนี้

1. การดูแลจากพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยระหว่างนี้ ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสังเกตตนเอง หากพบว่ามีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยโทรศัพท์หาผู้วิจัย หรือโทรศัพท์มาที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยอ่องวานิช 6 เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D Scale ถ้าพบว่ามีค่าคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. เมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7 หลังจากประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale ครั้งแรก) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale
3. โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้งโดยผู้วิจัย เป็นการให้การปรึกษาแบบพบหน้ากันระหว่างพยาบาลผู้ให้การปรึกษากับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง (ในห้องให้การปรึกษาภายในศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยอ่องวานิช 6 คือครั้งที่ 3 และ 4 ของการให้เคมีบำบัด ครั้งละ 60 นาที) ร่วมกับการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 ของการปรึกษาครั้งละประมาณ 30 นาที
4. ในระหว่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกครั้งของการปรึกษา หากพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมี

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. ๓๖๔/๕๔
Date of Approval 25 ต.ค. 2554.

Copyright by Mahidol University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

ความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ความรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างเคร่งครัด

ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และต่อผู้อื่น คือ ท่านซึ่งเป็นผู้ยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะได้รับการให้การปรึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการเจ็บป่วย การรักษาที่เกิดขึ้นต่างๆ และสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ที่มีประโยชน์ต่อการปรับตัวต่อความเครียดจากการเจ็บป่วยการรักษา ส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้อื่น คือ โรงพยาบาล /หน่วยบริการทางสุขภาพมีแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำไปใช้ต่อไป

อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการให้การปรึกษา พูดคุย เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การฝึกทักษะและ การจัดการความเครียด เพราะฉะนั้นความเสี่ยงร้ายแรงไม่มี แต่อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเสียเวลาในการปรึกษา พูดคุย และการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้เวลาสัมภาษณ์ พูดคุยที่ไม่กีดขวางการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการตรวจและติดตามผลการรักษาตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานโดยปกติของโรงพยาบาล

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

Version 1.0 Dated 11 October 2011

Copyright by Chulalongkorn University

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 398 / 54
Date of Approval 25 ต.ค. 2554

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)**

กรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนุชจรี หยองทอง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การปกป้องรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน เป็นต้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่ท่านจะได้รับแต่อย่างใด

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยในครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงอันตรายหรือความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

Version 1.0 Dated 11 October 2011

Copyright by Mahidol University

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 398 / 54
Date of Approval 25 มี.ค. 2554

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ หรือท่านมีข้อปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล) ชุดสายพยาบาลศาสตร์(ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500, 1503 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นุชจรี หยองทอง
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....

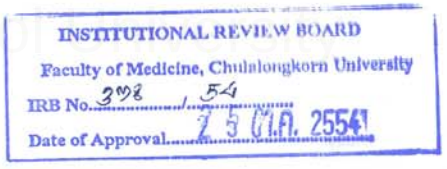
(.....)

วันที่.....

Version 1.0 Dated 11 October 2011

Copyright by Mahidol





ภาคผนวก ช
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงเหตุผลความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ความรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น การปกป้องรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมและการสิ้นสุดเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับตามมาตรฐานหรือสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

Version 1.0 Dated 11 October 2011

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 398/54
Date of Approval 25 ต.ค. 2554

Copyright by Mahidol University

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต หรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงเหตุผลความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ความรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น การปกป้องรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมและการสิ้นสุดเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

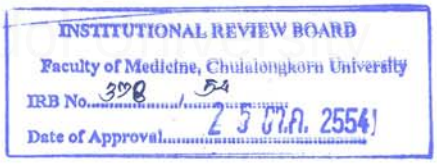
.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวนุชจรี หยองทอง) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

Version 1.0 Dated 11 October 2011

Copyright By Mahidol University





ภาคผนวก ซ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบ 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

(ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล)

1.2 แบบสอบถามในการประเมินอาการซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Copyright by Mahidol University

แบบประเมินสำหรับงานวิจัยเรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับท่าน โดยกาเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

อายุ..... ปี Code No……..

ระดับการศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) อาชีวศึกษา ( ) ปริญญาตรี

( ) สูงกว่าปริญญาตรี

สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่

( ) หม้าย ( ) หย่า

จำนวนบุตร

( ) ไม่มีบุตร ( ) 1 คน

( ) 2 คน ( ) มากกว่า 2 คน

ศาสนา

( ) พุทธ ( ) คริสต์

( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

อาชีพ

( ) แม่บ้าน ( ) เกษตรกร

( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย

( ) รับราชการ ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

รายได้ต่อเดือน

( ) น้อยกว่า 6,000 บาท ( ) 6,001-12,000 บาท

( ) 12,001-18,000 บาท ( ) มากกว่า 18,000 บาท

Copyright by Mahidol University

สิทธิการรักษา

( ) เบิกต้นสังกัด ( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

( ) ประกันสังคม ( ) ชำระเงินเอง

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

( ) ระยะที่ 1 ( ) ระยะที่ 2

( ) ระยะที่ 3

2. การรักษาที่ได้รับ การผ่าตัด ระบุชนิดของการผ่าตัด.....

วันที่.....

เคมีบำบัด ระบุสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ.....

วันที่.....

( ) ครั้งที่.1. ( ) ครั้งที่.2.

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความแสดงความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้นกับท่านในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ โดยในแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม ที่อาจจะเกิดขึ้นกับท่านในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านพิจารณาแต่ละข้อแล้วกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่แสดงถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ แต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

“ไม่เลย” หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
“นานๆ ครั้ง” หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
“ค่อนข้างบ่อย” หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
“บ่อยครั้ง” หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

ตัวอย่าง

ความรู้สึก	ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน) ต่อสัปดาห์	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน) ต่อสัปดาห์	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน) ต่อสัปดาห์	บ่อยครั้ง (5-7 วัน) ต่อสัปดาห์
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D Scale (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย)

ความรู้สึก	ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน) ต่อสัปดาห์	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน) ต่อสัปดาห์	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน) ต่อสัปดาห์	บ่อยครั้ง (5-7 วัน) ต่อสัปดาห์
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่นๆ				
5. ฉันรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ				
7. ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ฉันกระทำต้องฝืนใจทำ				
8. ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันพูดน้อยกว่าปกติ				
14. ฉันรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย				
15. ฉันรู้สึกว่าผู้คนทั่วๆไปไม่มีความเป็นมิตร				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันมักร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข				
19. ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

Copyright by Mahidol University

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากการทบทวนตำรา วารสาร งานวิจัยและบทความต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดในทางที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และแหล่งประโยชน์ทางสังคม มีทักษะการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและขณะได้รับเคมีบำบัด ซึ่งจะช่วยลดความเครียดจากสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา 2) การเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการจัดการกับอารมณ์ทุกข์ในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจากการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระบุปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด หาทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินทางเลือก และเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา เพื่อลดแรงคุกคามของสถานการณ์ความเครียดลง และเรียนรู้การลดปฏิกิริยาความทุกข์ที่มีต่อสถานการณ์ความเครียด โดยการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้ง เป็นการให้การปรึกษาแบบพบหน้ากันระหว่างพยาบาลผู้ให้การปรึกษากับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และ 4 ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับเคมีบำบัด โดยให้การปรึกษาครั้งละ 60 นาที ร่วมกับการให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์อีก 4 ครั้ง คือครั้งที่ 2, 3 และ ครั้งที่ 5, 6 โดยให้การปรึกษาครั้งละ 30 นาที โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยประเด็นสำคัญของการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (ให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้โรคมะเร็งเต้านม การเผชิญความเครียด แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สำรวจวิธีการผ่อนคลายความเครียด เรียนรู้ทักษะใหม่ โดยฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

เวลา 60 นาที

Copyright by Mahidol University

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย

2. ประเมินการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยประสบ ประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สำรวจวิธีการและผลลัพธ์จากการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย

3. ส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในการหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด

4. สำรวจวิธีการผ่อนคลายความเครียด เรียนรู้ทักษะใหม่ โดยเสนอวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย

5. สรุปสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล

2. พยาบาลเข้าใจ ความหมายภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย สถานการณ์ความเครียด แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคมของผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์จากการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยเลือกและบอกวิธีการในการปฏิบัติตามทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่สอดคล้องกับความต้องการ คุณค่า และแหล่งประโยชน์ของตนเอง

4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย

5. การนัดหมายการให้บริการครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2, 3 และ 5 (ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) ประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา ระบุปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการแก้ไขในในปัจจุบัน ประเมินภาวะสุขภาพและการจัดการกับอาการข้างเคียง การให้ความหมายการเจ็บป่วย/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ใจ และเน้นการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

เวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ติดตามการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจากการปรึกษาครั้งก่อน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

