

ปัจจัยทำนายความไวเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ลัดดาวัล ฟองค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พฤษภาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

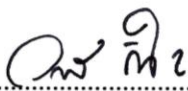
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ลัดดาวัลย์ ฟองค์ ฉบบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดควนิชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดควนิชัย)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชिरาภรณ์ จันท์ธาดา)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนอมวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางและสนับสนุนช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมตลอดขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ คณะกรรมการสอบเข้าโครงวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุทัต ดวงดีเด่น ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และคุณลาวัลย์ รักษาเวช รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ครอบครัว และ Mr.Eddy Vonk ที่เป็นกำลังใจให้การสนับสนุนทุก ๆ ด้านตลอดการศึกษา

ลัดดาวัล ฟองค์

57910061: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล/ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ลัดดาวัล ฟองค์: ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (FACTORS PREDICTING LONELINESS OF HOSPITALIZED CANCER PATIENTS IN CHONBURI CANCER HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูพิน ถนัดวิชย์, Ph.D., วิทยาลัยการศึกษาด้านสุขภาพ, พย.ด. 135 หน้า.ปี พ.ศ. 2561.

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการเกิดความวิตกกังวล อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและอาจส่งผลกระทบต่อด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคมได้ การศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและปัจจัยทำนายความวิตกกังวล (ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/ หรือการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 77 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 5) แบบประเมินความปวด ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ของ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความวิตกกังวล เท่ากับ .83, .88 และ .95 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความปวดมีค่าความคงที่แบบวัดซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีความวิตกกังวล ($\bar{X} = 68.18, SD = 6.73$) และความเครียด ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$) ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ($\bar{X} = 34.48, SD = 4.54$) และมีความปวดที่มีความรุนแรงในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.39, SD = 2.26$) ความเครียดเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ($R^2 = .156, p < .001$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ ทำความเข้าใจ และหาแนวทางจัดการความเครียดเพื่อป้องกันความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

57910061: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: LONELINESS/ CANCER PATIENTS

LADDAWAL VONK: FACTORS PREDICTING LONELINESS OF HOSPITALIZED CANCER PATIENTS IN CHONBURI CANCER HOSPITAL. ADVISORY COMMITTEE: YUPIN TANATWANIT, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 135 P. 2018.

Most of cancer patients are at risk to experience loneliness resulting from their illness which may affect their relationships with family members and others in society. This predictive correlational research aimed to study the loneliness of hospitalized cancer patients in Chonburi cancer hospital and its predictive factors (e.g. stress, self-esteem, and pain). Sample random sampling was used to recruit the sample. Cancer patients receiving chemotherapy, radiation, and/ or surgery who were admitted to the female unit, male unit, and semi-intensive care unit in Chonburi cancer hospital and met the inclusion criteria participated in this study. The sample size was 77. This study applied 5 questionnaires for data collection: 1) Personal information, 2) Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale, 3) Rosenberg's Self-Esteem Scale, 4) Loneliness Scale, and 5) Pain Numeric Rating Scale. Cronbach's alpha coefficients for the Thai version of Perceived Stress Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale, and Loneliness Scale were .83, .88, and .95 respectively. The Pain Numeric Rating Scale was tested by the test-retest method ($r = .98$). Descriptive statistics and Stepwise multiple regression were employed for data analyses.

The results demonstrated that the cancer-patient sample had moderate level of both loneliness ($\bar{X} = 68.18, SD = 6.73$) and stress ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$). However, they had the high level of self-esteem ($\bar{X} = 34.48, SD = 4.54$) and low severity level of pain ($\bar{X} = 3.39, SD = 2.26$). Stress is the only one factor that could significantly predict loneliness ($R^2 = .156, p < .001$).

This study suggests that cancer patients who had stress tended to experience loneliness. Therefore, nurses should recognize, understand, and investigate how to manage stress in order to prevent loneliness among hospitalized cancer patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
สมมติฐานของการวิจัย	10
กรอบแนวคิดการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	11
นิยามศัพท์เฉพาะ	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
โรคมะเร็ง	13
แนวคิดเกี่ยวกับความไวต่อฮอร์โมนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	23
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไวต่อฮอร์โมนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	60
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
4 ผลการวิจัย.....	64
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	64

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 ความว้าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	71
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความว้าเหว่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี	71
5 การอภิปรายผล.....	73
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	73
ความว้าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด ของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	75
ปัจจัยทำนายความว้าเหว่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	78
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	80
ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้	81
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	104
ภาคผนวก ก	105
ภาคผนวก ข	114
ภาคผนวก ค	117
ภาคผนวก ง.....	122
ภาคผนวก จ.....	128
ภาคผนวก ช	133
ประวัติย่อของผู้วิจัย	135

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล.....	64
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	67
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความว่าเหว่ ความเครียด ความรู้สึก มีคุณค่าในตัวเอง และความปวด ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรุนแรง	71
4	ปัจจัยทำนายความว่าเหว่ของกลุ่มตัวอย่าง	72
5	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและอาการปวด กับความว่าเหว่	134

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	11
2	A model of the experience of loneliness	32
3	มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความว้าเหวเป็นปัญหาด้านจิตใจที่มีความสำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง อุบัติการณ์การเกิดความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่าเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ในทวีปยุโรป ประเทศเบลเยียมและประเทศเนเธอร์แลนด์ พบมากถึงร้อยละ 42 (Deckx et al., 2015) เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ พบได้ถึงร้อยละ 22 (Macmillan Cancer Support, 2013) ส่วนประเทศในทวีปเอเชียตะวันตก เช่น ประเทศตุรกี พบสูงถึงร้อยละ 62-70.7 (Sahin & Tan, 2012; Yildirim & Kocabiyik, 2010) สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมาก สูงถึงร้อยละ 22.04 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 1 มากถึงร้อยละ 113.7 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ. 2557 มากถึง 2,028 ราย (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2559) ในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมาก แต่ในเชิงวิชาการประเทศไทยกลับขาดข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับการศึกษาระหว่างความว้าเหวและผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยตรง มีเพียงการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิต แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ (2554) ที่พบว่าความว้าเหวได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังด้วยโรคมะเร็ง ย่อมนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า Kalemi, Bali, and Douzenis (2015) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วส่งผลกระทบต่อความว้าเหวได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงเสี่ยงที่จะมีความว้าเหวเกิดขึ้นในช่วงตลอดชีวิตของการเจ็บป่วย

โรคมะเร็งในความเห็นของบุคคลจำนวนมากยังเป็นโรคแห่งความตาย (Cancer = Death) (American Cancer Society, 2015) เมื่อได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิต ซึ่งทำให้มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง (Oers & Schlebusch, 2013) สร้างความรู้สึกความทุกข์ทรมานและปวดร้าวต่อความรู้สึกบุคคล และมีความยากลำบากในการยอมรับความจริงที่กำลังเผชิญตามที่เจ็บป่วยในขณะนั้น (Gustavsson-Lilius, Julkunen, & Hietanen, 2007) สมภพ เรื่องตระกูล (2551) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าช่วงการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือได้ว่าเป็นช่วงสถานการณ์วิกฤตของชีวิตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดความไม่สบายใจ ความกลัว และความวิตกกังวล ความกลัวที่สำคัญคือ ความกลัวการเสียชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551; Buzaglo et al., 2014; Montgomery & McCrone, 2010; Rokach & Ked, 2015) เมื่อเข้ารับ

การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ การรักษานั้น ๆ ยังสามารถส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา เกิดความท้อแท้ หมดหวัง ขาดเป้าหมายในชีวิต ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในอนาคต (Arora, Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Liao, Chen, Chen, & Chen, 2008) รู้สึกหมดความหวัง เกิดความหวาดกลัวจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิต (Rokach & Ked, 2015) ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความรู้สึกเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดการแยกตัวออกจากสังคม และมีการสร้างโลกส่วนตัวให้กับตัวเอง (A world of one's own) (Sand & Strang, 2006) ขาดเครือข่ายทางสังคม (Rokach, 2000) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (Bekhet, Zauszniewski, & Nakhla, 2008) จนในที่สุดส่งผลให้เกิดความรู้สึกความว่าเหว่ตามมา (Rokach & Ked, 2015)

ความว่าเหว่ (Loneliness) นั้น Perlman and Peplau (1998) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ (Unpleasant feeling) จากการที่บุคคลไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ตามปกติหรือมีความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ที่มากเกินไปปกติ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น ๆ ไม่ตรงตามความต้องการของตัวเองทั้งทางด้านปริมาณ (ความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม) และด้านคุณภาพ (การรับรู้และประเมินคุณภาพในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคล) อันยอมสามารถทำให้มีโอกาสเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานต่อเนื่องหรืออาจจำเป็น ต้องเข้ารับการรักษาตลอดชีวิต ดังเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพาต โรคหัวใจ โรคหอบหืด และโรคมะเร็ง การเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำเพื่อรักษาและรับยาเป็นระยะ ๆ ตามความรุนแรงของโรค อีกทั้งการรักษาที่ยาวนานจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง หรือไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงมีโอกาสเกิดความว่าเหว่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ ด้วยสาเหตุ 3 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) การรักษาที่ยาวนาน จำเป็นต้องเข้าและออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งบางครั้งต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการของโรคกำเริบ จึงทำให้ชีวิตเหมือนถูกควบคุมด้วยโรคมะเร็ง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2555) จึงทำให้ขาดโอกาสในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกที่เหว่ได้ 2) การมีอาการจากโรคมะเร็ง Jaremka et al. (2012) กล่าวว่าอาการสำคัญและพบได้บ่อยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า และอาการปวด ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่มีพลังงานเพียงพอในการเข้าร่วม

กิจกรรมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม ส่วนอาการปวดนั้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ต้องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ จึงทำให้มีโอกาสเกิดความว่าเหว้ได้เช่นเดียวกัน

สนับสนุนคำกล่าวของ Pehlivan, Ovayolu, Sevinc, and Camci (2012) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจนเกิดความว่าเหว้ตามมา 3) การขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดความว่าเหว้ (Rokach, 2000; Segrin, Badger, & Pasvogel, 2015) การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพราะครอบครัวสามารถสนับสนุนช่วยให้เกิดความหวัง มีพลังในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตอย่างเห็นได้ชัดเจน (Yildirim & Kocabiyik, 2010) จากงานวิจัยของ Pehlivan et al. (2012) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของความว่าเหว้กับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 188 ราย พบว่า ความว่าเหว้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเกิดความรู้สึกว่าเหว้ได้น้อย สอดคล้องกับคำกล่าวของ Rosedale (2009) ที่กล่าวว่า ในช่วงปีแรกของการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและญาติที่คอยเยี่ยมเยียนอยู่เสมอ เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลเหล่านั้นค่อย ๆ เลือนหายเพราะมองไม่เห็นผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ลดลง เห็นได้ชัดจากการศึกษาของ Macmillan Cancer Support (2013) พบว่า ในประเทศอังกฤษผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและญาติ เนื่องจากครอบครัวและญาติ มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบไม่มีเวลา และไม่สามารถมาดูแลหรือเยี่ยมเยียนผู้ป่วยได้ รวมทั้งที่อยู่อาศัยของครอบครัวและญาติห่างไกลจากผู้ป่วยจึงทำให้ไม่สะดวกในการมาเยี่ยม เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางรายขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวยาวนานถึง 6 เดือน สำหรับในประเทศไทยเห็นได้ชัดเจนจากผลการศึกษาของ วารุณี มิเจริญ (2557) พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวถึงร้อยละ 48.87 และอยู่ในวัยทำงาน แต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบในการทำงานของตนเองทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้การช่วยเหลือตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานได้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงมีโอกาสเกิดความรู้สึกว่าเหว้ได้

เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกว่าเหว้จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจและสติปัญญา ทำให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้นส่งผลให้โรคมะเร็งพัฒนาเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้นและผู้ป่วยต้องเสียชีวิตลงอย่างน่าเสียดาย ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งดังกล่าวมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย ความรู้สึกว่าเหวทำให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้จากการเพิ่มปริมาณของสาร Interleukin-6 ในกระแสเลือดที่ถูกกระตุ้นโดย Cytokines ในขณะที่ร่างกายมีกระบวนการอักเสบเกิดขึ้นเพื่อให้ Interleukin-6 ไปทำลายสิ่งแปลกปลอมหรือเซลล์มะเร็ง ดังนั้นเมื่อปริมาณ Interleukin-6 เพิ่มขึ้นย่อมหมายถึงร่างกายมีจำนวนเซลล์มะเร็งเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน จากผลการศึกษาของ Jaremka et al. (2013) เกี่ยวกับความว่าเหวต่อกระบวนการอักเสบในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาครบและมีความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute stress) จำนวน 144 ราย (ตั้งแต่ Stage 0 ถึง Stage IIIA) ได้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความว่าเหวมีปริมาณ Interleukin-6 ในกระแสเลือดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้สึกว่าเหว นั้นแสดงว่าผู้ป่วยที่มีความว่าเหวจะมีเซลล์มะเร็งเพิ่มจำนวนมากขึ้น จึงต้องการ Interleukin-6 มากทำลายเซลล์มะเร็ง สรุปได้ว่าความรู้สึกว่าเหวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีผลกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้

ด้านอารมณ์ พบว่าความว่าเหวทำให้เกิดความรู้สึกกระวนกระวาย กลัว ท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกผิด อ่อนไหว ผิดหวัง ไร้ที่พึ่ง รู้สึกสงสารตัวเอง เบื่อ โกรธ (วสันต์ ติမ်ปีเฉลิม, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Drageset, Eide, Dysvik, Furnes, and Hauge (2015) ศึกษาประสบการณ์ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่อาศัยอยู่สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (Nursing home) จำนวน 19 ราย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งกับสิ่งที่ต้องประสบกับความรู้สึกว่าเหวจะเกิดมีความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง รู้สึกสูญเสีย รู้สึกเจ็บปวดจิตใจ และความรู้สึกว่างเปล่า นอกจากนี้ Perlman and Peplau (1998) กล่าวว่ายังมีความรู้สึกหวาดระแวง กลัวภัยคุกคาม ความรู้สึกกังวล เกิดความรู้สึกผิดอยู่เสมอ และรู้สึกไม่พอใจ เศร้า ไม่มีความสุข กระสับกระส่าย เบื่อหน่าย เปล่าเปลี่ยว (Peplau & Perlman, 1979) ซึ่งการแสดงออกของความรู้สึกเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกทางอารมณ์อันเกิดจากความว่าเหวนั่นเอง

ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน อันเนื่องมาจากมาจาก 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ จากการรักษาโรคมะเร็งที่ต้องการความต่อเนื่องและระยะเวลายาวนาน และจากบุคลิกภาพ/ พฤติกรรมของครอบครัวและเพื่อนที่หลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้ป่วยโรคมะเร็ง สามารถอธิบายได้ดังนี้ การรักษาที่ต่อเนื่องและต้องใช้เวลายาวนาน ทำให้การสร้างปฏิสัมพันธ์ในสังคมของผู้ป่วยลดลงได้ นอกจากนี้ผลการรักษาบางอย่างเช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone marrow transplant) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระบบภูมิคุ้มกันลดลงต่ำมากจนจำเป็นต้องจัดผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก (Isolate unit) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (Devane, 2014) ส่วนบุคลิกภาพ/ พฤติกรรมของครอบครัวและเพื่อน

ที่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิเสธหรือพยายามหลีกเลี่ยงการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะบุคคลไม่อยากสนทนาเรื่องที่สร้างความทุกข์ใจให้กับตนเองและบุคคลอื่นเป็นที่รักพร้อมกับสังคมเองก็ไม่เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งของผู้ป่วย ครอบครัวบางครั้งหลีกเลี่ยงการสนทนาเกี่ยวกับโรคมะเร็งกับผู้ป่วยจึงทำให้ขาดความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย (Compassion) มีส่วนทำให้มีความรู้สึกว่าเหว้ได้จากการไม่เข้าใจ ประสบการณ์การเจ็บป่วยและหลีกเลี่ยงลดการสนทนาในสิ่งที่เป็นทุกข์กับผู้ป่วย การขาดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และจะชักนำไปเกิดความรู้สึกว่าเหว้ได้ (Adams et al., 2016)

ด้านจิตใจสติปัญญา ความว่าเหว้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อกระบวนการคิดและสติปัญญาของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน การมีความบกพร่องทางด้านจิตใจและความคิดมีความสัมพันธ์กับความว่าเหว้ (Deckx et al., 2015) คือ ส่งผลให้กระบวนการคิดช้ากว่าปกติ (Hawkey & Cacioppo, 2010) และต้องการเวลาในการทำงานมากกว่าปกติ (Perlman & Peplau, 1984) จะเห็นได้จากการศึกษาของ Jaremka et al. (2014) เกี่ยวกับกระบวนการคิดและการมีสมาธิ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับเคมีบำบัดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความว่าเหว้ จำนวน 384 ราย พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่มีมีความว่าเหว้มีกระบวนการคิดและการมีสมาธิดีกว่ากลุ่มที่มีความว่าเหว้ นั่นคือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความว่าเหว้จะมีระบบความคิดและสมาธิน้อยกว่าไม่มีความว่าเหว้เพราะการรักษาด้วยเคมีบำบัด อีกทั้งการที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่เจ็บปวดด้านจิตใจ (Excruciating) ที่ต้องเก็บความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษาเพียงลำพัง จนกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมและกระทบต่อจิตวิญญาณเกี่ยวกับการสร้างความหวังในช่วงเวลาของการดำรงชีวิต (Rokach & Ked, 2015) ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Adams et al. (2016) ที่ได้ศึกษาสภาวะการณ์ที่สามารถกระตุ้นให้จนเกิดความคิดความรู้สึกว่าเหว้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($N = 15$) พบว่า สภาวะการณ์ด้านความคิดของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดว่าโรคมะเร็งทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่ของตัวเองมีช่วงระยะเวลาที่สั้นลง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดระยะเวลาและเป็นสัญลักษณ์แห่งความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความเป็นส่วนตัวมากขึ้นและต้องการแยกตัวเองจากบุคคลรอบข้างทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการสร้างสัมพันธภาพในสังคมอีกต่อไป และมีผลทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้อีกด้วย (Altangerel, Liou, & Yeh, 2014; Kalemi et al., 2015) เห็นได้ชัดจากการศึกษาของ Chang, Sanna, Hirsch, and Jeglic (2010) ได้ศึกษาอำนาจการทำนายของความว่าเหว้และสถานการณ์ด้านลบในชีวิต (Negative life events) กับอาการหมดความหวัง (Hopelessness) และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behaviors) ในวัยผู้ใหญ่ ($N = 160$) พบว่า ความว่าเหว้สามารถทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($\beta = .49, R^2 = .24, p < .001$)

จะเห็นได้ว่าความว้าเหว้เป็นสาเหตุชักนำสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทำให้เกิดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานอื่น ๆ ตามมาและทำให้การเจ็บป่วยนั้น ๆ มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Hawkey & Cacioppo, 2010; Junttila, Kainulainen, & Saari, 2015) เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความว้าเหว้ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาทั้งในเรื่องมาตรวจตามนัดและการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่มีควมว้าเหว้ถึง 3 เท่า ความรู้สึกว้าเหว้เป็นพิษภัยอันตรายต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมาก (Particularly toxic) (Devane, 2014; Macmillan Cancer Support, 2014; Warner, 2013) จึงถูกเปรียบเสมือน โรคระบาดหรือระเบิดเวลา (Epidermic or time bomb) (Rokach, 2015; Snell, 2015) ที่มีโอกาสคุกคามชีวิต (Tzouvara, Papadopoulos, & Randhawa, 2015; Well, 2008) และทำให้เสียชีวิตในที่สุด (Greer et al., 2014; Mohamed & Baqutayan, 2012)

