



ปัจจัยทำนายความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม



นรากรณ อื่นใจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม



นราภรณ์ อื่นใจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2564  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING FEAR OF CANCER RECURRENCE AMONG PATIENTS WITH  
BREAST CANCER



NARAPORN INJAI

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE  
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ นรากรณ์ อื่นใจ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



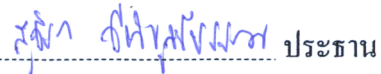
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิรา ชัยวิบูลย์ธรรม)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

 กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ. หุ้ยง ดร.ชนัดดา แนบ

เกษร)



คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรัชชัย จุลเมตต์)

วันที่ 14 เดือน ๑๐ พ.ศ. ๖4

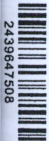
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา



คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 18 เดือน ๗ พ.ศ. ๒๕๖4



61910110: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ/ อาการปวด/ ความเครียด/ การมองโลกในแง่ดี/ แรงสนับสนุนทางสังคม

นราภรณ์ อื่นใจ : ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

น.ม. (FACTORS PREDICTING FEAR OF CANCER RECURRENCE AMONG PATIENTS

WITH BREAST CANCER) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เขมมาดี มาสิงบุญ, D.S.N., สายฝน ม่วงคุ้ม, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2564.

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นปัญหาด้านจิตใจที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/ หรือเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .92, .85, .84 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84 มีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 22.80, SD = 5.76$ ) โดยความเครียดเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ( $\beta = .61, p < .001$ ) ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินความเครียด สาเหตุของความเครียด และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาแนวทางจัดการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและป้องกันความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ได้อย่างเหมาะสมในระหว่างรับการรักษา

61910110: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FEAR OF CANCER RECURRENCE/ PAIN/ STRESS/ OPTIMISM/ SOCIAL SUPPORT

NARAPORN INJAI : FACTORS PREDICTING FEAR OF CANCER RECURRENCE AMONG PATIENTS WITH BREAST CANCER. ADVISORY COMMITTEE: KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N., SAIFONE MOUNGKUM, Ph.D. 2021.

The fear of cancer recurrence is a psychological problem that makes patients with breast cancer have improper coping behaviors. This predictive correlational study aimed to evaluate the fear of cancer recurrence and its predictors in breast cancer patients receiving radiotherapy and/ or chemotherapy at the outpatient departments of Chonburi Cancer Hospital. Ninety-four patients with breast cancer were recruited by a simple random sampling method. The research instruments included the personal data record form, the Fear of Cancer Recurrence Inventory Short Form (FCRI-SF), the Brief Pain Inventory Short Form (BPI-T), the Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale (T-PSS-10), the Life Orientation Test Revised (LOT-R) and, the Social Support Questionnaire (SSQ). The Cronbach alpha coefficients were .87, .92, .85, .84 and .98 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that 84 percent of the sample had a high level of fear of cancer recurrence ( $\bar{x} = 22.80, SD = 5.76$ ). Stress was only the factor that could predict fear of cancer recurrence among patients with breast cancer ( $\beta = .61, p < .001$ ). Therefore, nurses should regularly assess the stress, causes of stress, and the fear of cancer recurrence in patients with breast cancer to promote patients' ability to cope and manage stress properly to prevent fear of cancer recurrence during treatment.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวิชย์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือตลอดขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงใคร่ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ คณะกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และรองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อความถูกต้องและ สมบูรณ์ของวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อักรฐาน จิตนุยานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และคุณนันทพร พิชะยะ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่กรุณาให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านตลอดการศึกษา

นราภรณ์ อื่นใจ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
โรคมะเร็งเต้านม .....	11
ทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย.....	26
ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ.....	29
ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	66
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	67
ส่วนที่ 2 ความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม.....	72
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม .....	75
บทที่ 5 สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย .....	77
สรุปผลการวิจัย .....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป .....	82
บรรณานุกรม.....	83
ภาคผนวก .....	101
ภาคผนวก ก.....	102
ภาคผนวก ข .....	116
ภาคผนวก ค.....	119
ภาคผนวก ง .....	124
ภาคผนวก จ .....	131
ภาคผนวก ฉ.....	136
ภาคผนวก ช.....	138
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	140



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 94$ ) .....	67
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ( $n = 94$ ) ...	70
ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำแนกรายขอ ( $n = 94$ ).....	72
ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ( $n = 94$ ).....	74
ตารางที่ 5 Correlation matrix ระหว่างความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $n = 94$ ) .....	75
ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ( $n = 94$ ).....	76
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำรายขอ .....	139

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....8



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 2.10 ล้านราย เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2562 ที่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากถึง 316,700 ราย (American Cancer Society [ACS], 2019) สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 2,972 ราย โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 40.8 ของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในปี พ.ศ. 2560-2561 มีจำนวนมากถึง 565 และ 793 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ, 2560; 2561) เป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ประกอบกับนโยบายรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และการส่งเสริมทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) จึงทำให้มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ด้วยผลชิ้นเนื้อบริเวณท่อน้ำนมและต่อมน้ำนม ที่พบว่ามีภาวะผิดปกติและเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น คนส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นโรคแห่งความตาย (American Cancer Society [ACS], 2015) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ด้านจิตใจอย่างมาก นอกจากนี้โรคมะเร็งยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน (มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2557) โดยการรักษาหลักในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมคือการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกก่อน จากนั้นจึงรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้หายขาดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (National

Cancer Institute [NCI], 2019) ซึ่งการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงด้านร่างกาย ตามมา เช่น อาการเหนื่อยล้า (Janz et al., 2011) อาการปวด (Yang et al., 2018) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งยังทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เกิดความยุ่งยาก ในการดำรงชีวิตมากขึ้น (มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2557) จึงเกิดความเปราะบาง ทางอารมณ์ (Butow et al., 2018) ประสพกับความทุกข์ด้านจิตใจและอารมณ์ได้ง่าย โดยปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบ ได้แก่ ความวิตกกังวล พบร้อยละ 22.10 (Hazelton, Timm, Graugaard, Boisen, & Sperling, 2016) ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.20 (Chiou et al., 2016) ความกลัวตายร้อยละ 21.70 (Ali, Osmany, & Khan, 2014) ความกลัวการรักษาร้อยละ 62.50 (Renz et al., 2018) และ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำร้อยละ 76.81 (Peng et al., 2019)

จะเห็นว่า ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อย และผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (Sian et al., 2011) นอกจากนี้โรคมะเร็งด้านมยัง สามารถกลับเป็นซ้ำได้ ถึงแม้จะอยู่ในช่วงรับการรักษา โดยพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง เต้านมภายหลังการผ่าตัดถึงร้อยละ 30-57 (Colleoni, Sun, & Price, 2016; Munkong & Puttawibul, 2013) ด้วยลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ ผลข้างเคียงจากการรักษา และลักษณะของตัวโรคที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ง่าย

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความเป็นไปได้ที่มะเร็งจะ กลับมา หรือเกิดความก้าวหน้ากำเริบของโรคในอวัยวะเดิมหรือในส่วนของร่างกาย (Simard et al., 2013; Vickberg, 2003) โดย Lee-Jones, Humphris, Dixon, and Hatcher (1997) อธิบายภายใต้ ทฤษฎีสัมผัสสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย ของ Leventhal, Diefenbach, and Leventhal (1992) ว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นการรับรู้หรือภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วย ด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) ถูกกระตุ้นได้จากสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) เช่น สิ่งกระตุ้นอาการทางกาย (Somatic stimuli) และจากสิ่งกระตุ้นภายนอก (Outer stimuli) เช่น สื่อต่าง ๆ การตรวจนัดหมายเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคมะเร็ง ระหว่างรับการรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษา (Butow et al., 2018; Simard et al., 2013) เมื่อเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อความกลัวการกลับ เป็นมะเร็งซ้ำ และอาจมีพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม จนเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยใน ด้านต่าง ๆ ตามมา

ผลกระทบจากความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณอย่างมาก เช่น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีความยากลำบากในการตัดสินใจและ

การวางแผนเกี่ยวกับอนาคตร้อยละ 19 ส่งผลต่ออารมณ์ร้อยละ 25 (Thewes et al., 2012) เป็นสาเหตุทำให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจอื่น ๆ ตามมา หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้เป็นโรคทางจิตเวชได้ เช่น ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder [PTSD]) (Simonelli, Siegel, & Duffy, 2017) ความวิตกกังวล (Lucas, 2013) และภาวะซึมเศร้า (Sun et al., 2019) ส่วนผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำส่งผลให้ร่างกายถูกกระตุ้นมากเกินไป (Somatic hyperarousal) เกิดอาการกลัวอย่างตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผล (Panic attacks) และกระตุ้นอาการปวดให้กำเริบ (Simonelli et al., 2017) ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัด (Butow et al., 2018) และหันไปรับบริการการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น แสดงถึงการมีทุกข์ทางจิตใจอย่างมาก และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง (Burstein, Gelber, Guadagnoli, & Weeks, 1999; Montazeri, Sajadian, Ebrahimi, Haghghat, & Harirchi, 2007)

ผลกระทบด้านสังคม ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (เบญญพร บรรสาร และลินจง โปธิบาล, 2559) โดยมีพฤติกรรมเสาะแสวงหาการตรวจร่างกายหรือการตรวจเพิ่มเติม เพื่อต้องการความมั่นใจที่มากเกินไป เช่น พบแพทย์โดยไม่ไดวางแผนร้อยละ 34 ตรวจแมมโมแกรมหรืออัลตราซาวด์มากกว่า 1 ครั้งต่อปี ร้อยละ 89 ความถี่ในการตรวจทางคลินิกอื่น ๆ 3-4 ครั้งต่อปี ร้อยละ 74 เข้ารับการให้คำปรึกษาอย่างเร่งด่วนร้อยละ 15 (Thewes et al., 2012) เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) โดยไม่มีเหตุจำเป็น (Simonelli et al., 2017) ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางสังคม และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Butow et al., 2018; Lebel et al., 2016) และยังพบว่าผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการคัดกรองและการนัดหมายอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Butow et al., 2018; Fardell et al., 2016; Lee-Jones, Humphris, Dixon, & Hatcher, 1997) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งซ้ำ และส่งผลให้ระยะเวลาการมีชีวิตรอดสั้นลง (Butow et al., 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำยังกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการทางสังคมร้อยละ 6 ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างร้อยละ 13 (Thewes et al., 2012)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้น ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำจึงเป็นปัญหาที่พยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีสุขภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่ดี สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรค ลดและป้องกันการเกิดผลกระทบต่างๆ จากความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ได้แก่ ปัจจัย

กระตุ้นภายในตัวบุคคลและปัจจัยกระตุ้นภายนอก (Lee-Jones et al., 1997) โดยปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในหลาย ๆ การศึกษา ได้แก่ อาการปวด (Hall, Lennes, Pirl, Friedman, & Park, 2016; Mehnert et al., 2013) ความเครียด (Hall et al., 2018; Yang et al., 2018) การมองโลกในแง่ดี (Galica, 2017; Starreveld, Markovitz, van Breukelen, & Peters, 2018) และปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Mehnert et al., 2013; Wijayanti, Afyanti, Rahmah, & Milanti, 2018)

อาการปวด เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ไม่พึงพอใจ และมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อร่างกายถูกทำลาย (International Association for the Study of Pain [IASP], 2011; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2019; World Health Organization [WHO], 2018) อาการปวดส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรม แรงจูงใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และคุณภาพชีวิต (NCCN, 2019) โดยอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมนั้น พบได้ตั้งแต่ก่อนได้รับการวินิจฉัย ขณะได้รับการวินิจฉัย ระหว่างการรักษา ไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นอาการปวดที่เกิดได้จากตัวโรคมะเร็งและการรักษา มีลักษณะแตกต่างจากอาการปวดโดยทั่วไป เช่น อาการปวดจากการฉายรังสีจากการทำลายของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณที่ฉายรังสี จึงทำให้มีอาการปวดบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี (Yang et al., 2018) ส่วนอาการปวดจากเคมีบำบัด เกิดจากการทำลายเซลล์ทั่วร่างกายของยาเคมีบำบัดทำให้มีอาการปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ นอกจากนี้ยังทำให้มีอาการปวดชาบริเวณปลายมือและเท้า จากการทำลายเซลล์ประสาทส่วนปลายที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Paclitaxel (Zajackowska et al., 2019)

เมื่อมีอาการปวด ผู้ป่วยอาจตีความและเข้าใจว่าเป็นสัญญาณของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Yang et al., 2018) ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ (Ford, 2018) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ อาการปวดจึงเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านร่างกาย (Somatic stimuli) ที่ทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 883 ราย ของ Mehnert et al. (2013) พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38, p < .001$ ) นอกจากนี้อาการปวดยังสามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ดังการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการรักษาจำนวน 136 ราย ของ van den Beuken-van Everdingen et al. (2008) ( $\beta = .28, p < .001$ ) การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 432 ราย ของ Janz et al. (2011) ( $\beta = .86, p < .05$ ) และการศึกษาของ Hall et al. (2016) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 67 ราย พบว่ากลุ่มอาการทางกาย เช่น อาการอ่อนล้า ปัญหาการนอนหลับ อาการเวียนศีรษะ และอาการปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ อาการปวดบริเวณศีรษะ ท้อง หนาวอก หลัง และแขนขาและข้อต่อต่าง ๆ สามารถร่วมทำนายความกลัว



การกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ( $\beta = .29, p < .05$ ) นอกจากนี้การปวดยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์อื่น ๆ (Ford, 2018) และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดตามมาได้ (Hall et al., 2016)

ความเครียด เป็นการรับรู้ของบุคคล ที่เกิดขึ้นจากการประเมินสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ว่าอยู่นอกเหนือการควบคุม คุกคามต่อชีวิต และไม่สามารถรับมือหรือจัดการได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้รู้สึกบีบคั้น กัดค้น ไม่สบายใจ คับข้องใจ สับสน ทุกข์ใจ โกรธ หรือเสียใจ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นเหตุการณ์ความเครียด (Abbey, Thomson, Hickish, & Heathcote, 2014) ในช่วงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จากความไม่สบายใจจากตัวโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวด (WHO, 2018) อาการเหนื่อยล้า (Berger, Gerber, & Mayer, 2012) อาการคลื่นไส้อาเจียน (Ihbe-Heffinger et al., 2004) ความทุกข์ด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (Hazelton et al., 2016) ภาวะซึมเศร้า (Chiou et al., 2016) และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยบางรายกลายเป็นบุคคลว่างงาน จึงทำให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เมื่อเกิดความเครียด ผู้ป่วยต้องไขว่คว้าใจอย่างมาก เพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้กำลังใจหมดไป ความสามารถในการเผชิญกับอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์และทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ โดยความเครียดเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านจิตใจ (Psychological) ที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ Yang et al. (2018) ( $\beta = .24, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 82 ราย ของ Lucas (2013) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .36, p = .001$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่จำนวน 67 ราย ของ Hall et al. (2018) ( $r = .38, p = .002$ ) จากผลของความเครียดที่ทำให้ความสามารถในการเผชิญกับอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบต่าง ๆ ลดลง จึงอาจส่งผลให้มุมมองในการมองโลกของผู้ป่วยโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลงไป และทำให้มีการมองโลกในแง่ดีลดลง

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สภาพสังคม และความคาดหวังเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคตไปในทิศทางบวก (Carver & Scheier, 2014; Scheier & Carver, 1985; Schneider, Carver, & Bridges, 2012) การมองโลกในแง่ดีช่วยเสริมการปรับตัวทางอารมณ์และจิตใจให้ดีขึ้น (Shelby et al., 2008) ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี (Schneider, Gruman, & Coutts 2012) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียด จึงทำให้มุมมองการมองโลกเปลี่ยนไปในด้านลบ หรือมีการมองโลกในแง่ดีต่ำ (Finck et al., 2018) ซึ่งการมองโลก

ในแง่ดีต่ำเป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล ที่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ (Carver & Scheirer, 2014) ผู้ป่วยที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำจะรับมือกับความยากลำบากได้น้อย ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 2,143 ราย ของ Galica (2017) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.34, p < .001$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 267 ราย ของ Starreveld et al. (2018) พบว่าการมองโลกในแง่ดีสามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ( $\beta = -.45, p < .001$ ) ซึ่งอธิบายว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นลักษณะที่ดีในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้สามารถจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบได้ดีขึ้น ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำจึงลดลง นอกจากปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำแล้ว สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมยังอีกเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเช่นกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกถึงการมีคุณค่า ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ โรคมะเร็งถือเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นในการพึ่งพาคู่คนอื่นเพื่อการดำรงชีวิต ทั้งจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และจากสังคม ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายนอก (Outer stimuli) (Leventhal et al., 2003) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาและเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2557) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลับพบว่าช่วงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง (Haviland et al., 2017) ซึ่งรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดแหล่งช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ตลอดจนขาดกำลังใจและแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ จึงทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชจำนวน 153 ราย ของ Wijayanti et al. (2018) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.69, p < .01$ ) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตัวเอง และได้รับการประเมินสะท้อนคิด และส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ โดยผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำ

ต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mehnert et al. (2013) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 1,281 ราย ( $r = -.16, p < .001$ )

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาค้นคว้าการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษาไปแล้ว พบการศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษา ค่อนข้างน้อย (อภิพันธุ์ จันทะไทย, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ และนพดล โสภารัตนาไพศาล, 2561; Millan, Cameron, Yang, & Humphris, 2019) และศึกษาเพียงปัจจัย ภายในหรือปัจจัยภายนอกบุคคลเท่านั้น ยังไม่มีการนำปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล ได้แก่ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาอำนาจในการทำนายความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในช่วงระหว่างรับการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับสูง (Butow et al., 2018; Peng et al., 2019; Yang et al., 2018) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ โดยมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล ได้แก่ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่อยู่ระหว่างรับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง แห่งเดียวในภาคตะวันออก ผลการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม นำมาสู่การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการจัดการปัจจัยดังกล่าว และแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และให้ผู้ป่วยเผชิญกับอารมณ์ด้านลบ อื่น ๆ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาค้นคว้าการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาศามารถในการทำนาย ของปัจจัย อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

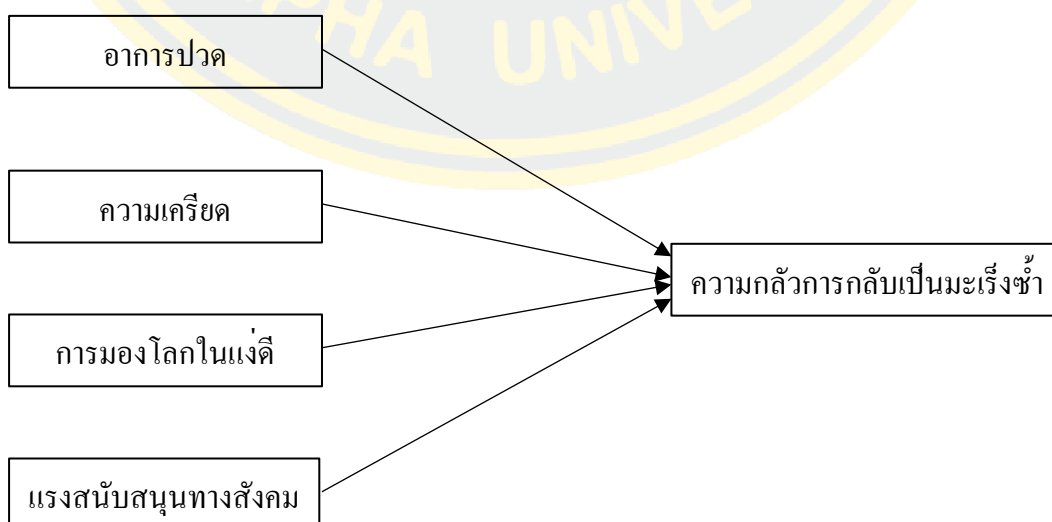
### สมมติฐานการวิจัย

อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความถี่ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีสัมมัญญ์สำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย (The commonsense model of self-regulation of health and illness) ของ Leventhal และคณะ (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย ทฤษฎีสัมมัญญ์สำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย ได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลจะวิเคราะห์ห้ประมวลผล และสร้างภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional illness representations) จากสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) และจากสิ่งกระตุ้นภายนอก หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก (Outer stimuli) ร่วมกับประสบการณ์เจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งบุคคลจะใช้ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ ในการตอบสนองและกำกับพฤติกรรม เพื่อให้มีอารมณ์หรือความรู้สึกที่สุขสบาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือ เคมีบำบัด ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาและอาการปวด (สิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเนื่องจากไม่สามารถควบคุมหรือเผชิญกับภาวะต่าง ๆ ได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีการมองโลกในแง่ดีที่ต่างกัน และมีแรงสนับสนุนทางสังคม (สิ่งกระตุ้นภายนอก) ที่ต่างกัน จึงทำให้มีการประมวลผลหรือแปลผล และตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นดังกล่าวที่แตกต่างกัน โดยการตอบสนองสะท้อนออกมาในรูปแบบหรือระดับของความกลัวต่อการเกิดมะเร็งซ้ำที่ต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าอาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้ สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความสามารถในการร่วมทำนาย ของปัจจัย อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากแพทย์ด้วยผลชิ้นเนื้อ บริเวณท่อน้ำนม และต่อมน้ำนม ที่พบว่ามีความผิดปกติและเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม ผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัด และถูกส่งตัวมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด โดยแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่แผนกผู้ป่วยนอก 2 แห่ง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer patients) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ จากผลชิ้นเนื้อ (Tissue pathology) บริเวณท่อน้ำนมและ/หรือต่อมน้ำนม ที่พบว่ามีความผิดปกติและเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม ผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัดและถูกส่งตัวมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด โดยแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่แผนกผู้ป่วยนอก 2 แห่ง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และ แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Fear of cancer recurrence) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมถึงโอกาสที่จะกลับมาเป็นโรคมะเร็งหรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งในอวัยวะเดิมหรือในส่วนของร่างกาย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) ของ อกันตริ จันทะไทย และคณะ (2561)

อาการปวด (Pain) หมายถึง การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมถึงความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อร่างกายที่ถูกทำลาย และส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความปวด (Brief Pain Inventory Short Form [BPI-T]) ของ พงศ์การดี เจาทะเกษตริณ (2551)

ความเครียด (Stress) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่เกิดจากการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เผชิญอยู่ และการรักษาที่ได้รับ ว่าคุกคามต่อชีวิต อยู่นอกเหนือการควบคุม และไม่สามารถรับมือ จัดการควบคุมได้ ทำให้ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ตึงเครียด โกรธ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดฉบับภาษาไทย (Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale [T-PSS-10]) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2010)

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับมือต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สภาพสังคม และความคาดหวังเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคตไปในทิศทางบวก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ของ จารุวรรณ ขอกระหนึ่ง (2554)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับมือถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ ทำให้รู้สึกถึงการมีคุณค่า การได้รับซึ่งความรัก ความเอาใจใส่ จากบุคคลในครอบครัว ญาติ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2550)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. ทฤษฎีสัมมูลสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย
3. ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ
4. ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

#### โรคมะเร็งเต้านม

##### ความหมาย

โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม (Terminal duct lobular units) ได้ตามปกติ ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ไร้ระเบียบ และเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นก้อนเนื้อมะเร็งบริเวณท่อน้ำนม เนื้อเยื่อเต้านม หรือหัวนม (ACS, 2019)

##### อุบัติการณ์

ปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 2.10 ล้านราย สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 14,966 ราย (กรมการแพทย์, 2557) และในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 2,972 ราย โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 40.8 ของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มาเข้ารับรักษาในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 มีจำนวน 565 และ 793 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ, 2560; 2561) โดยโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 100 เท่า อัตราป่วยในเพศหญิงคิดเป็น 30-40 คน ต่อ

ประชากร 100,000 คน และพบว่ามีความชุกอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ถึงวัยเริ่มหมดประจำเดือน โดยช่วงอายุ 25-50 ปี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555) อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในเพศชาย พบได้ประมาณ 2 ราย ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1,000 ราย (ขวัญฤดา มิตรภักดี, 2561) และพบบ่อยในช่วงอายุ 60-70 ปี (กรมการแพทย์, 2557)

จากข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ประกอบกับนโยบายรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และการส่งเสริมทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) จึงทำให้มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น

#### ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ จำแนกเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก โดยสาเหตุที่พบได้บ่อย มีดังนี้

##### 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ พบโอกาสในเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 100 เท่า (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

1.2 อายุ ในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูง (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

1.3 การมีบุตร พบว่าผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้หญิงที่ไม่มีบุตรมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูง (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

1.4 ความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับฮอร์โมนในร่างกาย เช่น รับประทานยาคุมกำเนิด (NCI, 2019) มีประจำเดือนตั้งแต่อายุน้อยกว่า 12 ปีหรือประจำเดือนหมดเร็วก่อนอายุ 55 ปี (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

1.5 การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การมีญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาวหรือน้องสาวป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม และการผ่าเหล่าของยีน มีการผ่าเหล่าชนิด Inherited changes ของยีน BRCA1 BRCA2 การมีลักษณะเนื้อเต้านมหยาบแน่น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (NCI, 2019)

1.6 พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไขมันสูงและภาวะอ้วน (NCI, 2019)



2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การถูกกระตุ้นจากสิ่งก่อมะเร็ง เช่น การได้รับรังสีที่กระตุ้นให้เกิดมะเร็ง พบได้ภายหลังรับการรักษาด้วยรังสีรักษา (NCI, 2019) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยขณะได้รับรังสี พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (กรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณเซลล์ท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม และหากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หรือควบคุมไม่ได้ จะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านมเกิดขึ้น

### พยาธิสภาพการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม (Terminal duct lobular unit) มีการเจริญเติบโตมากผิดปกติ (Hyperplasia) และรูปร่างของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากรูปร่างเดิม (Dysplasia) ซึ่งทำให้มีการเจริญเติบโตอย่างควบคุมไม่ได้ กลายเป็นก้อนมะเร็งอยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม (Ductal/lobular carcinoma in situ) หรือเรียกว่า มะเร็งในระยะไม่ลุกลาม (Noninvasive ductal/lobular carcinoma) และเมื่อก้อนมะเร็งยังคงมีการเจริญเติบโตที่ควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่อง สุดท้ายจะทำให้เกิดการลุกลามของมะเร็งไปยังเนื้อเยื่อเต้านมโดยรอบ หรือเรียกว่าโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Invasive ductal/lobular carcinoma) จากนั้นจะมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง และท้ายที่สุดจะนำไปสู่การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastasis) และทำให้เกิดความรุนแรงหรือมีระยะและการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น (กรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559) เมื่อเกิดพยาธิสภาพหรือมีความผิดปกติของเซลล์บริเวณท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง โครงสร้าง การทำหน้าที่ของเต้านม และทำให้มีอาการหรืออาการแสดงผิดปกติเกิดขึ้น

### อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

NCI (2019) กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมไว้ ดังนี้

1. คลำพบก้อนบริเวณเต้านมหรือรักแร้ โดยก้อนที่พบมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดและรูปร่างอย่างรวดเร็ว
2. ผิวหนังบริเวณเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ เช่น ผิวหนังไม่เรียบ มีรอยบุ๋มคล้ายผิวส้ม (Peau d'orange)
3. มีการดึงรั้งของหัวนมหรือมีการผิดรูปของหัวนมและเต้านม
4. มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ นอกเหนือจากน้ำนม โดยเฉพาะสารคัดหลั่งที่มีลักษณะเป็นเลือด ไหลออกมาจากหัวนม

นอกจากนี้อาจพบอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

เมื่อมีอาการผิดปกติข้างต้น ควรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดจากแพทย์ เพื่อค้นหาและรักษาโรคมะเร็งเต้านมอย่างรวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

### การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม ใช้การตรวจประเมินร่วมกันจากการซักประวัติอาการผิดปกติที่สงสัยว่าจะอาจจะเป็นมะเร็งเต้านม การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษต่าง ๆ และผลการตรวจลักษณะทางพยาธิวิทยา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

1. การซักประวัติ (History taking) เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่จะนำไปสู่การตรวจคัดกรองด้วยวิธีการอื่น ๆ ในกรณีซักประวัติแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม เช่น ญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีประวัติเป็นประจำเดือนเมื่ออายุน้อย รับประทานยาคุมกำเนิด และมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ คลำพบก้อนที่เต้านม มีสารคัดหลั่งบริเวณหัวนม เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย (Physical examination) ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination [BSE]) และโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Self-Examination [CBE]) โดยอาจคลำพบก้อนบริเวณเต้านม รวมทั้งบริเวณรักแร้และเหนือกระดูกไหปลาร้า

3. การตรวจพิเศษ (Special tests) เมื่อซักประวัติและตรวจร่างกาย พบว่ามีความผิดปกติที่สงสัยว่าจะอาจเป็นโรคมะเร็งเต้านม แพทย์จะพิจารณาทำการตรวจพิเศษเพื่อช่วยในการระบุตำแหน่ง ลักษณะ ขนาด และรูปร่างของก้อนเนื้อที่เต้านม ด้วยภาพถ่ายพิเศษ ได้แก่ การตรวจอัลตราซาวด์ และการตรวจแมมโมแกรม มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) เป็นการตรวจเต้านมโดยใช้คลื่นสะท้อนแรงสูง ที่ทำให้ได้ภาพรายละเอียดลักษณะของก้อนบริเวณเต้านม ขนาดและขอบเขตของก้อน จำนวนก้อน ช่วยแยกความแตกต่างของก้อนว่าเป็นก้อนเนื้อหรือถุงน้ำ และใช้ประกอบการตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) การตรวจอัลตราซาวด์สามารถพบมะเร็งเต้านมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 โดยเฉพาะในผู้ที่มียาอายุน้อย หรือมี Dense breast แต่พบผลบวกสูงถึงร้อยละ 2.40 ถึง 12.90 (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

3.2 การตรวจแมมโมแกรม (Mammography) หรือการตรวจเต้านมโดยใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม ที่อ่านผลโดยนักรังสีการแพทย์ ตามหลัก Breast Imaging Report and Data System (BIRADS) โดยผลการตรวจแมมโมแกรม แบ่งเป็น BIRADS 0-6 หรือ Category

0-6 หากตรวจพบว่ามีคามผิดปกติที่สงสัยว่าจะเป็น โรคมะเร็งเต้านม หรือ BIRADS/ category 4 (Suspicious abnormality) ขึ้นไป ควรทำการตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ในประเทศไทยมีข้อบ่งชี้ให้ทำการตรวจแมมโมแกรมในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไปทุกราย สำหรับรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมอาจทำการตรวจแมมโมแกรมได้เมื่ออายุน้อยกว่านั้น (กรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

3.3 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (Computerized tomography scan chest) โดยอาศัยหลักการใช้รังสีเอกซ์ จากหลอดเอกซเรย์ (X-ray tube) ที่อยู่ภายในเครื่อง โดยเครื่องจะหมุนรอบผ่านอวัยวะบริเวณทรวงอกและเต้านม จากนั้นจะมีการแปลงปริมาณรังสีที่ได้ในหัววัดเป็นสัญญาณไฟฟ้า แล้วทำการสร้างภาพด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เป็นภาพตัดขวางที่ซอยเป็นแผ่นบาง ๆ ของอวัยวะบริเวณทรวงอกและเต้านม โดยภาพที่ได้สามารถบอกรายละเอียดได้ชัดเจนกว่าภาพเอกซเรย์ทั่วไป (ศูนย์วิจัยวินิจฉัยความก้าวหน้า [ไอแมค] มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

3.4 การตรวจด้วยรังสีคลื่นแม่เหล็กเต้านม (Magnetic Resonance Imaging breast [MRI breast]) การตรวจ MRI ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากมีราคาค่อนข้างสูง แพทย์จะทำการตรวจคัดกรองด้วย MRI ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าร้อยละ 20-25 เท่านั้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีญาติพี่น้องเป็นมะเร็งที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ผู้ป่วยที่มีประวัติมะเร็งเต้านม และหรือมะเร็งรังไข่ในครอบครัว และผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณหน้าอก (กรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

จากข้อมูลเบื้องต้น แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการตรวจเพิ่มเติมหรือการรักษาหรือไม่ ในรายที่ลักษณะการตรวจเข้าได้กับลักษณะของเนื้องอกไม่ร้ายแรง แพทย์อาจนัดผู้ป่วยมาตรวจสม่ำเสมอ เพื่อตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของรอยโรค ในรายที่สงสัยอาจต้องมีการเจาะหรือตัดชิ้นเนื้อจากก้อนตรวจเพิ่มเติม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

4. การตรวจลักษณะทางพยาธิวิทยา (Tissue pathology) เป็นการตรวจโดยนำชิ้นเนื้อจากก้อนเนื้อที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง ส่งตรวจดูลักษณะทางพยาธิวิทยาของเซลล์ว่ามีการเปลี่ยนแปลงและผิดปกติเป็นเซลล์มะเร็งหรือไม่ นอกจากนี้ยังใช้ในการจำแนกความรุนแรงของโรคจากระดับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็ง โดยมีวิธีการและรายละเอียดการตรวจ ดังนี้

4.1 การเจาะตรวจด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle biopsy) โดยใช้เข็มขนาดเล็กเจาะตรวจก้อนเนื้อที่เต้านมที่สงสัยว่าเป็นถุงน้ำหรือเนื้องอก เพื่อดูคน้ำมาตรวจ หรือตรวจด้วยจุลทรรศน์เพื่อดูลักษณะของเซลล์

4.2 การตัดเนื้อตรวจด้วยเข็ม (Core needle biopsy) โดยการใส่เข็มขนาดใหญ่ เจาะตัดก้อนเนื้อเต้านมที่สงสัย หรือเจาะบริเวณที่ผิดปกติจากการตรวจเอ็กซเรย์แมมโมแกรม

ส่งตรวจห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา เพื่อให้พยาธิแพทย์ตรวจลักษณะของเซลล์ว่าเป็นเซลล์มะเร็งหรือไม่

4.3 การผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ (Surgical biopsy) โดยแพทย์จะตัดเนื้อบางส่วนหรือทั้งหมดของก้อนเนื้อเต้านมที่สงสัย และตรวจสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็ง กล่าวโดยสรุป ผู้ที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์จากผลชิ้นเนื้อ (Tissue pathology) บริเวณท่อน้ำนมและ/หรือต่อมน้ำนม ที่แสดงถึงความผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม เมื่อผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม จะมีการตรวจย้อมเซลล์เพิ่มเติมเพื่อดูความรุนแรงของโรคและเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการรักษาโรคมะเร็งเต้านม จึงต้องอาศัยทีมแพทย์ในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและระยะของโรคมะเร็งเต้านม

#### การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง

ความรุนแรงและระยะของโรคมะเร็ง มีความสำคัญต่อการวางแผน และเปรียบเทียบผลการรักษา นอกจากนี้ยังบ่งบอกถึงการลุกลามของและการพยากรณ์โรคมะเร็ง โดยสามารถจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็งได้จากลักษณะทางพยาธิวิทยา ลักษณะทางคลินิกหรือระยะลุกลามของโรคมะเร็ง และตามระบบ TNM (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; ACS, 2019) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การจำแนกตามระบบ TMN (TMN Classification system) เป็นระบบการจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็งที่พัฒนาโดยคณะกรรมการร่วม โรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on Cancer: AJCC) และสหภาพสากลต่อต้านโรคมะเร็ง (The Union for International Cancer Control: UICC) ซึ่งพิจารณาตามองค์ประกอบ ดังนี้

ขนาดและขอบเขตของตัวก้อนมะเร็ง (Primary tumor: T) แบ่งเป็น

Tx	ไม่สามารถประเมินได้
To	ไม่พบก้อน
Tis	ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก
T1 - T4	ตรวจพบก้อนขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ขนาดเล็กไปจนถึงขนาดใหญ่
	การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes: N) แบ่งเป็น
Nx	ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการกระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง
N0	ไม่พบการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง
N1 - N3	ตรวจพบการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงตั้งแต่

จำนวนและขอบเขตน้อยไปจนถึงมาก

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (Distant metastasis: M) แบ่งเป็น

Mx ไม่สามารถประเมินได้

M0 ไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น

M1 ตรวจพบการกระจายไปอวัยวะอื่น

2. การจำแนกตามลักษณะทางพยาธิวิทยา (Cancer grading) โดยพิจารณาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็งกับรูปร่างและลักษณะของเซลล์ต้นกำเนิด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 เกรด ดังนี้

เกรด 1 (Well differentiated: Low grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ชัดเจน เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ต้นกำเนิดเล็กน้อย

เกรด 2 (Moderate differentiated: Intermediate grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ได้บ้าง เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ต้นกำเนิดมากขึ้น

เกรด 3 (Poorly differentiated: High grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์น้อย เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ต้นกำเนิดมาก

เกรด 4 (Undifferentiated: High grade) หมายถึง ไม่มีการจำแนกลักษณะของเซลล์เลย เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถทราบว่าเป็นเซลล์ประเภทใด

3. การจำแนกตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะการลุกลามของโรคมะเร็ง (Cancer staging) พิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระยะ (Stage) ดังนี้

ระยะที่ 1 (Stage I) หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตอยู่ในขอบเขตเฉพาะเนื้อเยื่อต้นกำเนิด

ระยะที่ 2 (Stage II) หมายถึง ระยะที่เซลล์ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง

ระยะที่ 3 (Stage III) หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายออกไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงอวัยวะเดิม

ระยะที่ 4 (Stage IV) หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายออกไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น ๆ ที่ไกลออกไปจากอวัยวะเดิม

การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง มีเกณฑ์ในการแบ่งที่หลากหลาย ได้แก่ ระบบ TNM ซึ่งเป็นการจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง การจำแนกตามลักษณะทางพยาธิวิทยา (Cancer grading) และการจำแนกตามลักษณะทางคลินิก

หรือระยะการลุกลามของโรคมะเร็ง (Cancer staging) โดยพบว่าในปัจจุบัน มีการใช้ระบบ TNM อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย สอดคล้องกับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ใช้เกณฑ์การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็งตามระบบ TNM (AJCC 8<sup>th</sup> Edition) ซึ่งการจำแนกความรุนแรงและระยะของโรคมะเร็งมีความสำคัญอย่างมากต่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

### การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือเพื่อยืดอายุผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง และสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการรักษาในปัจจุบันประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอโมนบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาด้วยภูมิคุ้มกัน (NCI, 2019)

1. การผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) ถือเป็นวิธีการหลักในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งชนิดก้อนแข็ง (Solid tumor) ในระยะที่มะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดจากโรค ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา เพื่อควบคุมหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายอาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การผ่าตัดเพื่อลดอาการปวด (วงจันทร์เพชรพิเชฐเชียร, 2554) การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (NCI, 2019) ประกอบด้วย

1.1 Modified Radical Mastectomy (MRM) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งเต้านมทั้งเต้าและต่อมน้ำเหลืองใต้วงอกทั้งหมด ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้ใช้เป็นมาตรฐานในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม พบว่าภายหลังการผ่าตัด MRM ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำได้ในบริเวณผนังทรวงอก (Chest wall) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง เช่น บริเวณ Supraclavicular nodes ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ พบได้น้อย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

1.2 Breast Conserving Surgery (BCS) หรือการสงวนเต้า เป็นการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก โดยสงวนเนื้อเต้านมบางส่วนไว้

1.3 Total Mastectomy (TM) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็ง เต้านมออกทั้งเต้า ร่วมกับเลาะกล้ามเนื้อผนังหน้าอกออกไปทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันวิธีนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม

2. รังสีรักษา (Radiotherapy) หรือการฉายรังสี เป็นการรักษาเฉพาะที่เช่นเดียวกับการผ่าตัด จุดมุ่งหมายในการรักษาคือการหายขาดจากโรค และควบคุมหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งในผู้ป่วยระยะเริ่มต้น ส่วนในผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย การฉายรังสีเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ เช่น อาการปวด (NCI, 2019) ขอบ่งชี้ในการรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วย

โรคมะเร็งเต้านม ใต้แก่ ก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ต่อมน้ำเหลือง ขนาดของก้อนมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับ T3 ตัดขอบก้อนมะเร็งออกไม่หมด (Positive free margin/ not free margin) หรือตัดขอบก้อนมะเร็งออกได้หมด (Close free margin) แต่ตัดขอบได้ไม่มาก คือในระยะ น้อยกว่า 1-2 มิลลิเมตรจากก้อนมะเร็ง และในกรณีที่มะเร็งลุกลามไปยังกล้ามเนื้อหน้าอก Pectoral fascia ซึ่งการรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมนั้น จะเริ่มภายหลังจากผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ ส่วนในกรณีที่ให้เคมีบำบัดก่อน ควรรักษาด้วยรังสีรักษาภายหลังเคมีบำบัดครบแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ในการฉายรังสี 1 รอบการรักษา แพทย์จะฉายรังสีประมาณ 25-30 ครั้ง รวมระยะเวลาในการรักษาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ปริมาณรังสีรวมทั้งสิ้นประมาณ 50 Gray โดยจะฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้จำนวนครั้งของการฉายรังสีในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความลึกของก้อนมะเร็ง สภาพความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์ (The American Society for Radiation Oncology [ASTRO], 2018) กลไกการจัดการกับเซลล์มะเร็งของรังสีนั้น เกิดจากการที่รังสีจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนที่มีอยู่ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ ทำให้เกิดการแตกตัวของประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูลอิสระ (Free radiation) ส่งผลให้มีการทำลาย DNA ของเซลล์มะเร็ง จนไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ และเกิดการตายในที่สุด

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาที่มีผลต่อร่างกายทั้งระบบ (Systemic treatment) การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะของโรค กล่าวคือ ในผู้ป่วยระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 การให้เคมีบำบัดจะให้ภายหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการกลับเป็นซ้ำของโรค ในผู้ป่วยระยะที่ 4 หรือระยะแพร่กระจายให้เคมีบำบัดเพื่อประคับประคองอาการของโรค (NCI, 2019) ขอบ่งชี้ในการรักษาด้วยเคมีบำบัด ใต้แก่ ขนาดก้อนมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 เซนติเมตร โรคมะเร็งเต้านมชนิด Non triple negative breast cancer (ผิวเซลล์ไม่ติดตัวรับสัญญาณใด ๆ ทั้งตัวรับสัญญาณฮอว์โมน และตัวรับสัญญาณยีน HER2) ในผู้ป่วยที่มีการแสดงออกของยีน HER2 ซึ่งจะให้ร่วมกับยาด้าน HER2 และในผู้ป่วยที่ผิวเซลล์ติดตัวรับสัญญาณ (Triple negative breast cancer) รายที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง เช่น ตัดขอบก้อนมะเร็งออกไม่หมด (Positive free margin) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) โดยสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ ใต้แก่ CMF, AC, FAC และ TC (A: Adriamycin, C: Cyclophosphamide, F: Fluorouracil [5FU], M: Methotrexate และ T: Paclitaxel) ใน 1 ครั้งของการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีรอบในการให้ยา (Cycle) ทั้งหมด ประมาณ 4-6 รอบ ระยะห่างในการให้ยาแต่ละรอบ 21-28 วัน ระยะเวลาในการบริหารยาเคมีบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 2-4 ชั่วโมง (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) ซึ่งยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด มีกลไกในการยับยั้ง

การแบ่งเซลล์ระยะต่าง ๆ ทำให้เซลล์มะเร็งสูญเสียหน้าที่และถูกทำลายในที่สุด

4. การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นการออกฤทธิ์เจาะจงที่เซลล์มะเร็งโดยตรง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยและเป็นผลข้างเคียงเฉพาะที่ (NCI, 2019) ปัจจุบันมีการใช้ยาในกลุ่ม Monoclonal antibody ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมรวมกับการให้ยาเคมีบำบัด เช่น การให้ยามุ่งเป้า Trastuzumab ร่วมกับยาเคมีบำบัด (Doxorubicin, Cyclophosphamide, Paclitaxel) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastatic breast cancer) ชนิด Triple negative (Hormone receptor negative and human epidermal growth factor receptor 2 [HER2] negative) (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

5. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone therapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน มีข้อบ่งชี้ในการรักษาคือ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมชนิดที่ผิวเซลล์มีตัวติดตัวรับสัญญาณฮอร์โมน (Hormone responses breast cancer) และยังไม่หมดประจำเดือน โดยภายหลังเสร็จสิ้นการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือเคมีบำบัด และพบว่าเซลล์มะเร็งยังคงหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยการรักษาด้วยฮอร์โมน จะให้ได้ผลในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งมีตัวรับต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน (ER positive หรือ PR positive) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนส่งผลในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงมีการให้ยาต้านฮอร์โมนเพื่อลดขนาดและชะลอการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (NCI, 2019) ในปัจจุบันมีการใช้ยา Tamoxifen โดยตัวยาคงเข้าไปแย่งที่กับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีอยู่ในร่างกาย ไม่ให้มีโอกาสกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่นั้นเติบโตได้ หรือมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ส่วนในรายที่หมดประจำเดือน (อายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี หรือในรายที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีประวัติขาดประจำเดือนนาน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน) แนะนำให้ยากลุ่ม Aromatase Inhibitors (AIs) (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

6. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง โดยการฉีดสารที่สร้างจากร่างกายหรือสารที่ทำการสังเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มหรือฟื้นฟูภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติของร่างกาย ในการต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งชนิดนี้เรียกอีกอย่างว่าการบำบัดด้วยชีวภาพ ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ยา Atezolizumab ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ชนิด Triple-negative (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความหลากหลาย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย และดุลยพินิจของแพทย์ โดยการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพคือ



การผ่าตัด จากนั้นจึงรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด หรือวิธีการอื่น ๆ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งมีความหลากหลายและทันสมัยมากขึ้น การรักษาบางชนิดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงได้ดี ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้การรักษาหลายชนิดร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค นอกจากนี้พบว่าระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย เช่นในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาก่อน แต่บ่อยครั้งที่แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยรังสีรักษา เนื่องจากระยะเวลารอคอยคิวในการฉายรังสีค่อนข้างยาวนาน ซึ่งอาจทำให้ตัวโรคมักมีการกลับเป็นซ้ำเร็วขึ้น

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม นอกจากขึ้นอยู่กับระยะของโรค ความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย คุณยพินิจของแพทย์ ยังขึ้นอยู่กับบริบทของระบบบริการสุขภาพด้วย โดยมีเป้าหมายหลักในการรักษาเพื่อให้อาการจากโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค แต่ในขณะเดียวกัน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ด้วยเช่นกัน

#### ผลกระทบของจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ

โรคมะเร็งตามความเชื่อของคนส่วนใหญ่ คือโรคแห่งความตาย (ACS, 2015) เมื่อได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งซึ่งถือว่าเป็นสิ่งร้ายแรงและคุกคามชีวิต ทำให้มีผลต่อความรู้สึกรู้สึกของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Oers & Schlebusch, 2013) นอกจากนี้ระหว่างรับการรักษาทั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัด และรังสีรักษา ล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ขณะการรักษา จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เกิดได้จากตัวโรคมะเร็ง การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา อาการเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยมากที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีระยะเวลาและความรุนแรงแตกต่างกันอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 40 (Berger et al., 2012)

1.2 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea/ vomiting) เป็นอาการที่พบได้มากถึงร้อยละ 60.70 จากการที่ยาเคมีบำบัดไปกระตุ้น Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ) บริเวณ Medulla oblongata แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน เกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 24 ชั่วโมง โดยจะพบอาการสูงสุด 48-72 ชั่วโมง บางรายอาจนานถึง 7 วัน (Ihbe-Heffinger et al., 2004)

1.3 เบื่ออาหาร (Loss of appetite) พบได้ร้อยละ 80 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร จากต่อมน้ำลายถูกทำลายด้วยยาเคมีบำบัดบางชนิด หรือจากการฉายรังสีบริเวณช่องปาก เป็นอาการชั่วคราวและจะหายไป ใน 2-6 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (อมรรัตน์ นัธะสนธิ, 2550)

1.4 อาการปวด (Pain) อาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีสาเหตุมาจากอาการปวดจากตัวโรค (Cancer-related pain) โดยสามารถพบได้ในทุกระยะของโรค ทั้งก่อนได้รับการวินิจฉัย ระหว่างรับการรักษา ไปจนถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) โดย WHO (2018) รายงานว่าพบอาการปวดได้มากถึงร้อยละ 66 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และร้อยละ 55 ในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษา ในช่วงรับรักษานั้น พบว่าอาการปวดเกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษาชนิดต่าง ๆ เช่น อาการปวดจากการฉายรังสี (Doo, Shin, Yoo, & Park, 2018; Yang et al., 2018) และอาการปวดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Zajackowska et al., 2019)

1.5 ท้องเสีย (Diarrhea) เป็นผลมาจากเชื้อบุงทางเดินอาหารถูกทำลาย ส่งผลให้การย่อย และการดูดซึมอาหารลดลง พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด Fluorouracil (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

1.6 แผลในเยื่อช่องปาก (Mucositis) พบได้ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Silverman, 2007) หรือจากการฉายรังสีบริเวณช่องปาก โดยทั่วไปมักเกิดหลังได้รับยาเคมีบำบัด 5-7 วัน และอาการจะคงอยู่ประมาณ 5-7 วัน พบได้ในยา Fluorouracil (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

1.7 ผมร่วง (Alopecia) เกิดจากการทำลายเซลล์รากผมของยาเคมีบำบัด ซึ่งผมจะงอกขึ้นใหม่ภายหลังเสร็จสิ้นการรักษา 1-2 เดือน (West, 2017) พบได้ในยาเคมีบำบัดบางชนิด เช่น ยา Methotrexate (กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกกังวลใจ วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า ตลอดจนทำให้สูญเสียสมาธิ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Nation Cancer Institute [NCCN], 2020)

2.1 วิตกกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของจิตใจและร่างกาย หรือความรู้สึกหวั่นไหว ไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัย โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความวิตกกังวลร้อยละ 22.10 (Hazelton et al., 2016)

2.2 กลัว (Fear) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์อย่างเฉียบพลัน หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อสิ่งกระตุ้นหรือภัยคุกคาม เกิดภายหลังการได้รับการกระตุ้น เกิดจากการรับรู้ถึง

ภัยคุกคามที่มีความเฉพาะเจาะจง (Lewis, Haviland-Jones, & Barrett, 2008) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น บ่อยจากความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Macleod, 2017) พบได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จากความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งคือโรคแห่งความตาย (ACS, 2015) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความตาย (Fear of death) การศึกษาของ Ali, Osmany, and Khan (2014) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความกลัวตายร้อยละ 21.7 นอกจากนี้ การรับรู้ถึงผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็ง ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกกลัวการรักษา (Fear of treatment) ตั้งแต่เข้ารับการรักษา ร้อยละ 62.5 (Renz et al., 2018) และด้วยลักษณะของตัวโรคมะเร็งที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้ ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Fear of cancer recurrence) ซึ่งพบได้ร้อยละ 76.81 (Peng et al., 2019)

2.3 ซึมเศร้า (Depression) เป็นความรู้สึกสูญเสียการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต บุคคลจะมีการแสดงออกโดยคำหยาบคาย โทษตัวเอง มองตนเองว่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง แยกตัว เบื่อหน่าย สิ้นหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 23.20 (Chiou et al., 2016)

3. ผลกระทบด้านสังคม โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถหายได้เอง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา ส่งผลให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมของระบบบริการสาธารณสุข (American Cancer Society [ACS], 2018) รายงานว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ประมาณ 80.20 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ร้อยละ 52 เป็นภาระค่าใช้จ่ายจากการมาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และร้อยละ 38 เป็นภาระค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สำหรับประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า งบประมาณรายจ่ายด้านค่ารักษาโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็น 727,065,940.32 ล้านบาท นอกจากนี้ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น อาการอ่อนเพลีย การสูญเสียภาพลักษณ์ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และเกิดการแยกตัวออกจากสังคม และมีการสร้างโลกส่วนตัวให้กับตัวเอง (Sand & Strang, 2006)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง หดหู่ สิ้นหวัง ผู้ป่วยต้องอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Arslan, Celebioglu, & Tezel, 2009)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่านั้นที่อยู่ระหว่างรับการรักษา นั้นได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายอย่างมากจากผลข้างเคียงจากการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ เกิดความ

วิตกกังวล ความกลัวว่ามะเร็งจะกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากถึงแม้จะอยู่ระหว่างการรักษาก็ตาม กลับพบว่าโรคมะเร็งสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ (American Cancer Society [ACS], 2016)