3. ค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา (ปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษา และสถานการณ์ความเครียดให้ลดแรงคุกคามต่อผู้ป่วยลง) ประเมินทางเลือก ให้ข้อมูล/ ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ และเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น

4. สรุปประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มอบหมายการบ้านเรื่องการนำวิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการกับประเด็นปัญหา การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ ยินดีให้ข้อมูลในการปรึกษา

2. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

3. พยาบาลได้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

4. ผู้ป่วยสามารถระบุประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา ปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียดให้ลดแรงคุกคามต่อผู้ป่วยลง ประเมินทางเลือก และตัดสินใจเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหาได้

5. ผู้ป่วยใช้วิธีการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย เพื่อลดความทุกข์ใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

6. การนัดหมายการให้บริการครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

ครั้งที่ 4 (ให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล) ประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดในปัจจุบัน การให้ความหมายการ

เจ็บป่วย/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะและกระบวนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดความทุกข์ใจ

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ติดตามการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจากการปรึกษาครั้งก่อน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

3. ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ประเมินทางเลือก ให้ข้อมูล/ ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการและเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น

4. สรุปประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มอบหมายการบ้านเรื่องการนำวิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการกับประเด็นปัญหา การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ ยินดีให้ข้อมูลในการปรึกษา

2. พยาบาลได้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)

3. ผู้ป่วยสามารถค้นหาสถานการณ์ความเครียดหรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินทางเลือก และได้รับข้อมูล/ ความรู้อย่างเพียงพอในการตัดสินใจเลือกวิธีการในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดหรือประเด็นปัญหาได้

4. ผู้ป่วยใช้วิธีการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย เพื่อลดความทุกข์ใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

5. การนัดหมายการให้บริการครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

ครั้งที่ 6 (ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) สรุปและทบทวนทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และยุติบริการ

เวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. ดำรงรักษาสัมพันธภาพและเตรียมยุติสัมพันธภาพ
2. ติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)
3. ทบทวนสถานการณ์ความเครียดหรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้ ตลอดการให้การปรึกษาและกระบวนการแก้ไขปัญหาหรือลดความทุกข์ใจ
4. วางแผนการเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตและยุติการให้การปรึกษา

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ พร้อมให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา
2. ผู้ป่วยสามารถสรุปสถานการณ์ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดทั้งการปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียดให้ลดแรงคุกคามลงการแก้ปัญหา และการลดความทุกข์ใจของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้กระบวนการในการเผชิญความเครียดด้วยตนเองได้
4. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตด้วยตนเองได้
5. พร้อมที่จะยุติการให้การปรึกษา

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฌ

ตารางสรุปผลโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ครั้งที่ 1

การปรึกษาโดยการพบหน้ากันที่โรงพยาบาล

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	- ผู้ป่วยทุกราย ยินดีพูดคุยกับผู้วิจัย แสดงความรู้สึกไว้วางใจด้วยสีหน้า ท่าทางเปิดเผย เช่น “ยินดีคะ” “กำลังต้องการถามเรื่อง ผมว่าจะร่วงไหม” “จะคลื่นไส้อาเจียนมากหรือเปล่า” “ฉันอยากรู้ว่าฉันจะทำงานไหวไหม”
2. ประเมินการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยประสบ ประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สำรวจวิธีการและผลลัพธ์จากการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังไม่ยอมรับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของตนเอง กล่าวว่า “ฉันเป็นโรคร้าย” และมักมีคำถามว่า “ฉันจะหายไหม” “ทำไมต้องเป็นฉัน” “ทั้งๆที่ฉันดูแลตนเองดี” “ชีวิตฉันกำลังไปได้ดี” ผู้ป่วยที่เหลือจำนวน 11 คนยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมได้ โดยกล่าวว่า “ฉันคิดว่ามันรักษาหายได้” “หมอเขาเก่ง” “เพื่อนที่ทำงานเขาก็เป็นเหมือนกัน ตอนนี้เขารักษาหายขาดแล้ว” - สถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยประสบในครั้งแรกของการให้การปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 19 คน วิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่จะได้รับ คือ ผมร่วง “ผมจะร่วงหมดศีรษะหรือไม่ และจะร่วงภายหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่เท่าไร” และส่วนใหญ่ยังคงมีอาการน้ำเหลืองคั่งใต้รักแร้จากการผ่าตัด จำนวน 7 คน รองลงมา คือ ปวดแผลผ่าตัดและข้อไหล่ยึดติด จำนวนอย่างละ 5 คน - แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาสามี จำนวน 12 คน