จากปรากฏการณ์ข้างต้นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความว้าเหว้จำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแลช่วยเหลือ ซึ่ง Mokdad and Lopez (2014) กล่าวว่า การป้องกันดีกว่าการรักษา (Prevention is better than treatment) ดังนั้นการป้องกันความว้าเหว้นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก การลดหรือกำจัดปัจจัยที่กระตุ้นและเหตุการณ์ชักนำการเกิดความว้าเหว้นับว่าเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกระตุ้นและเหตุการณ์ชักนำที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความว้าเหว้ได้พบว่า ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับความว้าเหว้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นปัจจัยกระตุ้นที่เกิดจากบุคลิกภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Serin & Passalacqua, 2010; Gomes & Silva, 2013) และความปวดเป็นเหตุการณ์ชักนำที่เกิดจากเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกว้าเหว้ได้ (Jaremka et al., 2012; Jaremka et al., 2013) โดยเฉพาะความเครียดพบได้มากถึง ร้อยละ 86 (Wachen, Patidar, Mulliga, Naik, & Moye, 2014) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.2 (Gomes & Silva, 2013) และความปวดพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาสูงถึงร้อยละ 87.9 (Karabulu, Erci, Özer, & Özdemir, 2010) และอยู่ในระยะลุกลามมากถึงร้อยละ 92.5 (Chaiviboontham, Viwatwongkasem, Hanucharurnkul, & McCorkle, 2011) และมีระดับความรุนแรงระดับปานกลาง (Overcash, Hanes, Birkhimer, & Askew, 2013) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยความเครียดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความปวด ซึ่งอาจสามารถกระตุ้นและชักนำให้เกิดความว้าเหว้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ด้วยเหตุผล ดังนี้

ความเครียด (Stress) เป็นความรู้สึกของการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้น (Selye, 1976) หรือสิ่งที่มาคุกคามจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Lewis, 2014) จนเกินขีดความสามารถ

ที่ตัวเองจะต้านทานได้ และบุคคลประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งที่มาคุกคามแล้วว่ามีผลกระทบต่อความผาสุกของตัวเอง (Lazarus & Folkman, 1984) แล้วแสดงอาการดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดท้อง โกรธ ไม่มีสมาธิ กล้ามเนื้อตึงเครียด ความสามารถในการตัดสินใจลดลง (American Psychology Association [APA], 2011) ส่งผลให้ศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (Limbic system) ถูกกระตุ้นและส่งสัญญาณไปยัง Hypothalamus และ Pituitary gland และต่อมหมวกไต เกิดการหลั่งสาร Dopamine, Epinephrine, Norepinephrine และ Cortisol ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียด (Four major stress hormones) (Morrison-Valfre, 2013) นอกจากนี้ความเครียดยังไปกระตุ้นบทบาทของสถานะแวดล้อมของเซลล์มะเร็ง (Tumour microenviroment) (มาลินี ธานี, พวงรัตน์ ยงวิชัย และวัชรินทร์ ลอบลม, 2555) ให้หลั่งสาร Cytokines, Chemokines, Growth factor และ Protease emzymes ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา (Progression) และแพร่กระจาย (Metastasis) ของเซลล์มะเร็ง โดยกระตุ้นการสร้างเส้นเลือดมาเลี้ยงเซลล์มะเร็ง (Angiogenesis) (Denaro, Tomasello, & Russi, 2014) อีกทั้งลดการทำงานของ Natural killer cells ในการทำลายเซลล์มะเร็ง (Soung & Kim, 2015; Witek-Januse, Gabram, & Mathews, 2007) หรือกระตุ้นให้มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้อีก ทำให้ผู้ป่วยต้องวนเวียนอยู่กับการรักษาตลอดเวลาเหมือนตนเองถูกควบคุมด้วยความเจ็บป่วยอันเกิดจากโรคมะเร็ง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2555) อีกทั้งอาจเกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจนส่งผลให้เกิดความเครียด และขาดการมีปฏิสัมพันธ์หรือกลายเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการเข้าทางสังคม (Social constraints) (Mosher et al., 2012) ในที่สุด เกิดการแยกตัวจากสังคมและเกิดความรู้สึกท้อแท้ได้ จากการศึกษาของ Mosher et al. (2012) เกี่ยวกับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเกี่ยวกับโรคและการรักษากับความท้อแท้และกระบวนการคิดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบเลือดที่ได้รับการเปลี่ยนถ่าย Stem cells จำนวน 195 ราย (Hematopoietin stem cell transplantation) พบว่า ความเครียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความสัมพันธ์กับความท้อแท้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Serin and Passalacqua (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความท้อแท้ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ จำนวน 265 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดมีความสัมพันธ์กับความท้อแท้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .001$) แสดงว่าความเครียดอาจสามารถเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความท้อแท้ได้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) เป็นการประเมินตนเองทางด้านบวกที่บุคคลประเมินตัวเองว่ามีคุณค่า (Self-worth) ยอมรับความสามารถของตัวเองในกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประสบผลสำเร็จแล้วเกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นและความเคารพตัวเอง ดำรงชีวิตอย่างมีจุดหมายและสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Leite, Nogueira, & Terra,

2015) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำทำให้เกิดความคิดในด้านลบไม่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิตได้ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่กระทบต่อความรู้สึกจะเกิดการตอบสนองอย่างรวดเร็ว รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกถูกคุกคาม กลัวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและสุดท้ายรู้สึกต้องการแยกตัวออกจากสังคม (Gomes & Silva, 2013) จนทำให้เกิดความว้าวุ่น เช่น การรักษาโรคมะเร็งมักทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมายจากการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องคอยปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลา (Leite et al., 2015) ทำให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จะเห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาของ Pinar, Okdem, Dogan, Buyukgonenc, and Ayhan (2012) ได้ศึกษาผลกระทบของการผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) ต่ออาการหลัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และสถานภาพสมรส ในผู้หญิงประเทศตุรกีที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวช จำนวน 100 ราย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์กับอาการหลักและสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .01$ และ $r = -.23, p < .001$ ตามลำดับ) โดยการผ่าตัดมดลูกมีผลกระทบเชิงลบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จากการสูญเสียอาการหลักที่ทำให้ตนเองหมดโอกาสตั้งครรภ์ นอกจากนี้ Salome and de Almeida (2014) และ Salome, de Almeida, and Silveira (2014) ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดและทำการเทียมผู้ป่วยจะสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เนื่องจากรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการขยับย้ายออกทางหน้าต่างทำให้ไม่สามารถควบคุมกลิ่นและอาจมีเสียงที่รบกวนจนส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและกลัวสังคมรังเกียจ ทำให้มีความรู้สึกเชิงลบกับตัวเอง เกิดการแยกตัวไม่ต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับสังคมและเกิดความรู้สึกว่าห่วยขึ้นได้สนับสนุนได้จากคำกล่าวของ Drageset et al. (2015) ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าห่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ ได้ด้วย

ความปวด (Pain) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่สร้างความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากเนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายหรือเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บเกิดขึ้น (อำนาจ ธิฐาพันธ์, 2554; International Association for the Study of Pain [IASP], 2015; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2016) และเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายเพื่อขจัดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2558) ส่วนความปวดที่เกิดในผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เกิดจากแพร่กระจายของโรคอันเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็งทำให้มีการกดเบียด กดทับเส้นประสาทจากก้อนมะเร็ง เนื้อเยื่อรอบข้างถูกทำลายจากเซลล์มะเร็งและมีการแพร่กระจายไปกระดูก (สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2556) เมื่อเนื้อเยื่อที่เกิดพยาธิสภาพจากการทำลายของเซลล์มะเร็งจะหลั่งสาร Bradykinin, Histamine, Serotonin,

Endothelin, Protons, Proteases, Nerve Growth Factor [NGF] และ Tumor Necrosis Factor Alpha [TNF- α] ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความปวด ส่วน Substance P และ Prostaglandin เป็นสารที่ทำให้ความทนต่อความปวด (Tolerance) ลดลง (Schmidt, Hamamoto, Simone, & Wilcox, 2010) มีการกระตุ้นประสาทส่วนปลายส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง แล้วส่งต่อขึ้นไปยังสมองเพื่อรับรู้และแปลผลเป็นความรู้สึกปวดขึ้น (อำนาจ ธิฐาพันธ์, 2554) ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Lee & Wang, 2015; Santos, Garcia, Pachco, Vieira, & Santos, 2014) ครอบคลุมการดำเนินชีวิต มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ (Breivik et al., 2009) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมลดลง (Eom et al., 2013) ขาดการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคล (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) หรือเกิดการปฏิเสธสังคม (Amiel, Fish, & Antoni, 2016) จนมีการแยกตัวออกจากสังคมซึ่งสุดท้ายสามารถนำมาสู่ความรู้สึกว่าเหว่ได้ จากการศึกษาของ Jaremka et al. (2012) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความว่าเหว่จะมีความปวดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่มีความว่าเหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .16, p < .05$) นั้นแสดงให้เห็นว่าความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเป็นปัจจัยชักนำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ เห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาของ Jaremka et al. (2013) พบว่า ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถทำนายความว่าเหว่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -11.19, p < .001, R^2 = .12$)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าความว่าเหว่เป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของโรคมะเร็ง และกลายเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความว่าเหว่นี้นี้มีทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยชักนำ (Perlman & Peplau, 1998) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ นอกจากนี้ยังกระตุ้นและชักนำจนความว่าเหว่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นและสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แล้วเพิ่มระดับความรุนแรงจากการเจ็บป่วย จนกระตุ้นเกิดการลุกลามและแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งอย่างต่อเนื่อง แล้วในที่สุดผู้ป่วยเข้าสู่การเจ็บป่วยของระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นการกำจัดปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยชักนำ ย่อมเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันความว่าเหว่ไม่ให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ข้อมูลเชิงวิชาการส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมกับประเทศไทย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งศึกษาอำนาจการทำนายของความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น และความปวดที่เป็นปัจจัยชักนำที่มีต่อการเกิดความว่าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจปรากฏการณ์ความว่าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งและนำไปใช้ในการวางแผนกำจัดปัจจัยหรือป้องกันความว่าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้าใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด

สมมติฐานของการวิจัย

ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด สามารถร่วมกันทำนายความเข้าใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้

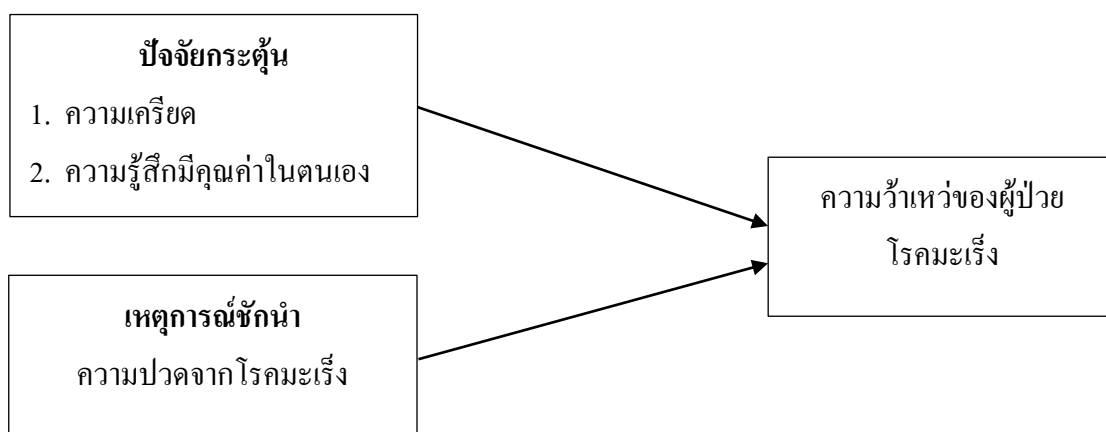
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเข้าใจ ของ Perlmán and Peplau (1998) ซึ่งได้ให้คำจำกัดความของความเข้าใจไว้ว่า เป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจซึ่งเกิดจากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มากเกินไป ซึ่งไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของเองทั้งในด้านปริมาณและด้านคุณภาพ (ด้านปริมาณ หมายถึง ความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม ส่วนในด้านคุณภาพ หมายถึง การรับรู้และประเมินคุณภาพการสร้างสัมพันธ์ภาพบุคคล) โดยประสบการณ์ความเข้าใจมีความเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยกระตุ้น (Predisposing factors) เป็นลักษณะของบุคคลเมื่อเกิดความอ่อนแอ (Vulnerable) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเข้าใจได้ เช่น ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ชักนำ (Precipitating events) ซึ่งเป็นเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่สามารถชักนำกระตุ้น (Tigger) ให้เกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและการได้รับความสัมพันธ์จากบุคคลอื่น หากความต้องการและการได้รับความสัมพันธ์จากบุคคลเกิดความไม่สมดุลจะเกิดกระบวนการคิดและรับรู้ถึงความเข้าใจได้ ดังภาพที่ 1

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งมีโอกาสดเกิดความเข้าใจได้จากปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความเครียด และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง อันเป็นลักษณะของแต่ละบุคคล โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเผชิญกับความเครียดถึงร้อยละ 86 (Wachen et al., 2014) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองพบได้ร้อยละ 40.2 (Gomes & Silva, 2013) และเหตุการณ์ชักนำ ได้แก่ ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างการรักษา ร้อยละ 87.9 (Karabulu et al., 2010) และพบในระยะลุกลามมากถึง ร้อยละ 92.5 (Chaiviboontham et al., 2011)

จะเห็นได้ว่า ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความปวด เป็นปัจจัยที่น่าจะสามารถกระตุ้นชักนำทำให้เกิดความว้าเหวได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยกระตุ้น (Predisposing factors) ประกอบด้วย ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเหตุการณ์ชักนำ (Precipitating events) ได้แก่ ความปวด มาศึกษาความสามารถในการทำนายความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ประชากรในการศึกษา หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาแผนกผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย รวมทั้งหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/ หรือการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งว่าเป็นโรคมะเร็งที่มารับการรักษาตามนัดและเข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ความว้าเหว หมายถึง ความรู้สึกไม่พึงพอใจ (Unpleasant) จากการที่บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่สามารถงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้ อันเกิดจากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ หรือมีความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสังคมที่มากเกินไป การมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงตามความต้องการของตัวเองจะก่อให้เกิดความว้าเหว ประเมินโดยใช้แบบประเมินความว้าเหวของ Russell (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา โคลิตานนท์ (2542)

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายของบุคคลต้องเผชิญกับสภาวะการณ์ที่มีสิ่งกระตุ้นที่มากเกินความจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ แล้วบุคคลมีการประเมินว่าเหตุการณ์นั้น ๆ จะคุกคาม เกินขีดความสามารถในการอดทนของตนเองแล้วอาจมีอาการแสดงดังเช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง กล้ามเนื้อ ตึงเครียด โกรธ ไม่มีสมาธิและ/หรือความสามารถในการตัดสินใจลดลง ประเมินโดยใช้ แบบประเมิน Perceived Stress Scale-10 [PSS-10] ของ Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983) แปลเป็นภาษาไทย โดย Wongpakaran and Wongpakaran (2010)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากการประเมินตนเองโดยรวมว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ มีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ มีความภาคภูมิใจในตัวเอง หรือมีความพึงพอใจในตัวเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg's Self-esteem Scale (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)

ความปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายอันเป็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) ของ McCaffery and Pasero (1999 cited in The National Initiative on Pain Control [NIPC], 2016)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยศึกษาปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็ง
 - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
 - 1.2 สาเหตุของโรคมะเร็ง
 - 1.3 พยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคมะเร็ง
 - 1.4 การแบ่งความรุนแรงและการจำแนกตามระยะของโรคมะเร็ง
 - 1.5 การรักษาโรคมะเร็ง
 - 1.6 ผลกระทบในการรักษาโรคมะเร็ง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 2.1 ความหมายของความว้าเหว
 - 2.2 กลไกการเกิดความว้าเหว
 - 2.3 ชนิดของความว้าเหว
 - 2.4 ผลกระทบของความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 2.5 การจัดการความว้าเหว
 - 2.6 แนวคิดของ Perlman and Peplau (1998) เกี่ยวกับประสบการณ์ความว้าเหว
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 3.1 ความเครียด
 - 3.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
 - 3.3 ความปวด

โรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ในร่างกายที่ผิดปกติ มีการเจริญเติบโตที่ไร้ระเบียบ เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว และอยู่เหนือการควบคุมของร่างกายสามารถแพร่กระจายไปตามอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงหรืออวัยวะอื่นที่อยู่ไกลออกไปโดยผ่านทางกระแสเลือด หรือทางหลอดน้ำเหลือง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายสูญเสียหน้าที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งการแพร่กระจายเป็น

สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ขวัญธิดา อุทัยสาร และ โสพิศ วงศ์คำ, 2552; World Health Organization [WHO], 2016)

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่คุกคามชีวิตต่อผู้ป่วยทั่วโลกและมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นจากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกปี ค.ศ. 2012 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่สูงถึง 14.1 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกมากถึง 8.2 ล้านราย คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2032 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่สูงถึง 22 ล้านรายต่อปี (Torre et al., 2015) ในประเทศสหรัฐอเมริกา สถิติจากสมาคมโรคมะเร็งและสถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติอเมริกา ในปี ค.ศ. 2014 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งประมาณ 14.5 ล้านราย และคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้าในปี ค.ศ. 2024 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 19 ล้านราย (Desantis et al., 2014) ในทวีปเอเชียพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปี ค.ศ. 2012 มากถึง 6.8 ล้านราย และพบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากถึง 786,400 ราย (Torre et al., 2015) เช่นเดียวกับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มา 17 ปี สถิติกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 ราย ในปี พ.ศ. 2556-2558 เป็น 104.8, 107.9 และ 113.7 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) มะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประเทศไทย มากที่สุดในเพศชาย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Imsamran et al., 2015) จะเห็นได้ว่าโดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิต 1 ราย ทุก 8 นาที สำหรับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการตรวจสุขภาพ และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการรักษาระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 มีจำนวน 2,037 ราย 2,005 ราย และ 2,028 ราย ตามลำดับ ในเพศชายพบมากในช่วงอายุ 40-75 ปีขึ้นไป และเพศหญิงพบมากในช่วง อายุ 35-75 ปีขึ้นไป (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2559) สังเกตได้ว่าโรคมะเร็งสามารถเกิดได้ตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและพบมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Kockrow, 2011) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในแต่ละปีจำนวนมาก ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งพบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะทุโภชนาการ และภาวะร่างกายที่บกพร่องเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคมะเร็งของทุกคนในโลกนี้ ส่วนการติดเชื้อไวรัสหรือรังบางชนิด เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ และเชื้อไวรัสเฮปทีวี ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งพบมากในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2016) ดังนั้นควรมีการป้องกันและหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง ตลอดจนทั้งมีการตรวจค้นหาหามะเร็งในระยะเริ่มแรกเพราะสามารถรักษาให้หายขาดได้

สาเหตุของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุซึ่งสามารถจำแนกตามแหล่งกำเนิดได้ 2 กลุ่ม (พัสมณฑล คุ่มทวีพร, 2552; สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2554 ข) ดังนี้

1. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม เช่น การสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง คาร์บอนหรือสารอัลฟาทอกซิลในถั่วลิสง ข้าวโพด และอาหารแห้งที่เก็บไว้นาน ความไม่สมดุลของอาหารและโภชนาการรังสี UV สารกัมมันตภาพรังสี อาชีพ และที่พักที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เป็นต้น
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกาย ได้แก่ พันธุกรรม อายุ ฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมทางเพศ การติดเชื้อไวรัส การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันมีประสิทธิภาพลดลง เซลล์มะเร็งจึงสามารถเจริญเติบโตได้ง่าย

พยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเกิดจากการสะสมของยีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์เกิดการกลายพันธุ์ หรือมีความผิดปกติของกลไกการซ่อมแซม Deoxyribonucleic acid [DNA] ผิดปกติ ทำให้ยีนมะเร็ง (Oncogenes) มีบทบาทในการแบ่งตัวของเซลล์มากขึ้น ส่งผลให้เซลล์มะเร็งแบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ และยีนต้านมะเร็ง (Tumor suppress gene) ซึ่งเป็นยีนควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์หรือกระตุ้นให้เซลล์ตาย เมื่อมีจำนวนมากเกินไปเมื่อยีนกลุ่มนี้มีการกลายพันธุ์จะทำงานร่วมกับยีนมะเร็งทำให้เซลล์มะเร็งเพิ่มขยายอย่างรวดเร็ว โดยมีรูปร่างของเซลล์ที่แตกต่างจากเซลล์ต้นแบบมีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Angiogenesis) มาเลี้ยงตัวเองได้ มีศักยภาพในการแบ่งตัวแบบไม่สิ้นสุดสามารถหลีกเลี่ยงการถูกทำลาย มีการทำลายเซลล์ปกติและปลดปล่อยสารเคมี ทำให้มีการทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อทำให้เกิดอาการซีด เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และทำให้เสียชีวิตได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; เอกภพ สิริชัยนันท์, 2555) กระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็งเป็นกระบวนการที่ใช้ระยะเวลานานและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ชวนพิศ นรเดชานันท์, 2547; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; พัทสมณฑล คุ่มทวีพร, 2552) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเริ่มแรก (Tumor initiation) เป็นระยะเริ่มแรกของการกลายพันธุ์ของยีนที่ DNA เกิดจากการติดเชื้อไวรัส หรือสารเคมี หรือเกิดจากสาเหตุอื่นเกิดการผ่าเหล่าของยีนที่ควบคุมการเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์ (Proto-oncogene) เซลล์ที่ผิดปกตินี้อาจมีการแอบแฝงอยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการ ถ้าเซลล์ตั้งต้นมะเร็งได้รับการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็งขึ้นมาใหม่ หรือมีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องก็จะเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ระยะที่ 2