### **การกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม**

การกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Cancer recurrence) หมายถึง การที่เซลล์มะเร็งกลับมาหรือเกิดความก้าวหน้ากำเริบของโรค (Progression) ในตำแหน่งเดิมหรือในอวัยวะและส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ภายหลังจากการรักษาหลัก เช่นการผ่าตัด และ/หรือเคมีบำบัด รังสีรักษา (NCI, 2019) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด (ACS, 2016) ได้แก่

1. การกลับเป็นมะเร็งซ้ำที่อวัยวะเดิม (Local recurrence) คือการที่เซลล์มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำที่อวัยวะเดิมหรือตำแหน่งเดิมของรอยโรค
2. การกลับเป็นมะเร็งซ้ำบริเวณต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงอวัยวะเดิม (Regional recurrence) คือการที่เซลล์มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงหรือรอบ ๆ อวัยวะเดิม
3. การกลับเป็นมะเร็งซ้ำในอวัยวะอื่น (Distant recurrence) คือมะเร็งกลับมาเป็นซ้ำในต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะใหม่ ที่ไกลออกไปจากอวัยวะเดิม

สรุปได้ว่า การกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม แบ่งได้เป็น 3 ชนิด ตามตำแหน่งหรืออวัยวะที่มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ ได้แก่ การกลับเป็นมะเร็งซ้ำที่อวัยวะเดิม การกลับเป็นมะเร็งซ้ำบริเวณต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงอวัยวะเดิม และการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในอวัยวะอื่น

### **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม**

ภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 30 ซึ่งอัตราการกลับเป็นมะเร็งซ้ำนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (Colleoni et al., 2016) ดังนี้

1. ขนาดก้อนมะเร็งและระยะของโรค ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่และระยะของโรคที่รุนแรง ส่งผลเพิ่มโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร มักเกิด Locoregional recurrence ภายใน 5 ปี หลังการรักษา ถึงร้อยละ 80 (Munkong & Puttawibul, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stebbing, Delaney, and Thompson (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังจากผ่าตัดยังคงมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำไปจนถึง 15-20 ปี โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำในช่วงภายหลังจากการรักษา 10 ปีแรก ได้แก่ ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง ซึ่งพบว่ามีอัตราการกลับเป็นมะเร็งซ้ำร้อยละ 60-70 และการศึกษาของ Geurts et al. (2017) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการรักษาเพื่อหายขาดจำนวน 9,342 ราย พบว่ามีอัตราการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของโรคสูงสุดในช่วง 2 ปีแรก ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย โดยผู้ป่วยจำนวน 1,853 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) มีการกลับเป็น

มะเร็งซ้ำของโรคในตำแหน่งต่าง ๆ โดยจำแนกตามระยะของโรคเป็นระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 จำนวน 187, 721 และ 782 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.10, 38.90 และ 42.20 ตามลำดับ

2. ชนิดของการผ่าตัด การศึกษาของ Munkong and Puttawibul (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด Breast conservative therapy มีการกลับเป็นมะเร็งซ้ำที่อวัยวะเดิม และบริเวณต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Locoregional recurrence) ประมาณร้อยละ 7-15 ภายหลังจากผ่าตัด Mastectomy พบการกลับเป็นมะเร็งซ้ำชนิด Locoregional recurrence ร่วมกับ Distant recurrence ร้อยละ 30 และชนิด Distant recurrence ร้อยละ 57 เมื่อติดตามการรักษาไปนาน 10 ปี

3. การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเสริมภายหลังจากผ่าตัด อาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิทิพย์ ยอดประสิทธิ์ (2548) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 58 ราย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ การไม่ได้รับการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฉายรังสี พบการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ผนังทรวงอกร้อยละ 32.75 ส่วนการได้รับเคมีบำบัดสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ร้อยละ 25 และการศึกษาของ Munkong and Puttawibul (2013) พบว่าการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาภายหลังจากผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 25-30 ครั้ง ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ไม่ได้รับการฉายรังสี เกิด Locoregional recurrence เพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า และมี 5-year disease free survival อยู่ที่ร้อยละ 13-37 Overall survival อยู่ที่ร้อยละ 21-50

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน และการดื่มสุรา (Li, Daling, Porter, Tang, & Malone, 2009) การรับประทานอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และสูบบุหรี่ (Kroenke, Fung, Hu, & Holmes, 2005) ยังส่งผลต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ตั้งแต่หลังผ่าตัด ระหว่างรับการรักษาเสริม และสิ้นสุดการรักษา โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ขนาดก้อนมะเร็งและระยะของโรค ชนิดของการผ่าตัด การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีอัตราการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูงสุดในช่วง 2 ปี ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย และเมื่อเปรียบเทียบการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในแต่ละระยะ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 มีการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมากที่สุด รองลงมาคือระยะที่ 2 และระยะที่ 1 ตามลำดับ

สรุปได้ว่าผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิต และผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยจึงมีความ

เปราะบางทางอารมณ์ (Butow et al., 2018) และประสบกับความทุกข์ด้านจิตใจและอารมณ์ได้ง่าย ซึ่งพบว่าปัญหาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด และผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (Sian et al., 2011) โดยพบได้มากถึงร้อยละ 76.81 (Peng et al., 2019) ด้วยลักษณะของผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ และลักษณะของโรคที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้ ถึงแม้จะอยู่ในช่วงรับการรักษา โดยพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมถึงร้อยละ 30-57 (Munkong & Puttawibul, 2013; Colleoni et al., 2016) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ง่าย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหา ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดความกลัวการกลับเป็น มะเร็งซ้ำได้ภายใต้ทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย

### ทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) หรือการรับรู้ด้านอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เกิดจาก การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลจากปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคลและปัจจัยกระตุ้นภายนอก ร่วมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีสามัญสำนึก ในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย (Leventhal et al., 2003)

ทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย เป็นทฤษฎีการพยาบาล ระดับปฏิบัติ (Practice theory) พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Leventhal ในปี ค.ศ. 1970 จากแบบจำลอง กระบวนการคู่ขนาน (The parallel process model) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกรอบทฤษฎีสามัญสำนึก ในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย (The commonsense model of self-regulation of health and illness) โดย Leventhal et al. (2003) อธิบายว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคาม ต่อชีวิต บุคคลจะวิเคราะห์ประมวลผล และสร้างภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วย (Illness representations) จากปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) และจากปัจจัยกระตุ้นภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ภายนอก (Outer stimuli) ร่วมกับประสบการณ์เจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยมี 2 ด้าน คือ ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive illness representation) เป็นการรับรู้ต่อ ภาวะเจ็บป่วยด้านความคิด และภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) เป็นการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ความรู้สึก โดยจะเกิดควบคู่กันเป็น กระบวนการคู่ขนาน (The parallel process) และบุคคลจะมีการตอบสนองหรือกำกับพฤติกรรมของ ตนให้สอดคล้องเหมาะสมตามภาพสะท้อนต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อลดความยุ่งยากในการ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน และมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่สุขสบาย (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553)

แบบจำลองกระบวนการคู่ขนาน (The parallel process model) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สถานการณ์กระตุ้น (Situation stimulation) ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วย (Illness representations) กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) และการประเมินผล (Appraisal) โดย Leventhal et al. (2003) อธิบายแต่ละองค์ประกอบ ไว้ได้ดังนี้

1. สถานการณ์กระตุ้น (Situation stimulation) คือ สิ่งกระตุ้นในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอก ที่ส่งผลต่อภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วย โดยสถานการณ์กระตุ้น มีดังนี้

1.1 สถานการณ์กระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) เป็นสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Illness threats) ความเชื่อ (Belief) อาการทางกาย (Somatic symptom) เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการปวด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Mood change) (Leventhal et al., 2003) นอกจากนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ได้แก่ อาการปวด (Janz et al., 2011; Hall et al., 2016; Mehnert et al., 2013) ความเครียด (Lucas, 2013; Yang et al., 2018; Hall et al., 2018) และการมองโลกในแง่ดี (Deimling, 2006; Galica, 2017; Starrevelde et al. 2018)

1.2 สถานการณ์กระตุ้นภายนอก (Outer stimuli) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัจจัยภายนอก การได้รับข้อมูลต่าง ๆ โดยลักษณะข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว ได้แก่ ข้อมูลที่บุคคลเผชิญหรือได้รับรู้ด้วยตัวเอง ข้อมูลที่เกิดจากการรับรู้ถึงความเสี่ยงในการเจ็บป่วย ข้อมูลจากการได้รับเหตุการณ์ขณะรับการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการตายหรือการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น รวมถึงบริบททางสังคม (Leventhal et al., 2003) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Matulonis et al., 2008; Mirabeau-Beale, Kornblith, Penson, Lee, Goodman, & Campos, 2009; Mehnert et al., 2013; Wijayanti et al., 2018)

2. ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วย (Illness representations) เป็นการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งด้านความคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึก เกิดจากกระบวนการวิเคราะห์ ประมวลผล ข้อมูลของบุคคล จากสิ่งกระตุ้นทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอก ร่วมกับประสบการณ์ภาวะเจ็บป่วยของบุคคล โดยภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลคาดการณ์ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น จะมี การตอบสนอง กำกับและวางแผนว่าจะจัดการภาวะเจ็บป่วยนั้นอย่างไร (Leventhal et al., 2003) ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

2.1 ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive illness representation/ representation of danger) เป็นการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยด้านความคิด มีองค์ประกอบย่อย 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย อาการแสดง (Identity/ label) การรับรู้ช่วงเวลา

ของการเจ็บป่วย (Timeline/ duration) การรับรู้ผลกระทบหรือผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences/ expected outcomes) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือความสามารถในการรักษาความเจ็บป่วย (Control/curable) (Leventhal et al., 2003)

2.2 ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional illness representation/ representation of fear) เป็นการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ ความรู้สึกต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Leventhal et al., 2003) โดยในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ (Rozema, Vollink, & Lechner, 2009)

3. การเผชิญปัญหาและการวางแผนดำเนินการ (Coping procedures/action plans) รูปแบบในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะเลือกวิธีการในการเผชิญกับความเจ็บป่วยตามความเข้าใจของตนที่มีต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยนั้น และเลือกใช้กลวิธีที่ตนรู้สึกว่าจะได้ผลดี ซึ่งอาจเกิดจากการเรียนรู้ใหม่ หรือจากกลวิธีที่เคยใช้ในอดีตซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กรณีที่ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยสอดคล้องกับประสบการณ์ที่ผ่านมา บุคคลจะใช้ภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยนั้นด้วยความมั่นใจ เพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญและจัดการกับความเจ็บป่วย โดยจะควบคุมและกำกับพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีความคิดและอารมณ์ที่เป็นปกติ (Leventhal et al., 2003)

4. การประเมินผล (Appraisal) เป็นการประเมินสะท้อนคิดประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญและการจัดการปัญหาของบุคคล เช่น เมื่อบุคคลยังคงมีความรู้สึกกลัวอยู่ ภายหลังจากการเผชิญและจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในด้านอารมณ์ ข้อมูลนี้จะถูกป้อนกลับไปแนวทาง การปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด และลองพยายามใหม่อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความรู้สึกกลัวลดลง และนำมาซึ่งอารมณ์ที่สุขสบาย (Leventhal et al., 2003)

จากคำอธิบายข้างต้น สรุปได้ว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ หรือการรับรู้ด้านอารมณ์ที่เป็นผลจากระบวนการประมวลผล และการวิเคราะห์ข้อมูลจากปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคลและปัจจัยกระตุ้นภายนอก ร่วมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคล นำมาซึ่งการให้ความหมายของความเจ็บป่วย และจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อมโยงกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยมองว่า การศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำภายใต้แบบจำลองคู่ขนานตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสามัญสำคัญในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคลและปัจจัยกระตุ้นภายนอก มีความเหมาะสม



ที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากสามารถอธิบายการเกิดปรากฏการณ์ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้

### ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Fear of cancer recurrence) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความเป็นไปได้ที่มะเร็งจะกลับมา หรือเกิดความกังวลเกี่ยวกับโรคร้ายซ้ำในอวัยวะเดิมหรือในส่วนอื่นของร่างกาย (Simard et al., 2013; Vickberg, 2003) หรือเป็นภาพสะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ของบุคคล เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง คือการรับรู้ด้านอารมณ์และความรู้สึกต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Lee-Jones, Humphris, Dixon, & Hatcher, 1997) และเป็นความรู้สึกทุกขใจที่เฉพาะเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Koch, Jansen, Brenner, & Arndt, 2013) ทำให้เกิดความไม่สบายใจ หงุดหงิด ครุ่นคิด เกิดความกังวลสูง มีความทุกข์ด้านจิตใจอย่างมาก และทำให้มีความยุ่งยากต่อการวางแผนในอนาคต (Lebel et al., 2016; Simard et al., 2013)

จากความหมายและคำนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสที่ตนเองจะกลับมาเป็นโรคมะเร็งหรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งในอวัยวะเดิมหรือในส่วนอื่นของร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีกลไกการเกิดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท ความคิดและอารมณ์

#### ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นเพศที่มีความเปราะบางด้านจิตใจและอารมณ์ (Butow et al., 2018) นอกจากนี้ ระหว่างรับการรักษา การเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวดบริเวณผิวหนังที่การฉายรังสี ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลผลว่าเป็นสัญญาณของการมาของโรคมะเร็ง (Yang et al., 2018) จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (Sian et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peng et al. (2019) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 207 ราย พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 76.81 มีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง และการศึกษาของ Fardell et al. (2016) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังจำนวน 350 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง ร้อยละ 53

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ดังการศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำระยะยาว

(Longitudinal study) ของ Simard et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูงตั้งแต่ทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย และเกิดขึ้นได้ในช่วงก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาดังการศึกษาของ Dunn et al. (2015) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 396 ราย พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างก่อนได้รับการผ่าตัดมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง นอกจากนี้ยังเกิดขึ้นได้ในช่วงระหว่างรับการรักษาและภายหลังสิ้นสุดการรักษา (Butow et al., 2018) ดังการศึกษาของ Yang et al. (2018) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 94 ราย ที่อยู่ในช่วงระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่าผู้ป่วยเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ซึ่งถูกกระตุ้นได้จากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวดบริเวณผิวหนังที่การฉายรังสี และการศึกษาของ Lebel, Rosberger, Edgar, and Devin (2009) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 147 ราย พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำลดลงภายหลังการรักษาเสร็จสิ้น 2 เดือน และคงที่ไปจนถึงภายหลังการรักษาเสร็จสิ้น 18 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Starreveld et al. (2018) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในช่วงหลังรับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 267 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูงสุดในช่วงหลังรับการรักษาด้วยการผ่าตัด 6 เดือน

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้จากลักษณะของผู้ป่วยที่ถือเป็นกลุ่มเปราะบาง จากตัวโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ และจากอาการข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกได้รับการวินิจฉัย ระหว่างรับการรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูงทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย (Simard et al., 2013) และในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยังคงอยู่ในระดับสูง (Dunn et al., 2015) ส่วนช่วงระหว่างรับการรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งถูกกระตุ้นได้จากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวดบริเวณผิวหนังที่การฉายรังสี (Janz et al., 2011; Koch, 2013; Simard et al., 2009) ทั้งนี้พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำลดลงภายหลังการรักษาเสร็จสิ้น 2 เดือน และคงที่ไปจนถึงภายหลังการรักษาเสร็จสิ้น 18 เดือน (Lebel et al., 2009)

### กลไกการเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นการรับรู้ด้านอารมณ์ของบุคคล เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ร่างกายได้เกิดการตอบสนองจากการทำงานของระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) เกี่ยวข้องกับสมองส่วน Amygdala โดยมี Efferent pathway ที่สำคัญ 2 Pathway ได้แก่ 1) Striaeterminalis ที่ส่งสัญญาณไปยัง Hypothalamus และ 2) Ventral amygdala pathway ส่งสัญญาณไปยัง Brain stem, Nucleus accumbens, Thalamus, Cingulated gyrus และ Orbitofrontal cortex กล่าวได้ว่า Amygdala เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ประสานระหว่าง Cortex กับ Hypothalamus

โดยควบคุมสถานะทางอารมณ์ทั้ง 1) Feeling ผ่านการเชื่อมโยงกับ Cingulate gyrus, Parahippocampus gyrus และ Prefrontal cortex 2) Emotional state โดยการเชื่อมโยงกับ Hypothalamus และ Brain stem และจะควบคุมการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติอีกทอดหนึ่ง การทำงานของ Amygdala จะมีการรับ Afferent pathway จากอวัยวะรับความรู้สึกเพื่อแปลความหมายทางอารมณ์จากสิ่งเร้า อาจเป็นข้อมูลที่ส่งผ่านทาง Thalamus เข้าสู่ Amygdala โดยตรง (Direct pathway) เป็นกระบวนการระดับ Conscious awareness แต่โดยทั่วไปการแปลความหมายทางอารมณ์จากสิ่งเร้า มักเกิดขึ้นในระดับ Unconscious process เสมอ นอกจากนี้ Amygdala ยังรับสัญญาณประสาทจากการเชื่อมโยงกับ Prefrontal cortex โดยตรงด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า เมื่อมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็สามารถทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อเรื่องนั้น โดยไม่จำเป็นต้องมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นจริง (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2554) เนื่องจาก Amygdala มีบทบาทหน้าที่ด้านความจำและบูรณาการในการตอบสนองด้านอารมณ์ โดย Amygdala รับรู้ความรู้สึกของอารมณ์แล้วและตีความแปลความหมาย

การทำงานของสมองเมื่อมีสิ่งเร้ากระตุ้นจะทำให้เกิดสัญญาณประสาทที่ส่งผ่านไปยัง Amygdala ทำให้มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenalin) เกิดเป็นความกลัว ซึ่งเป็นอารมณ์ด้านลบของมนุษย์ และส่งผลต่อกระบวนการคิด การเรียนรู้ และพฤติกรรม (จุฑามาศ แหนจอณ, 2558) ทำให้เกิดอารมณ์กลัว และ สัญญาณประสาทจะถูกส่งต่อไปยัง Central nucleus ทำให้ร่างกายตอบสนองทางสรีระวิทยาอย่างรวดเร็ว เช่น หน้าที่ซีด เหงื่อออก ขนลุก ม่านตาขยาย เป็นต้น และตัดสินใจว่าจะสู้หรือถอยหนี นอกจากนี้ สัญญาณประสาทอีกส่วนหนึ่งจะถูกส่งต่อมายัง Cortex จากนั้นจะถูกส่งไปที่ Basolateral nucleus ผ่านทาง Internal capsule ซึ่งการทำงานที่ผ่านวงจรมันนี้ จะเกิดขึ้นช้า แต่มีการตอบสนองที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบกว่า และทำให้เกิดความจำด้านอารมณ์ (วรภัทร ทองใบ, 2550)

#### องค์ประกอบของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

Simard and Savard (2009) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำไว้ 7 ประการ ได้แก่ ความรุนแรง (Severity) สิ่งกระตุ้น (Triggers) ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา (Coping strategies) การสูญเสียการทำหน้าที่ (Functional impairment) ความเข้าใจภายใน (Insight) และการต้องการความมั่นใจ (Reassurance) มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรุนแรง (Severity) เป็นระดับความรุนแรงของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเสี่ยงในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ การมีความคิด

เกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ทั้งในด้าน ความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลา และผลกระทบของความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

2. สิ่งกระตุ้น (Trigger) เป็นสิ่งกระตุ้นทั้งภายในตัวบุคคลและจากภายนอก ที่ทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำและทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่นการหลีกเลี่ยง โดย Simard et al. (2013) กล่าวถึงสิ่งกระตุ้นความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ดังนี้

- 2.1 อาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง เช่น อาการปวด อาการอ่อนล้า
- 2.2 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลอื่น
- 2.3 การสนทนาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
- 2.4 สื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
- 2.5 การทำหัตถการหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
- 2.6 การนัดหมายด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
- 2.7 การเข้าร่วมงานศพของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งหรือการอ่านข่าวการตายด้วยโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง

3. ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) เป็นความทุกข์หรือความวุ่นวายทางอารมณ์ที่เกิดจากความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

4. กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา (Coping strategy) เป็นวิธีการหรือกลยุทธ์และความถี่ในการจัดการกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

5. การสูญเสียการทำหน้าที่ (Functional impairment) คือการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการวางแผนและการกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับอนาคต หรือการทํากิจกรรมทางสังคม ที่เกิดจากความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

6. ความเข้าใจภายใน (Insight) เป็นการรับรู้และความเข้าใจของบุคคลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของตน เช่น รับรู้และเข้าใจว่าตนเองรู้สึกกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำที่ไม่สมเหตุสมผลหรือมากเกินไป

7. การต้องการความมั่นใจ (Reassurance) เป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ความถี่ในการมีพฤติกรรมการตรวจเช็คร่างกาย การไปพบแพทย์ เพื่อตรวจเช็คสัญญาณการเกิดซ้ำของมะเร็ง

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ**

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ (Mehnert et al., 2013) รายได้ (Janz et al., 2011)
2. ปัจจัยด้านร่างกาย ระยะของโรค (McGinty, Goldenberg, & Jacobsen, 2016) ภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Illness threats) (McGinty et al., 2016) อาการอ่อนล้า (Janz et al., 2011)

ผลข้างเคียงจากการรักษา ชนิดของการรักษา (Simard & Savard, 2009)

3. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความเครียดส่งผลให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง (Yang et al., 2018) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า (Llewellyn et al., 2008)

### การประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิตีความรุนแรงสามารถเป็นตัวแทนที่แท้จริงของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ส่วนมิตีอื่น ๆ นั้นเป็นตัวแทนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Diang et al., 2016) และสามารถใช้มิตีความรุนแรงประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำระดับสูง เพื่อความรวดเร็วและลดความยุ่งยาก โดยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำระดับสูงจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Fardell et al., 2016) นอกจากนี้ Simard and Savard (2009) ได้อธิบายว่าสามารถใช้มิตีความรุนแรงประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมได้ ซึ่งมิตีความรุนแรงเป็นหนึ่งใน 7 มิตีในแบบสอบถาม Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) เนื่องจากคะแนนรวมของมิตีความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของแบบสอบถาม FCRI ที่ใช้ในการประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมในระดับสูง ( $r > .35, p < .001$ )

ดังนั้นจึงสามารถใช้มิตีความรุนแรงในรูปแบบย่อ (Short form) แยกออกมาเพียงมิตีเดียวในการประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ (Simard & Savard, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ อกันตริ จันทะไทย และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยได้แปลแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) (Fear of Cancer Recurrence Inventory Short Form [FCRI-SF]) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เพื่อใช้ประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในด้านความรุนแรง (Severity) ซึ่งเป็นมิติที่สะท้อนอาการแสดงหรือลักษณะของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ (Fardell et al., 2016)

### อาการแสดงหรือลักษณะทางคลินิกของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

การเกิดอาการแสดงของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Fardell et al., 2016) โดย Lebel et al. (2016) ได้อธิบายถึงอาการแสดงหรือลักษณะทางคลินิกของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ดังนี้

1. มีความครุ่นคิด หมกมุ่น และกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง
2. เกิดความทุกข์ด้านจิตใจอย่างมาก
3. มีความยุ่งยากต่อการวางแผนในอนาคต
4. สูญเสียการปรับตัว

## 5. การทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องไป

อาการแสดงหรือลักษณะทางคลินิกของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม หากมีระดับรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมาก

### ผลกระทบของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

ผลกระทบหรือผลลัพธ์ของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ จะแสดงออกมาในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ตลอดจนการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นความทุกข์ด้านจิตใจและอารมณ์ ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องประสบ (Psychological problem) (Butow et al., 2018) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีความยากลำบากในการตัดสินใจและการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตระยะ 19 ส่งผลต่ออารมณ์ระยะ 25 (Thewes et al., 2012) มีแนวโน้มที่จะมีปฏิกริยาการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต และทำให้มีความรู้สึกกลัวความตายมากขึ้น (เบญญาพร บรรสาร และลินจง โปธิบาล, 2559; Kim, Carver, Spillers, Love-Ghaffari, & Kaw, 2012) เป็นสาเหตุทำให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจอื่น ๆ ตามมา และหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เป็นโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder [PTSD]) (Simonelli et al., 2017) ภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ Sun et al. (2019) พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .35, p < .001$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 82 ราย ของ Lucas (2013) ( $r = .34, p = .001$ ) ความวิตกกังวล ( $r = .46, p = .001$ , Lucas, 2013) ความทุกข์ทางจิตใจ ดังการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 117 ราย ของ Laurie et al. (2017) พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำระดับปานกลางถึงสูงมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .44, p < .01$ )

2. ผลกระทบด้านร่างกาย ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นมากเกินไป (Somatic hyperarousal) ทำให้เกิดอาการกลัวอย่างตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผล (Panic attacks) และกระตุ้นอาการปวดให้กำเริบ (Simonelli et al., 2017) จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยขึ้น จำนวนครั้งหรือความถี่ในการมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Llewellyn, Weinman, McGurk, & Humphris, 2008) และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำลง (Butow et al., 2018) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดหันไปรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกถึง

ร้อยละ 28.10 แสดงถึงการมีทุกข์ทางจิตใจอย่างมาก ซึ่งการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Burstein et al., 1999; Montazeri et al., 2007) การคัดกรองและวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งข้างลง ส่งผลให้การมีชีวิตรอดสั้นลง (Butow et al., 2018)

3. ผลกระทบด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดรู้สึกความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระเสาะแสวงหาการตรวจร่างกายหรือการตรวจเพิ่มเติมด้วยตนเองที่มากเกินไป เพื่อต้องการความมั่นใจที่มากเกินไป (Fardelli et al., 2016) เช่น การพบแพทย์โดยไม่ไดวางแผนร้อยละ 34 การตรวจแมมโมแกรมหรืออัลตราซาวด์มากกว่า 1 ครั้งต่อปีร้อยละ 89 ความถี่ในการตรวจทางคลินิกอื่น ๆ 3-4 ครั้งต่อปีร้อยละ 74 เข้ารับการให้คำปรึกษาอย่างเร่งด่วนร้อยละ 15 (Thewes et al., 2012) การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) โดยไม่มีเหตุจำเป็น (Simonelli et al., 2017) ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางสังคม และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Butow et al., 2018; Lebel et al., 2016) แต่กลับพบว่าผู้ป่วยกลับหลีกเลี่ยงการคัดกรองและการนัดหมายอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Butow et al., 2018; Fardelli et al., 2016; Lee-Jones et al., 1997) ซึ่งอาจทำให้ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งซ้ำ และส่งผลให้ระยะเวลาการมีชีวิตรอดสั้นลง (Butow et al., 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำยังกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการทางสังคมร้อยละ 6 ส่งผลต่อสัมพันธภาพครอบครัวต่อบุคคลรอบข้างร้อยละ 13 (Thewes et al., 2012)