Copyright by Mahidol University

กิจกรรม	ผลลัพธ์
	ปรึกษาบุตรจำนวน 10 คน ปรึกษาทีมสุขภาพ จำนวน 12 คน และพูดคุยกับเพื่อนที่ป่วยเป็นมะเร็งจำนวน 6 คน - วิธีจัดการความเครียดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 12 คน ใช้การดูหนัง ฟังเพลง ซื้อของ รองลงมาใช้วิธีพยายามลืมเรื่องเครียด จำนวน 10 คน - ผลลัพธ์จากการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยได้ผลในระดับปานกลาง ผู้ป่วยบอกว่า “คิดแล้วก็เครียด ไปเดินซื้อของ ก็ลืมไปเป็นพักๆ พอคิดขึ้นมาก็เครียดอีก” “พอฉันเครียดขึ้นมา ฉันก็พยายามลืมๆมันไป แต่มันก็กลับมาคิดใหม่อีก”
3. ส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในการหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด	- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าระบายความรู้สึก และให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบถึง สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ว่า “ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน” “การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันได้ผลดี สามารถรักษาให้หายขาดได้” “ความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้หายป่วยได้” - ให้ข้อมูลและเสนอทางเลือกในการจัดการปัญหาแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่า “เมื่อให้เคมีบำบัดครบแล้ว ผมของคุณจะขึ้นเหมือนเดิม บางรายผมสวยกว่าเดิม” อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับ การตอบคำถามหากมีอาการผมร่วง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ วางแผนในการตอบคำถามตามความจริง ว่า “ไปให้เคมีมา ผลเลยร่วง” และวางแผนในการรักษาภาพลักษณ์เมื่อผมร่วง ด้วยการใส่วิกผม หมวก และโพกผ้า ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำการบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันข้อไหล่ยึดติด ซึ่งผู้ป่วยที่มีข้อไหล่ยึดติดบอกว่า “จะลองนำไปทำดู” บางราย บอกว่า “มีพยาบาลสอนแล้ว แต่ทำไม่ต่อเนื่อง เดี๋ยวกลับไปจะทำต่อเนื่องทั้งเช้า-เย็น” ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางรายวางแผนไม่เข้าสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงการตอบคำถาม “ฉันจะไม่ไปไหน ฉันจะอยู่ในบ้านไม่อยากตอบคำถาม” - ผู้วิจัยทบทวนคู่มือการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัดและ

Copyright by Mahidol University

กิจกรรม	ผลลัพธ์
	เพิ่มเติมข้อมูลที่ผู้ป่วยมีไม่ครบจนผู้ป่วยสามารถบอกการดูแลตนเองภายหลังรับเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง
4. สำรวจวิธีการผ่อนคลายความเครียด เรียนรู้ทักษะใหม่ โดยเสนอวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย	- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 24 คน ไม่ได้ออกกำลังกาย มี 4 คน ที่ออกกำลังกายโดยการเดินเร็วในหมู่บ้าน ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิค และเล่นเปตอง - ผู้วิจัยแนะนำและฝึกการหายใจและการออกกำลังกายเพื่อคลายความเครียดแก่ผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถหายใจผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง และบอกถึงวิธีการออกกำลังกายเบาๆ ได้อย่างถูกต้อง เช่น เดินเร็วในหมู่บ้าน ขี่จักรยาน และ เต้นแอโรบิก
5. นัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป	- ผู้ป่วยทุกรายสะดวกที่จะให้วันและเวลาในการนัดหมายในครั้งต่อไป เช่น “ขอบคุณมากๆเลยคะที่ให้คำแนะนำ” “ไว้พบกันคะ” “จะรอพยาบาลโทรมานะคะ”