2. ระยะส่งเสริม (Tumor promotion) เกิดขึ้นเมื่อเซลล์ของยีนที่มีการกลายพันธุ์หลุดรอดการเฝ้าระวังของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีการแบ่งตัวและเพิ่มขยายจำนวนเซลล์ (Proliferation) การสะสมของการกลายพันธุ์เป็นสัดส่วนกับการเพิ่มจำนวนเซลล์ ดังนั้นการขยายกลุ่มเซลล์ในระยะแรกจึงเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมและกลายเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ร่างกายจะเข้าสู่ระยะนี้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณสารส่งเสริมมะเร็ง และชนิดของเซลล์มะเร็งตั้งต้น ถ้าหยุดขั้นตอนนี้ได้จะไม่เป็นโรคมะเร็ง

3. ระยะเปลี่ยนแปลงรูปร่าง (Malignant conversion) เป็นขั้นตอนที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ก่อนการเกิดมะเร็ง (Preneoplastic) เป็นเซลล์ที่มีรูปแบบปรากฏของเซลล์มะเร็งชนิดต่าง ๆ กระบวนการนี้ต้องการการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรม เพื่อที่จะเปลี่ยนจากเซลล์ก่อนมะเร็งเป็นเซลล์มะเร็งโดยอาศัยกลุ่มยีนมะเร็งและกลุ่มยีนต้านมะเร็งในการกลายพันธุ์ เพื่อเปลี่ยนรูปร่างของเซลล์

4. ระยะก้าวหน้า (Tumor progression) เป็นระยะที่แสดงออกอย่างชัดเจนของลักษณะมะเร็ง โดยเซลล์ตั้งต้นมะเร็งพัฒนากลายเป็นเซลล์มะเร็งโดยสมบูรณ์ จากการที่ร่างกายได้รับสารก่อมะเร็งอย่างต่อเนื่องซ้ำ ๆ ในปริมาณที่มากพอทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีนเกิดการแบ่งตัวจนไม่สามารถควบคุมได้ มีการแตกแขนงของเส้นเลือดหรือสร้างเส้นเลือดใหม่ เพื่อให้เซลล์มะเร็งได้รับออกซิเจนและอาหารที่เพียงพอในระยะนี้เซลล์มะเร็งจะมีการลุกลาม (Invasive) ไปยังอวัยวะใกล้เคียงและแพร่กระจาย (Metastasis) ไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลจากมะเร็งปฐมภูมิ

การแบ่งความรุนแรงและการจำแนกตามระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเพื่อให้ทราบลักษณะทางกายภาพของโรคที่เป็นเฉพาะที่ (Local) หรือลุกลามไปสู่อวัยวะใกล้เคียง (Regional) รวมทั้งที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Distant metastasis) ของโรคมะเร็งชนิดเดียวกันที่อยู่ในระยะเดียวกันทำให้ทราบความคล้ายคลึงกันของลักษณะทางกายวิภาคของก้อนมะเร็ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้การจัดแบ่งระยะของโรคมะเร็งยังมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคอีกด้วย (นรินทร์ วรวุฒิ, 2546) ซึ่งสามารถแบ่งความรุนแรงตามลักษณะทางพยาธิและแบ่งตามลักษณะทางคลินิกหรือการจำแนกตามระยะของโรค (นรินทร์ วรวุฒิ, 2546; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; สุดาพรรณ ชัยจิรา, 2554 ข) ดังนี้

การแบ่งความรุนแรงของโรคตามลักษณะต่าง ๆ ทางพยาธิวิทยา (Cancer grading) เป็นการตรวจดูลักษณะรูปร่างของเซลล์ว่าเป็นเซลล์ที่สามารถจำแนกในการทำหน้าที่เฉพาะ (Differentiation) ได้มากน้อยเพียงใด สามารถแบ่งได้ 4 เกรด ดังนี้

เกรด 1 (Well differentiated: Low grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ได้อย่างชัดเจน เซลล์มีรูปร่างใกล้เคียงกับเซลล์ปกติคงลักษณะเดิมไว้เป็นส่วนใหญ่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (100% Well differentiated)

เกรด 2 (Moderately differentiated: Intermediate grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ได้บ้าง เซลล์มีรูปร่างเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติแต่ยังบอกลักษณะเซลล์เดิมได้ (75 % Well differentiated)

เกรด 3 (Poorly differentiated: High grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ได้น้อยเกือบไม่ทราบว่าเป็นแบบไหน เซลล์มีรูปร่างเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติมาก (50% Well differentiated)

เกรด 4 (Undifferentiated: High grade) หมายถึง มีการจำแนกลักษณะของเซลล์ได้น้อยหรือไม่มีลักษณะเดิมเหลืออยู่เลยและบอกไม่ได้ว่าเปลี่ยนแปลงมาจากเซลล์ชนิดใด และเซลล์มีรูปร่างเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติ (25% Well differentiated)

การแพร่กระจายจากตำแหน่งปฐมภูมิไปยังอวัยวะห่างไกล (Secondary region of cancer) สามารถแพร่กระจายได้ (ชวณพิศ นรเชษานนท์, 2547; Silvestri, 2008) ดังนี้

การแพร่กระจายทางกระแสเลือด เซลล์มะเร็งทะลุผ่านเข้าเส้นเลือดใหม่อย่างง่ายดาย และผ่านเข้าสู่หัวใจ เลือดที่ออกจากหัวใจจะมีเซลล์มะเร็งผ่านออกมาด้วย จากนั้นเซลล์จะเข้าสู่หลอดเลือดแรกที่ผ่านไหลเวียนคือปอด และผ่านไหลเวียนเข้าสู่ตับ หรือไต ได้ อีกทั้งยังสามารถผ่านเข้าสู่กระดูกได้ เช่น โรคมะเร็งเต้านม ที่มีการสร้างเส้นเลือดใหม่ ทำให้เซลล์มะเร็งเต้านมผ่านทะลุกระดูกได้

การแพร่กระจายทางหลอดน้ำเหลือง เซลล์มะเร็งไม่สามารถสร้างหลอดน้ำเหลืองของตัวเองได้ ดังนั้นในการเข้าทางหลอดน้ำเหลืองเซลล์มะเร็งต้องสัมผัสกับหลอดน้ำเหลืองโดยตรง จึงทำให้เซลล์มะเร็งหลุดเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองได้หลายแห่งในร่างกาย

การแพร่กระจายโดยการขยายออกโดยตรง เป็นการแพร่กระจายสู่โครงสร้างที่ใกล้เคียง เช่น มะเร็งรังไข่มีการแพร่กระจายไปยังปากมดลูก ปีกมดลูก ภาวะปีศาจ ถ้าใส่ เป็นต้น

การแพร่กระจายโดยเซลล์มะเร็งการหลุดเข้าสู่ช่องว่างของเยื่อช่องท้อง เช่น มะเร็งรังไข่ทำให้เกิดภาวะท้องมานน้ำ มะเร็งปอดทำให้มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

การจำแนกตามระยะของโรคหรือตามลักษณะทางคลินิก (Cancer staging) เป็นการจำแนกตามขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor size: T) การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง (Node involvement: N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastasis: M) ทั้งนี้ในการจำแนกระยะของโรคตามระบบ TMN มีรายละเอียดในการจำแนก ดังนี้

1. T หมายถึง ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ แบ่งได้ดังนี้
 - 1.1 Tx ไม่สามารถประเมินได้ว่าพบก้อนมะเร็งหรือไม่พบก้อนมะเร็ง
 - 1.2 T0 ตรวจไม่ได้ว่าพบก้อนมะเร็ง
 - 1.3 Tis ตรวจได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก (Carcinoma in situ)
 - 1.4 T1-T4 ตรวจได้ว่าพบก้อนขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ขนาดเล็กไปจนถึงขนาดใหญ่
2. N หมายถึง การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง แบ่งได้ดังนี้
 - 2.1 Nx ไม่สามารถประเมินได้
 - 2.2 N0 ตรวจไม่ได้ว่ามีการแพร่กระจาย
 - 2.3 N1-N3 ตรวจได้ว่ามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ตั้งแต่จำนวนน้อยไปถึงจำนวนมาก
3. M หมายถึง มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น แบ่งได้ดังนี้
 - 3.1 Mx ไม่สามารถประเมินได้
 - 3.2 M0 ตรวจไม่ได้ว่ามีการแพร่กระจาย
 - 3.3 M1 ตรวจได้ว่ามีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

จากการจำแนกตามระยะของโรคหรือตามลักษณะทางคลินิกดังกล่าว สามารถแบ่งระยะของโรค มะเร็งได้ 4 ระยะ (Stage) ดังนี้

- ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตในขอบเขตเซลล์ปฐมภูมิ
- ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง
- ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งมีการกระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียงหรือต่อมน้ำเหลือง
- ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ไกลออกไป

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีนที่เกิดกลายพันธุ์มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีการแผ่ขยายอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ยังสามารถสร้างเส้นเลือดเพื่อเลี้ยงเซลล์มะเร็งตัวเอง ทั้งนี้การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีประโยชน์อย่างมากในการวางแผนการรักษา การพยากรณ์โรค การเปรียบเทียบผลการรักษา การติดตามผล การรักษา (นรินทร์ วรวุฒิ, 2546) และการนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการรักษาที่เป็นประโยชน์เพิ่มมากขึ้น

การตรวจทางพยาธิสภาพโดยการตัดชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยทุกรายควรมีผลการตรวจทางพยาธิสภาพว่าเป็น โรคมะเร็งจริงและเป็นชนิดไหน วิธีการตรวจทางพยาธิวิทยาทำให้ทราบถึงระยะแน่นอนของต่อมน้ำเหลืองว่ามีเซลล์มะเร็งลุกลามเข้าไปหรือไม่และอยู่ในระยะใด ซึ่งการวินิจฉัยโรคควรได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิที่แน่นอน (Definite histologocal diagnosis) อาจทำได้โดยการตัดเนื้อมาตรวจ (Biopsy) การเจาะท่อน (Fine needle aspiration) จากรอยโรคที่สงสัย

การส่องกล้องในปอด (Bronchoscopy) ทำ Bronchial wash ทำ Biopsy เพื่อนำข้อมูลมาแยกการดำเนินการของโรคให้ได้รับการรักษาและพยากรณ์โรคที่เหมาะสม (นรินทร์ วรวุฒิ, 2546)

การรักษาโรคมะเร็ง

ในการรักษาโรคมะเร็งมีเป้าหมายที่สำคัญ คือการรักษาให้หายขาดจากโรค การรักษาเพื่อควบคุมเป็นการมุ่งหวังผลไม่ให้โรคมมีการลุกลามมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการรักษาประคับประคองอาการในกรณีที่โรคมมีการแพร่กระจายเพื่อลดอาการทุกข์ทรมาน เพิ่มความสุขสบายในวาระท้ายของชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาประกอบไปด้วย การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอรัโมนบำบัด ชีวบำบัด และการรักษาแบบมุ่งเป้า (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; ประกาศิต จิรปภา, 2555; ติดยา (สิริสิงห์) เดชเทพพร, 2555; ชมพร สีตะธนี, 2555) ทั้งนี้ในการรักษามีหลักการที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ การใช้การรักษามากกว่าหนึ่งวิธีจะให้ผลของการรักษาที่ได้ผลดีกว่าทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดผลกระทบจากการรักษากับประโยชน์ที่ได้รับ เช่น อัตรารอดชีวิต ลดความทุกข์ทรมานเพิ่มความสุขสบาย เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; ชวนพิศ นรเดชานนท์, 2547) การรักษาที่นิยมใช้ มีดังนี้

1. การรักษาการผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีที่ผ่าตัดก้อนเนื้ออกชนิดมะเร็งออกเป็นวิธีรักษาเนื้ออกชนิดเป็นก้อนมะเร็ง (Solid) ได้มีประสิทธิภาพดีที่สุด (ประกาศิต จิรปภา, 2555) เป้าหมายในการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็ง คือ ต้องผ่าตัดเอาเนื้ออกออกให้หมดเพื่อหวังผลการหายขาดจากโรค ทั้งนี้การผ่าตัดต้องผ่าตัดก้อนมะเร็งและอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดปฐมภูมิของมะเร็ง รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออกให้หมดในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด อาจเหลือเซลล์ มะเร็งบริเวณขอบด้านนอกให้ถือว่ามะเร็งชนิดนั้นไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ดังนั้นการรักษาเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นจะต้องรับการรักษามากกว่าหนึ่งวิธี (Multimodality approach) ซึ่งได้แก่เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา จะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเหมาะสมสำหรับโรคมะเร็งที่สามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรก ส่วนโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ จะถูกพิจารณาเป็นระยะที่ไม่เหมาะสมในการผ่าตัด เนื่องจากไม่ได้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตแต่อาจพิจารณาผ่าตัดในกรณีที่บรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตลดอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; ประกาศิต จิรปภา, 2555)

2. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาด้วยยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งมีกลไกลดในการยับยั้งการแบ่งเซลล์ในระยะต่าง ๆ ทั้งนี้แล้วแต่ชนิดของยาเคมีที่ได้รับทำให้เซลล์มะเร็งสูญเสียการควบคุมการแบ่งเซลล์ และถูกทำลายในที่สุด (ติดยา (สิริสิงห์) เดชเทพพร, 2555)

เป้าหมายในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ การรักษาโรคให้หายขาดเพื่อเป็นการรักษาเสริม มีจุดประสงค์เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ และควบคุมการกลับเป็นซ้ำ เช่น การให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด หรือการให้ยาเคมีก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และเพื่อประคับ ประคองอาการในระยะแพร่กระจาย ควบคุมอาการลุกลามบรรเทาอาการที่เกิดจากโรค (ชวณพิศ นรเดชา นนท์, 2547; ธิดิยา (สิริสิงห์) เดชเทพพร, 2555; นรินทร์ วรวุฒิ, 2546; วงจันทร์ เพชรพิชญ์เชียร, 2554)

กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งแบ่งได้ตามลักษณะการเพิ่มจำนวนเซลล์ของเซลล์มะเร็ง โดยแบ่งได้ (ชวณพิศ นรเดชา นนท์, 2547) ดังนี้

กลุ่มยา Alkylating agent ออกฤทธิ์โดยโมเลกุลของยาจะจับกับโมเลกุลของ DNA ทำให้โครงสร้างของรหัส DNA มีการจัดเรียงสลับกันและเกิดการจับคู่ที่ผิดปกติไม่สามารถสร้าง DNA ชุดใหม่ได้ ทำให้เกิดการตายเซลล์มะเร็ง กลุ่มยาในชนิดนี้ได้แก่ Melphalan, Ifosfamide, Oxaliplatin, Cyclophosphamide, Cisplatin และ Carboplatin ซึ่งใช้ในโรคมะเร็งลำไส้, โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งองคชาติ เป็นต้น

กลุ่มยา Antimetabolites ยากลุ่มนี้จะขัดขวางการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก (Nucleic acid) ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่ในนิวเคลียสของเซลล์ โดยการยับยั้งและขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ที่จำเป็นในการสังเคราะห์ DNA หรือ RNA จึงทำให้เซลล์มะเร็งเกิดความเสียหายและตายในที่สุด กลุ่มยานี้ ได้แก่ 5-Fluorouracil, Methotrexate, Cytarabine, และ Gemcitabine ใช้รักษาโรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร และโรคมะเร็งลำไส้

กลุ่มยา Antitumour antibiotics เป็นยาที่สกัดจากเชื้อแบคทีเรีย กลไกการออกฤทธิ์ โดยการกระตุ้นการตายของเซลล์ (Apoptosis) และยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Topoisomerase II กลุ่มยานี้ ได้แก่ Doxorubicin, Dactinomycin, Bleomycin, Mitomycin C และ Mitoxantrone ใช้ในโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งต่อมธัยรอยด์ โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งอัมพาต โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

กลุ่มยา Microtubule-targeting drugs ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยตรงต่อ Microtubule ซึ่งเป็นโครงสร้างของเซลล์ในไซโทพลาสซึม ทำลายกระบวนการเคลื่อนย้ายของเซลล์มะเร็ง จึงทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลาย ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ได้แก่ Vincristin, Vinblastin, Paclitaxel, Docetaxel, Estramustin ใช้ในโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งอัมพาต

กลุ่มยา DNA Topoisomerase inhibitors เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Topoisomerase โดยทำหน้าที่ทำลายเกลียวของ DNA และขัดขวางการทำงานของ เอนไซม์

Topoisomerase II ทำให้สายคู่ของ DNA ถูกทำลาย ยาอนุพันธ์ของกลุ่มนี้ได้แก่ Etoposide, Teniposide และ Irinotecan ใช้ในโรคมะเร็งอัมตะ โรคมะเร็งลำไส้ในระบะลุกลาม โรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งรังไข่

3. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาเฉพาะที่ (Loco-regional treatment) โดยรังสีจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนที่มีอยู่ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ทำให้เกิดการแตกตัวของประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูลอิสระ (Free radiation) ทำให้เกิดการทำลาย DNA (DNA damage) หากการทำลาย DNA มีความรุนแรงมากจะทำให้เซลล์ไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ ทำให้เซลล์มะเร็งตายหรือไม่สามารถแบ่งตัวได้ เป็นการทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งเซลล์มะเร็งไม่ให้เจริญเติบโตได้ต่อไป จุดมุ่งหมายในการรักษาด้วยรังสีรักษาเพื่อการหายขาดของโรคมะเร็ง ในกรณีที่อยู่ในระยะเริ่มแรกและเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เช่น บรรเทาอาการเหนื่อย หอบเมื่อก่อนมะเร็งกดเบียดหลอดลม บรรเทาอาการปวดเมื่อก่อนมะเร็งกดทับเส้นประสาท ไช้สันหลัง (ชมพร สีตะธณี, 2555)

ผลกระทบในการรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดและรังสีรักษา การรักษาที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ การรักษาร่วมกันหลายวิธี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งทั้งหมดออกจากร่างกายอย่างสมบูรณ์และถาวร (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2557) แต่ผลกระทบจากการรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากผลการรักษาที่ได้รับจะทำให้การรับรู้ความผาสุกทางด้านร่างกายโดยรวมจะเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น เช่น อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย ท้องผูก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ช่องปากอักเสบ กดไขกระดูก เหนื่อยล้า ผมร่วง สีผิวเข้มขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การรักษาโรคมะเร็งจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านจิตใจบกพร่อง เช่น ความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือการแสดงออกไม่เหมาะสมอาจแสดงอาการหงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย กลัว วิตกกังวล เครียด มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระบวนการคิดและการรับรู้ เช่น การคิดในแง่ลบมองว่าการรักษาทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมีความยากลำบากที่จะผ่านพ้นไปได้ มองโรคมะเร็งในทางลบเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียชีวิตและนำไปสู่ความตาย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

3. ผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลงจนการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การเข้าสู่สังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ด้านการทำงาน การทำหน้าที่ด้านสังคมลดลง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) นอกจากนี้การรักษายังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนเกินที่ไม่สามารถเบิกจากสิทธิบัตรที่รัฐบาลคอยช่วยเหลือได้ และค่าเดินทางเพื่อมารับการรักษา เนื่องจากโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาโรคมะเร็งได้ อยู่ห่างไกลจากบ้านของผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องเช่าบ้านหรือคอนโดมิเนียม เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา ในกรณีนี้ผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้สร้างรายได้หลักให้กับครอบครัว ย่อมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการจัดการด้านเศรษฐกิจทางการเงินให้เพียงพอกับรายจ่ายเป็นอย่างยิ่ง

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ การรักษาโรคมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและมีความไม่แน่นอน กลัวการกลับเป็นซ้ำหรือเซลล์มะเร็งลุกลามไปที่อื่น เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2555) ทำให้มีผลกระทบต่อความหวังจะแสดงออกถึงความรู้สึกเหงา เศร้า สูญเสีย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) ดังนั้นการเข้าใจความสำคัญของผลกระทบทางจิตวิญญาณและการรักษาสุขภาพทางจิตวิญญาณให้ดีจะเกิดผลดีต่อสุขภาพกายเป็นอย่างมาก (สงวน นิตยารัมย์พงศ์, 2551)

ในยุคปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองจุดมุ่งหมายอันดับแรกของการรักษาคือการกำจัดมะเร็งทั้งที่เจริญจำกัดเฉพาะที่ และชนิดที่แพร่กระจายทั่วร่างกาย (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) อย่างไรก็ตามผลของการรักษาที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากนี้จะได้รับผลกระทบของการรักษาแล้วยังมีผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องฝึกตนเองในการเผชิญกับการรักษาพยาบาลและผลข้างเคียงเป็นระยะเวลานาน (สงวน นิตยารัมย์พงศ์, 2551) เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และนำไปสู่ความผาสุกของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แนวคิดเกี่ยวกับความว่างเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความหมายของความว่างเหว

ความว่างเหวเป็นหัวข้อที่เริ่มกล่าวถึงและมีการยอมรับทางวิชาการในระหว่างปี

ค.ศ. 1950-1959 โดย Frieda Fromm-Reichmann and Harry Stack Sullivan (Perlman & Peplau, 1998) หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1970 เป็นช่วงที่ได้รับความสนใจ และได้รับความนิยมน้อยอย่างแพร่หลาย จาก นักวิชาการทางด้านสังคมศาสตร์ ด้านจิตวิทยา และนักวิชาการในกลุ่มผู้สูงอายุ (Perlman & Peplau, 1998) ดังนั้นการให้คำนิยามความว่างเหวจึงมีความหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถรวบรวมคำนิยามของความว่างเหวที่ถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง ดังต่อไปนี้

Sullivan (1953 cited in Perlman & Peplau, 1998) เป็นจิตแพทย์ผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับความว่างเหว กล่าวว่า ความว่างเหวเกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจรวมถึง โรคจิต และ โรคจิตเภท ซึ่งบุคคลเหล่านั้นจะมีประสบการณ์ของความหวาดกลัวที่ไม่สามารถอธิบายความรู้สึกเหล่านั้นได้ และจะทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงที่จะอธิบายความว่างเหวที่เกิดขึ้น ดังนั้นเขาจึงได้ให้ ความหมายของความว่างเหวไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพกับสังคม เนื่องจากการมีประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว จึงทำให้ไม่ต้องการสร้างเครือข่ายในสังคมและทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

Weiss (1973 อ้างถึงใน วสันต์ ลิ้มปีเฉลิม, 2551) เป็นบิดาแห่งความว่างเหวและมีผลงานที่มีอิทธิพลด้านจิตวิทยาเป็นที่ยอมรับคือ หนังสือ “Loneliness: The experience of emotional and social isolation” ทั้งนี้ Weiss ได้กล่าวถึงความว่างเหวว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่ได้เกิดจากการอยู่ตามลำพัง แต่เป็นความรู้สึกที่ไม่ได้รับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามความต้องการที่แท้จริง และความรู้สึกว่าเหวสามารถเกิดได้ตลอดเวลาเมื่อขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการ หรือไม่ได้รับการตอบสนองโดยเฉพาะด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามความต้องการของบุคคลนั้น

Leiderman (1980 cited in Tzouvara et al., 2015) ได้กล่าวถึงความว่างเหวไว้ว่า เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่บุคคลมีความตระหนักถึงความรู้สึกแยกออกจากบุคคลอื่น ควบคู่กับการมีประสบการณ์จำเป็นแบบอ้างเหตุผลสำหรับบุคคลอื่น

Peplau and Perlman (1982) ให้คำจำกัดความของความว่างเหวไว้ว่า เป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการรับรู้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของตนเองทั้งในด้านปริมาณและด้านคุณภาพ กล่าวคือบุคคลที่มีประสบการณ์มีความรู้สึกไม่พึงพอใจอันเกิดจากการขาดการรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการขาดการรับรู้คุณภาพการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นสิ่งที่ดีก็จะทำให้เกิดความว่างเหวขึ้น ทั้งนี้ Peplau and Perlman (1982) ได้อธิบายลักษณะของความว่างเหวที่สำคัญ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความว่าเหว เป็นผลที่เกิดจากการขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคมของบุคคลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีอยู่จริงของสังคมกับความต้องการที่แท้จริงของบุคคลนั้น ไม่สอดคล้องกัน

2. ความว่าเหว เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล (Subjective experience) เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลนั้นที่ยากแก่การมองเห็น ซึ่งมีความแตกต่างกับการแยกตัวออกจากสังคม บุคคลสามารถอยู่คนเดียวได้โดยปราศจากความว่าเหว หรือสามารถเกิดความรู้สึกว่าเหวได้ ถึงแม้จะอยู่กับกลุ่มคนจำนวนมาก

3. ความรู้สึกว่าเหว เป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและรู้สึกเจ็บปวดทางด้านจิตใจได้

Rook (1984) ได้ให้ความหมายของความว่าเหวว่า เป็นสภาวะที่คงอยู่ของความรู้สึกไม่มีความสุขทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้สึกเห็นห่าง รู้สึกเข้าใจผิดพลาด หรือรู้สึกถูกปฏิเสธ จากบุคคลอื่นหรือรู้สึกขาดการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเพื่อน หรือคู่ชีวิตที่ไม่เป็นไปตามความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ทำให้เกิดความรู้สึกการรวม กลุ่มและมีโอกาสเกิดความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางด้านอารมณ์กับบุคคลอื่น

Killeen (1998) กล่าวถึงความว่าเหวไว้ว่า เป็นสภาวะที่อธิบายถึงความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์ไม่มีความสุข ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียความเป็นมนุษย์ที่คงอยู่ของบุคคล โดยต้องใช้ชีวิตอยู่กับสังคมและอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ

De Jong Gierveld (1998 cited in Tzouvara et al., 2015) ได้ให้ความหมายความว่าเหว เป็นสถานการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีความรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือการไม่ยอมรับของการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ รวมถึงสภาวะของจำนวนครั้งของการมีปฏิสัมพันธ์ที่น้อยกว่า ความต้องการที่น่าพอใจหรือตามที่ต้องการที่แท้จริง เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่บุคคลมีความต้องการใกล้ชิดคุ้นเคยแต่ความต้องการนั้นไม่เคยสมปรารถนาตามที่คาดหวัง แสดงให้เห็นว่าความว่าเหว เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถรับรู้ถึงประสบการณ์ และการประเมินสถานการณ์เหล่านั้นแล้วทำให้บุคคลเกิดการแยกตัว และขาดการสื่อสารกับบุคคลอื่น

Dury (2014) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ของบุคคลที่แสดงออก รวมทั้งความรู้สึกขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

จากคำจำกัดความของความว่าเหวที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ความว่าเหว หมายถึง เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ (Unpleasant) จากการที่บุคคลไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ จากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์หรือความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ที่มากเกินไป ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงตามความต้องการของตัวเองจึงทำให้มีความรู้สึกว่าเหว

กลไกการเกิดความว้าเหว

จากการศึกษาของ Hawkley and Cacioppo (2010) อธิบายกลไกการเกิดความว้าเหวไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ที่ตัวเองแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าสังคมนั้นไม่ปลอดภัย เกิดความหวาดระแวง และวิตกกังวลกับสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ขาดการควบคุมตัวเอง คอยระมัดระวัง ตัวตลอดเวลา กลัวภัยคุกคามจากสังคมส่งผลให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการคิดที่มีอคติ เช่น การมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่มีความว้าเหวในสังคม อาจทำให้เกิดภาวะคุกคามและไม่ปลอดภัย ต่อการดำรงชีวิต ทำให้เพิ่มคาดหวังในเชิงลบเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมและเก็บไว้ในความทรงจำ ทำให้มีการสะสมความคิดเชิงลบต่อสังคมอยู่ตลอดเวลา เมื่อต้องการ สร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคมจะแสดงพฤติกรรมให้สังคมได้รับรู้คือ ภาพของบุคคลที่มีความคาดหวังต่อการตอบสนองของสังคมให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง เมื่อความต้องการที่เป็นจริงในสังคมไม่เป็นไปตามความคาดหวังจึงแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ ในสังคม อยู่เหนือการควบคุมของตัวเอง ซึ่งเหตุผลดังกล่าวเป็นแรงสนับสนุนกระตุ้นให้เกิดความรู้สึก ทางด้านลบตลอดเวลา อีกทั้งการมีความรู้สึกเกลียดชังไม่เป็นมิตร มีความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ มองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงทำให้ร่างกายมีการ ตอบสนอง ต่อความว้าเหวโดยมีการกระตุ้นระบบประสาท (Neurobiological) และการแสดงออกของพฤติกรรม ที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงลบ

สามารถสรุปได้ว่า กลไกการเกิดความว้าเหวนั้น เกิดจากการรับรู้ของบุคคลที่แยกตัว ออกจากสังคมทำให้เกิดกระบวนการคิดที่เป็นอคติ หวาดระแวง กลัวภัยคุกคามต่อชีวิต เมื่ออยู่ร่วมกับ สังคมจึงทำให้เกิดการแยกตัว เนื่องจากทุกสิ่งทุกอย่างไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตนเองทำให้เกิด ความรู้สึกเป็นปรปักษ์กับสังคมมีความรู้สึกในเชิงลบ เช่น ไม่มีความสุข มองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวล ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกายและการแสดงออกของพฤติกรรมตลอดทั้งเกิดผลในเชิงลบ ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ชนิดของความว้าเหว

ความว้าเหวมีความแตกต่างกันตามสาเหตุของการเกิดความว้าเหว การแสดงออกของ พฤติกรรมของบุคคลด้านบวกและด้านลบ และระยะเวลาของการเกิดความว้าเหวเพื่อให้เกิด ความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ความว้าเหวมากขึ้น สามารถแบ่งประเภทของความว้าเหว ได้ดังนี้

Weiss (1973 อ้างถึงใน De Jong Gierveld, Tilburg, & Dykstra, 2006) จำแนกความว้าเหว ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความว้าเหวทางอารมณ์ (Emotional loneliness) เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดที่มีความคุ้นเคยและมีความสนิทสนม เช่น คู่ชีวิต เพื่อนสนิท

จะแสดงความรู้สึก เหงาหงอย สิ้นหวัง ว่างเปล่า มีพฤติกรรมถอยออกมาให้เห็นซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการเริ่มสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดใหม่อีกครั้ง ความว่าเหวแบบนี้เกิดจากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพหรือการขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของบุคคลนั้น

2. ความว่าเหวทางสังคม (Social loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดจากการไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมกับสังคม เช่น กลุ่มบุคคลในชุมชน กลุ่มเพื่อนร่วม งานทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือในสังคม ไม่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าสังคมมีการแบ่งแยกมีช่องว่างทำให้ไม่ต้องการเข้าสังคม เนื่องจากรู้สึกถูกปฏิเสธและขาดการยอมรับจากสังคม

Young (1982 อ้างถึงใน Perlman & Peplau, 1984) ได้แบ่งชนิดความว่าเหวตามระยะเวลาของการเกิดความว่าเหว เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. ความว่าเหวแบบชั่วคราว (Transient loneliness) หรือความว่าเหวประจำวัน (Every loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลที่สามารถเกิดขึ้นได้แม้ยังมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมตามปกติ ความว่าเหวชนิดนี้มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวมีระยะเวลาไม่นาน อาจเป็นนาฬิกา หรือ ชั่วโมงมีสาเหตุจากการแยกตัวจากผู้คนในสังคมหรือมีการแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนและสามารถหายไปได้เองเมื่อได้เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือได้พบปะเพื่อนใหม่อีกครั้ง

2. ความว่าเหวจากการมีสถานการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Situational loneliness หรือ Transitional loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบในชีวิตทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียคนรัก ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท การย้ายที่อยู่อาศัย ความว่าเหวชนิดนี้มีระยะเวลาประมาณ 1-2 ปี และเป็นความว่าเหวที่มีผลกระทบรุนแรงต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นเมื่อบุคคลสามารถยอมรับกับเหตุการณ์ดังกล่าวได้ ความว่าเหวจะค่อย ๆ ลดลง

3. ความว่าเหวแบบเรื้อรัง (Chronic loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นในบุคคลที่ขาดความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพกับสังคมเป็นระยะเวลานานมากกว่า 2 ปี ถ้าบุคคลไม่สร้างความสัมพันธ์กับสังคมอยู่เสมอจะทำให้บุคคลขาดการมีปฏิสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งความว่าเหวชนิดนี้จะอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวันต่อไปเรื่อย ๆ และคงอยู่ตลอดไปถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นจึงเป็นความว่าเหวที่มีความสำคัญและมีความรุนแรงจึงควรให้ความสำคัญกับความว่าเหวชนิดนี้

จากการแบ่งชนิดของความว่าเหวดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความว่าเหวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเกิดได้ 2 ชนิด ดังนี้

1. ความว่าเหว้ทางอารมณ์ เนื่องจากการที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งทำให้มีผลกระทบต่อบุคคลนั้นทางด้านอารมณ์โดยตรงด้วยความรู้สึกรู้สึกของบุคคลโดยทั่วไปแล้ว โรคมะเร็งยังคงเป็นโรคร้ายแรงเรื้อรังมีความผลกระทบทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นเมื่อเกิดความว่าเหว้ในผู้ป่วยมะเร็งจึงมีการเปรียบเทียบว่าเป็นความรู้สึกที่เป็นพิษ เป็นระเบิดเวลาคอยบ่อนทำลายในยามที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นโรคระบาดที่คอยก่อตัวและแพร่กระจายให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งบางครั้งตัวผู้ป่วยเองมีความคิดว่าตัวเองไม่ได้อาศัยอยู่บนโลกใบเดียวกับบุคคลทั่วไป การแสดงออกทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงเป็นการแสดงถึงอารมณ์ของความว่าเหว้ เช่น โกรธ กลัว กระจวนกระวาย น้อยใจ ท้อแท้ เบื่อ กลัว รู้สึกสงสารตัวเอง อ่อนไหว (วสันต์ ลิ้มปีเฉลิม, 2551)

2. ความว่าเหว้แบบเรื้อรัง เนื่องจากรวมะเร็งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา ดังนั้นการที่ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตกับโรคมะเร็งตลอดเวลาเพื่อรอความหวังว่าวันหนึ่งข้างหน้าโรคร้ายที่อาศัยร่างกายจะถูกลดลงด้วยการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะทางระหว่างการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย เช่น ความเจ็บปวดจากการรักษาและจากตัวโรค ความทุกข์ทรมานทางกาย การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม การขาดเครือข่ายทางสังคม เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่บางครั้งยากที่จะอธิบายให้บุคคลอื่นได้รับทราบได้ ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกในการดำรงชีวิต ดังนั้นผลกระทบเหล่านี้หากอยู่กับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความว่าเหว้แบบเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ

ผลกระทบของความว่าเหว้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความว่าเหว้เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมาน กระสับกระส่าย และไม่สบายใจของบุคคลซึ่งเกิดจากความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ภายในตัวบุคคลกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นอยู่จริงในสังคม และเป็นปรากฏการณ์ของความรู้สึกที่เป็นอันตราย ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงลบทางด้านสุขภาพ และความผาสุกในการดำรงชีวิต (Tzouvara et al., 2015) ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันแล้วว่าความว่าเหว้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ (Cacioppo, Grippo, London, Goossens, & Cacioppo, 2015; Masi, Chen, & Hawkey, 2011; Price, 2015; Qualter et al., 2015) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่าความว่าเหว้เป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับลดลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลง มีผลต่ออินของร่างกายต่ำ เพิ่มการตอบสนองต่อกันและกันระหว่างไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี

และต่อมหมวกไต (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) และมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คุณภาพการนอนหลับนั้นในการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความว้าเหว มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย ทำให้อนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ เนื่องจากการมีความรู้สึกในด้านลบในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (Kurina et al., 2011) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลทำให้อนอนหลับไม่เพียงพอ (Serin & Passalacqua, 2010) ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการนอนหลับจะเป็นไปตามปกติ แต่พบว่าตื่นนอนช่วงเช้าทำให้รู้สึกมีอาการเหนื่อยล้า แสดงว่ามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีตามมา (Cacioppo et al., 2002; Miller, 2011) ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง พบว่าความว้าเหวยังมีผลในการลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายเสียสมดุล (Jaremka et al., 2012) กระตุ้นกระบวนการอักเสบของร่างกายโดยการหลั่งสาร Cytokines เช่น Interleukin-6 ที่สร้างขึ้นเพื่อตอบสนองกระบวนการอักเสบ และพบมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายและลูกกลม (Jaremka et al., 2013) นอกจากนี้ความว้าเหวยังมีผลต่อฮิโมนของร่างกายต่ำ ซึ่งพบว่าความว้าเหว มีความสัมพันธ์กับฮิโมนในร่างกายที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งสมอง โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งกระดูก โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ และ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความว้าเหวสูงจะมีฮิโมนอยู่ในระดับที่ต่ำทำให้ระยะเวลาในการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง (You, Yeh, & Su, 2014) อีกทั้งความว้าเหวยังเพิ่มการตอบสนองต่อกันและกันระหว่างไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต ส่งผลให้เพิ่มระดับคอร์ติซอลในร่างกายของวัยรุ่นตอนต้น (Doane & Adam, 2010) และมีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดโดยเพิ่มแรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวเมื่อมีอายุ 50-68 ปี ทำให้ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) เพิ่มขึ้นจากปกติประมาณ 3.6 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (Hawley, Thisted, Masi, & Cacioppo, 2010) เนื่องจากความว้าเหว มีผลต่อการบีบตัวของหลอดเลือดแดงทำให้มีความต้านทานของหลอดเลือดแดงส่วนปลายเพิ่มขึ้น และยังกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารอะดรีนาลีนทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้นจึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จะเห็นได้ว่าความว้าเหวมีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cacioppo et al., 2002; Hawley, Burleson, Berntson, & Cacioppo, 2003) นอกจากนี้ความว้าเหวยังเป็นปัจจัยทำนาย การทำกิจกรรมทางกายลดลงในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.43, p < .05$) เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมงานอดิเรก เป็นต้น จึงทำให้เสียโอกาสในการสร้าง การมีปฏิสัมพันธ์ และเครือข่ายในสังคม (Hawley, Thisted, & Cacioppo, 2009) พร้อมทั้งเป็น ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .49, R^2 = .24, p < .001$) (Chang et al., 2010)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ความว่าเหวเป็นความรู้สึกเจ็บปวดที่ควบคุมอยู่ภายในบุคคลรู้สึกสูญเสียและรู้สึกไม่มีคุณค่า (Drageset et al., 2015) พบว่า ความว่าเหวเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า และเพิ่มระดับภาวะซึมเศร้าของวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Cacioppo et al., 2006; Cacioppo et al., 2010) อีกทั้งยังเพิ่มการรับรู้ภาวะเครียด ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกโกรธ เกิดอารมณ์ในด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวการถูกคุกคามและการถูกปฏิเสธจากสังคม ส่งผลต่อการมีคุณค่าในตัวเองลดลง อันเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีความว่าเหวขึ้นจะมีความรู้สึกต้องการความปลอดภัยอย่างที่สุดและต้องการได้รับการปกป้องเมื่อถูกคุกคามและเมื่อได้รับการปฏิเสธจากสังคม (Cacioppo et al., 2006) นอกจากนี้ความว่าเหวยังมีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการคิดที่ขาดประสิทธิภาพอันเนื่องมาจากการมีความรู้สึกว่ามีข้อจำกัดในสังคม และความรู้สึกเป็นทุกข์ของบุคคลที่ทำให้เพิ่มระดับความว่าเหวมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด (Mosher et al., 2012) กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความว่าเหวจะทำให้สมรรถภาพด้านความคิดเปลี่ยนแปลงไป อันได้แก่ ความเร็วในการคิดลดลง เกิดการติดอยู่ในความคิด มีความพร่องในการบริหารจัดการด้านกระบวนการคิด ทำให้เกิดมีความรู้สึกในเชิงลบและเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกขาดความไว้วางใจในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์ การตัดสินใจ การแสดงออกของพฤติกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การเรียนรู้และความจำมีประสิทธิภาพลดลง (Cacioppo & Hawley, 2009) นอกจากนี้ความว่าเหวอาจทำให้เกิดความรู้สึกดูถูกตัวเอง ผิดหวัง รู้สึกไร้ที่พึ่ง ท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกผิด กลัว ภาวะวุ่นวาย เบื่อ (วสันต์ ติမ်ปีเฉลิม, 2551) เมื่อความรู้สึกดังกล่าวสะสมเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง และเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง (Mezuk, Rock, Lohman, & Choi, 2014) หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (Altangerel et al., 2014; Kalemi et al., 2015) โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองมากกว่าเพศชาย เนื่องจากขาดการควบคุมอารมณ์มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกวุ่นวาย และความรู้สึกเครียดจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมากกว่าเพศชาย (Chang et al., 2010)