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมาก ทั้งด้านจิตใจอารมณ์ ร่างกาย และสังคม ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์การเกิดปัญหามากขึ้น

#### **การศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำทั้งในและต่างประเทศ**

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด (เบญญาพร บรรสาร และลินจง โปธิบาล, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่าชนิดของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเกิดความกลัวการกลับเป็นซ้ำมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม (Dunn et al., 2015; Starreveld et al., 2018) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 76.81 มีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง (Peng et al., 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

## ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ผู้วิจัยพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เกิดจากปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคลและปัจจัยกระตุ้นภายนอก (Lee-Jones et al., 1997) สอดคล้องกับทฤษฎีสัมผัสสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย ของ Leventhal et al. (2003) ดังนี้

### อาการปวด

อาการปวดเป็นประสบการณ์ของบุคคล และบุคคลบอกว่าได้มีอาการปวด เมื่อใดก็ตามที่อาการปวดได้เกิดขึ้น (McCaffery, 1968) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมาน ไม่พึงพอใจ และมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย (IASP, 2011; WHO, 2018; NCCN, 2019) ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัว และความสิ้นหวัง นอกจากนี้ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ายังส่งผลย้อนกลับทำให้มีอาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้น (WHO, 2018) อาการปวดนั้น ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการทำกิจกรรม แรงจูงใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และคุณภาพชีวิต (NCCN, 2019)

จากความหมายและคำนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า อาการปวด หมายถึง การรับรู้และประสบการณ์ของบุคคล ถึงความไม่สบาย ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อร่างกายที่ถูกทำลาย ส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพ ซึ่งอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น เกิดได้จากเนื้อเยื่อร่างกายที่ถูกทำลาย ทั้งจากตัวโรค และสาเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับโรคมะเร็ง

### กลไกของอาการปวด

Pelaez and Taniguchi (2013) อธิบายอาการปวดภายใต้ทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack and Wall (1965) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และสามารถอธิบายกลไกความปวดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาการปวดจากก้อนมะเร็งนั้น เซลล์มะเร็งจะมีการหลั่งสาร Endothelin, Protons, Proteases, Nerve Growth Factor [NGF] และ Tumor Necrosis Factor Alpha [TNF- $\alpha$ ] (Schmidt et al., 2010) นอกจากนี้ การที่ก้อนมะเร็งกดเบียดเนื้อเยื่อข้างเคียง ทำให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เนื้อเยื่อหรือเซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บจะปล่อยสารเคมี ได้แก่ Prostaglandin, Histamine, E2 ออกมา สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor/ nociceptors) เกิดกระแสประสาทความปวด (Pain signal) จากนั้นจะมีการส่งกระแสประสาทความปวดผ่านไปยังเส้นใยประสาท 2 ชนิด ได้แก่ เส้นใยประสาทขนาดเล็ก (A delta fibers, C-fibers) และเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A beta fibers)



เพื่อส่งไปยังไขสันหลังบริเวณ Dorsal horn ซึ่งบริเวณนี้ จะมีการปรับสัญญาณกระแสประสาท ความปวด โดยเซลล์ที่ชื่อว่า Substantia Gelatinosa (SG cell) เปรียบเสมือนประตูที่ทำหน้าที่ เปิดหรือปิด

อาการปวดจะเกิดขึ้นได้เมื่อประตูเปิด โดยเกิดจากกระแสประสาทความปวดที่ได้ถูกส่งไปตามเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เมื่อถูกส่งมาจนถึง SG cell จะเกิดการกระตุ้นการส่งกระแสประสาทความปวด (ประตูเปิด) และส่งกระแสประสาทความปวดถูกส่งต่อไปยัง Transmission cell (T cell) และส่งไปยังก้านสมอง สมองส่วน Thalamus สมองส่วน Cerebral cortex จึงเกิดการแปลสัญญาณกระแสประสาทความปวด และทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการปวด และร่างกายมีการตอบสนองต่อความปวด มีการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิตที่สูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ในทางกลับกันกระแสประสาทความปวดที่ได้ถูกส่งไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ จะเกิดการยับยั้งการส่งกระแสประสาทความปวด (ประตูปิด) ผู้ป่วยจึงไม่รับรู้ถึงอาการปวด

#### อาการและอาการแสดง

Ford (2018) อธิบายว่า เมื่อมนุษย์ได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการปวด (Noxious) เช่น มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จะส่งผลให้ร่างกายของมนุษย์มีการตอบสนอง โดยระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System [SNS]) ระบบฮอร์โมน (Endocrine system) จะถูกกระตุ้น และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immune system) มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอลง กล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั่วร่างกายตึงตัวมากขึ้น มีการสั่นหรือกระตุกของกล้ามเนื้อ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอกจากนี้ ยังส่งผลอาการปวดยังส่งผลต่ออารมณ์ (Emotions) ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า และสมาธิลดลง ซึ่งอาการและอาการแสดงของความปวดมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีความเกี่ยวข้องและขึ้นอยู่กับชนิดของอาการปวด

#### ชนิดของอาการปวดจากโรคมะเร็ง

WHO (2018) ได้แบ่งชนิดของอาการปวดจากโรคมะเร็งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. Nociceptive pain อาการปวดที่เกิดจาก ตัวรับสัญญาณความเจ็บปวด (Pain receptors) ถูกกระตุ้นโดยตรง จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือจากแรงกดเบียด เช่น อาการปวดที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก (Bone metastasis) อาการปวดจากก้อนมะเร็งที่ตับมีการยืดขยายตัว (Hepatic capsule stretch) Nociceptive pain แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1.1 Somatic pain เป็นอาการปวดจากโครงสร้างของร่างกาย ที่ไม่ใช่อวัยวะภายใน สามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน เช่น อาการปวดที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก (Bone metastasis) และการเกิด Mucositis บริเวณศีรษะหรือลำคอที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

1.2 Visceral pain เป็นอาการปวดจากมะเร็งของอวัยวะภายใน เช่น อาการปวดจากก้อนมะเร็งที่ตับมีการยืดขยายตัว (Hepatic capsule stretch) (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

2. Neuropathic/ neurogenic pain อาการปวดที่เกิดการทำงานของระบบประสาทผิดปกติไปจากสาเหตุ ดังนี้

2.1 Nerve compression อาการปวดจากเส้นประสาทถูกกดทับ เช่น อาการปวดจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปกดทับยังกระดูกไขสันหลัง

2.2 Nerve injury จากระบบประสาทได้รับบาดเจ็บ โดยแบ่งการบาดเจ็บได้เป็น 3 ลักษณะ ตามตำแหน่งที่เกิดการบาดเจ็บของระบบประสาท ได้แก่

2.2.1 Peripheral จากการบาดเจ็บของประสาทส่วนปลาย เช่น อาการปวดจากการที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังใยประสาทที่แขน (Brachial plexus)

2.2.2 Central จากการบาดเจ็บของประสาทส่วนกลาง เช่น อาการปวดจากการที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปกดทับยังกระดูกไขสันหลัง

2.2.3 Mixed จากการบาดเจ็บของทั้งประสาทส่วนปลาย และประสาทส่วนกลาง เช่น อาการปวดชาแบบ Neuropathy pain

2.3 Sympathetically maintained อาการปวดจากการทำงานของระบบประสาทตื่นตัว หรือ Sympathetic nerve system ทำงานผิดปกติไป เช่น อาการปวดแบบเรื้อรังจากการแตกหักหรือบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ (Chronic regional pain syndrome following fracture or other trauma)

การแบ่งอาการปวดแต่ละชนิด เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการเลือกวิธีการรักษา และเลือกใช้ยาระงับอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

### สาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อาการปวดที่เกิดจากโรคมะเร็งสามารถพบได้ในทุกระยะของโรค ทั้งก่อนได้รับการวินิจฉัย ระหว่างรับการรักษา ไปจนถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โดยอาจเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือทั้งสองอย่างรวมกัน (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) โดย Nation Cancer Institute [NCI] (2020) ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย

1. อาการปวดจากตัวโรค เป็นอาการปวดที่เกิดจากการก้อนมะเร็งกดเบียดระบบประสาทบริเวณรอบ ๆ ทำให้เนื้อเยื่อที่ถูกกดเบียดได้รับบาดเจ็บและถูกทำลาย เซลล์หรือเนื้อเยื่อ

ที่ถูกทำลาย มีการหลั่งสาร Endothelin, Protons, Proteases, Nerve Growth Factor [NGF] และ Tumor Necrosis Factor Alpha [TNF- $\alpha$ ] (Schmidt, Hamamoto, Simone, & Wilcox, 2010) เป็นสารที่ทำให้เกิดอาการปวด (สารความปวด) นอกจากนี้เซลล์มะเร็งยังมีการหลั่งสารความปวดร่วมด้วย

2. อาการปวดจากการได้รับหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย หรือติดตามความก้าวหน้าของโรค ในการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งจำเป็นต้องมีการส่องกล้อง การตัดชิ้นเนื้อ ในบริเวณที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology) ทำให้เกิดบาดแผลและนำมาซึ่งอาการปวดจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย หลั่งสารความปวดออกมา

3. อาการปวดจากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวดจากการฉายรังสี (Yang et al., 2018; Doo et al., 2018) และอาการปวดจากจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Zajackowska et al., 2019) การรักษาด้วยการฉายรังสีก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณที่ฉายรังสี (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) นอกจากนี้ Doo et al. (2018) ได้อธิบายถึงอาการปวดจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาว่า การฉายรังสีบริเวณก้อนมะเร็งนั้น เมื่อรังสีเข้าสู่ร่างกายจะมีการแตกประจุ (Ionizing) และทำลายเซลล์มะเร็งให้สูญเสียหน้าที่และตายไปในที่สุด ซึ่งไม่เพียงทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น เนื้อเยื่อหรือเซลล์ปกติบริเวณรอบ ๆ ก้อนมะเร็ง ยังได้รับผลกระทบด้วย และผลจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาท จึงทำให้เกิดอาการปวด เช่นเดียวกับอาการปวดระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ยาเคมีทุกชนิดจะมีกลไกทำลายเซลล์มะเร็งรวมทั้งเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ (NCI, 2020) นอกจากนี้การศึกษาของ Zajackowska et al. (2019) พบว่าอาการปวดจากตัวยา Paclitaxel ส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติทั่วร่างกาย และทำลายเซลล์ประสาทส่วนปลาย ผู้ป่วยจึงมีลักษณะอาการปวดแบบชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า (Neuropathic pain) โดยยา Paclitaxel นิยมใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งชนิดอื่น ๆ ส่วนยา Fluorouracil (5FU) มีผลข้างเคียงในการทำลายเซลล์หรือเนื้อเยื่อบริเวณเยื่อบุต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะ เยื่อบุในช่องปาก ทำให้เกิดการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) ทำให้มีอาการปวดได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

สาเหตุอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer-related pain) มีสาเหตุมาจากอาการปวดจากตัวโรค ส่วนในช่วงรับการรักษา นั้น พบว่าอาการปวดจากผลข้างเคียงจากการรักษาชนิดต่าง ๆ ทั้งจากการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวด (สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2556) ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นมีกลไกเกี่ยวกับการทำลายของเนื้อเยื่อการทำงานของระบบประสาท ที่อธิบายได้ด้วยทฤษฎี Gate control theory ของเมลแซคและวอลล์ของ Melzack and Wall (1965)

### การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อาการปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ต้องประสบ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินอาการปวดที่ถูกต้อง จะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม โดย WHO (2018) ได้กล่าวว่าการประเมินอาการปวดเป็นหัวใจสำคัญในการวางแผนจัดการกับอาการเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพ โดยอาการปวดมีลักษณะซับซ้อน ประกอบด้วยมิติที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cleeland & Ryan, 1994) การประเมินอาการปวดสามารถประเมินโดยการสังเกต (Objective measurement of pain) ซึ่งวัดและสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาได้แก่ การแสดงออกของระบบประสาทซิมพาเทติกเมื่อถูกกระตุ้น เช่น เหงื่อออก มีการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว กระสับกระส่าย ร้องครวญคราง อัตราการหายใจเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Herr et al., 2006) หรือประเมินโดยคำบอกเล่าหรือรายงานของผู้ป่วย (Subjective measurement of pain) เนื่องจากอาการปวดเป็นปรากฏการณ์ของบุคคลที่ประสบกับความปวดนั้น การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองถือได้ว่าเป็นความน่าเชื่อถือมากที่สุด (Herr et al., 2006) เช่น แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) แบบประเมินความปวดแบบประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) เป็นต้น

การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงต้องประเมินในมิติที่หลากหลาย โดยทั่วไปนิยมใช้แบบประเมินอาการปวด Brief Pain Inventory (Short Form) และในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายรวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง นิยมใช้แบบประเมินอาการปวด Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart (2014) ได้แนะนำว่าเครื่องมือในการประเมินอาการปวดจากโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ Brief Pain Inventory (Short Form) ในการศึกษาอาการปวดครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความปวด ฉบับภาษาไทย (Brief Pain Inventory Short Form [BPI-T]) ของ พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน (2551) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน Brief Pain Inventory Short Form (BPI) ของ Cleeland and Ryan (1994) สร้างจากแนวคิดอาการปวดประกอบด้วยมิติที่หลากหลาย ใช้ประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรง (Severity) และด้านผลกระทบ (Interference) โดยมีมิติด้านความรุนแรงของอาการปวดเป็นตัวแทนของอาการปวดทั้งหมด (Cleeland, 2009) ประกอบด้วยคำถามข้อ 1-7 โดยข้อคำถามที่ 1, 2 และ 7 เป็นการสอบถามถึงการมีอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด และการบำบัดรักษาอาการปวด และมีมิติด้านผลกระทบของอาการปวด (Interference) เป็นผลของอาการปวดที่กระทบต่อชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดิน งานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ และความสุขใน

ชีวิตประจำวัน เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษา ซึ่งอาการปวดเป็นผลมาจากผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ มีลักษณะแตกต่างจากอาการปวดโดยทั่วไป

### อาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถพบได้ในทุกระยะของโรค ทั้งก่อนและขณะได้รับการวินิจฉัยระหว่างรับการรักษา ไปจนถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต WHO (2018) รายงานว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษา มีอาการปวดจากผลข้างเคียงจากการรักษาร้อยละ 55 นอกจากนี้ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากอาการปวดโดยทั่วไป เช่น อาการปวดจากการฉายรังสี เกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณที่ฉายรังสี จึงทำให้มีอาการปวดบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี (Yang et al., 2018) นอกจากนี้การรักษาคด้วยการฉายรังสี ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทและเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉายรังสี ทำให้เกิดอาการปวดแบบแสบร้อน (Doo et al., 2018) เช่นเดียวกับอาการปวดจากเคมีบำบัด ที่ทำให้มีอาการปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ (NCI, 2020) และอาการปวดชาบริเวณปลายมือและเท้าจากการทำลายเซลล์ประสาทส่วนปลายของยา Paclitaxel (Zajaczkowska et al., 2019) ซึ่งยา Paclitaxel นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ อย่างแพร่หลาย และอาการปวดแสบร้อนจากภาวะเยื่ออุปกอักเสบจากยา 5FU (วงจันทร์เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

อาการปวดจากผลข้างเคียงจากการรักษา จึงเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านร่างกาย (Somatic stimuli) ที่ทำให้ผู้ป่วยตีความและเข้าใจว่าเป็นสัญญาณของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (Yang et al., 2018) ส่งผลกระทบต่ออารมณ์หรือการรับรู้ด้านอารมณ์ (Ford, 2018) ทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 883 รายของ Mehnert et al. (2013) พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.38, p < .001$ ) นอกจากนี้อาการปวดยังสามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ดังการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษาจำนวน 136 ราย ของ van den Beuken-van Everdingen et al. (2008) ( $\beta = .28, p < .001$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 432 ราย ของ Janz et al. (2011) ( $\beta = .86, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hall et al. (2016) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 67 ราย พบว่ากลุ่มอาการทางกาย เช่น อาการอ่อนล้า ปัญหาการนอนหลับ อาการเวียนศีรษะ และอาการปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ อาการปวดบริเวณศีรษะ ท้อง หน้าอก หลัง และแขนขาและข้อต่อต่าง ๆ สามารถร่วมทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ( $\beta = .29, p < .05$ )

สรุปได้ว่าอาการปวดเกิดขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้ร่างกายของมนุษย์มีการตอบสนอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในช่วงระหว่างรับการรักษา สาเหตุของอาการปวดเกิดได้จากผลข้างเคียงจากการรักษา มีลักษณะอาการปวดแบบ Neuropathic/ neurogenic pain เช่น อาการปวดจากการฉายรังสี อาการปวดจากการได้รับเคมีบำบัด โดยอาการปวดส่งผลกระทบต่ออารมณ์หรือการรับรู้ด้านอารมณ์ (Ford, 2018) ทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ อาการปวดจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในตัวบุคคล ด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และพบว่ายังส่งผลกระทบต่ออารมณ์อื่น ๆ (Ford, 2018) และทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความเครียดได้ (Hall et al., 2016)

### ความเครียด

ความเครียด (Stress) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการประเมินสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ว่าอยู่นอกเหนือการควบคุม คุกคามต่อชีวิต และไม่สามารถรับมือหรือจัดการได้ และต้องให้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้ รู้สึกถูกบีบคั้น กัดค้น ไม่สบายใจ คับข้องใจ จนทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ทุกข์ใจ โกรธ หรือเสียใจ รู้สึกหนักใจหรือไม่สามารถรับมือได้เนื่องจากแรงกดดันที่ไม่สามารถจัดการได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543; Mental Health Foundation, 2018)

จากความหมายและคำนิยามข้างต้น ความเครียด หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เผชิญอยู่ และการรักษาที่ได้รับ ว่าคุกคามต่อชีวิต อยู่นอกเหนือการควบคุม ไม่สามารถรับมือ จัดการควบคุมได้ ทำให้ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย กระสับกระส่าย ตึงเครียด โกรธ ซึ่งความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ด้านอารมณ์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคล โดยมีสาเหตุจากภายในตัวบุคคล สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล

### กลไกการเกิดความเครียด

ความเครียดเกิดได้จากการรับรู้ถึงสิ่งเร้าหรือที่มา กระตุ้น ทำให้ร่างกายมีการตอบสนอง เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ โดยมีศูนย์กลางในการตอบสนองที่ระบบประสาทส่วนกลาง เซลล์ประสาท Parvocellular Corticotropin-releasing Hormone (CRH) และ Arginine-Vasopressin neurons (AVP) ของเซลล์ประสาทกลุ่ม Paraventricular nucleus (PVN) และกลุ่มเซลล์ประสาท (Nuclei) อื่น ๆ ของ Medulla และ Pons ส่วนศูนย์กลางในการตอบสนอง ความเครียดที่ระบบประสาทส่วนปลาย (ชนิดดา เนบเกษร, 2561) ได้แก่ การทำงานร่วมกันของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) axis และระบบของ Sympathetic/Adrenomedullary

system เมื่อระบบการตอบสนองความเครียดถูกกระตุ้น จะส่งผลให้กระตุ้นการหลั่งของ POMC-peptide secretion neuron และ POMC-peptide secretion neuron จะถูกส่งไปยัง Hindbrain และ Spinal cord ทำให้เกิดการผลิตสารที่ทำให้ทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น และกระตุ้น CRH neurons ที่ Hypothalamus ส่งผลให้กระตุ้น Anterior pituitary หลั่งสาร Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) ให้หลั่งสาร Glucocorticoids จึงทำให้ ACTH และสาร Cortisol เพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการอักเสบเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ความเครียดยังส่งผลต่ออารมณ์ของบุคคล

การตอบสนองด้านอารมณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด ศูนย์กลางสมองที่ควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วย

1. Mesocortical and mesolimbic dopamine system ไซประสาท Dopamine ที่ส่งสัญญาณประสาทไปยัง Prefrontal cortex จะทำหน้าที่ควบคุมและคัดเลือกแบบแผนการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม และในส่วน Nucleus accumbens จะทำหน้าที่สร้างแรงจูงใจ การเสริมแรง การให้รางวัล

2. Amygdala-hippocampus complex ที่บริเวณ Amygdala ถูกกระตุ้นโดยสัญญาณประสาท Noradrenergic จาก Locus cereleus ที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ลักษณะทางอารมณ์ (Emotional-analysis) และควบคุมการเกิดพฤติกรรมหวาดกลัว (Fear) ส่วน Hippocampus หน้าที่ในส่วนควบคุมความจำ

3. Arcuate opioid peptide-secreting neurons ทำหน้าที่ยับยั้งการปล่อยสาร CRH และ NE รวมถึงกระตุ้นสารที่มีลักษณะคล้าย Opioid ทำให้ทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับอารมณ์

สรุปได้ว่าความเครียดส่งผลต่อการตอบสนองทั้งร่างกายและอารมณ์ของบุคคล โดยการตอบสนองด้านอารมณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวและควบคุมตนเองได้นำมาซึ่งการควบคุมอารมณ์ทางลบและพฤติกรรมได้ แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวและควบคุมตนเองได้ ก็จะทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่ดี เกิดความทุกข์ (Distress) ได้

### สาเหตุของความเครียด

ความเครียดเป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่บุคคลส่วนใหญ่ต้องเผชิญ โดยสาเหตุของความเครียด เกิดจาก 2 ประการ (วาทีณี สุขมาก, 2556) คือ

1. สาเหตุภายในตัวบุคคล เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคล เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความกลัว ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด
2. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล เกิดจากสิ่งกระตุ้นภายนอก หรือสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นบุคคล เช่น อากาศร้อน เสียงดัง ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนหน้าที่การงาน การสร้างครอบครัวใหม่ การถูกกดดันจากบุคคลรอบข้าง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด

### ชนิดของความเครียด

ความเครียดแบ่งได้เป็น 2 ชนิด (American Psychological Association [APA], 2011) จากลักษณะของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลเผชิญ และระยะเวลาในการเกิด ดังนี้

1. ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นจากเหตุการณ์ที่รุนแรงและสำคัญต่อชีวิต ระยะเวลาในการเกิดภายใน 1 เดือน เป็นความเครียดชนิดที่พบได้มากที่สุด
2. ความเครียดชนิดเรื้อรัง (Chronic stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอยู่ตลอดเวลาอย่างเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ระยะเวลาในการเกิดมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

### การประเมินความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยและการได้รับการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, Appraisal and Coping model) ของ Lazarus and Folkman (1984) ที่อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยบุคคลจะประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญนั้นเป็นอันตรายและทำให้เกิดการสูญเสียต่อตัวเอง (Harm and loss) คุกคาม (Threat) และท้าทายต่อการควบคุม อาจควบคุมได้หรือไม่ สามารถควบคุมได้ (Challenge) และบุคคลต้องนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้เพิ่มเติมที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งต้นมเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เหตุการณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต้นม (Pathogenic effect of stressful event) และอยู่ระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยประเมินว่าเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้นมและการอยู่ระหว่างรับการรักษาที่เผชิญนั้นเป็นอันตรายและทำให้เกิดการสูญเสีย อาจควบคุมได้หรือไม่สามารถควบคุมได้ และเกิดเป็นความเครียด



การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความเครียดฉบับภาษาไทย (Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale [T-PSS-10]) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2010) แปล และเรียบเรียงจากแบบประเมิน 10-Item Perceived Stress Scale (PSS-10) ของ Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ที่สร้างจากแนวคิด Cognitive appraisal process เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดจากความเจ็บป่วย (Pathogenic effect of stressful event) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยเป็นการวัดความเครียด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความเครียด (Stress or Perceived helplessness) เป็นการรับรู้ของบุคคล ถึงสิ่งที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตราย ทำให้เกิดการสูญเสียต่อตัวเอง และถูกคุกคาม ประกอบด้วยคำถามเชิงลบ 6 ข้อ และด้านการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมความเครียด (Control or Perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ของบุคคล ถึง ความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสิ่งที่เป็นสาเหตุความเครียด ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 4 ข้อ

#### **ความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ**

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นเหตุการณ์ที่เจ็บปวด (Abbey et al., 2014) โดย ความเครียดเป็นปัจจัยด้านจิตใจ หรือสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 636 ราย ต้องเผชิญกับความเครียดถึงร้อยละ 69 (Yanget al., 2018) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท ถูกกระตุ้น เมื่อมีความเครียด ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานใน ร่างกายลดลง ส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งและมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะ ไกลเคียงเพิ่มขึ้น (Tel Aviv University, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith, Lutgendorf, and Sood (2010) เกี่ยวกับผลของความเครียดต่อร่างกาย โดยพบว่าความเครียดส่งผลให้มีการหลั่ง ฮอร์โมน Cortisol ซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียด ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายลดลง นอกจากนี้พบว่า ผลของความเครียด จะกระตุ้นการหลั่งสาร Cytokines, Chemokines, Growth factor และ Protease enzymes ซึ่งมีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนา (Progression) และแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการสร้างหลอดเลือดมาเลี้ยงเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้น (Angiogenesis) (Denaro, Tomasello, & Russi, 2014) และยังพบว่าความเครียดจะส่งผลลดการทำงานของ Natural killer cells ที่มีหน้าที่ ทำลายเซลล์มะเร็ง (Soung & Kim, 2015) ส่งผลในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (มาลินี ธานี, พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และวัชรินทร์ ลอบลม, 2555) หรือกระตุ้นให้มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2555)