Copyright by Mahidol University

ครั้งที่ 2 และ 3

การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง	- ครั้งที่ 2 และ 3 ของการให้การปรึกษา ผู้ป่วยแสดงน้ำเสียงที่ยินดีรับการปรึกษาและพูดคุยอย่างเปิดเผย เช่น “สวัสดีคะ” “สะดวกคุยคะ” “ยินดีคะ”
2. ติดตามการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจากการปรึกษาครั้งก่อน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมา	- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จัดการกับสิ่งที่เกิดตามมาและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับอย่างถูกต้อง เช่น “ฉันพยายามทาน แต่มันเหม็นไปหมด เลยพยายามทานบ่อยๆ” “เวียนหัวอยู่วันสองวันนอนพักก็ดีขึ้น” “ฉันไม่เป็นไรเลย มีแค่เบื่ออาหาร” และใช้วิธีการบริหารข้อไหล่และแขนเพื่อป้องกันการยึดติด ผู้ป่วยกล่าวว่า “ดีขึ้นมากเลยคุณพยาบาล” “ ไม่ตึงๆแขนแล้ว” “พอฉันนึกขึ้นได้ฉันก็ทำ มันดีขึ้นจริงๆด้วย” - ระหว่างการปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผมร่วงเล็กน้อย และใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและสร้างความหวังให้กับตัวเองตามที่พยาบาลให้ข้อมูล ว่า “เคมีบำบัดทำให้ผมร่วง เดี๋ยวให้ครบผมก็ขึ้นใหม่” - ใช้การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยกล่าวว่า “พอมีเรื่องไม่สบายใจมากๆ ก็ลองหายใจผ่อนคลายดู มันก็ลืมๆไปนะ” “ฉันว่ามันเหมือนฝึกสมาธิเลยนะ”
3.ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ประเมินทางเลือก ให้ข้อมูล/ ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ และเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น	- ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูญเสียบทบาทการเป็นผู้ดูแลครอบครัวจำนวน 21 คน ผู้ป่วยพูดว่า “เมื่อก่อนฉันเป็นคนไปส่งลูกที่โรงเรียน พอป่วยสามีบอกว่าให้อยู่บ้านพักผ่อน” “ปกติฉันจะต้องพาลูกไปเดินห้าง” “เมื่อก่อนฉันดูแลทุกๆอย่างในบ้าน” “ฉันมักเป็นคนไปซื้อกับข้าวให้ทุกคน พอป่วยสามีบอกว่าจะไปซื้อให้” “ฉันอยากไปเยี่ยมพ่อสามีที่ต่างประเทศ แต่ฉันกลัวว่าจะไปไม่ไหว” “ปกติฉันเป็นคน

Copyright by Mahidol University

กิจกรรม	ผลลัพธ์
	ดูแลพ่อแม่ แต่พอป่วยน้องสาวต้องไปดูแลพ่อแม่แทน" ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยพูดว่า "ปกติแล้วหลังเลิกงาน ฉันต้องไปคุยกับเพื่อน แต่ตอนนี้ต้องรีบกลับไปพักผ่อนที่บ้าน" "บางวันฉันไม่ได้ไปทำงาน ไปไม่ไหว" - ผู้วิจัย ให้ข้อมูล/ ความรู้ และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เลือกไว้ ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและ/หรือเลือกและปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เลือกไว้ เช่น "ฉันคิดว่าฉันทำได้ฉันจะพยายามทำแต่ฉันทำไม่ไหวฉันจะบอกกับสามี" "อากาศข้างนอกมันร้อน ฉันคิดว่าถ้าต้องไปส่งลูก ฉันจะสวมหมวกและเสื้อแขนยาว" "ฉันคิดว่าฉันไม่ไปพ่อสามีดีกว่า ให้สามีไปคนเดียว ไว้ฉันดีขึ้นค่อยไปเยี่ยมทีหลัง" "ไว้ให้ฉันหายดีแล้ว ค่อยไปเที่ยวกับเพื่อนๆ" "ฉันคิดว่าเพื่อนร่วมงานฉันเข้าใจนะ" - ผู้ป่วยยอมรับผลของการผ่าตัดและรับเคมีบำบัดได้ โดยผู้ป่วยกล่าวว่า "อาการแพ้เคมีบำบัดของฉันไม่ได้รุนแรงอย่างที่กลัวอย่างที่คนอื่นๆพูด" ฉันคิดว่าฉันสามารถรับเคมีบำบัดไปได้ครบตามที่หมอให้ และมีอาการดีขึ้น"
4. นัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไปที่โรงพยาบาลเมื่อมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป	- ผู้ป่วยสะดวกที่จะให้วันและเวลาในการนัดหมายในครั้งต่อไป ผู้ป่วยบอกว่า "ไว้เราเจอกันนะคะ" "เดี๋ยวอาทิตย์หน้าเจอกันคะ" "จะเอาของไปฝากพยาบาลนะ" "ไว้กันที่ศูนย์ให้ยานะค่ะ"