สามารถสรุปได้ว่าความว่าเหวเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบในเชิงลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการตอบสนองต่อกันและกันระหว่างไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ที่มีผลต่อการหลั่งสารอะดรีนาลีน ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวและการเพิ่มการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง และอาจเกิดปัญหาของโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาอีกทั้งการเพิ่มของระดับคอร์ติซอลซึ่งถือว่าเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียด ทำให้ระดับความวิตกกังวลและเครียดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงทำให้ระบบป้องกันการติดเชื้อของร่างกายทำงานลดลง อีกทั้งยังมีผลต่อยีนที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

โรคมะเร็งลดลง อาจกล่าวได้ว่าความว้าเหวคือโรคระบาดหรือระเบิดเวลา (Epidemic or time bomb) ของแต่ละบุคคล (Rokach, 2015; Snell, 2015) ที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางด้านลบของสุขภาพ (Jaremka et al., 2012, Jaremka et al., 2013) อันได้แก่ การเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของมนุษย์ (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stepson, 2015; Hawkey & Cacioppo, 2003; Jaremka et al., 2012; Jaremka et al., 2013; Rokach, 2003; Rosedale, 2009; Holt-Lunstad et al., 2015; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013) อีกทั้งมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Aizer et al., 2013; Greer et al., 2014; Jaremka et al., 2013; Mosher et al., 2012; Rosedale, 2009; You et al., 2014) มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Theeke & Mallow, 2013) และความผาสุกของมนุษย์

การจัดการความว้าเหว

จากสถิติแนวโน้มสังคมปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกว้าเหวและส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและด้านจิตใจตามมา (Masi et al., 2011) ถือว่าเป็นกระทบที่รุนแรง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันความรู้สึกว้าเหวที่อาจเกิดขึ้น (Mushtaq, Shoib, Shah, & Mushtaq, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมลดความว้าเหว (Interventions to reduce loneliness) ประกอบด้วย

1. การพัฒนาทักษะทางสังคม (Improving social skill) โดยการสร้างทักษะในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมให้ได้อย่างน้อยหนึ่งหรือสองทักษะ เช่น การฝึกการสนทนา การฝึกพูดทางโทรศัพท์ การฝึกกล่าวชื่นชมและการฝึกกล่าวตอบรับเมื่อได้รับการชื่นชม การฝึกควบคุมตัวเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีการพูดคุย การเปิดโอกาสให้แต่งกายหรือพัฒนาบุคลิกภาพของตัวเองให้เป็นที่น่าดึงดูดใจ การฝึกวิธีการสื่อสารแบบอวัจนภาษาและการฝึกการเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความใกล้ชิด (Deckx, Akker, & Buntin, 2014; Hemingway & Jack, 2015; Masi et al., 2011)

2. การเพิ่มการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม (Enhancing social support) การฝึกให้ดูแลสนับสนุนทางสังคมผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสียอย่างผู้เชี่ยวชาญ เช่น การฝึกให้มีการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการมีเครือข่ายทางสังคม การฝึกให้การสนับสนุนทางสังคมสำหรับเด็กที่สูญเสียบิดาหรือมารดาเนื่องจากการหย่าร้าง (Mushtaq et al., 2015)

3. การเพิ่มโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล (Increasing opportunities for social contraction) อาทิเช่น มีผู้สูงอายุสองคนที่แยกตัวเองออกจากสังคมกำลังแจกอาหารให้กับผู้ยากไร้และสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุทั้งสองไม่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการเข้าไปมีส่วนร่วมโดยการกระตุ้นเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและมีทำที่เป็นมิตรซึ่งกันและกัน แสดงว่าการเพิ่มทักษะดังกล่าวประสบความสำเร็จ (Deckx et al., 2014; Masi et al., 2011)

4. การส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านบวก (Addressing maladaptive social cognition) หรือการบำบัดพฤติกรรมด้านความคิด (Cognitive behavior therapy) ถือว่ามีความสำคัญมากหรืออาจเรียกได้ว่าประสบความสำเร็จในการลดความวิตกกังวล โดยการเพิ่มทักษะในการสอนให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการความรู้สึกว่าเหวเป็นรายบุคคลและให้สามารถรับรู้เกี่ยวกับความคิดในเชิงลบของความรู้สึกว่าเหว และสามารถอธิบายได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ความคิดในเชิงลบของบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการทำกิจกรรมจึงมีความเฉพาะเจาะจงตามความวิตกกังวลของแต่ละบุคคล (Vanhalst et al., 2015)

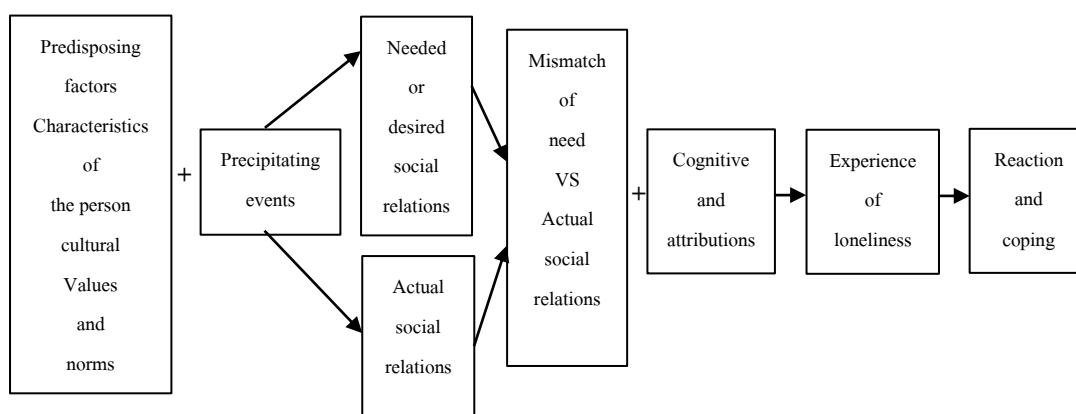
5. วิธีการสร้างความสัมพันธ์แบบเพื่อน (Befriending model or befriending schemes) เป็นวิธีที่นิยมใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุและสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ โดยเป็นกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนที่มีความสนใจ ผ่านการอบรมเพื่อเข้าร่วมในการทำกิจกรรมโดยเข้าไปสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ เพื่อต้องการให้มีการสร้างและพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในกลุ่มผู้สูงอายุ ในการสร้างความสัมพันธ์แบบเพื่อนสามารถทำได้โดยวิธีการให้การดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งหรืออาจใช้วิธีการสนทนาทางวิดีโอผ่านทางอินเทอร์เน็ต ก็สามารถทำได้ ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์แบบนี้มีคุณภาพมากกว่าการสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มใหญ่ วิธีการในการสร้างความสัมพันธ์แบบเพื่อน เช่น การพาไปเดินช้อปปิ้ง การบริการจัดส่งยาโรคประจำตัว การเยี่ยมบ้านเป็นประจำปฏิบัติจนเกิดความเคยชินจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองปลอดภัย มีความไว้วางใจเกิดความเชื่อใจและต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในที่สุด (Dury, 2014; Price, 2015)

6. วิธีการเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring schemes) โดยกลุ่มอาสาสมัครที่มีความสนใจในการเป็นพี่เลี้ยงคอยให้กำลังใจเป็นผู้ประสานงานที่มีคุณภาพ วิธีนี้เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ โดยให้การดูแลบุคคลแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นควรได้รับการอบรมเป็นอย่างดีเพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือให้กำลังใจตลอดทั้งการสนับสนุน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองไม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สามารถกลับสู่เครือข่ายของสังคมได้ตามปกติ (Price, 2015)

สรุปได้ว่า การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลมุ่งเน้นให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมมีโอกาสได้มีส่วนร่วมและสร้างความสัมพันธ์ในสังคม ตลอดทั้งได้เรียนรู้ความรู้สึกว่าเหวซึ่งเป็นความรู้สึกในด้านลบให้สามารถพัฒนาและปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกได้ ถือว่าเป็นวิธีที่สำคัญที่สุดในการลดความวิตกกังวล เมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในตัวเอง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจะทำให้มีความเชื่อมั่นที่จะกลับไปสู่สังคมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่อีกครั้ง

แนวคิดของ Perlman and Peplau (1998) เกี่ยวกับประสบการณ์ความว้าเหว

การพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวของ Perlman and Peplau ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1982 โดยได้เขียนแนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวในหนังสือ Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy ซึ่งได้อธิบายแนวคิดความว้าเหวไว้ว่า ความว้าเหวเป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นจากความไม่สอดคล้องของความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสังคม และปฏิสัมพันธ์ที่ได้รับอาจมากเกินไป หรือไม่เพียงพอตามความต้องการของตนเองทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพจึงมีความรู้สึกว้าเหวเกิดขึ้น โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ สาเหตุที่ทำให้เกิดความว้าเหว (Antecedents of loneliness) (ได้แก่ เหตุการณ์ชักนำ (Precipitating events) และปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยควบคุม (Predisposing and maintaining factors) ประสบการณ์ความว้าเหว (Experience of loneliness) และการจัดการความว้าเหว (Coping with loneliness) และในปี ค.ศ. 1984 ได้จัดแนวคิดออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยกระตุ้น (Predisposing factors) เหตุการณ์ชักนำ (Precipitating events) กระบวนการทางความคิด (Cognitive process) และประสบการณ์ความว้าเหว จะเห็นได้ว่าการแยกปัจจัยกระตุ้นและเหตุการณ์ชักนำอย่างชัดเจน หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 1998 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น เหตุการณ์ชักนำ กระบวนการทางความคิด และประสบการณ์ความว้าเหว และการจัดการความว้าเหวมาก (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 A model of the experience of loneliness (Perlman & Peplau, 1998)

1. ปัจจัยกระตุ้น (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดความว้าเหว ได้แก่ ลักษณะของบุคคล (Characteristics of the person) ลักษณะของสถานการณ์

(Characteristics of the situation) ลักษณะของวัฒนธรรม ค่านิยม (General culture values)

(Perlman & Peplau, 1984)

1.1 ลักษณะของบุคคล (Characteristics of the person) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึก
ว่าเหว เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ชอบเก็บตัวเอง ไม่กล้าแสดงออก ตลอดจนการ
ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม หรือการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด เกิดความรู้สึกไม่สนใจ
สังคมและสิ่งแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันจะให้ความสนใจเฉพาะตัวเองและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
(Self-focused and nonresponsive)

1.2 ลักษณะของสถานการณ์ (Characteristics of the situation) สถานการณ์ที่เกิดจาก
สิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ทำให้บุคคลแข่งขันกันทาง
วัตถุทำให้ต้องทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุที่ต้องการทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้
การย้ายที่อยู่อาศัย หรือการย้ายถิ่นฐานทำให้ขาดการสร้างสัมพันธ์ในสังคมลดลง

1.3 ลักษณะของวัฒนธรรม ค่านิยม (General culture values) วัฒนธรรมเป็นส่วน
ส่งเสริมความเป็นตัวตนของบุคคล การเคารพบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมจึงทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า
ในตัวเอง (นุสรา ประเสริฐศรี และยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์, 2556) ความแตกต่างของวัฒนธรรม
ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม และบรรทัดฐาน ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเหว
ได้ เช่น วัฒนธรรมชาวอเมริกา บุคคลต้องพึ่งตัวเองสูงนิยมและชื่นชมบุคคลที่เป็นตัวของตัวเอง
และสามารถทำงานสำเร็จตามเป้าหมายที่ตัวเองตั้งไว้ ส่วนวัฒนธรรมชาวเอเชีย แอฟริกาและลาติน
เป็นวัฒนธรรมที่ยึดมั่นผูกพันกับคุณค่าของสังคม และให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวยึดมั่น
ตามบรรทัดฐานของสังคมดำรงไว้ซึ่งความสามัคคี (Perlman & Peplau, 1998)

2. เหตุการณ์ชักนำ (Precipitating event) เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายการเจ็บป่วย
ซึ่งเป็นผลกระทบต่อร่างกายทำให้ขาดโอกาสเข้าร่วมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
เป็นโรคที่จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องใช้ระยะเวลาในการรักษา เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบ
จากการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย ที่มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผมร่วง ทำให้เกิดความรู้สึก
อาย กลัว ขาดความมั่นใจในการดำรงชีวิตส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม
และจิตวิญญาณ เกิดความเบื่อหน่าย วิตกกังวล เครียด หมดหวัง ชีวิตไร้ความหมาย ซึมเศร้า แสดงออก
โดยการแยกตัวเองออกจากสังคม ทำให้ขาดความสนใจในการสร้างสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์
กับบุคคลในสังคมทำให้มีโอกาสเกิดความเหวขึ้นได้ นอกจากนี้มีการศึกษาของต่างประเทศ
Franklin (2009) พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 20-54 ปี และเพศชายอยู่คนเดียวมากกว่าผู้หญิง เนื่องจาก
หน้าที่การงานที่ต้องมีการแข่งขันสูงมีการย้ายที่ทำงานบ่อยครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนตำแหน่งที่สูงขึ้น
ต้องมีการปรับตัวกับหน้าที่ใหม่ เช่น เพื่อนร่วมงาน สิ่งแวดล้อม สถานที่ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการ

เรียนรู้ทำให้ขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าเพศหญิงจึงทำให้มีโอกาสเกิดความว้าเหวได้ นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความว้าเหวอื่น ๆ เช่น คู่สมรสเสียชีวิต การหย่าร้าง การย้ายออกจากครอบครัว การเปลี่ยนสถานที่ทำงาน การเกิดปัญหาในกลุ่มเพื่อน และการผิดหวังในความรัก (Perlman & Peplau, 1984) เป็นต้น

3. กระบวนการทางความคิด (Cognitive process) เกิดขึ้นจากได้รับการมีปฏิสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของตัวเองทำให้เกิดผลลัพธ์ตามมา คือความว้าเหว และจะมีความรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก (Perlman & Peplau, 1984) ดังนี้

3.1 แหล่งที่มาของสาเหตุของความว้าเหว (Causal attribution) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ของบุคคล เช่น บุคคลที่โดดเดี่ยวเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้บุคคลให้ความสำคัญกับตัวเองมากกว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

3.2 การเปรียบเทียบความต้องการทางสังคม (Social comparisons) เป็นการประเมินระดับความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของตนเองว่าเพียงพอหรือไม่ สำหรับความต้องการที่แท้จริงที่ตัวเองต้องการ ทั้งนี้การเปรียบเทียบความต้องการทางสังคมเป็นปัจจัยต้นเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดความว้าเหว

3.3 ความสามารถในการควบคุมการรับรู้ของบุคคล (Perception of personal control) ประสบการณ์ในการรับรู้ความว้าเหวของบุคคลสามารถควบคุมได้โดยการสร้างปฏิสัมพันธ์แต่ทั้งนี้การที่บุคคลจะสามารถควบคุมการรับรู้ของตัวเองได้ต้องลดความเครียด และการเพิ่มสมรรถนะของบุคคลให้มีประสิทธิภาพ

4. ประสบการณ์ความว้าเหว (Experience of loneliness) ที่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหว (Peplau & Perlman, 1982) ดังนี้

4.1 ประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ (Affective manifestation) ทำให้เกิดความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว เช่น ความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง รังเกียจตัวเอง นอกจากนี้ วัตสันต์ ลิมป์เฉลิม (2551) ยังพบอีกว่า อารมณ์ที่มาก่อนความว้าเหว เช่น ผิดหวัง รู้สึกไร้ที่พึ่ง ท้อแท้ น้อยใจ และเมื่อเกิดความรู้สึกว้าเหวแล้วจะแสดงอารมณ์ รู้สึกสงสารตนเอง กลัวโกรธ กระวนกระวาย อ่อนไหว เป็นต้น

4.2 ประสบการณ์แรงผลักดัน (Motivational manifestation) บุคคลเมื่อเกิดความว้าเหวทำให้มีแรงผลักดันในตัวเองลดน้อยลง และทำให้ส่งเสริมการเกิดความเฉื่อยช้า หมดหวัง และไม่ต้องการเกิดความเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิต

4.3 ประสบการณ์ด้านกระบวนการคิด (Cognitive factors) เช่น สนใจเฉพาะตัวเอง ทำให้เกิดความหวาดระแวงในการมีปฏิสัมพันธ์ตลอดเวลาและมองตนเองกับการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในด้านลบ เมื่อมีการแสดงความคิดเห็นบุคคลเหล่านี้ไม่ต้องการที่จะให้สังคมรับรู้ความคิดเห็นของตนเอง

4.4 ปัจจัยของพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral factors) การแสดงออกโดยการให้ความสนใจเฉพาะตัวเอง บุคคลที่มีความว่าเหว่จะมีความแตกต่างจากบุคคลปกติอย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะว่าบุคคลที่มีความว่าเหว่ต้องการความเป็นส่วนตัวสูง ต้องการความเงียบสงบ ไม่ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4.5 การเกิดปัญหาทางสังคม (Social problems) เมื่อมีความว่าเหว่เกิดขึ้นไม่เพียงมีผลกระทบต่อตัวเองเท่านั้นยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา เช่น ทำให้เกิดปัญหาหนี้ การรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคมะเร็งได้ และสูญเสียค่าใช้จ่ายเมื่อกลับมาได้รับการรักษาอีกครั้งเพราะ โรคมิการแพร่กระจายและลุกลามมากยากแก่การรักษา และยังทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง จากการศึกษายังพบว่า ความว่าเหว่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยชักนำให้เกิดความว่าเหว่โดยใช้เป็นกรอบแนวคิดของ Perlmán and Peplau (1998) ปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และปัจจัยชักนำ ได้แก่ ความปวด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความรู้สึกว่าเหว่ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนี้

ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง (Soung & Kim, 2015) พบได้มากถึงร้อยละ 86 (Wachen et al., 2014) ความเครียดเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้นแบบไม่จำเพาะเจาะจงของบุคคล (Selye, 1976) ที่มาคุกคามความผาสุกในการดำเนินชีวิตที่บุคคลประเมินสภาวะการณ์หรือสิ่งที่มีมาคุกคามนั้นเกินขีดความสามารถที่ตัวเองจะทนได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้แสดงอาการ โกรธ (American Psychology Association [APA], 2013) กระสับกระส่าย หงุดหงิด ปวดศีรษะ ขาดสมาธิ ปวดตามกล้ามเนื้อ มีอาการเหนื่อยล้า และเกิดอาการซึมเศร้าได้ (APA, 2013; Mayo Clinic, 2016) สอดคล้องกับ Lewis (2014) ได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นความรู้สึกที่คุกคามต่อจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และความผาสุกของบุคคลหากบุคคลสามารถ

เผชิญหรือจัดการได้ความเครียดจะค่อย ๆ ลดลง หากบุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญกับภาวะคุกคามได้ จะทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น เช่น การได้ รับวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง ความปวด การเสียชีวิตของ บุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ Giddens (2013) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นความรู้สึก ที่เป็นภัยคุกคามที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลเมื่อบุคคลประเมินกับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยคุกคามและ ไม่สามารถเผชิญกับภัยคุกคามดังกล่าวได้ จึงทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ Selye (1976) ได้ให้ความแตกต่างของ ความหมายของความเครียดและสิ่งกระตุ้นไว้ว่า ความเครียด (Stressor) เป็นการตอบสนอง (Respons) ของร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้น ส่วนสิ่งกระตุ้นคือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอยู่ตลอดเวลา

จากการให้คำนิยามดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นความรู้สึกต่อสิ่งที่ มาคุกคามต่อร่างกายทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ เมื่อเกินขีดความสามารถที่จะต้านทานได้ จนทำให้เกิดความรู้สึกโกรธซึ่งเป็นอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด (APA, 2013) ปวดท้อง (Stomach upset) ปวดศีรษะ (Headache) กระสับกระส่าย (Restlessness) หงุดหงิดง่าย (Irritability) (Meyo Clinic, 2016) เมื่อเกิดความเครียดเรื้อรังทำให้ขาดสมาธิ (Unable to concentrate) นอนไม่หลับ (Insomnia) ปวดตามกล้ามเนื้อ (Muscle pain) อากาเหนื่อยล้า (Fatigue) โศกเศร้า (Sadness) และมีอาการซึมเศร้าได้ (Depression) (APA, 2013) จะมีผลกระทบต่อสุขภาพความสามารถในการ ปฏิบัติหน้าที่และความพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งสาเหตุของความเครียดจำแนกออกเป็น 2 สาเหตุ (วาทีณี สุขมาก, 2556) ดังนี้