ความเครียดส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในการศึกษาของ Yang et al. (2018) อธิบายว่า ความเครียดจะส่งผลให้กำลังใจของผู้ป่วยหมดไป จากการเผชิญกับความเครียด ซึ่งอาจทำให้กำลังใจที่จะใช้เพื่อจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกอื่น ๆ เช่นการจัดการกับความกลัวไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ โดยความเครียดเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านจิตใจ (Psychological) ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ( $\beta = .24, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 82 ราย ของ Lucas (2013) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .36, p = .001$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่จำนวน 67 ราย ของ Hall et al. (2018) ( $r = .38, p = .002$ ) จากผลของความเครียดที่ทำให้ความสามารถในการเผชิญกับอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบต่าง ๆ ลดลง จึงอาจส่งผลให้มุมมองในการมองโลกของผู้ป่วยโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลงไป และทำให้มีการมองโลกในแง่ดีลดลง

### การมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) เป็นการรับรู้ ความคิด หรือมุมมอง (Schneider et al., 2012) ความเชื่อ (Carver & Scheier, 2014) ทักษะคติ (Tiger, 1979) ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในชีวิต สภาพสังคม รวมถึงความคาดหวังเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคต (Scheier & Carver, 1985) ไปในทิศทางบวกว่าจะนำไปสู่ความรู้สึกยินดี และสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้น

จากคำนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สภาพสังคม และความคาดหวังเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคตไปในทิศทางบวก การมองโลกในแง่ดีจึงเป็นลักษณะบุคลิกภาพที่ดีของบุคคล และเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ของบุคคลเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย โดยการมองโลกในแง่ดีมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ

### องค์ประกอบของการมองโลกในแง่ดี

Carver and Scheier (1989) อธิบายว่า การมองโลกในแง่ดีประกอบด้วย 2 องค์ประกอบได้แก่

1. เป้าหมาย (Goals) เป็นจุดมุ่งหมาย หรือความปรารถนาของบุคคล
2. ความคาดหวัง (Expectancies) เป็นการรับรู้ หรือความรู้สึกมั่นใจที่จะบรรลุ

จุดมุ่งหมาย

### ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการมองโลกในแง่ดีของบุคคล

Schneider et al. (2012) อธิบายว่าปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการมองโลกในแง่ดีของบุคคลที่สำคัญ

## 2 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยภายในบุคคล คือความคิดและมุมมองที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีมักจะมองว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลจากการกระทำของตนเอง มากกว่าที่จะเกิดจากปัจจัยภายนอก ที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนผู้ที่มองโลกร้ายมักจะมองว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีการกล่าวโทษผู้อื่น

2. ความคงที่ คือการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีมีการมองสิ่งดีที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องคงที่ และจะเกิดขึ้นอีกอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ในขณะที่สิ่งเลวร้ายหรือสถานการณ์ทางลบนั้นเกิดขึ้นได้ และไม่คงที่ ไม่ใช่เรื่องที่จะต้องเผชิญอยู่บ่อย ๆ ในทางกลับกันผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมักจะจดจ่ออยู่กับสถานการณ์ทางลบ มักเชื่อว่าตนเองต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางลบอยู่เป็นประจำ ขณะที่เหตุการณ์หรือสิ่งดีนั้น ไม่มีความแน่นอน และไม่สามารถประสบได้เป็นประจำ

### ประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับอุปสรรคในชีวิตได้ Schneider et al. (2012) กล่าวถึงประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดีไว้ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่โรแมนติก โดยบุคคลที่มองโลกในแง่ดีช่วยให้ความสัมพันธ์ดียิ่งขึ้น ทำให้รู้สึกพึงพอใจ มีความสุขและดูแลกันมากยิ่งขึ้น
2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ตลอดจนรับรู้และมองหาการสนับสนุนจากสังคมนรอบตัวได้ดีกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย
3. มีสุขภาพกายดี ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมักมีอารมณ์ที่แจ่มใส สามารถควบคุมและจัดการอารมณ์ของตนเองได้ มีความสามารถในการควบคุมตนเองและดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง
4. มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีมักมีระดับของความทุกข์มากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย
5. มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการทำงาน ผู้ที่มองโลกในแง่ดีสามารถปรับตัวกับบทบาท หน้าที่การทำงาน ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในตนเองในการทำงานดีกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย

### การประเมินการมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตระยะยาว การเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยด้วย

โรคมะเร็งดังกล่าว ส่งผลต่อการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย และมุมมองในการมองโลก สอดคล้องกับแนวคิดของ Scheier, Carver, and Bridges (1994) ที่กล่าวถึงการประเมินการมองโลกในแง่ดี โดยมุ่งเน้นการประเมินการมองโลกในแง่ดีในด้านความรู้และความคาดหวังของบุคคลต่อ มุมมองด้านบวก (Expectancies) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาใช้ประเมินการมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ของ จารุวรรณ ขอดระฆัง (2554) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถาม The Life Orientation Test Revised (LOT-R) สร้างโดย Scheier et al. (1994) ประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ โดยเป็นการประเมินการมองโลกในแง่ดีในด้านความรู้และความคาดหวังของบุคคลต่อมุมมองด้านบวก

### การมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็งกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

การมองโลกในแง่ดีช่วยเสริมการปรับตัวทางอารมณ์และจิตใจให้ดีขึ้น (Shelby et al., 2008) ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับชีวิตได้อย่างมีจุดหมาย ต่อสู้กับอุปสรรค ปรับตัวและตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้อย่างเหมาะสม (ศิริพร บุรณกุลกิจการ, ศิริพร บุรณกุลกิจการ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และ เวทิส ประทุมศรี, 2561) การมองโลกในแง่ดีเป็นบุคลิกภาพด้านบวกที่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ของบุคคล (Sun et al., 2019) ทำให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี (Schneider et al., 2012) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วย ความเครียด จึงทำให้มุมมองการมองโลกเปลี่ยนไปในด้านลบ หรือมีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ดังการศึกษาของ Finck et al. (2018) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 95 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดี ( $\bar{X} = 18, SD = 3.70$ ) ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ( $\bar{X} = 16.20, SD = 3.90$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งการมองโลกในแง่ดีต่ำเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในบุคคลที่ส่งผลต่ออารมณ์ ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและอารมณ์

ระดับการมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และกระบวนการคิด ส่งผลต่อมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต (Carver & Scheirer, 2014) ในผู้ป่วยที่มีการมองโลกในแง่ดีสามารถจัดการกับความยากลำบากได้ดี จึงเกิดความกลัวน้อยลง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ จะรับมือกับความยากลำบากได้น้อย ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 2,143 ราย ของ Galica (2017) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.34, p < .001$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 267 ราย ของ Starreveld et al. (2018) พบว่าการมองโลกในแง่ดี

สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ( $\beta = -.45, p < .001$ ) ซึ่งอธิบายว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นลักษณะที่ดี ในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้สามารถจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบได้ดีขึ้น ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำจึงลดลง

การมองโลกในแง่ดี เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ในด้านเป้าหมายและความคาดหวัง บุคคลที่มีการมองโลกในแง่ดีส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการทำงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลต่อการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย ทำให้มีการมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ กระทบต่อการรับรู้ด้านอารมณ์และทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีจึงเป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลลดความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์และทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมยังอีกเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเช่นกัน

#### แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (Schaefer et al., 1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีลักษณะพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือกัน ดูแลห่วงใยซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน การให้ความเชื่อใจไว้วางใจ สนับสนุนด้านความคิดและการตัดสินใจ รวมถึงการเห็นถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน (House, 1981; Cohen & Wills, 1985) เป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (Caplan, 1976)

จากความหมายและคำนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ ทำให้รู้สึกถึงการมีคุณค่า การได้รับซึ่งความรัก ความเอาใจใส่

#### ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Schaefer et al. (1981) แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้การสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อุ่นใจ เชื่อมั่นและไว้วางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดอารมณ์ในด้านลบ เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มีอารมณ์ที่เป็นสุขมากขึ้น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informal support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา หรือการตัดสินใจอื่น ๆ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษา ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และข้อมูลจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่เพียงพอในการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับการรักษา

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือการให้บริการ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ถือว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายรักษาค่อนข้างมาก

#### ลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer et al. (1981) อธิบายว่าลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. มีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
2. บังคับนำเขาหรือแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ ที่ช่วยให้ผู้รับบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้
3. บังคับนำเขาต้องมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับ รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใยและความหวังดีจากผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการรับรู้ถึงการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมแรงสนับสนุนทางสังคม

#### การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตระยะยาว รวมถึงต้องการความช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือวัตถุ เพื่อใช้ประกอบการดูแลปฏิบัติตัวตามการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับประเภทการสนับสนุนสังคมทั้ง 3 ด้าน ของ Schaefer et al. (1981) โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2550) ซึ่งแปลและเรียบเรียงแบบประเมิน Social Support Questionnaire (SSQ) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วย คำถาม 16 ข้อ เป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ 5 ข้อ

### แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้สภาพสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการเปลี่ยนแปลงไป เกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิตจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากตัวโรค นอกจากนี้โรคมะเร็งถือเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ต้องรับการรักษา ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งประกอบด้วย การรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา การรักษาดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงมีความจำเป็นในการพึ่งพามุคคลอื่นในการดำรงชีวิตระยะยาว ทั้งการดูแลจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และการดูแลจากสังคม ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จึงเป็นปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายนอกที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดการปรับตัวที่ดี (มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2557) ในช่วงที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลับพบว่าช่วงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง ดังการศึกษาของ Haviland et al. (2017) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 871 ราย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง

เมื่อผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิต ขาดกำลังใจ ตลอดจนทำให้การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาหรือการตัดสินใจอื่น ๆ เสียไป ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวลและความกลัวต่าง ๆ ตามมา เช่น ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mehnert et al. (2013) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 1,281 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.16, p < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ของ Matulonis et al. (2008) ( $r = -.32, p < .01$ ) และการศึกษาของ Mirabeau-Beale et al. (2009) ( $r = -.34, p < .01$ ) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชจำนวน 153 ราย ของ Wijayanti et al. (2018) ( $r = -.69, p < .01$ ) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตัวเอง และได้รับการประเมินสะท้อนคิด และส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ โดย ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดการปรับตัวที่ดี แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ และทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ แรง

สนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอกที่สำคัญ ที่มีความสัมพันธ์และทำให้เกิดความกลัว การกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้

ปัญหาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านม ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาค้นคว้าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่แตกต่างกับประเทศไทย จึงไม่สามารถอ้างอิงผลการวิจัยมาใช้ในประชากรไทยได้ ส่วนการศึกษา ในประเทศไทย ที่ผ่านมามีการศึกษามากมายที่มุ่งเน้นความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในรอดชีวิต จากมะเร็งปากมดลูกของ Hanprasertpong et al. (2017) ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและ ระดับคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ และมีการศึกษา เชิงสำรวจเกี่ยวกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของ เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล (2559) ส่วนการศึกษาของ อกันตริ จันทะไทย และคณะ (2561) ได้นำความกลัวการกลับเป็นมะเร็ง ซ้ำมาศึกษาเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี ผลการศึกษาพบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาค้นคว้าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษากับผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษาไปแล้ว พบการศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษา ก่อนข้างน้อย และศึกษาเพียงปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอกบุคคลเท่านั้น ยังไม่มีการนำปัจจัย อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาอำนาจในการ ทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในช่วงระหว่างรับการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับสูง (Butow et al., 2018; Peng et al., 2019; Yang et al., 2018) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ โดยมี ปัจจัยสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล ได้แก่ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และปัจจัยสิ่ง กระตุ้นภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งแห่งเดียวในภาคตะวันออก ผลการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และปัจจัยที่ ส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ นำมาสู่แนวทางการจัดการกับปัจจัยดังกล่าว ป้องกันการ เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับอารมณ์ด้านลบอื่น ๆ และอาการข้างเคียง ที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ประกอบด้วย อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านมครั้งแรกโดยแพทย์ จากผลชิ้นเนื้อ (Tissue pathology) บริเวณท่อน้ำนมและ/หรือต่อมน้ำนม ที่พบว่ามีความผิดปกติและเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งเต้านม ผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัดและถูกส่งตัวมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด โดยแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่แผนกผู้ป่วยนอก 2 แห่ง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ปี พ.ศ. 2563 ถึง ปี พ.ศ. 2564

**กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัดและถูกส่งตัวมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)

1. เพศหญิง
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะ M0 (ไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น จำแนกตามระบบ

TMN)

4. การรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power version 3.1.9.4 วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติ Multiple regression โดยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2

(Type II error) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1977; 1992 a; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ( $\alpha = .05$ ) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Cohen, 1992b) จำนวนตัวแปรต้นในการทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) จำนวน 9 ราย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 94 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) โดยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด และหัวหน้าแผนกเวชระเบียน เพื่อขอความร่วมมือในการค้นหาเลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัด และถูกส่งตัวมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด โดยแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารับการตรวจรักษาในวันรุ่งขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรับบริการในแต่ละวัน ซึ่งที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษามีผู้ป่วยมารับบริการ โดยเฉลี่ย ประมาณ 5-6 ราย/ วัน และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 9-10 ราย/ วัน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา 1-2 ราย และที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 3-4 ราย รวมแล้วประมาณ 4-5 ราย/ วัน

### สถานที่ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งผู้ป่วยใหม่ทุกราย ได้รับการให้คำปรึกษาและอธิบายขั้นตอนการรักษาจากพยาบาล จากนั้นจึงเริ่มรับการรักษา โดยผู้ป่วยต้องยื่นบัตรนัดที่แผนกเวชระเบียน จากนั้นแผนกเวชระเบียนประสานไปยังแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ดังนี้

การมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา ในผู้ป่วยรายใหม่ ที่เริ่มฉายรังสีวันแรก หรือในผู้ป่วยรายเก่าที่มีการนัดพบแพทย์ประจำสัปดาห์ ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะเลือดตามแผนการรักษา และรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ฉายรังสีต่อเนื่อง พยาบาลประจำแผนก

ผู้ป่วยนอกรังสีรักษาต้องประสานงานกับห้องฉายรังสี เพื่อรับทราบคำสั่งการรักษาด้วยการฉายรังสีแบบไม่นอนพักในโรงพยาบาล และจัดลำดับคิวในการบริการให้เหมาะสม จากนั้นจึงส่งตัวผู้ป่วยพร้อมเอกสารคำสั่งการรักษาไปยังห้องฉายรังสี เพื่อรอฉายรังสีต่อไป ส่วนผู้ป่วยรายเก่าที่มาฉายรังสีต่อเนื่อง สามารถรอฉายรังสีตามเวลาลำดับคิวโดยไม่ต้องพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา 5-6 ราย/วัน

การมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ และรอพบแพทย์อายุรกรรมโรคมะเร็งเพื่อรับการตรวจ เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้เคมีบำบัด พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดต้องประสานงานกับพยาบาลหน่วยให้ยาเคมีบำบัด เพื่อรับทราบคำสั่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบไม่นอนพักในโรงพยาบาล พร้อมกับส่งคำสั่งยาเคมีบำบัดไปยังเภสัชกรเพื่อจัดเตรียมยาเคมีบำบัด จากนั้นผู้ป่วยนำเอกสารคำสั่งการรักษาไปยังหน่วยให้ยาเคมีบำบัด เพื่อรอรับยาเคมีบำบัดต่อไป โดยพยาบาลประจำหน่วยให้ยาเคมีบำบัดเป็นผู้ให้ยาเคมีบำบัด ระยะเวลาในการรับยาประมาณ 2-4 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 9-10 ราย/วัน

กรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งเคมีบำบัดและรังสีรักษา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อน จากนั้นจึงได้รับการฉายรังสีภายหลังยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้นประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลาประมาณ 07.15-16.00 น.

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 6 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับอาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว สิทธิการรักษา บุคคลที่ให้การดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และบทบาทในครอบครัว

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะความรุนแรงของโรค) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนปัจจุบัน การรักษาในครั้งนี้ โรคร่วมหรือประจำตัวอื่น ๆ และอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) ของ อกันตริ จันทะไทย และคณะ (2561) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) จากแบบสอบถาม Fear of Cancer Recurrence Inventory Short Form (FCRI-SF) สร้างโดย Simard and Savard (2009) จากแนวคิดด้านความคิด พฤติกรรมเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและผลลัพธ์ทางอารมณ์ (A cognitive-behavioral conceptualization) ใช้ประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำในด้านการรุนแรง (Severity) ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9) และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ (ข้อ 5) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	4	0
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
เล็กน้อย	1	3
ไม่มีเลย	0	4

การคิดคะแนน โดยรวมคะแนนทั้ง 9 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-36 คะแนน การแปลผล แปลผลจากคะแนนรวม ค่าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 13 หมายถึงมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำระดับสูง (Simard and Savard, 2015)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Simard and Savard (2009) ได้นำแบบสอบถาม FCRI-SF ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 1,704 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวัดธรรมชาติของความกลัวการกลับเป็นซ้ำในผู้หญิง (Concerns About Recurrence Scale [CARS]) ( $r = .78$ ) เครื่องมือวัดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (Fear of Recurrence Questionnaire [FRQ]) ( $r = .71$ ) และเครื่องมือวัดความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Worry Scale [IWS]) ( $r = .68$ ) และหาความเชื่อมั่นด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90

อกันตริ จันทะไทย และคณะ (2561) ได้นำแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 108 ราย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร หาความเชื่อมั่นด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .89

**ชุดที่ 3 แบบประเมินความปวด** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวด ฉบับภาษาไทย ของ พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน (2551) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน Brief Pain Inventory Short Form (BPI) สร้างโดย Cleeland and Ryan (1994) จากแนวคิดอาการปวด ประกอบด้วยมิติที่หลากหลาย ใช้ประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรง (Severity) และด้านผลกระทบ (Interference) โดยด้านความรุนแรง ประกอบด้วย คำถามข้อ 1-7 โดยข้อคำถามที่ 1, 2 และ 7 เป็นการสอบถามถึงการมีอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด และการบำบัดรักษาอาการปวด ลักษณะคำตอบเป็นแบบบรรยาย และข้อคำถามที่ 3, 4, 5, 6 และ 8 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 10 ระดับ ด้านผลกระทบ (Interference) ประกอบด้วย ผลกระทบของอาการปวด 7 ด้าน โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 10 ระดับ ดังนี้

ความรุนแรงของอาการปวด

ไม่มีอาการปวด 0 คะแนน

ปวดมากที่สุด 10 คะแนน

ผลกระทบของอาการปวด

ไม่มีผลกระทบเลย 0 คะแนน

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด 10 คะแนน

การคิดคะแนน โดยรวมคะแนนเฉลี่ยด้านความรุนแรงของอาการปวด และด้านผลกระทบของอาการปวด (Cleeland, 2009) มีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน

การแปลผล แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย (อดิภัทร พรหมสมบัติ, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, อรพรรณ ไตสิงห์ และจตุพร ศิริกุล, 2563) ดังนี้

7.00-10.00 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดระดับสูง

4.00-6.99 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดระดับปานกลาง

1.00-3.99 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดระดับเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Cleeland and Ryan (1994) ได้นำแบบประเมิน Brief Pain Inventory Short Form (BPI) ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 1,261 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 2 ของเครื่องมือ พบว่ามีความสอดคล้องภายในดี และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟา ด้านความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ .87 ด้านผลกระทบของอาการปวดเท่ากับ .92

พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน (2551) ได้นำแบบประเมินความปวด ฉบับภาษาไทย ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 520 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรง

ทางโครงสร้าง องค์ประกอบทั้ง 2 ของเครื่องมือ พบว่ามีความสอดคล้องภายในดี และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา ด้านความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ .91 ด้านผลกระทบของอาการปวดเท่ากับ .90

**ชุดที่ 4 แบบประเมินความเครียด** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดฉบับภาษาไทย (Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale [T-PSS-10]) ของ Wongpakaran and Wongpakaran (2010) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน 10-Item Perceived Stress Scale (PSS-10) สร้างโดย Cohen et al. (1983) จากแนวคิด Cognitive appraisal process เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดจากความเจ็บป่วย (Pathogenic effect of stressful event) เป็นแบบประเมินความเครียดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สามารถวัดได้ทั้งด้านสุขภาพและการทำงาน ใช้ประเมินความเครียดใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความเครียด (Stress or Perceived helplessness) เป็นคำถามเชิงลบ 6 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 6, 9, 10) และด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเครียด (Control or Perceived self-efficacy) เป็นคำถามเชิงบวก 4 ข้อ (ข้อ 4, 5, 7, 8) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เลย	4	0
แทบจะไม่มี	3	1
มีบางครั้ง	2	2
ค่อนข้างบ่อย	1	3
บ่อยมาก	0	4

การคิดคะแนน โดยรวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-40 คะแนน การแปลผล แปลผลจากคะแนนรวม (ชัยญารักษ์ แสงบุญไทย, ชมชื่น สมประเสริฐ, สารรัตน์ วุฒิอาภา และนุชนาถ บรรทมพร, 2558) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 27-40 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง

คะแนนระหว่าง 14-26 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1-13 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Cohen et al. (1983) ได้นำแบบประเมิน PSS-10 ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่จำนวน 64 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ Physical Symptomatology (PS) ( $r = .70$   $p < .001$ ) และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .86

Wongpakaran and Wongpakaran (2010) ได้นำแบบประเมินความเครียด ไปศึกษาใน นักศึกษาแพทย์จำนวน 368 ราย และผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในภาคเหนือ 111 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน พบว่ามี ความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Trait Anxiety Inventory [STAI]) ( $r = .60, p < .001$ ) เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory [TDI]) ( $r = .55, p < .001$ ) และเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES]) ( $r = -.46, p < .001$ ) หากความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85 นอกจากนี้ ถัดดาวัด ฟองค์ (2561) ได้นำแบบประเมิน ความเครียด ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 77 ราย หากความเชื่อมั่น โดยวิธีการวัด ความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .83

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ของ จารุวรรณ ยอดระฆัง (2554) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถาม The Life Orientation Test Revised (LOT-R) สร้างโดย Scheier, Carver and Bridges (1994) จากแนวคิด ลักษณะความคาดหวัง (Expectation) ของบุคคลในมุมมองด้านบวก แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ (ข้อ 1, 4 และ 10) ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ (ข้อ 3, 7 และ 9) และข้อคำถามลวง ไม่นำมาคิดคะแนน 4 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6 และ 8) มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	0
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	4

การคิดคะแนน โดยการรวมคะแนนข้อ 1, 3, 4, 7, 9 และ 10 มีคะแนนระหว่าง 0-24

คะแนน

การแปลผล แปลผลจากคะแนนรวม Scheier et al. (1994) ดังนี้  
 คะแนนระหว่าง 19-24 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีระดับสูง  
 คะแนนระหว่าง 14-18 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง  
 คะแนนระหว่าง 0-13 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย Scheier et al. (1994) ได้นำแบบสอบถาม LOT-R ไปศึกษาในเด็กนักเรียนจำนวน 150 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการ ตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง (Construct validity) ที่วัดจากความตรงคู่สมบุรณ์และความตรงเชิงจำแนก (Convergent and Discriminant validity) เท่ากับ .04 - .49 และหาความเชื่อมั่นด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .76

จารุวรรณ ยอดระฆัง (2554) ได้นำแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีไปศึกษาในบุคลากรระดับหัวหน้าแผนกของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค สำนักงานใหญ่ กรุงเทพฯ จำนวน 454 ราย หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .76 และ วรรตถันันท์ หุชนะโชติ (2561) ได้นำแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีไปศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 373 ราย หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .90

**ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2550) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน Social Support Questionnaire (SSQ) สร้างโดย Schaefer et al. (1981) จากแนวคิดที่ว่าเมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่ และได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงกับความต้องการของบุคคล จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความไม่แน่นอนของชีวิตได้ ประกอบด้วย คำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็นการสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

การคิดคะแนน โดยรวมคะแนนทั้ง 16 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 16-80 คะแนน

การแปลผล แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมสูง	หมายถึง ผู้มีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+SD$
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	หมายถึง ผู้มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X}-SD$ ถึง $\bar{X}+SD$



การสนับสนุนทางสังคมต่ำ หมายถึง ผู้มีคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X}-SD$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย Schaefer et al. (1981) ได้นำแบบสอบถาม SSQ ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่จำนวน 100 ราย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวัดเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Network Index [SNI]) ด้านอารมณ์ ( $r = .66, p < 0.01$ ) ด้านข้อมูลข่าวสาร ( $r = .79, p < 0.01$ ) ด้านทรัพยากรและวัตถุ ( $r = .55, p < 0.01$ ) และหาความเชื่อมั่นด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ ด้านอารมณ์เท่ากับ 0.95 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.81 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.31

พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย (2550) ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 300 ราย หาความเชื่อมั่นด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ด้านอารมณ์เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.87 และชลยา อัคราภินันท์ (2558) ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 90 ราย หาความเชื่อมั่นด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ด้านอารมณ์เท่ากับ 0.90 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.85 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.87

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วมาใช้อย่างหมดจด โดยไม่มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อความ และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่อยู่ระหว่างรับการรักษา และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553; Gray et al., 2017) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .89, .92, .85, .84 และ .98 ตามลำดับ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .99, .93, .78, .79 และ .97 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้ผ่านการรับรอง รหัสโครงการวิจัย G-HS 053/2563 และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี รหัสโครงการ 20/2563 จากนั้นผู้วิจัยเขาพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด และหัวหน้าแผนกเวชระเบียน เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด เพื่อขออนุญาตเขาพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เมื่อผู้ป่วยอนุญาตให้เขาพบ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายรายละเอียดการวิจัย และสิทธิการตัดสินใจเขาร่วมการวิจัย โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างละเอียดและได้รับการตอบข้อซักถามจนเป็นที่พอใจ

ผู้ป่วยที่ปฏิเสธเขาร่วมการวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สมัครใจเขาร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเขาร่วมการวิจัยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง และตลอดระยะเวลาที่ดำเนินวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการเขาร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจติดตามระหว่างการรักษา หรือระหว่างรอรับการรักษาดูด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัดเท่านั้น เพื่อป้องกันการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยรักษาความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียว ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี และถูกทำลายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลาประมาณ 07.15-16.00 น. โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจติดตามระหว่างการรักษา และระหว่างรอรับการรักษาดูด้วยรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด และได้ป้องกันความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ระหว่างตัวผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยสวมหน้ากากอนามัย ทำความสะอาดมือด้วย