Copyright by Mahidol University

ครั้งที่ 4

การปรึกษาโดยการพบหน้ากันที่โรงพยาบาล

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง	- เป็นการให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 หรือ 3 โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รอคอยการปรึกษา ต้องการพบผู้วิจัย แสดงท่าที น้ำเสียงที่ยินดีรับการปรึกษา เช่น “คุณพยาบาล ฉันคิดว่าคุณจะไม่มา” “ฉันมองๆหาคุณอยู่เลย” “เอาปลาสลิดบางบ่อมาฝากพยาบาลนะ” “มะม่วงนี้ปลูกที่สวน อร่อยมากเลย พยาบาลองเอาไปทานดูนะ”
2. ติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย	- การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จัดการกับสิ่งที่เกิดตามมาและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับอย่างถูกต้อง “ฉันกินอาหารและพักผ่อนตามที่พยาบาลแนะนำ ตอนนี้ฉันสามารถทำงานบ้านได้เหมือนเดิม” “คุณหมอบอกว่า ผลเลือดฉันปกติทุกตัว” ผู้ป่วยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นผู้ดูแลครอบครัวให้เหมาะสมกับตนเอง เช่น ตามสามีไปส่งลูก และมีความสุขมากที่ได้ทำอย่างนั้น สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพาลูกไปเดินห้างสรรพสินค้า “ฉันคิดว่าฉันไหวฉันจะลองทำดู” การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่แจ้งให้เพื่อนร่วมงานทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม ทำให้ได้รับความเข้าใจและเห็นใจ “เพื่อนที่ทำงานบอกว่าฉันต้องดูแลตนเอง หาโน้นหานี้มาให้ฉันกินอยู่เรื่อย” “บางวันฉันตองนอนพักที่ทำงานเพราะเพลีย ทำงานไม่ไหว” “ฉันคิดว่าเพื่อนร่วมงานเข้าใจฉันนะ” - ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายเพื่อลดความทุกข์ใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยผู้ป่วยกล่าวว่า “ฉันลองทำดู มันดีขึ้นมากเลย” “ฉันว่าที่

Copyright by Mahidol University

กิจกรรม	ผลลัพธ์
	พยาบาลบอก มันดีนะ แต่ฉันไม่ค่อยได้ทำเลยพยาบาล”
3. ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้ความหมายของมะเร็งเต้านม / การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ประเมินทางเลือก ให้ข้อมูล/ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ และเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น	- ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 มีปัญหาผมร่วงเกือบหมดศีรษะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สวมวิกผมที่เหมาะสมกับตนเองมารับเคมีบำบัด บางรายโกนผมและสวมหมวกไหมพรมที่โรงพยาบาลแจก
4. สรุปประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มอบหมายการบ้านเรื่องการนำวิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการกับประเด็นปัญหา การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป	- ประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ การประกอบอาชีพของผู้ป่วย ผลต่อภาพลักษณ์ - ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายเพื่อลดความทุกข์ใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง - ผู้ป่วยสะดวกที่จะให้วันและเวลาในการนัดหมายในครั้งต่อไป “ขอบคุณมากๆเลยคะที่ให้คำแนะนำ” “ฉันคิดว่าฉันโชคดีที่ได้มาคุยกับคุณพยาบาล”

Copyright by Mahidol University

ครั้งที่ 5

การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. สร้างและดำรงสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยแสดงน้ำเสียงที่ยินดีรับการปรึกษาและพูดคุยอย่างเปิดเผย เช่น “สวัสดีค่ะ คุณนุชจรี” “เดี๋ยวดิฉันโทรกลับค่ะพอดีทำงานอยู่” “สวัสดีค่ะ ฉันอยากรู้ว่า... (เริ่มการสนทนา)”
2. ติดตามการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจากการปรึกษาครั้งก่อน การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมา	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการจัดการกับสิ่งที่เกิดตามมาและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับได้อย่างถูกต้อง เช่น “หลังกลับมาฉันคลื่นไส้อาเจียน ฉันนอนพักและทานยาที่หมอให้ 2-3 วันก็ดีขึ้น ” “ตอนนี้ฉันไม่มีอาการอะไรเลย” “ผมฉันเริ่มร่วงหมดแล้ว” - ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน มากกว่าการรับเคมีบำบัดครั้งก่อน มีเจ็บปากกินอาหารได้น้อย ผู้ป่วยพูดว่า “ อ่านหนังสือมา เขาบอกว่าให้ดื่มน้ำขิงอุ่นๆ จะช่วยแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน” - การเจ็บป่วยและการรักษามีผลต่อการประกอบอาชีพของผู้ป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน รองลงมาคือประกอบอาชีพ รับราชการ โดยผู้ป่วยกล่าวว่า “ลูกๆให้ฉันเลิกทำงาน เลิกขายของ ฉันเลยเลิกขาย” “ฉันเคยทำงานได้พอป่วยสามีบอกว่า ให้พักผ่อนไม่ต้องทำงานแล้ว” - ผมร่วงมีผลต่อภาพลักษณ์ โดยผู้ป่วยพูดว่า “ฉันทำใจได้แล้วเรื่องผมร่วง” “ถึงอย่างไง ก็ร่วงหมด ฉันเลยไปโกนผมมาเลยก็สบายหัวดีนะ” “เพื่อนๆบอกฉันว่าวิกที่สวมทำให้ฉันดูดีกว่าเดิม”
3. ค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา (ปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของมะเร็งเต้านม/การรักษาและสถานการณ์ความเครียดให้ลดแรงคุกคามต่อผู้ป่วยลง) ประเมินทางเลือก ให้	- ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยบางรายที่มาจากต่างจังหวัดเพื่อรับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัดโดยอาศัยกับลูกที่กรุงเทพฯ คิดถึงบ้านและต้องการกลับภูมิลำเนา แต่ลูกกลัวว่าขณะที่ผู้ป่วยอ่อนเพลียหลังได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อหรือเดินทางไม่ไหว พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยประเมิน

Copyright© by Mahidol University

กิจกรรม	ผลลัพธ์
ข้อมูล/ ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ และเลือกวิธีการในการจัดการกับประเด็นปัญหานั้น	ทางเลือกและความสามารถของตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเดินทางกลับภูมิลำเนาโดยดูแลตนเอง และเดินทางกลับมารับเคมีบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขที่ได้กลับไปดำเนินชีวิตในสถานที่ที่คุ้นเคย หรือต้องดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับเคมีบำบัดซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดการทำกิจกรรมที่เคยทำให้มีความสุข เช่น เลี้ยงและเล่นกับสุนัข “ฉันเคยเล่นกับสุนัข 2 ตัวที่ฉันเลี้ยงไว้ พอฉันป่วยลูกกลัวจะติดเชื้อ เลยเอาสุนัขไปฝากไว้บ้านญาติ ทำให้ฉันคิดถึงมันมาก” ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับทางเลือกในการกำกิจกรรมที่คุ้นเคยและทำให้มีความสุขอย่างเหมาะสม เช่น “คุณสามารถไปเยี่ยมสุนัขได้เมื่อเม็ดเลือดขาวมีจำนวนเพิ่มขึ้นภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์” - ผู้วิจัยให้ข้อมูลการรักษาและระยะของโรคแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อสร้างความหวังแก่ผู้ป่วย ในการปรึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้นและพูดว่า “ฉันไปคุยกับคนที่เขาเป็นเหมือนฉัน เขาบอกว่าให้ยาสูตรนี้ หายแน่นอน เพราะเขาหายแล้ว”
4. สรุปประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มอบหมายการบ้านเรื่องการนำวิธีการที่เลือกใช้ในการจัดการกับประเด็นปัญหา การหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และนัดหมายเวลาการบำบัดครั้งต่อไป	- ประเด็นการให้การปรึกษาครั้งนี้ มีอาการข้างเคียงมากกว่าการได้รับเคมีบำบัดครั้งก่อน ไม่สามารถดำเนินชีวิตที่คุ้นเคยอย่างมีความสุข การมีความหวังจากการรักษา - ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายเพื่อลดความทุกข์ใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง - ผู้ป่วยสะดวกที่จะให้วันและเวลาในการนัดหมายในครั้งต่อไป “ขอบคุณมากๆเลยคะที่ให้คำแนะนำ” “ฉันคิดว่าฉันโชคดีที่ได้มาคุยกับคุณพยาบาล