1. สาเหตุที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น สิ่งแวดล้อม ทางกายภาพที่เกิดจากการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 อากาศร้อน อากาศไม่บริสุทธิ์ เสียงดัง มากเกินไป เพราะสภาพเหล่านี้เมื่ออยู่ไปนาน ๆ จะทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ทางด้านสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล การแยกตัวออกจากครอบครัว การเลื่อนตำแหน่งในหน้าที่การงาน การสร้างครอบครัวใหม่ การถูกกดดันจากบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อมต้องทำตามมาตรฐานของ สังคมจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นสาเหตุ เช่น สาเหตุจาก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย การมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ การเจ็บป่วยเรื้อรัง และมี โรคประจำตัวที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดความเครียดตลอดเวลา นอกจากนี้ระดับ พัฒนาการยังส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความเครียด กล่าวคือความไม่สมดุลระหว่างความคาดหวัง ของแต่ละบุคคลกับความสามารถในการตอบสนองต่อความคาดหวังนั้น ๆ มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของอารมณ์ โกรธ กลัว เกลียด กังวล ตื่นเต้น ถือว่าเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด

จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สำคัญคือ ช่วงเวลารอคอยผลการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของชีวิต (Jacob, Bleicher, Kostev, & Kalder, 2016; Wachen et al., 2014; Warren, Melrose, Brooker, & Burney, 2016; Witek-Januse et al., 2007) เมื่อทราบผลการวินิจฉัยที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดตามมา ดังนั้นการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจึงเป็นเหตุการณ์ที่เป็นภัยคุกคามกับชีวิตทำให้เกิดความไม่แน่นอน ไม่ปลอดภัยจำเป็นต้องเผชิญกับปัญหาที่อาจเกิดจากโรคมะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ด้านจิตใจ (Lewis, 2014; Tavoli et al., 2007) อันเนื่องมาจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามชีวิต (Life-threatening disease) (Pehlivan et al., 2012; Yang et al., 2013) ใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้เกิดผลกระทบในการรักษา ตลอดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (Nikbakhsh, Moudi, Abbasian, & Khafri, 2014; Wachen et al., 2014; Warren et al., 2016) นอกจากนี้เมื่อได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา อาจมีโอกาสดเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้อีก (Recurrence) (Koch, Jansen, Brenner, & Arndt, 2013) และมีการลุกลามของโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ระยะของโรคพัฒนาเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Jacob et al., 2016; Koch et al., 2013; Moreno-Smith, Lutgendorf, & Sood, 2010; Soyulu, Ozaslan, Karaca, & Ozkan, 2016) ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Koch et al., 2013) นอกจากนี้แล้วยังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง (Avci, Okanli, Karabulutlu, & Bilgili, 2009; Avci & Karabulutlu, 2011; Jaremka et al., 2013; Moreno-Smith et al., 2010) ทำให้แยกตัวออกจากสังคม (Koch et al., 2013) ตลอดจนการปรับเปลี่ยนแบบแผนและบทบาทในการดำเนินชีวิต (Pehlivan et al., 2012) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดได้ ความเครียดสามารถจำแนกได้ 2 ชนิด (APA, 2011) ดังนี้

1. ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute stress) เป็นความเครียดที่สามารถพบได้มากที่สุด เกิดจากความต้องการและความกดดันที่ผ่านไปในอดีตที่ทำให้เกิดความต้องการ และความกดดัน ในอนาคตอันใกล้ เช่น จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าผู้หญิงที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อบริเวณเต้านมหลังจากนั้นประมาณ 7-14 วัน แพทย์นัดมาฟังผลการตัดชิ้นเนื้อ ดังนั้นเหตุการณ์ในอดีตที่เป็นความต้องการและความกดดันคือการได้รับการตัดชิ้นเนื้อที่ผ่านมามีผลต่อความต้องการและความกดดันในอนาคต คือ การรอคอยผลการวินิจฉัยว่ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือไม่ หรือเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา หากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัว (Fear) ซ็อกและไม่เชื่อในการวินิจฉัย (Shock and disbelief) เศร้า (Sad) โกรธ (Anger) ไม่พอใจ และโทษสิ่งแวดล้อม (Guilt and blame) (Cancer Council Australia, 2016) ความรู้สึกเหล่านี้สามารถหายไปได้เอง เมื่อผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรูสึกดังกล่าวได้ ซึ่งความเครียดชนิดเฉียบพลัน

มีระยะเวลาภายใน 1 เดือน หลังจากได้รับการกระตุ้นจากเหตุการณ์ที่รุนแรงและสำคัญสำหรับชีวิต (Yeager & Roberts, 2003)

2. ความเครียดชนิดเรื้อรัง (Chronic stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวันเกิดการสะสมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิต ความเครียดเรื้อรังที่สะสมเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว ทำลายสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว อีกทั้งส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมและหน้าที่การงานได้อีกด้วย ความเครียดเรื้อรังสามารถเกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นสภาวะการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ ความเครียดเรื้อรังสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป (Yeager & Roberts, 2003) สำหรับความเครียดเรื้อรังในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า สาเหตุที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดมีอยู่ตลอดเวลาโดยเริ่มตั้งแต่ก่อนรับการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังจากได้รับการรักษา ตลอดจนการเฝ้าสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีโอกาสเกิดความเครียดเรื้อรังได้ค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในช่วง 3 เดือน และ 15 เดือน (Q' Connor, Christensen, Jensen, Moller, & Zachariae, 2011) พบว่า หลังผ่าตัดจำนวน 3,343 ราย ในช่วง 3 เดือน และ 15 เดือนจะมีเครียดระดับรุนแรงจากประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการให้ฮอร์โมน นอกจากนี้ความเครียดยังมีความเกี่ยวข้องกับระยะของโรคมะเร็ง ภาวะสุขภาพ บทบาทในสังคม และระดับความสามารถของร่างกาย (Performance status) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่ามีความเครียดในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 20.1 และในช่วงระยะเวลา 15 เดือน ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยมีความเครียดที่สะสมทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการผ่าตัดเต้านมทำให้สูญเสียภาพลักษณ์และสัญลักษณ์ทางเพศอย่างถาวร และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป เนื่องจากมีข้อควรระวังในการใช้แขนด้านผ่าตัด เพราะอาจทำให้เกิดภาวะต่อมน้ำเหลืองอุดตันได้ง่าย (Q' Connor et al., 2011) จะเห็นได้ว่าความเครียดเรื้อรังเป็นความเครียดที่เกิดจากการสะสมความต้องการและความกดดันที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อไม่ได้รับการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม ทำให้ใช้ระยะเวลารักษานาน (APA, 2011) มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (Moreno-Smith et al., 2010) ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และการลุกลามของโรคมะเร็งได้ (Soung & Kim, 2015)

กลไกการเกิดความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับ 3 ระบบใหญ่ คือ ระบบประสาท, ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ความเครียดจะมีผลกระทบมากหรือน้อยต่อสุขภาพนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประมินค่าความเครียดของบุคคลนั้นว่าเป็นอย่างไร (สุดาพรรณ รัชฎาจิรา, 2554 ก)

ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดผ่านกระบวนการทำงานของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อมีการเผชิญความเครียดสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ คือ Limbic system จะส่งสัญญาณไปยังส่วน Hypothalamus ส่งสัญญาณไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไต การตอบสนองในส่วนนี้เรียกว่า Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis) โดยมีกลไกและผลกระทบจากความเครียด ดังนี้

1. ผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการหลั่ง Catecholamine ไปกระตุ้นต่อมหมวกไต Medulla เพิ่มการหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine
2. ผลของความเครียดต่อต่อมใต้สมองส่วนหน้าทำให้เกิดการหลั่ง Adrenocorticotrophic hormone [ACTH] ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วน Cortex ให้หลั่ง Corticosteroid เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกัน Thyroid Stimulating Hormone [TSH] เพิ่มขึ้นทำให้มีการหลั่ง Thyroxin และยังกระตุ้นสมองส่วน Posterior lobe หลั่ง Vasopressin [ADH] มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว มีการกั่งของน้ำในร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

ผลของความเครียดต่อร่างกายมีดังนี้ เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย และมีการกั่งของน้ำในร่างกายทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จากการทำงานของอินซูลินหล่น้อยลงจึงทำให้เกิดการสลายไขมันและโปรตีนในตับเพิ่มขึ้น เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น และเกิดการแข็งตัวของเลือดง่ายขึ้น ตอบสนองต่อการอักเสบลดลงจึงทำให้มีโอกาสดูดเชื้อได้ง่าย มีผลต่อการเผาผลาญพลังงานในร่างกายทำให้เพิ่มการใช้พลังงานในการย่อยสลายโปรตีนและไขมัน ซึ่งปล่อยให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะทำให้น้ำหนักลดลงได้ ส่วนการทำงานของระบบอัตโนมัติ เมื่อเผชิญกับความเครียดที่ทำให้ตกใจ กลัว ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เพิ่ม Cardiac output ใจสั่น เหงื่อออก ร่างกายตื่นตัว การเคลื่อนไหวรวดเร็ว ม่านตาขยาย มีการดึงตัวของกล้ามเนื้อ โรคระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากมีการหลั่งกรดเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องเสีย และลำไส้อักเสบได้ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดที่สำคัญคือการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน (Uncertainty) (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012) ที่กำลังเกิดขึ้นจึงทำให้เกิดความเครียดตามมา

ผลของความเครียดต่อโรคมะเร็ง พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความเครียดจะกระตุ้นกระบวนการสร้างเส้นเลือด (Angiogenesis) โดยมีการหลั่งสาร Proangiogenic factors กระตุ้นเซลล์มะเร็งพร้อมทั้งกระตุ้นการสร้างเส้นเลือดไปเลี้ยงเซลล์มะเร็งเพิ่มมากขึ้นทำให้มะเร็งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่อวัยวะข้างเคียง (Invasive) และการลุกลามไปยังอวัยวะที่ไกลจากเซลล์มะเร็งต้นกำเนิด (Metastasis) ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ

สุดท้ายเร็วขึ้น (Moreno-Smith et al., 2010) นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลง กล่าวคือ ความเครียดลดการทำงานของ Natural killer cells ซึ่งทำหน้าที่ในการป้องกันเซลล์ปกติจากเซลล์มะเร็ง และกระตุ้นฮอร์โมน Glucocorticoid ยับยั้งการทำงานของยีน p53 ซึ่งเป็นยีนที่ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดมะเร็งและกระตุ้นการซ่อมแซม DNA ดังนั้นความเครียด จึงไปยับยั้งยีน p53 ไม่สามารถควบคุมการเกิดของเซลล์มะเร็งได้ ส่งผลให้เซลล์มะเร็งแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการทำลาย DNA เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตเร็วขึ้น (Spiegel, 2014) นอกจากนี้ความเครียดยังมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาของ Denaro et al. (2014) พบว่า เครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายเกิดขึ้นซึ่งกระตุ้นการเจริญเติบโตของมะเร็งหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal carcinoma) และมะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer) นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานในช่วงเวลากลางคืนเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้ลดการหลั่งฮอร์โมน Melatonin ซึ่งสามารถต้านอนุมูลอิสระช่วยส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกัน และสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งทำให้ลดการหลั่งฮอร์โมน Melatonin ซึ่งจะหลั่งในช่วงเวลากลางคืน จะเห็นได้จากการศึกษาของ Schernhammer et al. (2003) ที่ศึกษาการปฏิบัติทำงานในช่วงเวลากลางคืน (Night-shift) และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา โดยมีแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ จำนวน 602 ราย และจำนวนผู้หญิงที่มารับการตรวจ 75,865 ราย พบว่า ผู้หญิงที่มีประสบการณ์ทำงานในช่วงเวลากลางคืนอย่างน้อย 3 คืนต่อเดือน นานติดต่อกัน ≥ 15 ปี มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Schernhammer, Feskovich, Liang, and Han (2013) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานในช่วงเวลากลางคืนและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดของพยาบาลเพศหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 1,455 ราย และผู้หญิงที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา จำนวน 78,612 ราย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลากลางคืนนานติดต่อกัน ≥ 15 ปี มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดชนิด Small Cell Lung Carcinomas [SCLC] จะเห็นได้ว่า ความเครียดมีผลต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งทำให้มีเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการทำลาย DNA ของเซลล์ ปกติมีการยับยั้งการทำงานของ Natural killer cells ทำให้โรคเกิดการลุกลามและส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

ความเครียดนอกจากจะมีผลต่อโรคมะเร็งแล้วยังพบอีกว่าความเครียดทำให้มีการกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ต้องการแยกตัวออกจากบุคคลอื่น (วาทีณี สุขมาก, 2556) และเกิดความวุ่นวายขึ้นได้ พบได้จากการศึกษาของ Glaser and Kiecolt-Glaser (2005) ศึกษาความเครียด

มีผลกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า ประสิทธิภาพการได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งเต้านมทำให้เกิดความเครียดด้านสังคมโดยมีผลกระทบด้านบทบาทหน้าที่และการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลและชุมชน เป็นสาเหตุให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งทำให้เกิดความว้าเหวได้ และประสิทธิภาพความว้าเหวเป็นความรู้สึกที่เครียด (Hawley & Cacioppo, 2003) สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื่องจาก โรคมะเร็งใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลการรักษาได้ง่ายจึงทำให้เกิดความเครียดสะสมเป็นระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (APA, 2011) นอกจากนี้ Doane and Adam (2010) ซึ่งได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเรื้อรังที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal life stress) ในนักศึกษาจำนวน 588 ราย พบว่า ความเครียดเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) แสดงว่าความเครียดเรื้อรังทำให้เกิดความว้าเหวเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความว้าเหวในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 229 ราย (Cacioppo et al., 2010) พบว่าความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15, p < .05$) แสดงว่าความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตมากทำให้มีผลต่อการเกิดความว้าเหวมากตามไปด้วย และการรับรู้ความเครียด (Perceived stress) มีความสัมพันธ์กับความว้าเหวในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .01$) แสดงว่าการรับรู้ว่าตนเองมีความเครียดสูงทำให้มีความว้าเหวเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของความเครียดกับความว้าเหวในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 256 ราย (Serin & Passalacqua, 2010) พบว่าในวัยผู้ใหญ่ที่มีความเครียดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความว้าเหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .001$) (Serin & Passalacqua, 2010) แสดงว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีความเครียดสูงจะทำให้เกิดความว้าเหวสูงได้เช่นกัน อาจกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดความรู้สึกว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลมีต่อตนเองในด้านบวกเกี่ยวกับความพึงพอใจ การนับถือตนเอง รับรู้ว่าตัวเองมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ (Craven, Hirmler, & Jensen, 2013) หรือการที่บุคคลมีความคิดและเจตคติเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจะได้รับการพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น และความรู้สึกนี้จะคงที่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ บุคคลที่สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในด้านบวกมากกว่าในด้านลบจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่สูง (Craven et al., 2013) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีคุณลักษณะพื้นฐานของการประเมินค่าของตนเองไว้ 4 ประการ (Coopersmith, 1967 อ้างถึงใน Craven et al., 2013) ดังนี้

1. พลังอำนาจ (Power) ความสามารถในการจัดการและควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองและมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นได้ เชื่อในการกระทำของตัวเองว่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อตัวเองตามความต้องการของตัวเอง

2. การให้ความหมาย (Meaning) โดยการให้ความสำคัญของการให้คุณค่าของการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคล และการประเมินความคุ้มค่าของบุคคลนั้นรวมทั้งการให้ความสำคัญต่อแสดงความรักและการถูกยอมรับจากบุคคลอื่น

3. ความสามารถ (Competence) มีความสามารถในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลนั้นได้ตั้งไว้ มีความสามารถใช้กลไกในการป้องกันตัวเองอย่างเหมาะสมและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

4. คุณงามความดี (Virtue) มีพฤติกรรม บุคลิกภาพ ที่น่าเชื่อถือปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรม จรรยาบรรณ ประเพณี วัฒนธรรมของสังคม มองโลกในแง่ดี มีการแสดงออกที่เหมาะสม การสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นวิธีที่สามารถช่วยให้บุคคลสร้างเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ดียิ่งขึ้นซึ่งประกอบด้วย 10 ขั้นตอน (Donnelly, Eburne, & Kittleson, 2001) ดังนี้

1. การยอมรับตัวเอง (Accept who you are) ยอมรับความสามารถของตัวเอง ทั้งความสำเร็จในชีวิตและความล้มเหลวที่ผ่านมาควรมีการปรับปรุงตัวเองอยู่เสมอ

2. การให้ความเชื่อถือตัวเอง (Give yourself credit) ควรเชื่อมั่นในสิ่งที่ตัวเองทำมองเห็นคุณค่ากับสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น ๆ เป็นเพิ่มศักยภาพให้กับตัวเอง อีกทั้งเป็นการสร้างความสำเร็จให้กับตัวเอง

3. การพัฒนาคุณค่าตัวเอง (Develop your own value) ไม่ควรให้บุคคลอื่นเข้ามาบีบบทบาทควบคุมหรือกำกับดูแลควรกล้าแสดงด้วยความคิด และมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจทุกครั้ง

4. การยอมรับจุดแข็งและจุดอ่อนของตัวเอง (Accept your strengths and weakness) การเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีจุดอ่อนเป็นเรื่องธรรมดา และสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้

5. การไม่กลัวกับอุปสรรค (Do not be afraid to take risk) เชื่อว่าความอ่อนแอ ความล้มเหลว สามารถแสดงถึงความสามารถของมนุษย์ที่จะผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ นั้นไปได้ หากบุคคลไม่ประสบกับความล้มเหลวแสดงว่าบุคคลนั้นไม่เคยลงปฏิบัติอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามหากมีความต้องการสิ่งใดควรกระทำในสิ่งนั้น เพราะจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในอุปสรรคต่าง ๆ และสามารถสร้างความภาคภูมิใจได้อีกด้วย

6. การเปลี่ยนความล้มเหลวให้เป็นความสำเร็จ (Turn failures into successes)

สถานการณ์ที่เกิดจากความล้มเหลวในชีวิตไม่ได้เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ควรเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวเองได้

7. การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Join groups that will promote your self-esteem)

การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ประเภทต่าง ๆ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพในสังคมและชุมชน อีกทั้งสร้างความกล้าแสดงออก การตัดสินใจ ทำให้เห็นคุณค่าในตัวเอง

8. การให้ความเคารพตัวเอง (Demand respect by respecting yourself)

เมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือความไม่ยุติธรรม ควรกล้าแสดงความรู้สึกนั้นให้บุคคลอื่นรับทราบ เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ถึงคุณค่าแห่งตนจะมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน และควรหลีกเลี่ยงบุคคลที่คอยสร้างความเดือดร้อนอย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรนำความรู้สึกนั้นมาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

9. การเพิ่มพูนสัมพันธภาพ (Seek fulfilling relationships)

ไม่ควรรอรับความสัมพันธ์จากบุคคลอื่น แต่ควรเป็นฝ่ายสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลและสังคมเพื่อให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม มีปฏิสัมพันธ์เกิดความรักความอบอุ่น ปราศจากความกลัวและความเขินอาย เพราะการสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสร้างคุณค่าแห่งตนในทางบวก ทำให้บุคคลเกิดความรักในตัวเองและสามารถถ่ายทอดสู่บุคคลอื่นได้

10. การหลีกเลี่ยงการถูกตัดสิน (Avoid being judgmental)

การกระทำที่ผิดพลาดอาจได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ ควรยอมรับการตำหนิที่เกิดขึ้น กฎเหล็ก (The golden rule) ที่ควรปฏิบัติคือ ควรตระหนักอยู่เสมอว่าความรู้สึกด้านลบที่บุคคลอื่นวิพากษ์วิจารณ์นั้น ไม่มีความสำคัญไปกว่าการสร้างความรู้สึกด้านลบให้กับตัวเอง ดังนั้นบุคคลควรได้รับโอกาสในการปรับปรุงและแก้ไขเสมอ

การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองถือได้ว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามชีวิตมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

สาเหตุที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลงไปสามารถแบ่งสาเหตุที่เกิดขึ้นได้ 2 สาเหตุ (Donnelly et al., 2001) ดังนี้