เจลแอลกอฮอล์ 70 % แยกอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ปากกาคนละด้าม และทำความสะอาดอุปกรณ์รวมทั้งสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยน้ำยาแอลกอฮอล์ 70 % ก่อนและหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้เลขประจำโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด เพื่อให้ช่วยประสานขออนุญาตผู้ป่วย ในการให้ผู้วิจัยเข้าพบ

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้เข้าพบ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ่มชัดวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป โดยผู้วิจัยประสานขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ประสาน/จัดลำดับการตรวจของแพทย์และลำดับการรักษาของผู้ป่วย ให้แจ้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เมื่อก่อนถึงลำดับการตรวจหรือการรักษาของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ลำดับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมความพร้อมก่อนรับการตรวจหรือการรักษา และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับตรวจการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เลขรหัสในแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ก่อนมอบให้กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นข้อคำถามที่ 7 ในแบบสอบถามชุดที่ 3 (แบบประเมินความปวด) ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลยาหรือวิธีการรักษาที่ได้รับอยู่ในขณะนี้ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที ใช้สถานที่ในการตอบแบบสอบถาม บริเวณห้องให้คำปรึกษาแผนก และห้องให้คำปรึกษาโภชนาการ ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศค่อนข้างผ่อนคลาย ไม่แออัด สอดคล้องกับแนวทางการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปอย่างอิสระ และกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย กรณีมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม และก่อนถึงลำดับการตรวจหรือการรักษา เจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทราบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจและการรักษาตามกำหนดลำดับของกลุ่มตัวอย่างทุกราย

6. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากการรักษา หรืออาการรบกวนอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการอ่อนเพลีย หรือมีความบีบคั้น กดดัน ทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ไม่สบายใจ ร้องไห้ กระสับกระส่าย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยให้การดูแลเบื้องต้นตามมาตรฐานการพยาบาล และแจ้งพยาบาลประจำแผนกทราบ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลหรือพิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะทางตามความเหมาะสม ซึ่งขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดเกิดอาการข้างต้น

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเรียบร้อย และความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นจึงเก็บแบบประเมินใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึก และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในข้อ 3-7 จนครบ 94 ราย

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมด บันทึกในคอมพิวเตอร์ที่วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติด้วยรหัสส่วนตัว ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ โดยมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) วิธี Enter regression โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลตามข้อเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้
  - 2.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม
  - 2.2 ทดสอบการกระจายของข้อมูล จากกราฟ Histogram ที่สร้างจากค่าความคลาดเคลื่อน พบว่ากราฟที่มีการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรตามเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

2.3 ทดสอบ Normality โดยหาการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน ใช้นิติ Kolmogorov-Smirnov ( $p > .05$ ) พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายแบบปกติ (ชญชิตา คุษฎี ทูลศิริ, 2561)

2.4 ทดสอบ Autocorrelation โดยหาค่าสถิติ Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.539 ซึ่งอยู่ในค่าปกติ (1.5-2.5)

2.5 ทดสอบ Multicollinearity โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) พบว่าระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยกว่า .85 หมายถึงตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และปัจจัยทำนายความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 94 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ใช้เวลาทั้งหมด 3 เดือน ผลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ดังตารางที่ 1) และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 94$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ ( $\bar{X} = 51.30$ ปี, $SD = 11.30$ , Range = 27-85 ปี)		
< 30 ปี	2	2.10
31-45 ปี	27	27.80
46-60 ปี	50	51.50
> 60 ปี	15	15.50
สถานภาพสมรส		
โสด	17	18.10
คู่	67	71.30
หม้าย	10	10.60
ศาสนา		
พุทธ	94	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	6.40
ได้รับการศึกษา	88	93.60
ประถมศึกษา	29	30.80
มัธยมศึกษา	28	29.80
ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	13	13.80
ปวช./ ปวส.	16	17.00
ปริญญาตรี	1	1.10
ปริญญาโท	1	1.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	25.50
ประกอบอาชีพ	70	74.50
ค้าขาย	29	30.80
รับจ้าง ลูกจ้าง	22	23.40
เกษตรกรรม	9	9.60
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	9.60
อื่นๆ	1	1.10
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)		
ไม่มีรายได้	0	0
มีรายได้	94	100
ต่ำกว่า 5,000	3	3.10
5,000-10,000	20	21.20
10,001-20,000	33	35.20
20,001-30,000	25	26.60
30,001-40,000	12	12.80
เท่ากับ/ มากกว่า 40,001	1	1.10
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว		
เพียงพอ	38	40.40
ไม่เพียงพอ	56	59.60
สิทธิการรักษา		
จ่ายเอง	1	1.10
สวัสดิการจากรัฐ	93	98.90



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	4	4.30
มี	90	95.70
สามี	20	21.30
บุตร	32	34.00
ญาติ	38	40.40
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	3	3.20
ผู้อาศัย	91	96.80

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.30 ปี ( $SD = 11.30$ ) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมา คือ 31-45 ปี ร้อยละ 27.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.30 ได้การศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 30.60 มีการประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.90 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.20 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.60 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยมีส่วนใหญ่เป็นบุตรและสามี คิดเป็นร้อยละ 55.30 มีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัยมากถึงร้อยละ 96.80

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ( $n = 94$ )

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะของโรคมะเร็งเต้านม		
ระยะที่ 1	13	13.80
ระยะที่ 2	53	56.40
ระยะที่ 3	28	29.80
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงปัจจุบัน		
1-6 เดือน	42	44.70
7-12 เดือน	44	46.80
> 18 เดือน	8	8.50
การรักษาในครั้งนี้อยู่		
เคมีบำบัด	53	56.40
ครั้งที่ 1	5	5.30
ครั้งที่ 2	14	14.90
ครั้งที่ 3	10	10.60
ครั้งที่ 4	11	11.70
ครั้งที่ 5	6	6.40
ครั้งที่ 6	7	7.40
รังสีรักษา	41	43.60
ครั้งที่ 1-10	7	7.40
ครั้งที่ 11-20	22	23.40
ครั้งที่ 21-30	12	12.80
โรคร่วมหรือประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มี	59	62.80
มี	35	37.20

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	28	29.80
เบาหวาน	3	3.20
ไขมันในเลือดสูง	3	3.20
อื่น ๆ	1	1
อาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ		
ไม่มี	5	5.30
มี	89	94.70
ปวดบริเวณที่ฉายรังสี	11	11.70
ปวดชาปลายมือ ปลายเท้า	10	10.70
ปวดหรือเจ็บในปากและคอ	3	3.20
อ่อนล้า	28	29.80
คลื่นไส้ อาเจียน	5	5.30
รับประทานอาหารได้น้อย	5	5.30
น้ำหนักลด	3	3.20
ผมร่วง	21	22.30
ท้องเสีย	2	2.10
อื่น ๆ	1	1.10

ตารางที่ 2 เป็นผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.40 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 7-12 เดือน ร้อยละ 46.80 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในปัจจุบันด้วยเคมีบำบัดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.40 โดยได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 14.90 ส่วนการรักษาด้วยรังสีรักษามีร้อยละ 43.60 โดยได้รับรังสีรักษาในช่วงครั้งที่ 11-20 มากที่สุด ร้อยละ 23.40 ระหว่างรับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับมากถึงร้อยละ 94.70 โดยพบอาการอ่อนล้ามากที่สุดร้อยละ 29.80 รองลงมา คือ อาการปวดที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ (อาการปวดบริเวณที่ฉายรังสี

ปวดชาปลายมือ ปลายเท้า และปวดหรือเจ็บในปากและคอ) ร้อยละ 25.60 และผมร่วง ร้อยละ 22.30

## ส่วนที่ 2 ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำแนกเป็นรายขอ มีรายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำแนกรายขอ ( $n = 94$ )

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	$\bar{X}$	$SD$	ระดับ	n (%)
โดยรวม	0-36	7-29	22.80	5.76	สูง	84
1. ในความคิดของท่าน ท่านมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำหรือไม่	0-4	0-4	2.91	1.05		
2. เมื่อท่านคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สิ่งนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิด หรือภาพที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น ความตาย ความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อครอบครัวของท่าน)	0-4	1-4	2.82	.98		
3. ท่านกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง	0-4	1-4	2.75	1.01		
4. ท่านเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0-4	0-4	2.62	1.03		
5. ท่านกังวลว่าเป็นไปได้ที่จะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0-4	1-4	2.60	1.03		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	$\bar{X}$	$SD$	n (%)
6. ท่านเชื่อว่าท่านหายแล้วและมะเร็งจะไม่กลับมาอีก	0-4	0-3	1.62	1.02	
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0-4	0-4	1.07	1.16	
8. ท่านใช้เวลามากแค่ไหนต่อวันในการคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0-4	0-3	.88	.95	
9. นานแค่ไหนที่ท่านคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0-4	0-3	.81	.86	

จากตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 22.80, SD = 5.76$ ) คิดเป็นร้อยละ 84 และร้อยละ 16 มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าข้อคำถาม “ ในความคิดของท่าน ท่านมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำหรือไม่ ” เป็นข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.91, SD = 1.05$ )

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ อาการปวด ความเครียด การมองโลก  
ในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ( $n = 94$ )

ปัจจัย	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่ เป็นจริง	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	n (%)
อาการปวด	0-10	0-8	1.12 (0.82)	เล็กน้อย	98.90
ด้านความรุนแรง	0-10	0-8	1.20 (.83)		
ด้านผลกระทบ	0-10	0-8	1.07 (.87)		
ความเครียด	0-40	12-25	25.51 (7.07)	ปานกลาง	98.90
ด้านการรับรู้ความเครียด	0-40	3-23	15.45 (4.54)		
ด้านการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมความเครียด	0-40	3-15	10.06 (3.27)		
การมองโลกในแง่ดี	0-24	10-18	10.12 (4.06)	ต่ำ	98.90
แรงสนับสนุนทางสังคม	16-80	41-74	48.30 (12.67)	ปานกลาง	67
ด้านอารมณ์	16-80	8-35	21.41 (5.87)		
ด้านข้อมูลข่าวสาร	16-80	5-19	11.06 (3.27)		
ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ	16-80	8-24	15.22 (4.17)		

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาเกี่ยวกับ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และ  
แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย  
( $\bar{X} = 1.12, SD = 0.82$ ) คิดเป็นร้อยละ 98.90 มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง  
( $\bar{X} = 25.51, SD = 7.07$ ) คิดเป็นร้อยละ 98.90 มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับต่ำ  
( $\bar{X} = 10.12, SD = 4.06$ ) คิดเป็นร้อยละ 98.90 และมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน  
ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 48.30, SD = 12.67$ ) คิดเป็นร้อยละ 67

ผลการวิเคราะห์อาการปวดรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ด้านความ  
รุนแรง ( $\bar{X} = 1.20, SD = .83$ ) ด้านผลกระทบ ( $\bar{X} = 1.07, SD = .87$ )

ผลการวิเคราะห์ความเครียดรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ด้านการรับรู้  
ความเครียด ( $\bar{X} = 15.45, SD = 4.54$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเครียด  
( $\bar{X} = 10.06, SD = 3.27$ )

ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 21.41, SD = 5.87$ ) ด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X} = 11.06, SD = 3.27$ ) และด้านทรัพยากร หรือวัตถุ ( $\bar{X} = 15.22, SD = 4.17$ )

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 5 Correlation matrix ระหว่างความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $n = 94$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ					
2. อาการปวด	.12				
3. ความเครียด	.80***	.20*			
4. การมองโลกในแง่ดี	-.68***	-.31**	-.80***		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.72***	-.26**	-.84***	.77***	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยตัวแปรอิสระ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม พบว่ามีเพียงอาการปวดที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ( $r = .12, p > .05$ ) ส่วนความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ เท่ากับ ( $r = .80, p < .001$ ), ( $r = -.68, p < .001$ ) และ ( $r = -.72, p < .001$ ) ตามลำดับ

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์น้อยกว่า .85 ดังนี้ อาการปวดมีความสัมพันธ์กับความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าความสัมพันธ์ ( $r = .20, p < .05$ ), ( $r = -.31, p < .01$ ) และ ( $r = -.26, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนความเครียดมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าความสัมพันธ์ ( $r = -.80, p < .001$ ) และ ( $r = -.84, p < .001$ ) ตามลำดับ เช่นเดียวกับ การมองโลก

ในแง่ดีที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .77, p < .001$ )

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ( $n = 94$ )

ตัวแปรทำนาย	B	SE	$\beta$	t
ความเครียด	.50 ***	.10	.61 ***	4.78 ***
Intercept = 15.23, $R^2_{\text{Adjust}} = 6.39, F(4, 89) = 42.17***$				

\*\*\* $p < .001$

จากผลการศึกษาพบว่า อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ร้อยละ 63.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{\text{Adjust}} = 6.39, p < .001$ ) โดยความเครียดเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .61, p < .001$ )



## บทที่ 5

### สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/ หรือเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .92, .85, .84 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์สหการถดถอยพหุคูณ

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 94 ราย มีอายุเฉลี่ย 51.30 ปี ( $SD = 11.30$ ) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมา คือ 31-45 ปี ร้อยละ 27.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.30 ได้การศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 30.60 มีการประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.90 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.20 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.60 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยมีส่วนใหญ่เป็นบุตรและสามี คิดเป็นร้อยละ 55.30 มีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัยมากถึงร้อยละ 96.80 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.40 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในปัจจุบันด้วยเคมีบำบัดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.40 โดยได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 14.90 ส่วนการรักษาด้วยรังสีรักษามีร้อยละ 43.60 ระหว่างรับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับมากถึงร้อยละ 94.70 โดยพบอาการอ่อนล้ามากที่สุดร้อยละ 29.80 รองลงมา คือ อาการปวดที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ (อาการปวดบริเวณที่ฉายรังสี ปวดขาปลายมือ ปลายเท้า และปวดหรือเจ็บในปากและคอ) ร้อยละ 25.60 และผอมลง ร้อยละ 22.30

2. ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 22.80, SD = 5.76$ ) คิดเป็นร้อยละ 84 และร้อยละ 16 มีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าข้อคำถาม “ ในความคิดของท่าน ท่านมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำหรือไม่ ” เป็นข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.91, SD = 1.05$ )

3. ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม พบว่า อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ร้อยละ 63.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{\text{Adjust}} = 6.39, p < .001$ ) โดยความเครียดเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย ( $\beta$ ) เท่ากับ .61

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้  
**ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม**  
 ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 84 มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 22.80, SD = 5.76$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง (Butow et al., 2018; Peng et al., 2019; Yang et al., 2018; Vandraas, Reinertsen, Kiserud, & Lie, 2020)

อภิปรายตามทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ถึงแม้จะได้รับการผ่าตัดออกก่อนมะเร็งออกไปแล้ว แต่ต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา โดยได้รับการรักษาในปัจจุบันด้วยเคมีบำบัดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.40 และร้อยละ 43.60 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งการรักษาดังกล่าวก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาในกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 94.70 โดยพบอาการอ่อนล้ามากที่สุด ร้อยละ 29.80 รองลงมาคือ อาการปวด (อาการปวดบริเวณที่ฉายรังสี ปวดชาปลายมือ ปลายเท้า และปวดหรือเจ็บในปากและคอ) พบร้อยละ 25.60 ซึ่งภาวะเหล่านี้ เป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ไม่สุขสบาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนส่งผลต่อการทำงาน โดยพบว่า ร้อยละ 25.50 กลายเป็นบุคคลว่างงาน ทำให้มีความจำเป็นในการพึ่งพาบุคคลอื่น จึงรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการรับรู้และการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือมีผลกระทบต่อกรรับรู้ด้านอารมณ์ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้หรือแปลผลว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาข้างต้น น่าจะเป็นสัญญาณของการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง กล่าวคือ เกิดความกลัวการ

กลับเป็นมะเร็งซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Yang et al. (2018) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 94 ราย ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่าผู้ป่วยเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในระดับสูง ซึ่งถูกกระตุ้นได้จากผลข้างเคียงของการรักษา คืออาการปวดบริเวณผิวหนังจากการฉายรังสี

### ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษาพบว่า อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ร้อยละ 63.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{\text{Adjust}} = 6.39, p < .001$ ) โดยมีเพียงปัจจัยความเครียดที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้ ( $\beta = .61, p < .001$ )

อภิปรายได้ว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียด ผู้ป่วยจะใช้เวลาว่างและสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อเผชิญกับความเครียดนั้น ๆ โดยการควบคุมและแก้ไขสาเหตุของความเครียด หากไม่สามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาวะคุกคาม และเกิดเป็นความกลัว ซึ่งในภาวะนี้ได้แก่ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความเครียดทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ( $\beta = .24, p < .001$ ) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ความเครียดมีอำนาจในการทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา อาจเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างรับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษามากถึง ร้อยละ 94.70 ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดอย่างมาก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

ผลจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 98.90 มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 25.51, SD = 7.07$ ) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .80, p < .001$ ) อภิปรายได้ว่า สาเหตุความเครียดในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ความเครียด ประกอบกับอยู่ในช่วงแรกของการรักษา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 14.90 ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมาก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.70 ยังต้องเผชิญผลข้างเคียงจากการรักษา โดยพบอาการอ่อนล้ามากที่สุดร้อยละ 29.80 รองลงมา คือ อาการปวดที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ (อาการปวดบริเวณที่ฉายรังสี ปวดขาปลายมือ ปลายเท้า และปวดหรือเจ็บในปากและคอ) ร้อยละ 25.60 ซึ่งผลข้างเคียงข้างต้นก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการทำงาน โดยพบว่า ร้อย

ละ 25.50 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ กลายเป็นบุคคลว่างงาน และร้อยละ 59.60 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่ออาชีพค้าขาย ซึ่งเป็นอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 30.90 ขาดสภาพคล่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับสูง สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมาของ Yang et al. (2018) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 69 ต้องเผชิญกับความเครียดในระดับต่าง ๆ กัน ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าอาการปวด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา อภิปรายได้ดังนี้

อาการปวด ผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 98.90 มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวด อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.12, SD = 0.82$ ) และอาการปวดไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ( $r = .12, p > .05$ ) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปแล้ว ประกอบกับส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงโรคลู่ในระยะที่ 2 ซึ่งในระยะดังกล่าว เซลล์มะเร็งจะยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะข้างเคียง จึงทำให้ไม่เกิดการกดเบียดระบบประสาทบริเวณรอบ ๆ ทำให้รับรู้ความรุนแรงของอาการปวดต่ำ (WHO, 2018) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.10 รับประทานยาบรรเทาปวด ทำให้อาการปวดลดลง ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการปวดไม่รุนแรง หรืออยู่ในระดับเล็กน้อย โดยอาการปวดเป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านร่างกาย ซึ่งอาการปวดในระดับเล็กน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน หรือการดำรงชีวิต จึงอาจเป็นเหตุผลที่อาการปวดไม่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้

การมองโลกในแง่ดี ผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 98.90 มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 10.12, SD = 4.06$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.68, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ (Finck et al., 2018) อาจเนื่องจาก การมองโลกในแง่ดี เป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษา มากถึงร้อยละ 94.70 ผลข้างเคียงข้างต้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อมุมมองในการโลก กระทบต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ จึงทำให้มีการมองโลกในแง่ดีในระดับต่ำ

นอกจากนี้ พบว่าถึงแม้การมองโลกในแง่ดี จะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ แต่กลับพบว่าไม่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมสามารถเผชิญปัญหาและเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการรับรู้ทางอารมณ์ที่ดีขึ้น การมองโลกในแง่ดีจึงไม่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้

แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 67 มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 48.30, SD = 12.67$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.72, p < .001$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (Mehnert et al., 2013; Wijayanti et al., 2018) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.30 ขณะเจ็บป่วยมีผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 95.70 และส่วนใหญ่มีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัยมากถึงร้อยละ 96.80 ทำให้ได้รับแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งกระตุ้นนอก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ แต่กลับพบว่าไม่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว ซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต จึงช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตัวเอง ได้รับการประเมินสะท้อนคิด นำมาซึ่งการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดการปรับตัวที่ดี ทำให้มีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดี จึงไม่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ หรือไม่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ว่าความเครียดเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ โดยอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ เป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียด ผลการวิจัยจะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการหาแนวทางการประเมินความเครียด และผลข้างเคียงจากการรักษา นำมาซึ่งแนวทางการจัดการความเครียด และผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำต่อไป

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง และ ความเครียดสามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้ ดังนี้

1. ควรมีการประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเป็น ระยะเวลา ๆ หรือทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา รวมทั้งควรมีการประเมินและหาสาเหตุของความเครียด เพื่อหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนส่งเสริมและหาแหล่งสนับสนุน ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับ ความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ
2. ควรมีการประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการปวด และหาแนวทางการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม เผชิญหรือจัดการอาการ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ บรรเทาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระหว่างรับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้ป่วยในช่วงระยะอื่นและ ในพื้นที่อื่นได้ จึงควรทำการศึกษาวิจัยซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ต่างพื้นที่ หรือมีบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุและกลไกเชิงลึกที่สำคัญ ของการเกิดความเครียด และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ
3. อาการอ่อนล้าเป็นอาการข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้มากที่สุด จึงควรนำมาศึกษาใน การร่วมทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

## บรรณานุกรม

กรมการแพทย์. (2557). “มะเร็งเต้านม” โรคร้ายที่ผู้ชายก็เป็นได้. เข้าถึงได้จาก

[https://www.dms.moph.go.th/Content/Select\\_Landding\\_page?contentId=19670](https://www.dms.moph.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=19670)

กรมสุขภาพจิต. (2543). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง สุขภาพจิตคือชีวิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โควิด - 19. เข้าถึงได้จาก

<https://covid19.ddc.moph.go.th/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ฐานข้อมูล HDC (Health Data Service Center). เข้าถึงได้จาก

<https://www.google.com/search?xsrf=ALeKk>

กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือคลายเครียด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ. (2560). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง  
ชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2017. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ. (2561). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง  
ชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2018. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ. (2562). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง  
ชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2019. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล  
ปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล  
ปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล  
ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและ  
การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

ขวัญฤตา มิตรภักดี. (2561). “มะเร็งเต้านมในเพศชาย” Male breast cancer. *TUH Journal online*, 3(3),  
66-77.

จุฑามาศ แหนจอน. (2558). สมองกับอารมณ์: มหัศจรรย์ความเชื่อมโยง Brain & Emotions:

A Miracle Connection. *วารสารราชพฤกษ์*, 13(3), 1-19.

- จารุวรรณ ขอกระซัง. (2554). การทดสอบแบบจำลองปัจจัยเอื้อต่อการทำงานและทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการเริ่มด้วยตนเองภายใต้บทบาทสื่อของความผูกพันในงาน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- ชญชิตาคุณี ทูลศิริ. (2561). เอกสารคำสอนรายวิชา 10750260 สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางการแพทย์. ชลบุรีการพิมพ์: ชลบุรี
- ชนิดดา แนบเกษร, วรณิ เดียวอิสระ และอาภรณ์ ดินาน. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและฮอโมนคอร์ติซอล ในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 248-258.
- ชลยา อรรถภินันท์. (2558). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐนัฐ วงศ์สายเชื้อ. (2563). แปลผลคะแนน อิงเกณฑ์ vs. อิงกลุ่ม ด้วยค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ใช้กรณีใด. เข้าถึงได้จาก [https://www.youtube.com/watch?v=ZprYD2CP\\_Rs](https://www.youtube.com/watch?v=ZprYD2CP_Rs)
- ฐานข้อมูล HDC (Health Data Service Center) กระทรวงสาธารณสุข. (2563). จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. เข้าถึงได้จาก [http://hp.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=3017](http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3017)
- ธัญญารักษ์ แสงบุญไทย, ชมชื่น สมประเสริฐ, สารรัตน์ วุฒิอาภา และนุชนาด บรรทมพร. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เหตุการณ์เครียด การสนับสนุนทางสังคมและผลกระทบทางจิตใจในหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(3), 73-84.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐานวิจัย. เข้าถึงได้จาก <http://llskill.com/web/files/GPower.pdf>
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล. (2559). ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ. วารสารสภาการพยาบาล, 31(3), 16-25.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ประคอง อินทรสมบัติ. (2555). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโลง, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 303-314). สมุทรปราการ: สันทวีกิจพริ้นติ้ง.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. (2551). การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินความปวด Brief Pain Inventory (BPI-T) ฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 92(1), 34-40.
- พนารัตน์ รัตน์สุวรรณ, วิมลรัตน์ ศรีราช, มาลินี วงศ์สวัสดิพัฒน์, พ้างาม เจริญผล, สุชนนี สิมะจานึก, ศศิวิมล พงษ์จรยากุล และสมบุญธ เทียนทอง. (2559). การประเมินคุณภาพการระงับปวดผู้ป่วยปวดเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(2), 151-158.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). ความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 90(10), 2165-2174.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล. (2559). มะเร็งเต้านม ระบาดวิทยา การป้องกัน และแนวทางการตรวจคัดกรอง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(50), 497-507.
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2555). *มะเร็งเต้านม*. เข้าถึงได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/surgery>
- มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2557). แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารรามาชิปดีเวชสาร*, 38(1), 20-28.
- มุกดา สุกสมาน. (2537). *มนุษย์: ภาวะกายและจิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาลินี ธานี, พวงรัตน์ ขงวนิชย์ และวัชรินทร์ ลอบลม. (2555). องค์ประกอบและบทบาทของสภาวะของเซลล์มะเร็ง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 424-432.
- ลัดดาวัลย์ ฟองค์. (2561). *ปัจจัยทำนายความก้าวหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรภัทร ทองใบ. (2550) *นวัตกรรมการพยาบาลในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วรัถถันันท์ ชุขณะโชติ. (2561). *อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชระ รอดสัมฤทธิ์, จันทน์ อุดธิสินธุ์ และชนกนันท์ บางเลี้ยง. (2551). *รายงานผลโครงการวิจัย พัฒนา  
 โปรแกรมคำนวณ T ปกติ เพื่อกำหนดคะแนนระดับเครือข่ายอินเทอร์เน็ต*. สาขาวิชาฟิสิกส์  
 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). *ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล  
 เด็กและครอบครัว*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23-33.
- วาทีณี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย  
 มหาสารคาม.
- ศักดิ์ดา ขำคม. (2562). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. *วารสารพยาบาล  
 สภาวิชาชีพไทย*, 12(1), 161-176.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. เข้าถึงได้จาก [https://  
 thaitgri.org/images/document/Research\\_tgri/FamilyResearch.pdf](https://thaitgri.org/images/document/Research_tgri/FamilyResearch.pdf)
- ศิริไชย หงส์สงวนศรี และพนม เกตุมาน. (2552). *Game Addiction: The Crisis and  
 Solution: บทความสำหรับแพทย์*. เข้าถึงได้จาก <http://www.rcpsycht.org/capst/>.
- ศิริพร บุรณกุลกิจการ, จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี.  
 (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.  
*วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 24-35.
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนากร, มุกดา เดชประพนธ์ และ บัวหลวง สำแดงฤทธิ. (2558). *ความเครียดและ  
 การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี  
 ร่วมกับยาเคมีบำบัด*. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 21(2), 158-171.
- ศูนย์รังสีวินิจฉัยความก้าวหน้า (ไอแมค) มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์  
 คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง(CT)*. เข้าถึงได้จาก <https://med.mahidol.ac.th/aimc/th/content/ctth>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม*.  
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการ  
 สุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง Service Plan ปี 2561-2565*. เข้าถึงได้จาก  
[http://www.nci.go.th/th/File\\_download/filePlan](http://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan)

สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง*.