Copyright© by Mahidol University

ครั้งที่ 6

การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และยุติการปรึกษา

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. ดำรงรักษาสัมพันธภาพและเตรียมยุติสัมพันธภาพ	- ครั้งที่ 6 เป็นการให้การปรึกษาครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยแสดงน้ำเสียงที่ยินดีรับการปรึกษาและพูดคุยอย่างเป็นมิตร ส่วนมากมักถามผู้วิจัยว่า “เราจะคุยกันครั้งสุดท้ายแล้วหรอ” “หากมีอะไรสงสัยสามารถโทรมาคุยได้ไหม”
2. ติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยได้เลือกใช้จากการปรึกษาครั้งก่อน และติดตามการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย	- ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและมั่นใจการรักษา โดยผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่า “ฉันคิดว่าฉันต้องหาย” “อาการข้างเคียงของเคมีก็เป็นเหมือนๆเดิม” “ฉันบอกกับตัวเองว่า ฉันต้องหาย” ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดได้โดยผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่า “อาการข้างเคียงของเคมีก็เป็นเหมือนๆเดิม” “เดี๋ยวฉันก็จะสวยเหมือนเดิม” “ฉันพยายามกินบ่อยๆ พักมากๆ มันก็ดีขึ้น” ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมต่อการป่วยเป็นมะเร็งและการรักษา โดยผู้ป่วยกล่าวว่า “ฉันมีครอบครัวที่ดี” “ลูกให้กำลังใจฉัน” “ลูกๆดูแลฉันเป็นอย่างดี” “เพื่อนถามฉันว่าทำไมผมร่วง ฉันก็ตอบไปเลยว่า ไปให้เคมีมา เดี๋ยวผมก็ขึ้น” “เพื่อนๆที่ทำงานห่วงฉันมากกลัวฉันทำงานไม่ไหว ฉันก็บอกไปว่า ฉันไหว สบายมากไม่ต้องห่วง” - ผู้ป่วยสามารถนำการจัดการกับความเครียดด้วยการออกกำลังกาย ไปใช้ได้ผล โดยผู้ป่วยกล่าวว่า “ทำมั่ง ไม่ทำมั่ง ” “ฉันว่าฉันทำงานบ้าน ก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว” - ผู้ป่วยสามารถนำการจัดการกับความเครียดด้วยการหายใจผ่อนคลายความเครียดไปใช้จำนวน 21 คนและได้ผลในระดับปานกลาง จำนวน 21 คน โดยผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่า “พอมีอะไรเครียดขึ้นมา ลองทำดูมันก็โล่งขึ้นนะ” “ฉันว่าเป็นการ

Copyright© by Mahidol University

กิจกรรม	ผลลัพธ์
	ฝึกสติง่ายๆให้สติอยู่กับตัวเองที่ดีนะ”
3. สรุปสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงกระบวนการในการเผชิญความเครียดด้วยตนเองได้ เช่น “เมื่อฉันมีเรื่องทุกข์ใจ ฉันรู้แล้วว่า ต้องมองหาหนทางในการแก้ทุกข์นั้น แล้วเลือกทางเลือกที่ทุกข์น้อย ทำแล้วได้ผลดี หากยังทุกข์อีกนั้นแสดงว่าเราเลือกทางในการดับทุกข์ที่ผิด ก็ต้องเลือกใหม่” “ฉันว่าเวลาคนเรามีปัญหา ต้องกล้าที่จะเผชิญเพราะการที่เรากล้าที่จะเผชิญจะทำให้เรามองหาวิธีการแก้ปัญหานั้น หากเราปิดกันตังเองไม่รับฟัง ปัญหาก็คงแก้ไม่ได้”
4. วางแผนการเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตและยุติการให้การปรึกษา	- ผู้ป่วยสะดวกที่จะให้วันและเวลาที่จะประเมินอาการซึมเศร้าโดยนัดหมายเวลาที่พบที่โรงพยาบาลในการมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า CES-D Scale โดยผู้ป่วยพูดว่า “ไว้เราเจอกันนะ” “ขอบคุณ คุณนุชจรีมากๆเลยคะ” “ฉันว่าฉันโชคดีที่มาเจอคุณ”

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ญ
หนังสือรับรองผ่านการอบรม



2nd Asian CBT Conference

Chulalongkorn University THAILAND

THE UNIVERSITY OF QUEENSLAND AUSTRALIA

2nd Asian Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Conference

20-21 October 2008, Bangkok, Thailand

Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, Thailand

School of Psychology, University of Queensland, Australia

Certificate of Attendance

Nucharee Yongthong

Signed
Conference Convener

Copyright by Mahidol University



2nd Asian CBT Conference

Chulalongkorn University THAILAND

THE UNIVERSITY OF QUEENSLAND AUSTRALIA

2nd Asian Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Conference

19 October 2008, Bangkok Thailand

Workshop

"Problem-Solving Therapy for Depression"

Organized by

Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, Thailand

School of Psychology, University of Queensland, Australia

Certificate of Attendance

Nucharee Yongthong

Signed

Conference Convener

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวนุชจรี หยองทอง
วัน เดือน ปีเกิด	30 พฤษภาคม พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2539-2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ที่อยู่ปัจจุบัน	หอกุลพิพัฒน์ ห้อง 910 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 08-1809-7682 E-mail:y.nucharee@hotmail.com, nucharee.yon@chulahospital.org

Copyright by Mahidol University