เข้าถึงได้จาก [http://www.pain-tasp.com/main/images/stories/download/cpg/CPG\\_cancer\\_pain\\_2556](http://www.pain-tasp.com/main/images/stories/download/cpg/CPG_cancer_pain_2556)

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *ปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทย*

ปี พ.ศ. 2555-2559. เข้าถึงได้จาก <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1581-file.pdf>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559ก). *สรุปผลที่สำคัญ*

*การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559ข). *รายงานลักษณะ*

*ของประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*

*ประจำปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: เอบีซีอินเตอร์กรุ๊ป.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลและสังคม. (2563). *ข้อมูลสรุปผลการสำรวจภาวะการทำงาน*

*ของประชากร*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ข้อมูลจำนวนและอัตรา*

*ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต ปี พ.ศ. 2559-2561*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/>

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง*.

*กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.

อดิภัทร พรหมสมบัติ, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์ และจตุพร ศิริกุล. (2563). *ปัจจัยทำนาย*

*ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(2), 59-73.

อภันตรี จันทะไทย, คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และนพดล โสภารัตนาไพศาล.

(2561). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(4), 52-65.

อมรรัตน์ นระสนธิ์. (2550). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*.

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2557). *สถิติในการวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

- อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาล เชียงรายประชาชนเคราะห์. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 1(2), 165-172.
- Abbey, G., Thomson, S. B., Hickish, T., & Heathcote, D. (2014). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24(4), 371-381.
- Ali, M. S., Osmany, M., & Khan, W. (2014). Fear of death, depression and coping among cancer patients. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(6), 681-686.
- American Cancer Society [ACS]. (2015). *After diagnosis: A Guide for Patients and Families*. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002813>
- American Cancer Society [ACS]. (2016). *What is Cancer Recurrence?*. Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/understanding-recurrence/what-is-cancer-recurrence.html>
- American Cancer Society [ACS]. (2018). *Economic Impact of Cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/economic-impact-of-cancer.html>
- American Cancer Society [ACS]. (2019). *Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020*. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>
- American Psychology Association [APA]. (2011). *Stress: The Deferent Kinds of Stress*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds>
- Arslan, S., Celebioglu, A., & Tezel, A. (2009). Depression and hopelessness in Turkish patients with cancer undergoing chemotherapy. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(2), 105-110.
- Baker, T. A., Krok-Schoen, J. L., & McMillan, S. C. (2016). Identifying factors of psychological distress on the experience of pain and symptom management among cancer patients. *BMC Psychology*, 4(52), 1-7.
- Barre, P. V., Padmaja, G., & Rana, S. (2018). Stress and quality of life in cancer patients: Medical and Psychological Intervention. *Indian Journal Psychology Medicine*, 40(3), 232-238.
- Berger, A. M., Gerber, L. H., & Mayer, D. K. (2012). Cancer-Related Fatigue. *Cancer*, 118(S8), 2261-2269.
- Brown, M., & Smith, P. F. (2017). Pain in cancer survivors: Filling in the gaps. *British Journal of Anaesthesia*, 119(4), 723-736.

- Burstein, H., Gelber, S., Guadagnoli, E., & Weeks, J. (1999). Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, *340*(22), 1733-1739.
- Butow, P., Sharpe, L., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., & Beith, J. (2018). Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. *Oncology (Williston Park)*, *32*(1), 32-38.
- Caplan, R. D. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experimental in Patient Education and Social Support*. University of Michigan: Ann Arbor.
- Carver, C. S., & Scheirer, M. F. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(1), 267-283.
- Carver, C. S., & Scheirer, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, *18*(1), 293-299.
- Chiou, Y. J., Chiu, N. M., Wang, L. J., Li, S. H., Lee, C. Y., Wu, M. K., Chen, C. C., Wu, Y. S., & Lee, Y. (2016). Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine distress thermometer and chinese health questionnaire screening. *Neuropsychiatr Disease Treatment*, *12*(1), 2765-2773.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994) Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *23*(1), 129-138.
- Cleeland, C. S. (2009). *The Brief Pain Inventory User Guide*. The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center 1515 Holcombe.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Science*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385-396.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(1), 310-352.
- Cohen, J. (1992a). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Cohen, J. (1992b). Statistical power analysis. *Current Direction in Psychological Science*, *1*(3), 98-101.

- Colleoni, M., Sun, Z., & Price, K. N. (2016). Annual hazard rates of recurrence for breast cancer during 24 years of follow-up: Results from the international breast cancer study group trials I to V. *Journal of Clinical Oncology*, *34*(1), 927-935.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal Consult Clinical Psychoogyl*, *69*(4), 706-711.
- Custers, J. E., Gielissen, M. M., Janssen, S. H. V., de Wilt, J. W., & Prins, J. B. (2016). Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, *24*(2), 555-562.
- Deimling, G. T. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *15* (4), 306-320.
- Demir, M. (2017). Effects of laughter therapy on anxiety, stress, depression and quality of life in cancerpatients. *Journal Cancer Sciene Therapy*, *7*(1), 272-273.
- Denaro, N., Tomasello, L., & Russi, E. G. (2014). Cancer and stress: What matter? from epidemiology: The psychologist and oncologist point of view. *Journal of Cancer Therapeutices & Research*, *3*(6), 1-11.
- Diang, M., Butow, P., Costa, D., Morton, R. L., Menzies, S. W., Mireskandary, S., & Kaparian, N. A. (2016). Psycho-education intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: Result of a randomized control trial. *Journal of Clinical Oncology*, *34*(36), 4405-4414.
- Doo, A. R., Shin, Y. S., Yoo, S., & Park, J. K. (2018). Radiation-induced neuropathic pain successfully treated with systemic lidocaine administration. *Journal of Pain Research*, *11*(1), 545-548.
- Dunn, B. L., Langford, J. D., Paul, M. S., Berman, B. M., Shumay, M. D., & Kober, K. (2015). Trajectories of fear of recurrence in women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, *23*(2), 2033-2043.
- Fardell, J. E., Jones, G., Smith, A. B., Lebel, S., Thewes, B., Costa, D., & Butow, P. (2016). Exploring the screening capacity of the fear of cancer recurrence inventory-short form for clinical levels of fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*, *27*(2), 492-499.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(1), 27-33.
- Fisher, A., Beeken, R. J., Heinrich, M., Williams, K., & Wardle, J. (2016). Health behaviours and fear of cancer recurrence in 10 969 colorectal cancer (CRC) patients. *Psycho-Oncology, 25*(3), 1434-1440.
- Ford, S. (2018). Understanding the effect of pain and how the human body responds. *Nursing Times, 114*(3), 22-26.
- Galica, J. P. (2017). *Fear of Cancer Recurrence Among Survivors of Adult Cancers*. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Faculty of Nursing, University of Toronto.
- Gaskin, C. G., & Happell, B. (2013). Power of mental health nursing research: A statistical analysis of studies. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*(1), 69-75.
- Geurts, Y. M., Witteveen, A., Bretveld, R., Poortmans, P. M., Sonke, G. S., Strobbe, L. A., & Siesling, S. (2017). Patterns and predictors of first and subsequent recurrence in women with early breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment, 165*(1), 709-720.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research*. St. Louis, Missouri: Saunders.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research*. St. Louis, Missouri: Saunders.
- Hall, D. L., Lennes, I. T., Pirl, W. F., Friedman, E. R., & Park, E. R. (2016). Fear of recurrence or progression as a link between somatic symptoms and perceived stress among cancer survivors. *Support Care Cancer, 25*(5), 1401-1407.
- Hall, D. L., Luberto, C. M., Philpotts, L. L., Song, R., Park, E. R., & Yeh, G. Y. (2018). Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology, 27*(11), 2546-2558.

- Hanprasertpong, J., Geater, A., Jiamset, I., Padungkul, L., Hirunkajonpan, P., & Songhong, N. (2017). Fear of cancer recurrence and its predictors among cervical cancer survivors. *Gynecol Oncology*, *28*(6), 1-11.
- Haviland, J., Sodergren, S., Calman, L., Corner, J., Din, A., Fenlon, N., & Winte, J. (2017). Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health related quality of life: Results from the UK ColoREctal Wellbeing (CREW) cohort study. *Psycho-Oncology*, *26*(1), 2276-2284.
- Hazelton, B., Timm, H. U., Graugaard, C., Boisen, K. A., & Sperling, C. D. (2016). Perhaps I will die young. Fears and worries regarding disease and death among Danish adolescents and young adults with cancer: A mixed method study. *Support Care in Cancer*, *24*(1), 4727-4737.
- Hefner, J., Berberich, S., Lanvers, E., Sanning, M., Steimer, A. K., & Kunzmann, V. (2017). New insights into frequency and contents of fear of cancer progression/ recurrence (FOP/FCR) in outpatients with colorectal carcinoma (CRC) receiving oral capecitabine: A pilot study at a comprehensive cancer center. *Patient Prefer Adherence*, *11*(1), 1907-1914.
- Herr, K., Coyne, P. J., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J., & Wild, L. (2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, *7*(2), 44-52.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Ihbe-Heffinger, A., Ehlken, B., Bernard, R., Berger, K., Peschel, C., Eichler, H.G., & Lordick, F. (2004). The impact of delayed chemotherapy induced nausea and vomiting on patients, health resource utilization and costs in German cancer centers. *Annals of Oncology*, *15*(3), 526-536.
- International Association for The Study of Pain [IASP]. (2011). *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. Retrieved from [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions)
- Janz, N. K., Hawley, S. T., Mujahid, N. S., Griggs, J., Alderman, A., Hamilton, A., & Katz, S. J. (2011). Correlates of worry about recurrence in a multi-ethnic population-based sample of women with breast cancer. *Nation Institute of Health*, *117*(9), 1827-1836.



- Kim, Y., Carver, C. S., Spillers, R. L., Love-Ghaffari, M., & Kaw, C. K. (2012). Dyadic effects of fear of recurrence on the quality of life of cancer survivors and their caregivers. *Quality of Life Research*, 21(1), 517-525.
- Kockrow, C. (2011). *Foundation and adult health nursing* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term ( $\geq 5$  years) cancer survivors-a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, 22(1), 1-11.
- Kroenke, C. H., Fung, T. T., Hu, F. B., & Holmes, M. D., (2005). Dietary patterns and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23(36), 9295-9303.
- Laurie, A., Gibb, F., Janz, N. K., Katapodi, M. C., Zikmund, B. J., & Northouse, L. (2017). The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(1), 1270-1277.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivors*, 3(2), 117-127.
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., & Prins, J. (2016). From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3265-3268.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence-a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(1), 95-105.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 143-163.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). *The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness*. New York: Routledge.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Barrett, L. F. (Eds.). (2008). *Handbook of Emotions* (3<sup>rd</sup> ed.). The Guilford Press.

- Li, C. I., Daling, J. R., Porter, P. L., Tang, M. T., & Malone, K. E. (2009). Relationship between potentially modifiable lifestyle factors and risk of second primary contralateral breast cancer among women diagnosed with estrogen receptor-positive invasive breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 27*(32), 5312-5318.
- Llewellyn, C. D., Weinman, J., McGurk, M., & Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence?. *Journal of Psychosomatic Research, 65*(1), 525-532.
- Lucas, J. M. (2013). *Factors Associated With Fear of Breast Cancer Recurrence Among Survivors*. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Faculty of Nursing, University of South Florida.
- 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.
- Macleod, A. D. (2017). Fear in palliative care. *Progress in Palliative Care, 25*(6), 273-278.
- Matulonis, U. A., Kornblith, A., Lee, H., Bryan, J., Gibson, C., & Wells, C. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer, 18*(6), 1183-1193.
- Maurizi, G., Andrilli, A., & Ciccone, A. M. (2015). Margin distance does not influence recurrence and survival after wedge resection for lung cancer. *Annals Thoracic Surgery, 100*(1), 918-924.
- McCaffery, M. (1968). *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles, CA: University of California.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis Missouri: Mosby.
- McCracken, K. (2015). The Challenges of Cancer Pain Assessment. *Ulster Medical Journal, 84*(1), 55-57.
- McGinty, H. L., Goldenberg, J. L., & Jacobsen, P. B. (2016). Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 21*(1), 203-210.

- Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C., & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. *Acta Oncologica*, 52(1), 1102-1109.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms. *A New Theory Science*, 150(3699), 971-978.
- Mental Health Foundation. (2018). *Stress, The Theme for Mental Health Awareness Week 2018, Can Be Defined as The Degree to Which You Feel Overwhelmed or Unable to Cope as a Result of Pressures that are Unmanageable*. Retrieved from <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stress>
- Millan, I. H., Cameron, J., Yang, Y., & Humphris, G. (2019). An observational mixed-methods approach to investigate the fear of cancer recurrence cognitive and emotional model by Lee-Jones et al with women with breast cancer during radiotherapy treatment. *E Cancer*, 13(9), 1-20.
- Ministry of Public Health, & Ministry of Education. (2015). *Cancer in Thailand Vol.VIII, 2010-2012*. Bangkok: National Cancer Institute Thailand.
- Mirabeau-Beale, K. L., Kornblith, A. B., Penson, R.T., Lee, H., Goodman, A., & Campos, S. M. (2009). Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncology*, 114(2), 353-359.
- Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M., Haghighat, S., & Harirchi, I. (2007). Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 144-149.
- Munkong, K., & Puttawibul, P. (2013). *Management of Loco-Regional Recurrence of Breast Cancer*. Songklanakarind Hospital.
- Myers, S. B., Manne, S. L., Kissane, D. W., Ozga, M., & Kashy, D.A. (2013). Social-Cognitive processes associated with fear of recurrence among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Gynecol Oncol*, 28(1), 120-127.
- Nation Cancer Institute [NCI]. (2019). *Breast Cancer Treatment (Adult) Patient Version*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>
- Nation Cancer Institute [NCI]. (2020). *Cancer pain Health Professional Version*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-pdq>

National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2019). Adult cancer pain, version 3. *NCCN Clinical Practice guidelines in Oncology*, 17(8), 997-1007.

National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2020). Mood Changes. *Mood Changes*. Retrieved from [https://www.nccn.org/patients/resources/life\\_with\\_cancer/managing\\_symptoms/mood\\_changes.aspx](https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/managing_symptoms/mood_changes.aspx)

Ochiai, S., Nomoto, Y., & Watanabe, Y. (2016). The impact of epidermal growth factor receptor mutations on patterns of disease recurrence after chemo-radiotherapy for locally advanced non-small cell lung cancer: A literature review and pooled analysis. *Journal of Radiation Research*, 57(1), 449-459.

Oers, V., & Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: A review of current research and practice. *South African Family Practice*, 55(6), 525-529.

Oldenmen, W. H., de Raaf, P. J., de Klerk, C., & van der Rijt, C. C. (2013). Cut points on 0-10 numeric rating scales for symptoms included in the Edmonton symptom assessment scale in cancer patients: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1083-1093.

Park, C. L., Cho, D., Blank, T. O., & Wortmann, J. H. (2013). Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: Predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(1), 1630-1638.

Pelaez, F. R., & Taniguchi, S. (2013). The gated of pain revisited: Modeling different pain conditions with a parsimonious neuro-computational model. *Neural Plasticity*, 14(1), 1-15.

Peng, L., Huang, W., Zhang, W., Xu, Y., Lu, F., Zhong, L., & Li, M. (2019). Psychometric Properties of the Short Form of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) in Chinese Breast Cancer Survivors. *Frontiers in Psychiatry*, 10(1), 1-7.

Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanism in cancer patient; Developing Nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 17-23.

Pugh, S. A., Shinkins, B., & Fuller, A. (2016). Site and stage of colorectal cancer influence the likelihood and distribution of disease recurrence and post recurrence survival: Data from the FACS randomized controlled trial. *Annals of Surgery*, 263(6), 1143-1147.

- Renz, M., Reichmuth, O., Bueche, D., Traichel, B., Mao, S., Cetney, T., & Strasser, F. (2018). Fear, pain, denial, and spiritual experiences in dying processes. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(3), 478-491.
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(8), 849-857.
- Sand, L., & Strang, P. (2006). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376-1387.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 1063-1078.
- Schmidt, B. L., Hamamoto, D. T., Simone, D. A., & Wilcox, G. L. (2010). Mechanisms of cancer pain. *Molecular Interventions*, 10(3), 164-178.
- Schneider, F. W., Gruman, J. A., & Coutts, L. M. (2012). *Applied Social Psychology* (2<sup>nd</sup> ed.). California: SAGE.
- Shelby, R. A., Crespino, T. R., Wells-Di Gregorio, S. M., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 433-444.
- Sian, E. H., Eila, K. W., Alison, M. W., Nada, F. K., Daniel, T., & Eike, A. (2011). Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Oncology*, 29(15), 2091-2098.
- Silverman, S. (2007). Diagnosis and Management of Oral Mucocitis. *Journal Support Oncology*, 5(2), 13-21.

- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of cancer recurrence inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 241-251.
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., & Mireskandari, S. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivors*, 7(1), 300-322.
- Simard, S., & Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survival*, 1(1), 1-11.
- Simonelli, L. E., Siegel, S. D., & Duffy, N. M. (2017). Fear of cancer recurrence: A theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psycho-Oncology*, 26(1), 1444-1454.
- Smith, L., Lutgendorf, L., & Sood, A. K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology*, 6(12), 1863-1881.
- Software Informer. (2015). *G\*Power 3.1*. Retrieved from <http://gpower.software.informer.com/3.1/>
- Sendlbeck, M., Araujo, E. G., Schett, G., & Englbrecht, M. (2015). Psychometric properties of three single-item pain scales in patients with rheumatoid arthritis seen during routine clinical care: A comparative perspective on construct validity, reproducibility and internal responsiveness. *Rheumatic & Musculoskeletal Disease*, 1(1), 1-9.
- Soung, N. K., & Kim, B. Y. (2015). Psychological stress and cancer. *Journal of Analytical Science and Technology*, 6(30), 2-6.
- Starreveld, D. J., Markovitz, S. E., van Breukelen, G., & Peters, M. L. (2018). The course of fear of cancer recurrence: Different patterns by age in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(1), 295-301.
- Stebbing, J., Delaney, G., & Thompson, A. (2011). Breast cancer (non-metastatic). *Clinical Evidence*, 2(102), 1-54.
- Stewart, J. (2014). The challenges of cancer pain assessment. *Ulster Medical Journal*, 83(1), 44-46.
- Sun, H., Yang, Y., Zhang, J., Liu, T., Wang, H., Garg, S., & Zhang, B. (2019). Fear of cancer recurrence, anxiety and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15(1), 857-865.

Tel Aviv University. (2008). *Stress and Fear can Affect Cancer's Recurrence*. Retrieved from

[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2008-02/afot-saf022708.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2008-02/afot-saf022708.php)

The American Society for Radiation Oncology [ASTRO]. (2018). *New Guidelines Say Accelerated*

*Whole-Breast Irradiation Should Be Used to Treat Most Breast Cancers*. Retrieved from

<https://www.breastcancer.org/research-news/accelerated-whole-breast-radiation-new-standard>

Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., & Dolley, D. (2012).

A Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: A cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20(1), 2651-2659.

Thewes, B., Lebel, S., Seguin, L. C., & Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of

cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors.

*Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2269-2276.

Tiger, L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. New York: Simon and Schuster.

Timby, B. K., & Smith, N. E. (2003). *Caring for Client with Pain*. In *Introductory Medical- Surgical*

*Nursing* (8<sup>th</sup> ed.) (pp.222-236). Philadelphia: Lippincott-William & Wilkins.

Vandraas, K. F., Reinertsen, K. V., Kiserud, C. E., & Lie, H. C. (2020). Fear of cancer recurrence

among young adult cancer survivors exploring long-term contributing factors in a large, population-based cohort. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(3), 571-577.

van den Beuken-van Everdingen, M. J., Peters, M. L., Rijke, J. M., Schouten, H. C., van Kleef, M.,

& Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence:

A validation and prevalence study. *Psycho-Oncology*, 17(2), 1137-1145.

Vickberg, S. J. (2003). Fears about breast cancer recurrence. *Cancer Practice*, 9(5), 237-243.

Wang, X., Cai, L., Oian, J., & Pen, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression.

*International Journal of Mental Health Systems*, 8(41),1-5.

West, H. (2017). Chemotherapy-Induced Hair Loss (Alopecia). *JAMA Oncology*, 3(7), 1147.

Wijayanti, T., Afyant, Y., Rahmah, H., & Milanti, M. (2018). Fear of cancer recurrence and social

support among Indonesian gynecological cancer survivors. *Archive of Oncology*, 11(3), 227-241.

- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 1-6.
- World Health Organization [WHO]. (2018a). *Breast Cancer*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2018b). *WHO Guidelines for The Pharmacological and Radio Therapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf?ua=1>
- Yang, Y., Wen, Y., Bedi, C., & Humphris, G. (2017). The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 98(1), 55-63.
- Yang, Y., Cameron, J., Bedi, C., & Humphris, G. (2018). Fear of cancer recurrence trajectory during radiation treatment and follow-up into survivorship of patients with breast cancer. *BMC Cancer*, 18(1), 1-9.
- Yang, Y., Sun, H., Liu, T. Zhang, J., Wang, H., Liang, W., & Zhang, B. (2018). Factors associated with fear of progression in Chinese cancer patients: Sociodemographic, clinical and psychological variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 114(1), 18-24.
- Zajackowska, R. Z., Kepska, M. K., Leppert, W., Wrzosek, A., Mika, J., & Wordliczek, J. (2019). Mechanisms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(6), 1-29.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความปวด

ชุดที่ 4 แบบประเมินความเครียดฉบับภาษาไทย

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

รหัส.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

**ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง  
ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป**

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด ( ) หย่ามาประมาณ.....ปี
  - ( ) คู่ ( ) แยกกันอยู่ประมาณ.....ปี
  - ( ) หย่ามาประมาณ.....ปี
4. ศาสนา
  - ( ) พุทธ ( ) คริสต์
  - ( ) อิสลาม ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
  - ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษา ( ) ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา
  - ( ) ปริญญาตรี ( ) ปวช./ ปวส.
  - ( ) ปริญญาโท ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ
  - ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน แม่บ้าน)
  - ( ) ประกอบอาชีพ
    - ( ) ค้าขาย ( ) รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
    - ( ) รับจ้าง ลูกจ้าง ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
    - ( ) เกษตรกรรม

7. รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้   | <input type="checkbox"/> มีรายได้                |
| <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 | <input type="checkbox"/> 5,000-10,000            |
| <input type="checkbox"/> 10,001-20,000 | <input type="checkbox"/> 20,001-30,000           |
| <input type="checkbox"/> 30,001-40,000 | <input type="checkbox"/> เท่ากับ/ มากกว่า 40,001 |

8. ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว

- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพียงพอ | <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ |
|----------------------------------|-------------------------------------|

9. สิทธิการรักษา

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> จ่ายเอง              | <input type="checkbox"/> บัตรประกันสังคม          |
| <input type="checkbox"/> เบิกได้จากราชการ     | <input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... |   |

10. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุความสัมพันธ์..... |
|--------------------------------|---|

11. บทบาทในครอบครัว

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> หัวหน้าครอบครัว | <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย |
|--|-----------------------------------|

## ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1. การวินิจฉัยโรค.....ระยะของโรคมะเร็ง.....  
วันที่ (ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากผลการตรวจชิ้นเนื้อ).....เดือน.....ปี.....
2. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนปัจจุบัน.....
3. การรักษาในครั้งนี้อยู่
  - ( ) เคมีบำบัด
  - ( ) รังสีรักษา
  - ( ) เคมีบำบัดและรังสีรักษา
4. โรคร่วมหรือประจำตัวอื่น ๆ
  - ( ) ไม่มี
  - ( ) มี โปรดระบุ
    - ( ) ความดันโลหิตสูง
    - ( ) เบาหวาน
    - ( ) ไขมันในเลือดสูง
    - ( ) หัวใจ
    - ( ) ไต
    - ( ) เกาต์
    - ( ) หอบหืด
    - ( ) ถุงลมโป่งพอง
    - ( ) โรคมะเร็งอื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ
  - ( ) ไม่มี
  - ( ) มี โปรดระบุ
    - ( ) ปวดบริเวณที่ฉายรังสี
    - ( ) ปวดชาปลายมือ ปลายเท้า
    - ( ) ปวดหรือเจ็บในปากและคอ
    - ( ) อ่อนล้า
    - ( ) คลื่นไส้ อาเจียน
    - ( ) รับประทานอาหารได้น้อย
    - ( ) น้ำหนักลด

- ( ) ผมรวง
- ( ) ทอองเสีย
- ( ) อื่น ๆ



รหัส.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) Fear of Cancer****Recurrence Inventory Short Form (FCRI-SF)**

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ในที่นี้ ความหมายของการกลับเป็นโรคมะเร็งซ้ำ หมายถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นโรคมะเร็งหรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งในอวัยวะเดิมหรือในส่วนของร่างกาย แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมายวงกลมล้อมรอบในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

0	1	2	3	4
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

- ท่านกังวลว่าเป็นไปได้ที่จะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ.....0 1 2 3 4
- ท่านกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง.....0 1 2 3 4

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- นานแค่ไหน ที่ท่านคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ

0

1

2

3

4

ท่านไม่คิดเกี่ยวกับมันเลย 2-3 สัปดาห์ 2-3 เดือน 2-3 ปี หลายปี



รหัส.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

**ชุดที่ 3 แบบประเมินความปวด**

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมายวงกลม เครื่องหมาย (X) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

1. ในชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยมีประสบการณ์ของการปวดในลักษณะต่าง ๆ มาบ้างแล้ว เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน หรืออาการเคล็ด ขัดยอก ในขณะที่ ท่านมีอาการปวดลักษณะอื่น ๆ ที่พิเศษนอกเหนือไปจากการปวดโดยทั่วไป ที่ได้กล่าวถึง...

1 มี                      2 ไม่มี

2. ตามรูปต่อไปนี้ กรุณาระบุตำแหน่งที่ร่างกายท่านรู้สึกปวด โดยใช้เครื่องหมาย (X)



3. กรุณาวางกลมตัวเลขเพื่อประเมินระดับอาการปวด ที่ท่านรู้สึกว่ารุนแรง มากที่สุด ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ไม่มีอาการปวด

ปวดมากที่สุด

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

9. กรุณาวางกลมบนตัวเลข เพื่อประเมินว่าใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา อาการปวดนั้นได้รับกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านในด้านต่าง ๆ มากน้อยแค่ไหน

ก. กิจกรรมโดยทั่วไป

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด

ข. อารมณ์

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด

.....

.....

.....

.....

ช. ความสุขในชีวิตประจำวัน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบอย่างมากที่สุด



ข้อความ	ไม่เคย (0)	แทบจะ ไม่มี (1)	มี บางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)	สำหรับ ผู้วิจัย
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ ปัญหาต่าง ๆ ที่บดบังมากขึ้น จนท่านไม่สามารถแก้ ได้หมด						



รหัส.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี**

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือ  
ที่มีข้อความตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงหรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

คุณมีความคิดเห็นอย่างไร กับข้อความเหล่านี้	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง (0)	ไม่ เห็นด้วย (1)	ไม่แน่ใจ (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ในช่วงเวลา ที่ไม่แน่นอน ฉันมักจะ คาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดี ที่สุด						
2. การทำตัวให้ผ่อนคลาย เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉัน						
3. ฉันคิดเสมอว่าอะไร จะเกิดขึ้นก็ต้องเกิด (-)						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
10. โดยรวมแล้วฉันหวัง ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับฉันน่าจะ เป็นสิ่งที่ดีมากกว่าสิ่ง ที่ไม่ดี						

รหัส.....

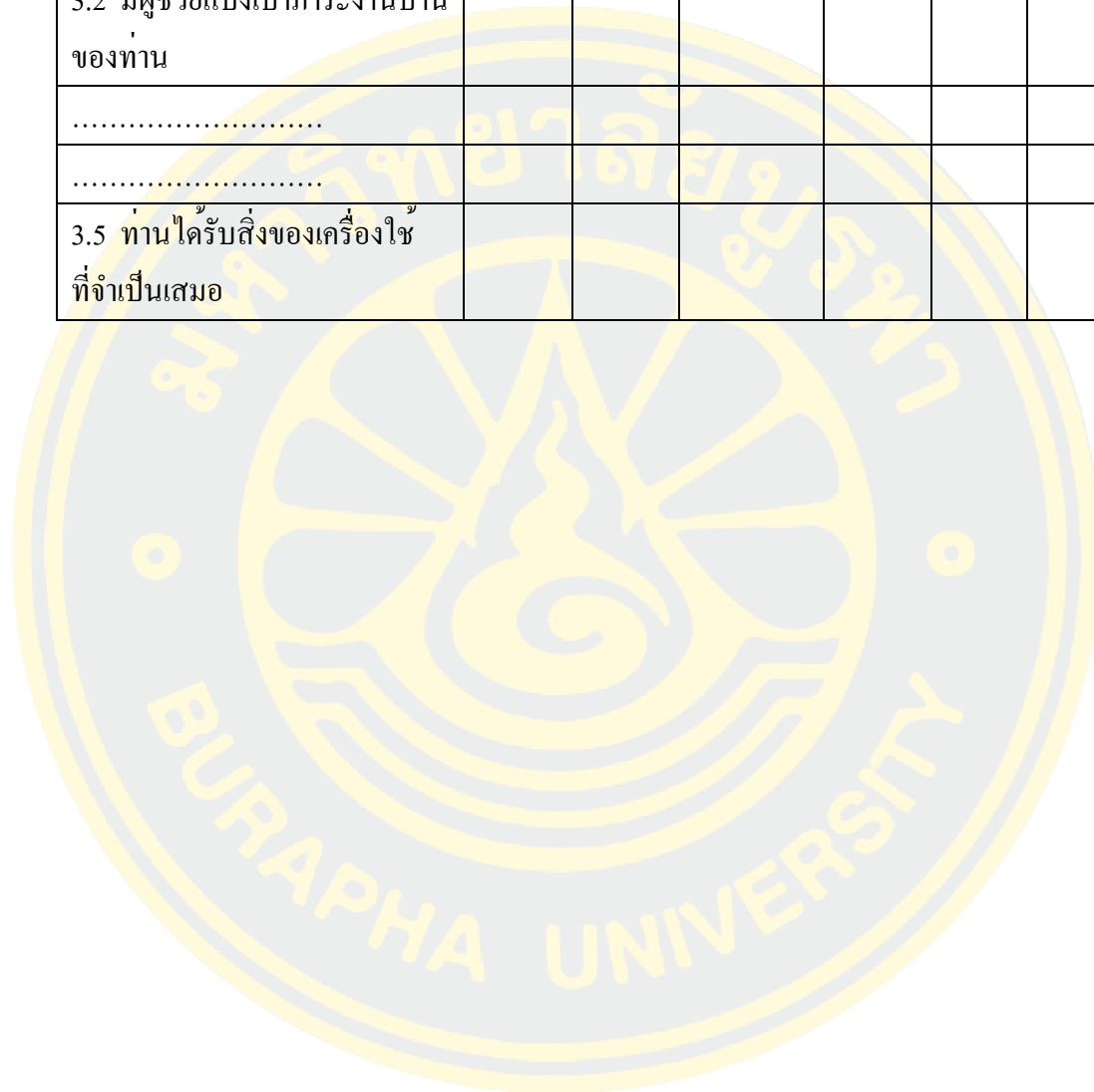
วันที่เก็บข้อมูล.....

**ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม**

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
<b>1. ด้านอารมณ์</b>						
1.1 มีผู้แสดงความเห็นใจ เมื่อท่านเจ็บป่วย						
1.2 มีผู้ห่วงใย ถามข่าวคราว ทุกข์ สุข ท่านเสมอ						
.....						
.....						
.....						
.....						
1.7 เพื่อนร่วมงาน ติดต่อท่านเสมอ						
<b>2. ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>						
2.1 มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น ประโยชน์แก่ท่านเสมอ						
.....						
.....						
2.4 ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่อง ที่ท่านอยากรู้						
<b>3. ด้านทรัพยากรหรือวัสดุ</b>						
3.1 เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับการช่วยเหลือเสมอ						

ข้อคำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
3.2 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ของท่าน						
.....						
.....						
3.5 ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ ที่จำเป็นเสมอ						





ภาคผนวก ข  
วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง



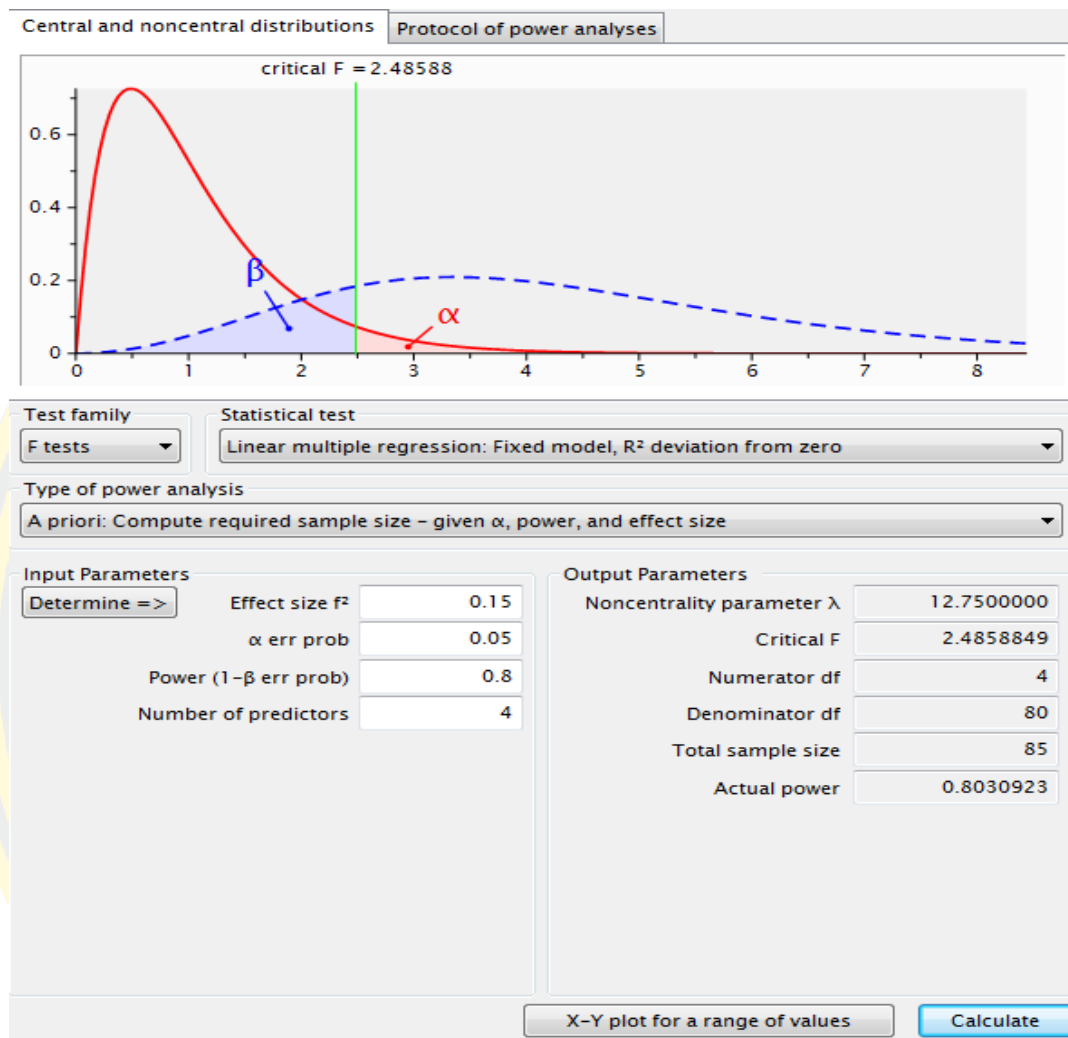
## วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power 3.1.9.2 (Software Informer, 2015) ถือได้ว่าเป็นโปรแกรมที่ดีและสมบูรณ์ สามารถรองรับการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบที่นักวิจัยต้องการ (Faul et al., 2009) อีกทั้งได้รับการตรวจสอบและรับรองคุณภาพของโปรแกรมจากนักวิจัยหลายท่าน และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างให้ถูกต้อง และทันสมัยเหมาะสมกับการเผยแพร่งานวิจัยในระดับสากล (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) โดยมีวิธีการประมาณค่าขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1977; 1992 a; Faul et al., 2009)
2. กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 (Cohen, 1992 b)
3. กำหนดค่าความเชื่อมั่น ที่ 95 เปอร์เซนต์ ( $\alpha = .05$ )
4. มีตัวแปรต้นในการทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม
5. เลือกกลุ่มการทดสอบจากโปรแกรม F-test
6. เลือกประเภทการทดสอบ Linear multiple regression: Fixed model, R<sup>2</sup> deviation from zero
7. ป้อนข้อมูลตามข้อ 1-4 ดังนี้ ค่าอิทธิพลเท่ากับ .15 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าความเชื่อมั่น  $\alpha$  เท่ากับ .05 และจำนวนตัวแปรทำนายเท่ากับ 4 ตัวแปร
8. กำหนดค่าขนาดตัวอย่าง

เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% (Gray et al., 2017) จำนวน 9 ราย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 94 ราย

ผลการวิเคราะห์การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power





ภาคผนวก ค  
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : ...G-HS 053/2563.....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม  
เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความสามารถในการร่วมทำนายของปัจจัย อาการปวด ความเครียด การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เนื่องด้วยท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติสอดคล้องตรงตามข้อกำหนดของการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการคัดกรองความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และกรณีมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง จะได้รับการพิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะทางและเชี่ยวชาญ ให้ได้รับการรักษาดูแลอย่างเหมาะสม ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่อาจตามมาได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ได้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรสุขภาพ ในการพัฒนาแนวทางการลดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิและอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่ท่านจะได้รับ และกรณีที่ท่านมีอาการไม่สุขสบายทางร่างกาย อาการข้างเคียงจากการรักษา หรืออาการรบกวนอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการอ่อนเพลีย หรือมีความบิบบิ้น กัดคัน ทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ไม่สบายใจ ร้องไห้ กระสับกระส่าย ท่านจะได้รับการดูแลเบื้องต้นตามมาตรฐานการพยาบาล ตลอดจนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป และหากพบว่าท่านมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง ผู้วิจัยจะประสานกับ

พยาบาลประจำแผนก เพื่อให้ท่านได้รับการดูแลหรือพิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะทาง ตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ และเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจไว้ ข้อมูลดังกล่าวจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่มีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี และจะถูกทำลายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

เมื่อท่านสมัครใจและตกลงเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ให้ท่านลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 นาที

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถโทรสอบถามได้ที่ นางสาวนราภรณ์ อื่นใจ หมายเลขโทรศัพท์ 095-738-1901 หรือ e-mail address: naraporninjai@gmail.com ตลอดเวลา หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมรัตน์ มาสิงบุญ หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835 และหากท่านพบว่า ผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัยกองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620 เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ได้แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่าน

นางสาวนราภรณ์ อื่นใจ  
ผู้วิจัย



**เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัสโครงการวิจัย : ...G-HS 053/2563.....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัส  
โครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง บัญชีทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม  
ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงการวิจัย ซึ่ง  
ผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วม  
โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้  
เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการศึกษาและการพยาบาลที่  
ข้าพเจ้าจะได้รับ โดยข้าพเจ้าจะยังคงได้รับการบริการตามปกติ และเท่าเทียมกันกับผู้รับบริการอื่น ๆ  
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ และรับรองว่าข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะ  
เปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ  
ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

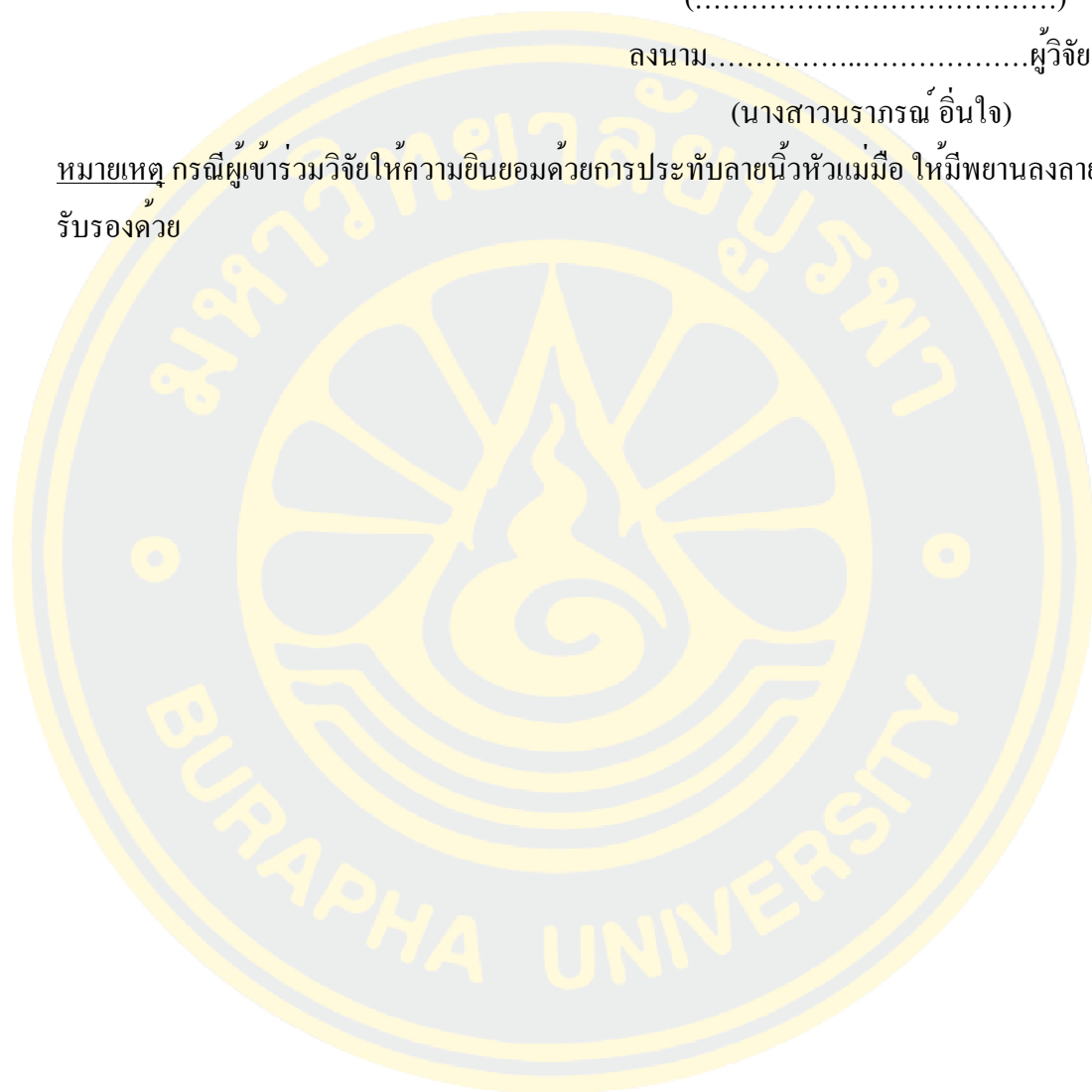
กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า  
ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(นางสาวนราภรณ์ อื่นใจ)

หมายเหตุ กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ให้มีพยานลงลายมือชื่อ  
รับรองด้วย





ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม





## บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๒๓๖๓
วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓
เวลา ๑๑.๑๖ น.

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐  
 ที่ อว ๘๑๐๐/๐๙๖๐๐ วันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓  
 เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 053/2563 โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยมี นางสาวนราภรณ์ อินใจ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ ๐๓๖/๒๕๖๓) มายังท่าน เพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาทราบ จะขอบคุณยิ่ง

*Jiraporn*

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวิธ แจ่มเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
 ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

เรียน คณบดี

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรแจ้งงานฝ่ายวิจัยฯ (นายณณมิตร) ดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

อำไพ ๑๑ ส.ค. ๖๓

*นางณณมิตร*

*๑๖/๘/๖๓*

หมายเหตุ : ทั้งนี้ ได้ส่งไฟล์สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไปยัง e-mail ของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น เรียบร้อยแล้ว



ที่ ๐๓๖/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 053/2563

โครงการวิจัยเรื่อง บังคับทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวนราภรณ์ อินใจ

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตรระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |   |   |
|---|---|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย   | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)   | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -           |

วันที่รับรอง : วันที่ ๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม

*จรูญ งาม*

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิหวัศ แจ่มเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ที่ สธ ๐๓๑๕.๑/ ๒๒๕๕

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี  
๓๐๐ หมู่ ๒ ถ.พระยาสุรเสนา  
ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

๒๕

กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการ

๒. เอกสารรับรอง ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวนราภรณ์ อินใจ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เรื่อง “ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม” ให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พิจารณารับรอง นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินโครงการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มาด้วยแล้ว และหากมีการปรับแก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้นักวิจัยแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการหลังจากดำเนินการ ทุกเดือนมกราคมของทุกปีหรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอัครฐาน จิตนุยานนท์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐-๓๘๔๕-๕๕๕๖-๗ ต่อ ๑๔๖

โทรสาร. ๐-๓๘๔-๕๕๕๐๖๖



ใบรับรองโครงการวิจัย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
(ภาษาอังกฤษ)	Factors predicting fear of cancer recurrence among breast cancer
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวนราภรณ์ อินใจ
รหัสโครงการ	16/2563
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	23 กันยายน 2563
วันที่หมดอายุ	22 กันยายน 2564

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย  
ดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม ..... *อรพินท์ ไชยธรรม* .....

(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ ไชยธรรม)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม ..... *[Signature]* .....

(นายอัครฐาน จิตนุยานนท์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



Certificate of Approval  
From  
Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital  
No. 20/2020

Protocol	Factors predicting fear of cancer recurrence among breast cancer patients
Protocol Number	No. 16/2020
Principal Investigator	Miss Naraporn Injai
Affiliation	Faculty of Nursing Burapha University
Research Site	Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand
Document Approved	- Research Project - Consent form - Research Subject Information Sheet - Questionnaire
Date of Approval	September 23, 2020
Date of Expiration	September 22, 2021

The prior mentioned document have been reviewed and approved by Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice.

Signature..... *Orapin Chokchaitam* .....

(Orapin Chokchaitam, D.S)  
Chairman, Ethics Committee  
Chonburi Cancer Hospital



## เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี

เลขที่ 20/2563

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวนราภรณ์ อื่นใจ
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รหัสโครงการ	16/2563
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี จังหวัดชลบุรี
เอกสารที่รับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัย - หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย - แบบเก็บข้อมูล
วันที่รับรองโครงการ	23 กันยายน 2563
วันที่หมดอายุ	22 กันยายน 2564

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม ..... *อรพินท์ ไชยธรรม* .....

(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ ไชยธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



ภาคผนวก จ  
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
ฝ่ายวิจัย  
2 ถนนวิภาวดีรังสิต บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700  
โทร. 0 2419 2680

ที่ อว 78.07/05639

วันที่ 27 ตุลาคม 2563

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย ของ นางสาวนราภรณ์ อุ่นใจ

เรียน อธิการบดี

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/132 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2563

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวนราภรณ์ อุ่นใจ รหัสประจำตัว 61910110 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินอาการปวด (Brief Pain Inventory-T) จากงานวิจัย เรื่องการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินความปวด Brief Pain Inventory (BPI-T) พ.ศ.2552 ของ รศ. ดร. พญ.พงศ์ภรณ์ เกษตริน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม” ความละเอียดดังกล่าวแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางสาวนราภรณ์ อุ่นใจ ใช้เครื่องมือวิจัยได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้รายละเอียดขอให้ประสานงานโดยตรงได้ที่ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล โทร.0 2419 7990

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



ประสิทธิ์ วัฒนภา  
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนภา)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
ลงนามผ่านระบบ Electronic Document





ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/ ๕๖๗

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๕ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวนราภรณ์ อินใจ

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๕ ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกเครียดพร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวนราภรณ์ อินใจ รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังดำเนินการทำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม” โดยได้ขอความอนุเคราะห์ที่ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกเครียด (The Perceived Stress Scale-๑๐: TPSS-๑๐) ที่พัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ประกอบการทำวิจัยในโครงการวิจัย ความจำแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกเครียดและเอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์)  
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
ที่ 01416  
วันที่ - 2 ต.ค. 2563  
เวลา 16.56 น.



มหาวิทยาลัยบูรพา  
รับที่ 06392  
วันที่ 28 ก.ย. 2563  
เวลา 16.37 น.

ที่ อว ๖๔.๑๓/๐๐๕๗๖

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๓ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย  
รับที่ 00561  
วันที่ 30 ก.ย. 2563  
เวลา 9:55

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๔๗๑ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย เพื่อประกอบการทำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ของนางสาวนราภรณ์ อินใจ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำโครงการวิทยานิพนธ์ฯ เรื่องดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

*(Signature)*

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)  
รองคณบดีฝ่ายบริหาร  
ปฏิบัติการแทนคณบดี

เสนอ บัณฑิตวิทยาลัย  
ฉันทนา  
๒๕ ก.ย. ๒๕๖๓

เรียน คณบดี

- ๑. เพื่อโปรดทราบ
- ๒. เห็นควรแจ้งคณะ/วิทยาลัย ทราบ

พ/11๐๖๓๗๗๗๗๗๗๗  
พทพ + 11๑๖๖. หนึ่ง  
(๗๗.๗.๗๗๗๗) ๗๗  
11๑:๗๗๗ (๗๗.๗๗๗๗)

กนท๗๗ พทพ + ๗๗๗๗๗๗

๗๐ ก.ย. ๗๗

๗๗๗๗๗๗๗๗๗๗

*(Signature)*

๗๗๗ ๗

ฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์  
โทร. ๐-๒๒๕๖-๕๕๖๓  
โทรสาร. ๐-๒๒๕๖-๕๕๖๓



ภาคผนวก จ

บันทึกข้อความอนุญาตให้ดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลงานวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โทร. ๑๙๘๖

ที่ สธ ๑๓๓๕.๑๙๓๓/๑๘๖๓ วันที่ ๒๐ก.ก.ย.๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้ส่วนนินงานวิจัยและขอเข้าเป็นข้อมูลงานวิจัย

เรียน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ตามที่ นางสาวรารัตน์ อีนใจ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่นำมายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม" ให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ พิจารณายอนุญาต และขอเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ พิจารณาให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวได้ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสามารถเข้าถึงกับข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับการรักษาศูนย์รังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ - เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางสาวอรพินท์ โชคชัยธรรม)  
 หัวหน้าศูนย์ชำนาญการ  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ได้รับเรื่องแล้ว  
 วันที่ 20/9/63

วันที่ 20/9/63



ภาคผนวก ข

ตารางผลการวิเคราะห์ความถี่การกลับเป็นมะเร็งซ้ำรายข้อ

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำรายข้อ

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	ร้อยละ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
1. ในความคิดของท่าน ท่านมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำหรือไม่	24.50	26.50	33.00	16.00	0
2. เมื่อท่านคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ สิ่งนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดหรือภาพที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น ความตาย ความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อครอบครัวของท่าน)	29.70	27.70	30.90	11.70	0
3. ท่านกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง	25.50	24.50	37.20	11.70	1.10
4. ท่านเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	30.90	27.70	33.00	8.40	0
5. ท่านกังวลว่าเป็นไปได้ที่จะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	17.00	26.70	34.00	22.30	0
6. ท่านเชื่อว่าท่านหายแล้วและมะเร็งจะไม่กลับมาอีก	37.20	28.70	24.60	7.40	2.10
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	4.30	8.50	19.10	26.60	41.50
8. ท่านใช้เวลามากแค่ไหนต่อวัน ในการคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0	3.20	29.80	19.10	47.90
9. นานแค่ไหนที่ท่านคิดเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	0	2.20	22.30	29.80	45.70