1. Intrinsic self-esteem สาเหตุที่เกิดจากภายในตัวบุคคล ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นจำนวนมากที่มีภาวะคุกคามทางด้านจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาของการรอคอยในการวินิจฉัยโรค มะเร็งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้ความรู้สึกคุณค่าแห่งตนเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Greszta & Sieminska, 2011) ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจซึ่งเป็นการรับรู้ถึงทางด้านอารมณ์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเกิดความรู้สึกมีมลทิน (Stigmatization) ติดตัวตลอดชีวิต ทำให้แยกตัวเองเนื่องจากมีความผิดปกติที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป (den Heijer et al., 2011) มีภาวะซึมเศร้า (Depression) ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา (Tae, Heitkemper, & Kim, 2012)

2. Extrinsic self-esteem สาเหตุที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งการให้การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่มีครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง (Tae et al., 2012) อีกทั้งการเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมสามารถสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองได้อย่างมีนัยสำคัญกว่าการอยู่คนเดียว (Kim et al., 2015) ภาพลักษณ์ที่เกิดจากการรักษาในการตัดเต้านม ทำให้มีความรู้สึกที่ตัวเองมีทั้งเพศชายและเพศหญิงในตัวเอง นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งสำคัญที่ลดความวิตกกังวลความสนใจจากคู่สมรส อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนของการรักษา เช่น ผมหงอก น้ำหนักเกิน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (Kurowecki & Fergus, 2014) ความเหนื่อยล้า (Tae et al., 2012) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุภายนอก ร่างกายที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และทำให้เกิดผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งจากการศึกษาผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งนารีเวชต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและสถานภาพสมรสในผู้ป่วยโรคมะเร็งนารีเวช จำนวน 100 ราย พบว่า การผ่าตัดมดลูกส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และสถานภาพสมรส เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนารีเวชมีความสัมพันธ์กับคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป เพราะการผ่าตัดเป็นสาเหตุทำให้การรับรู้ภาพลักษณ์ในด้านลบ อีกทั้งเกิดความรู้สึกกลัวทำให้ขาดความมั่นใจในการดำรงชีวิตตามปกติ จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภายในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนารีเวชมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากจะทำให้เกิดความรู้สึกมีภาพลักษณ์ที่ดีตามมา และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับ สถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .001$) แสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมีปัญหาเพิ่มมากขึ้น (Pinar et al., 2012) และการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับภาวะสุขภาพ

ความเชื่อทางศาสนา การได้รับการสนับสนุนในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 214 ราย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา และภาวะเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .001, r = .24, p < .01, r = .41, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีมีความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาเพิ่มมากขึ้น และไม่เกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจตามมา และพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .001$) แสดงว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำทำให้มีความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น (Tae et al., 2012) สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์การสร้าง ความใกล้ชิดผูกพันกับเพื่อนหลังได้รับการวินิจฉัย และรักษาด้วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในร่างกาย (Body esteem) มีผลต่อการสร้างความสัมพันธ์เพราะการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ทำให้เกิดบาดแผลขึ้นในใจของผู้ป่วยที่ซ่อนอยู่ในความรู้สึกอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้มีความรู้สึกไม่ต้องการแต่งงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกว่าตนเองอาศัยอยู่ในร่างกายที่พิการจากการผ่าตัด และผลกระทบที่เกิดจากการรักษาสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (Kurowecki & Fergus, 2014) อีกทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($r = .55, p < .001$) และความเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับการรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($r = -.73, p < .001$) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางด้านลบระดับสูงกับความเหว่ (Vanhalst et al., 2015) จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำทำให้บุคคลเกิดความเหว่ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทำให้ขาดความสนุกสนานในการเข้าสังคม หรือการเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนทำให้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำไม่มีความมั่นใจในตัวเอง เกิดการแยกตัว ทำให้ความรู้สึกเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหว่ขึ้น (Perlman & Peplau, 1998) เมื่อมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำเป็นระยะเวลาานาน โดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้มีผลกระทบต่อ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและทำให้เกิดความเหว่ในระดับที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Peplau & Perlman, 1982)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีผลต่อการเกิดความเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Kurowecki and Fergus (2014) ศึกษาประสบการณ์การสร้าง ความใกล้ชิดผูกพันกับเพื่อนหลังได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 15 ราย พบว่า การได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษามีผลทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพ และความรู้สึกใกล้ชิด

ผู้กึ่งลดลง เนื่องจากขาดความรู้สึกภาคภูมิใจในภาพลักษณ์แห่งตน อารมณ์ และความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป และผลกระทบจากโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ประสบการณ์เหล่านี้ก่อรวมทำร้ายภายในใจอยู่เสมอ เกิดความรังเกียจตัวเอง ขยะแขยง ทำให้ผู้ป่วยสร้างโลกส่วนตัวให้กับตัวเอง ต้องการอยู่คนเดียวเนื่องจากความเขินอาย กลัวที่ต้องเผชิญกับบุคคลหรือสังคม จึงทำให้เกิดความว้าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับการได้รับการสนับสนุนในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 214 ราย พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการสนับสนุนในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .001$) จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงทำให้ได้รับการสนับสนุนในครอบครัวเป็นอย่างดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวเป็นวิธีที่ป้องกันการเกิดความว้าเหวแสดงว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงจะทำให้การสนับสนุนทางครอบครัวสูงตามไปด้วยและมีผลทำให้ความรู้สึกว้าเหวลดลง และจากการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหวในวัยรุ่น จำนวน 285 ราย พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44, p < .001$) แสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้มีความว้าเหวเพิ่มมากขึ้น (Ma, Liang, Zeng, Jiang, & Liu, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khatib (2012) ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหวในวัยรุ่นที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย จำนวน 495 ราย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.48, p < .001$) แสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงทำให้มีความว้าเหวเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าความว้าเหวมีผลกระทบในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ อันเนื่องมาจากการพัฒนาในบทบาทหน้าที่ การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างในกลุ่มเพื่อนและสังคม การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในเองจึงมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหวได้ (Vanhalst et al., 2015) จะเห็นได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้บุคคลเป็นตัวของตัวเองมีความเป็นอิสระ และรับผิดชอบต่อการกระทำ เคารพตัวเอง ยอมรับความบกพร่องของตัวเอง และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) อาจกล่าวได้ว่าการลดความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งคือการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในด้านบวก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากมีพลังในตัวเองเห็นคุณค่าแห่งตนเห็นความสำคัญกับการดำรงชีวิตสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ และรู้จักปฏิบัติตามจรรยาบรรณ ขนบธรรมเนียม ศีลธรรม ค่านิยมและการรักษามาตรฐานของสังคม (Coopersmith, 1967 อ้างถึงใน Craven et al., 2013)

ความปวด (Pain) เป็นประสบการณ์และความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาถึงความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งอาจไม่ได้มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเท่านั้น แต่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของทางด้านจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิดและพฤติกรรมร่วมด้วย (ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามจำ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรรา ประเสริฐศรี และยุพภรณ์ ติรไพรวงศ์ (2556) กล่าวว่า ความปวดเป็นสิ่งที่ซับซ้อนมากกว่าการรับรู้ของระบบประสาทจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่สามารถทำให้เกิดความปวดได้กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยทางด้านสังคม และวัฒนธรรมที่มีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการรับรู้และการตอบสนองความปวดของบุคคล และ ติวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2558) ได้ความหมายของความปวดว่า เป็นสัญญาณเตือนว่าร่างกายมีอันตรายเกิดขึ้น และร่างกายมีปฏิกิริยาเพื่อขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความปวดอาจเกิดจากมีการกระตุ้นทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ แต่อาจเกิดความปวดโดยไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นความปวดเมื่อจิตใจได้รับการคุกคามหรือถูกหลอกหลอนจากความนึกคิดของการบาดเจ็บ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้คำนิยามความปวดของสมาคมศึกษาความปวดนานาชาติ (IASP) ได้รับความเชื่อถือและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายซึ่งได้ให้คำนิยามของความปวดไว้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบายซึ่งเกิดร่วมกับเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือการเกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อ หรือเป็นความรู้สึกที่อธิบายโดยเปรียบเสมือนว่ามีการทำลายเช่นนั้นขึ้น (อำนวยการ ธิฐาพันธ์, 2554; IASP, 2015; NCCN, 2016) ส่วนความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง (Cancer-related pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็งหรือเป็นผลจากการรักษาโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นจากการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัด (สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2556)

จากคำนิยามข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความปวดจากโรคมะเร็ง หมายถึง ความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบายของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็งและการรักษาที่ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม

กลไกการเกิดความปวดจากโรคมะเร็งเมื่อก่อนมะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีการกด เบียด ทับ ทำลายเซลล์ประสาทและอวัยวะใกล้เคียง ซึ่งเซลล์มะเร็งจะมีการหลั่งสาร Endothelin, Protons, Proteases, Nerve Growth Factor [NGF] และ Tumor Necrosis Factor Alpha [TNF- α] (Schmidt et al., 2010) สารเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นใยประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายส่งกระแสประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง และมีใยประสาทบางส่วนวิ่งสวนทางออกไปเพื่อหลั่งสาร Substance P [SP] ออกจากปลายประสาท C-fiber และสาร SP จะไปกระตุ้นการขยายหลอดเลือดให้มีการหลั่งสาร Bradykinin [BK] ออกมาพร้อมหลั่งสาร Histamine [H] ออกจาก Mass cell และสาร Serotonin (5-Hydroxytryptamine [5HT]) ออกจากเกร็ดเลือดสารที่ถูกหลั่งออกมาทั้งหมด

จะไปช่วยกันกระตุ้นใยประสาทรับความรู้สึกปวด (Nociceptor) ให้มีความต้านทานต่อความปวดลดลงไป (Threshold) แล้วเกิดเป็น Nerve Action Potential [NAP] วิ่งส่งกระแสไปตามใยประสาทไปยังไขสันหลังส่วน Dorsal horn เพื่อส่งต่อไปยังสมองส่วน Cerebral cortex แล้วจึงมีการเปลี่ยนเป็นความรู้สึกปวดขึ้น (อำนาจ ถิฐาพันธ์, 2554)

ความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็งสามารถพบได้ในระยะใดของโรคก็ได้ คือ ก่อนวินิจฉัยระหว่างรับการรักษา ระยะของการเป็นโรค ไปจนถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โดยที่อาจเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือทั้งสองอย่างรวมทั้งความปวดที่เพิ่มสูงขึ้นจากความปวดที่มีอยู่เดิม ที่เรียกว่าความปวดแทรก (Breakthrough pain) ก็ได้ ซึ่งมีสาเหตุ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) ดังต่อไปนี้

1. สาเหตุจากโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดโดยมักเกิดจากการขยายตัวของก้อนมะเร็ง ทำลายเนื้อเยื่อและกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงอวัยวะที่เป็นโรคมะเร็งและอวัยวะข้างเคียง มีการลุกลามอย่างไร้ขอบเขตต่าง ๆ เช่น กระดูก ทำให้เกิดการปวดในกระดูก ตับ สมอง ถ้าได้ ความปวดลักษณะนี้รวมเรียกว่า Niciceptive pain นอกจากนี้ก้อนมะเร็งอาจลุกลามไปยังอวัยวะของระบบประสาทโดยตรง เช่น รากประสาท ไขสันหลัง ทำให้เกิดการปวดจากความผิดปกติทางระบบประสาท ที่เรียกว่า Neuropathic pain และอาจมีอาการทางระบบประสาทอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

2. สาเหตุจากผลการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักผ่านการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (Biopsy) การส่องกล้อง การเจาะไขกระดูก ทำให้เกิดความปวดจากการทำหัตถการเหล่านี้ นอกจากนี้การรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัดก้อนเนื้อทำให้เกิดความปวดได้ เช่น ผู้ป่วยเกิดการปวดแผลหลังผ่าตัด การรักษาด้วยการรับเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดความปวดได้ เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucocitis) เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Peripheral neuropathy) ทำให้เกิดการชา เจ็บยิบ ๆ (Tingling) การรักษาด้วยการฉายรังสีก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณที่ฉายแสง เกิดความผิดปกติในเส้นประสาทได้เช่นกัน (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) และอาจทำให้ผิวหนังถูกทำลายเกิดแผลหลังได้รับการฉายรังสี (Moist desquamation) ทำให้มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณฉายรังสี (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

3. สาเหตุทางด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งทนต่อความปวดลดลง เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมอง ภาวะซึมเศร้า หดห้วงในชีวิต วิตกกังวลถึงความเจ็บป่วยของตัวเอง กลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล บางรายกลัวจะตายอย่างทรมานจากความปวด ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การระงับปวดได้ผลแตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายแสดงความปวดมากกว่าปกติเพื่อให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ตามปกติ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจสนองตอบเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักยอมรับความจริงได้ในเวลาไม่นานนักถ้าได้รับการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจจากคนรอบข้างโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้นจะทำให้ทนทานต่อความปวดได้ตามปกติ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีทั้งสาเหตุจากตัวโรคมะเร็ง การรักษาโรค และสาเหตุทางด้านจิตใจ ซึ่งทุกสาเหตุมีส่วนสำคัญที่จะชักนำให้ความปวดมีความรุนแรงและมีความยากลำบากในการรักษาเพิ่มมากขึ้น หากไม่สามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของความปวดได้

ความปวดจากโรคมะเร็ง แบ่งได้หลายแบบ เช่น แบ่งตามพยาธิกำเนิด 2 ชนิด (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) ได้แก่ ความปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย (Nociceptive pain) และความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย (Neuropathic pain) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามระยะเวลา (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) ได้แก่ Acute pain คือ ความปวดชนิดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่พบได้ในรายที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง แต่มีอาการรุนแรงต้องมาพบแพทย์อย่างเร่งด่วน ส่วนในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถพบในรายที่มีลำไส้อุดตัน หรือกระดูกหักผ่านรอยโรค อีกทั้งยังสามารถพบได้ในการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การฉายรังสีทำให้เกิดอาการปวดแสบ ร้อน บริเวณผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสี ส่วน Chronic pain นั้น เป็นความปวดที่เกิดจากก้อนโตขึ้นไปกดทับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและจากการรักษาโรคมะเร็ง เช่น หลังผ่าตัดเต้านม หลังตัดขาหรือแขน

ความปวดเป็นภัยคุกคามสำคัญที่มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Paice & Ferrell, 2012) เมื่อมีอาการปวดเกิดขึ้นผู้ป่วยมักรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตและรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้อัตราการรอดชีวิตผู้ป่วยลดลงตามมา (Lee & Wang, 2015) นอกจากนี้ Breivik et al. (2009) ศึกษาความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง (Cancer-related pain): อุบัติการณ์ (Prevalence) การรักษา (Treatment) และทัศนคติ (Attitudes) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ใน 12 ประเทศของทวีปยุโรป จำนวน 5,084 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากความปวดมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลงเกิดปัญหาทางด้านจิตใจจนทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เกิดความรู้สึกเศร้าโศกและต้องการจบชีวิตของตนเองลงนในที่สุด เห็นได้ชัดจากการศึกษาของ Cheung, Le, and Zimmermann (2009) เกี่ยวกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 1,366 ราย พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์กับด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .0001$)

และ $r = .34, p < .0001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ความปวดยังมีความสัมพันธ์กับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Well-being) ($r = .36, p < .0001$) แสดงว่าความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและกระทบต่อความผาสุกของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ Santos et al. (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 41 ราย พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61, p < .05$ และ $r = -.45, p < .05$ ตามลำดับ)

ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวม (Lee & Wang, 2015) ด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ด้านจิตวิญญาณ เช่น การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Breivik et al., 2009) และด้านสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ความรุนแรงของความปวดเป็นปัจจัยชักนำสำคัญทำให้การสร้างปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมลดลง (Amiel et al., 2016; Eom et al., 2013) จากความทุกข์ทรมานจากความปวดจึงขาดความสนใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลและต้องการแยกตัวเองออกจากสังคม (Toftthagen & McMillan, 2010) ทำให้ขาดเครือข่ายในสังคม และชักนำเข้าสู่ความหว้าเหว่ได้ (Santos et al., 2014)

ผลกระทบความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถชักนำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าประสบการณ์ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงชีวิต (Paice & Ferrell, 2012) เห็นได้ชัดจากการศึกษาของ Amiel et al. (2016) ได้วิจัยเชิงพรรณาระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนัก (Concerns) การปฏิเสธสังคม (Social rejection) กับกลุ่มอาการภาวะซึมเศร้า ความปวด และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ได้เริ่มรับการรักษา จำนวน 240 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีความรุนแรงของความปวดหลังได้รับการรักษาภายใน 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .19, p < .01$) ดังนั้นความรุนแรงของความปวดมีผลต่อการปฏิเสธสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพราะผู้ป่วยมีความกังวลกับความปวดที่เกิดขึ้น จึงไม่สนใจสังคมรอบข้าง จึงทำให้ปฏิเสธการสร้างสัมพันธภาพกับสังคม ซึ่งเป็นการชักนำให้เกิดความหว้าเหว่ได้ สอดคล้องกับ Jaremka et al. (2013) ได้วิจัยเชิงพรรณาระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความหว้าเหว่กับกลุ่มอาการต่าง ๆ ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 115 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความหว้าเหว่มีความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -11.19, p < .001, R^2 = .12$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความหว้าเหว่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายจึงอาจทำให้มีความปวดเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความปวดเพิ่มมากขึ้น

ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงขาดความสัมพันธ์หรือขาดการสร้างความสัมพันธ์ในสังคมและบุคลลรอบข้าง ซึ่งสามารถทำให้เกิดความว้าเหวในที่สุด เห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาของ Jaremka et al. (2012) ศึกษาความว้าเหวสามารถทำนายความปวด ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า: การสร้างความเข้าใจในบทบาทการรักษาความสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ (Immune dysregulation) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความว้าเหวมีความปวดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .16, p < .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความว้าเหวจะกระตุ้นการสร้างแอนติบอดีในร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจึงมีผลต่อความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ความว้าเหวมีผลทำให้มีระดับความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้นได้ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีความว้าเหวมีความทนทานต่อความปวดได้ลดลงจึงทำให้มีระดับความปวดรุนแรงขึ้น จะเห็นได้ว่าความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเป็นปัจจัยชักนำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคมทำให้ขาดสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง จึงทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ แยกตัวออกจากสังคม ซึ่งสามารถทำให้เกิดความว้าเหวตามมาได้

ปัญหาความว้าเหวเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยโรคมะเร็งเพราะ โรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามชีวิตใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้ได้รับผลกระทบจากการรักษาเสียต่อการลุกลามและแพร่กระจายของโรคได้ตลอดเวลา ตลอดจนการกลับเป็นซ้ำของโรคทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามลำดับ ทำให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในที่สุด ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความปวดมีความสัมพันธ์กับความว้าเหวที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ และองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งช่วยในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความว้าเหวลดลง ซึ่งมีผลต่อการลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณและทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถดำเนินชีวิตด้วยความผาสุกต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไวหิว และปัจจัยทำนายความไวหิว ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งที่พักรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรมที่เคยและ/ หรือไม่เคย เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/ หรือการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จากสถิติโรงพยาบาลมะเร็งในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้ง 3 หอผู้ป่วย จำนวน 2,400 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาด้วย เคมีบำบัด การฉายรังสี และ/ หรือการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคมะเร็งอย่างน้อย 2 เดือน จากแพทย์ในโรงพยาบาล (Pehlivan et al., 2012) เนื่องจากพบว่าระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นมีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดความไวหิวเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่พบความรู้สึคว่าหิวในช่วง 2 เดือนขึ้นไป (Deckx et al., 2015)
3. เข้าพักรักษาด้วยรังสีรักษา เคมีบำบัด และ/ หรือการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power analysis (Software Informer, 2015) โดยวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติ Multiple regression (ภาคผนวก ข) ในการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ .15 (Cohen, 1977; 1992 a; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ในงานวิจัยทางการแพทย์โดยทั่วไปกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ที่มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

(Medium size) ซึ่งเพียงพอสำหรับอำนาจในการทดสอบทางสถิติ (Gaskin & Happell, 2013) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Cohen, 1992 b) มีตัวแปรต้นในการทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความปวด จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อสารถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือจากรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญหญิง หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน จำนวน 3 หอผู้ป่วย เพื่อช่วยสำรวจเลขประจำโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งจากแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีและโรงพยาบาลอื่น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วช่วยประสานงานให้ผู้วิจัยรับทราบ

2. ผู้วิจัยนำเลขประจำโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยใช้เกณฑ์ ร้อยละ 50 (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553) ของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแต่ละหอผู้ป่วย หากมีผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยให้จับฉลากใหม่จนครบ

3. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเข้าพบผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ถูกสุ่ม เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้วิจัยเข้าพบเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบได้เท่านั้น

4. ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยโรคมะเร็งในข้อ 3 หลังจากนั้นจึงแนะนำตัวและเชิญผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับฟังคำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงเชิญให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยทุกรายลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมให้ข้อมูลตามความสมัครใจ ก่อนการเริ่มขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย

สถานที่ในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาแผนกผู้ป่วยในจำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่พักรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/ หรือการผ่าตัดตามปกติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญหญิงและหอผู้ป่วยสามัญชาย

ได้ตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น.-16.00 น. สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดนั้นจะมีการรับผู้ป่วยเฉพาะ ได้แก่ วันจันทร์และวันอังคารรับผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช วันพุธรับผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม วันพฤหัสบดีและวันศุกร์รับผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-16.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน) การจ่ายค่ารักษาพยาบาล บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เข้ารับการรักษาครั้งที่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงปัจจุบัน เหตุผลที่เข้ารับการรักษา (ปัจจุบัน) มีประวัติรับการรักษาด้วย โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาอื่น ๆ ที่ได้รับ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียด การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเครียดของ ฌนทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้น โดย Cohen et al. (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale [T-PSS-10]) โดย ฌนทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ซึ่งเป็นแบบวัดความเครียดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สามารถวัดได้ทั้งด้านสุขภาพและการทำงานนับว่าเป็นแบบวัดที่นิยมใช้มากที่สุด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถามเป็นด้าน บวก 4 ข้อ (4, 5, 7 และ 8) และด้านลบ 6 ข้อ (1, 2, 3, 6, 9 และ 10) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก

ไม่เลย	ระดับ	0	=	0	คะแนน
แทบจะไม่มี	ระดับ	1	=	1	คะแนน
มีบางครั้ง	ระดับ	2	=	2	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	ระดับ	3	=	3	คะแนน
บ่อยมาก	ระดับ	4	=	4	คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

ไม่เลย	ระดับ	0	=	4	คะแนน
แทบจะไม่มี	ระดับ	1	=	3	คะแนน
มีบางครั้ง	ระดับ	2	=	2	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	ระดับ	3	=	1	คะแนน
บ่อยมาก	ระดับ	4	=	0	คะแนน

การแปลความหมายความเครียด จากการแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง โดยใช้หลักการทางสถิติ คือค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/ จำนวนระดับ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) สามารถแปลความหมายได้ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 0-13	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 14-26	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 27-40	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ Cohen et al. (1983) ได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย จำนวน 322 ราย กลุ่มนักศึกษาที่ได้รับการตรวจสุขภาพจิต จำนวน 114 ราย และกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 64 ราย พบว่า การตรวจสอบ Concurrent validity มีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ Physical Symptomatology ($r = .52, r = .65, r = .70$ ตามลำดับ $p < .001$ ทั้งสามกลุ่ม) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84, .85 และ .86 ตามลำดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำ (Test-retest correlations) กลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย จำนวน 82 ราย และกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 64 ราย พบว่ามีค่าความสัมพันธ์สูง ($r = .85, r = .55$) ตามลำดับ

ฉันทัย วงศ์ปกรันย์ และทินกร วงศ์ปกรันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ได้ดัดแปลงแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทยเพื่อใช้ในการประเมินความเครียดในนักศึกษาแพทย์ จำนวน 368 ราย และผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในภาคเหนือ 111 ราย พบว่า การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการทดสอบ Concurrent validity พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ State Trait Anxiety Inventory [STAI] ($r = .60, p < .0001$), Thai Depression Inventory [TDI] ($r = .55, p < .0001$) ซึ่งอยู่ในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับเครื่องมือ Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES] ($r = -.46, p < .0001$) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของ ฟ่องศรี ศรีมรกต (2536) สร้างโดย Rosenberg (1965) (Rosenberg's Self-Esteem Scale [RSE]) เป็นแบบวัดความภาคภูมิใจของบุคคลโดยรวม แบบประเมินประกอบไปด้วย เจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นด้านบวก 5 ข้อ (1, 2, 4, 6 และ 7) และด้านลบ 5 ข้อ (3, 5, 8, 9 และ 10) ลักษณะ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก

มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	ระดับ	4 = 4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	ระดับ	3 = 3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง	ระดับ	2 = 2 คะแนน
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	ระดับ	1 = 1 คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	ระดับ	4 = 1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	ระดับ	3 = 2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง	ระดับ	2 = 3 คะแนน
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	ระดับ	1 = 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน จากการแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ

ระดับปานกลาง ระดับสูง โดยใช้หลักการทางสถิติ คือค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ (ประคอง กรรณสูต, 2542) สามารถแปลความหมายได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 10-20	หมายถึง	มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 21-30	หมายถึง	มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 31-40	หมายถึง	มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Rosenberg's Self-Esteem Scale [RSE]

เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยวิธีรายงานตัวเอง Rosenberg ได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาในนักเรียนจำนวน 5,024 ราย (Rosenberg, 1965) ตรวจสอบ Construct validity ความสัมพันธ์กับเครื่องมือความวิตกกังวล ($r = -.64$) เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า ($r = -.54$) และเครื่องมือวัดความผิดปกติของบุคคล (Anomie) ($r = -.43$) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการวัด (Rosenberg, 1965 อ้างถึงใน University of Maryland, 2016) และ Cooper-Evans, Alderman, Knight, and Oddy (2008) ได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 22 ราย ตรวจสอบ Concurrent validity พบว่า มีค่าความสัมพันธ์กับเครื่องมือวัดความ

วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (HADS) ($r = .71, p < 0.01, r = .65, p < 0.01$ ตามลำดับ) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบวัดซ้ำพบว่ามีความสัมพันธ์เท่ากับ .86 ($p < .01$)

ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้นำเครื่องมือที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน จิตเวชคลินิกพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยาคลินิก และการพยาบาลจิตเวช พบว่า เป็นที่ยอมรับว่าเครื่องมือสามารถนำไปใช้วัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนได้ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 อยู่ในเกณฑ์ดี อีกทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87-.90 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเดิมแสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในเช่นกัน

ชุดที่ 4 แบบประเมินความปวด การวิจัยครั้งนี้ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) ของ McCaffery and Pasero (1999 อ้างถึงใน NIPC, 2016) สามารถวัดความระดับความรุนแรงของความปวดตามความรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีความทุกข์ทรมานของแต่ละบุคคลได้แบ่งมาตราวัดความปวด มีลักษณะเป็นตัวเลข โดยให้ความรุนแรงของความปวดแทนด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แสดงตัวเลขให้เห็นชัดเจนอย่างต่อเนื่องจาก 0 ถึง 10 โดยจุดเริ่มต้นของเส้นตรงมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 พร้อมเขียนข้อความว่า “ไม่ปวด” จุดกึ่งกลางของเส้นตรงมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 พร้อมเขียนข้อความว่า “ปวดปานกลาง” และจุดสุดท้ายของเส้นตรงมีค่าเท่ากับ 10 พร้อมเขียนข้อความว่า “ปวดมากที่สุด” ประเมินโดยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งบอกระดับความปวดของตัวเองในช่วงเวลาปัจจุบัน



ภาพที่ 3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (McCaffery & Pasero, 1999 อ้างถึงใน NIPC, 2016)

การแปลผลคะแนนความปวดจากการแบ่งความรุนแรงของความปวด (Oldenmen, de Raaf, de Klerk, & van der Rijt, 2013) ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีอาการปวด
คะแนน 1-4	หมายถึง	มีอาการปวดเล็กน้อย
คะแนน 5-6	หมายถึง	มีอาการปวดปานกลาง
คะแนน 7-10	หมายถึง	มีอาการปวดมาก

การตรวจสอบความตรงของมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข Sendlbeck, Araujo, Schett, and Englbrecht (2015) ได้นำมาตรวัดไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรครุมตอยด์ จำนวน 236 ราย ตรวจสอบ Concerrent validity พบว่า มีค่าความสัมพันธ์กับมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale [VAS]) ($r = .89, p < .001$) และมาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (Verbal Rating Scale [VRS]) ($r = .80, p < .001$) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบวัดซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ ($r = .90, p < .001$) แสดงว่ามาตรวัดมีคุณลักษณะ (Psychometric property) ที่ศึกษาได้

สุภาพ ณะนุบ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์ (2552) ได้นำมาตรวัดความปวดศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมทางความคิดและการตัดสินใจ จำนวน 200 ราย ตรวจสอบ Concerrent validity พบว่า ค่าความสัมพันธ์กับมาตรวัดความปวดแบบประเมินความปวดฉบับย่อ (Brief Pain Inventory [BPT]) ($r = .46, p < .001$) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของมาตรวัดแบบวัดซ้ำภายใน 3 วัน ($r = .82, p < .001$) แสดงว่ามาตรวัดมีความเชื่อมั่นสูง นอกจากนี้ อูไร ยอดแก้ว, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และวิมลรัตน์ จงเจริญ (2557) ได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดด้วยวิธีวัดซ้ำภายใน 10 นาที พบว่ามีค่าความสัมพันธ์สูง ($r = .96$) ซึ่ง วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) ยังกล่าวอีกว่ามาตรวัดความปวดแบบตัวเลข เป็นมาตรวัดที่มีความตรงและมีความเที่ยงสูง เป็นมาตรวัดที่ใช้ง่ายและมีความนิยมเป็นอันดับ 1 อีกทั้งยังมีข้อผิดพลาดจากการวัดเมื่อใช้มาตรวัดนี้ต่ำสุด

ชุดที่ 5 แบบประเมินความว้าเหว การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความว้าเหว ของ Russell (1996) (The UCLA Loneliness Scale Version 3 หรือ The University of California at Angelis Loneliness Scale Version 3) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา โคสิตานนท์ (2542) ประกอบด้วย คำถามปลายปิดทั้งหมด 24 ข้อ คำถามด้านบวก 9 ข้อ (ข้อ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 18 และ 19) และคำถามด้านลบ 15 ข้อ (ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23 และ 24) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก

บ่อยมาก/ เป็นประจำ	ระดับ	4	=	4	คะแนน
บ่อยปานกลาง	ระดับ	3	=	3	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ระดับ	2	=	2	คะแนน
ไม่เคยเลย	ระดับ	1	=	1	คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

บ่อยมาก/ เป็นประจำ	ระดับ	4	=	1	คะแนน
บ่อยปานกลาง	ระดับ	3	=	2	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ระดับ	2	=	3	คะแนน
ไม่เคยเลย	ระดับ	1	=	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนจากการแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง โดยใช้หลักการทางสถิติ คือค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ (ประคอง กรรณสูต, 2542) สามารถแปลความหมายได้ ดังนี้

คะแนน 24-48 หมายถึง มีความรู้สึกว่าเหว่ต่ำ

คะแนน 49-72 หมายถึง มีความรู้สึกว่าเหว่ปานกลาง

คะแนน 73-96 หมายถึง มีความรู้สึกว่าเหว่สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Russell (1996) ได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาในนักศึกษา จำนวน 489 ราย พยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 310 ราย ครูในโรงเรียนรัฐบาล จำนวน 316 ราย และผู้สูงอายุ จำนวน 301 ราย นำเครื่องมือไปตรวจสอบ Convergent validity พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ New York University Loneliness Scale [NYU Loneliness Scale] ($r = .65, p < .001$), Differential Loneliness Scale ($r = .72, p < .001$), Social Provisions Scale ($r = -.68, p < .001$), Social Support Questionnaire: Support Number ($r = -.48, p < .001$) Social Support Questionnaire: Support Satisfaction ($r = -.56, p < .001$) Beck Depression Inventory ($r = .52, p < .001$) และ Rosenberg Self-Esteem ($r = .60, p < .001$) และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Internal consistency ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92, .94, .89 และ .89 ตามลำดับ และหาความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำ (Test-retest correlations) ภายใน 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .73

วัลลภา โคลิตานนท์ (2542) ได้แปลย้อนกลับแบบประเมินความเหว่เป็นภาษาไทย และนำแบบประเมินตรวจสอบความถูกต้องของสำนวนภาษาไทยโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย

เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขข้อความให้ชัดเจน พร้อมทั้งเพิ่มข้อคำถามอีก 5 ข้อ (ข้อ 21, 22, 23, 24 และ 25) รวมทั้งหมด 25 ข้อ และนำแบบประเมินตรวจสอบ Concurrent validity ด้วยวิธี Known-groups technique ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ต่ำ จำนวน 15 ราย กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่สูง จำนวน 15 ราย พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกค่า 1 ข้อ คือ ข้อที่ 17 มีค่า $t = 1.45$ จึงได้ตัดข้อคำถามทิ้งไป ทำให้เหลือข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ และได้ทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้ออีกครั้ง พบว่า มีค่า t อยู่ระหว่าง 7.898-30.40 อีกทั้งได้หาความสัมพันธ์รายข้อทั้ง 24 ข้อ พบว่า มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .993-.994, ($p < 0.05$) และตรวจสอบ Concurrent validity ทั้ง 24 ข้อ ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ได้ค่า ($t = 33.62, p < .05$) แสดงว่า แบบวัดความว่าเหว่สามารถจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีความว่าเหว่ได้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายในทั้งฉบับ (Internal consistency) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .99

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความว่าเหว่ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วมาใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการตัดแปลงหรือปรับปรุงข้อคำถาม และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพจึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) โดยทดสอบ Homogeneity reliability ด้วยวิธี Internal consistency สำหรับในแบบประเมินความว่าเหว่ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 .83 และ .88 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความปวดได้ทดสอบ Stability reliability ด้วย Test-retest method ได้ $r = .98$ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นตามมาตรฐาน (Grove, Burns, & Gray, 2013)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เพื่อตรวจสอบจริยธรรมด้านการวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำตัวเองซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดของการทำวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับการเซ็นใบยินยอมก่อนการเข้าร่วมให้ข้อมูล ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับข้อมูลอย่างละเอียดและได้รับการตอบข้อซักถามจนเป็นที่พอใจ การออกจากกรวิจัยทั้งแบบชั่วคราวและถาวร โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับตามสิทธิ์ เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นหลักฐาน ก่อนเข้าร่วมวิจัยทุกคน ผู้วิจัยใช้รหัสเลขที่บนแบบสอบถามแทนชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกโดยคอมพิวเตอร์และมีความปลอดภัย ผู้วิจัยสามารถรับรู้และเข้าถึงระบบข้อมูลได้ด้วยรหัสส่วนตัว ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่สามารถระบุถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และผลการวิจัยจะถูกนำมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ได้ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการและคณะกรรมการ พิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม เพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย เพื่อสำรวจเลขประจำโรงพยาบาล (Hospital number) ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด จากนั้นนำเลขที่ได้มาทำการสุ่มอย่างแบบง่าย โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 50 (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแต่ละหอผู้ป่วย

2.2 ผู้วิจัยนำเลขประจำโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มได้ตามข้อ 2.1 ดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรมที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าพบผู้ป่วยตามที่ผู้วิจัยได้ระบุจากการสุ่ม

ขออนุญาตผู้ป่วยให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อรับฟังคำชี้แจง แรงความประสงค์ของผู้วิจัย และเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ในฐานะกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งบอกสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยต้องเซ็นลงนามในใบยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีสิทธิที่จะออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา (ภาคผนวก ค)

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบประเมินให้กับผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใส่เลขรหัสในแบบประเมินเรียบร้อยก่อนแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินมีทั้งหมด 5 ชุด ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 45 นาที โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้ ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ในขณะที่เดียวกันผู้วิจัยศึกษาเพิ่มประวัติและเพิ่มการรักษาเพื่อเก็บข้อมูลทางคลินิก ทั้งนี้อาจมีการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยเพิ่มเติม ในเวลานี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งการหยุดพักการตอบแบบสอบถาม ได้ทั้งแบบชั่วคราวหรือแบบถาวร หรืออาจมีการนัดหมายเพื่อดำเนินการตอบแบบสอบถามใหม่ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ผู้วิจัยดำเนินการตอบแบบสอบถามให้ตามการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 ราย ที่ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ได้ทำแบบสอบถาม เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีอาการปวด ใจสั่น หงุดหงิด กังวล เบื่อ ตึงเครียด ไม่สบายใจ ไม่สุขสบาย ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะการให้บริการ การดูแลแบบประคับประคองจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาเพื่อดำเนินการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามทุกฉบับ หากผู้วิจัยมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะขอข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นจะเก็บเอกสารแบบสอบถามใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึก

2.6 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ ด้วยรหัสส่วนตัว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัย ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ความปวดและความว่าเหว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)
3. ปัจจัยทำนายความว่าเหวในผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis/ Stepwise) ทั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทดสอบลักษณะตามข้อตกลงเบื้องต้น สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ทดสอบข้อมูลตามข้อเบื้องต้นในการวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวล และปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี จำนวน 77 ราย ปัจจัยทำนายที่นำมาศึกษาประกอบด้วย ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง และความปวด ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ใช้เวลาทั้งหมด 3 เดือน ผลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวดของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ลักษณะข้อมูล ส่วนบุคคล (ดังตารางที่ 1) และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 77$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	53.2
หญิง	36	46.8
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 55.94$ ปี, $SD = 13.26$)		
20-44 ปี (Young adulthood)	19	24.7
45-65 ปี (Middle adulthood)	38	49.4
> 65 ปี (Late adulthood)	20	20.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	47	61.0
หม้าย	12	15.6
โสด	9	11.7
แยกกันอยู่	8	10.4
หย่า	1	1.3
ศาสนา		
พุทธ	76	98.7
อิสลาม	1	1.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับศึกษา	3	3.9
ได้รับศึกษา	74	96.1
ประถมศึกษา	49	63.6
มัธยมศึกษา	15	19.5
ปวช. ปวส.	6	7.8
อนุปริญญา	1	1.3
ปริญญาตรี	2	2.6
ปริญญาโท	1	1.3
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	15	19.5
ประกอบอาชีพ	62	80.5
รับจ้าง ลูกจ้าง	28	36.4
เกษตรกรรวม	19	24.7
ค้าขาย	10	13.0
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	2.6
อื่น ๆ (ได้แก่ พระภิกษุ)	3	3.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	51	66.2
บัตรประกันสังคม	19	24.7
เบิกได้จากราชการ	4	5.2
อื่น ๆ (ได้แก่ อสม. และบริษัท)	3	3.9
รายได้ของครอบครัว		
ไม่มีรายได้	9	11.7
มีรายได้	68	88.3
ต่ำกว่า 5,000 บาท	10	13.0
5,000-10,000 บาท	22	28.6
10,001-20,000 บาท	16	20.8
20,001-30,000 บาท	8	10.4
30,001-40,000 บาท	3	3.9
มากกว่า 40,001 บาท	9	11.7
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	6	7.8
มี	71	92.2
สมาชิกในครอบครัว	69	89.6
บุคคลอื่น (ได้แก่ เพื่อน พระลูกวัด)	2	2.6
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	42	54.5
ครอบครัวขยาย	35	45.5

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.2 มีอายุเฉลี่ย 55.94 ปี ($SD = 13.26$) และมีอายุอยู่ในช่วง 45-65 ปี ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ อายุ 20-44 ปี ร้อยละ 24.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61 และนับถือศาสนาพุทธมากถึง ร้อยละ 98.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาถึง ร้อยละ 96.1 โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6

มีการประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 80.5 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง ลูกจ้าง ร้อยละ 36.4 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 24.7 ทำให้รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 20.8 สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ขณะเจ็บป่วยมีผู้ดูแล ร้อยละ 92.2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ น้อง คู่สมรส และลูกของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89.6 ส่วนลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างใหญ่มีลักษณะ เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.5

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($N = 77$)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เข้ารับการรักษาครั้งที่		
1 st	21	27.3
2 nd	16	20.7
3 rd	10	13.0
4 th	8	10.4
5 th	6	7.8
6 th	2	2.6
≥ 7 th	14	18.2
การวินิจฉัยโรค		
ได้รับการวินิจฉัย 1 โรค		
มะเร็งปากมดลูก	13	16.9
มะเร็งลำไส้	7	9.1
มะเร็งช่องปาก	6	7.8
มะเร็งโพรงหลังจมูก	4	5.2
มะเร็งหลอดอาหาร	4	5.2
ได้รับการวินิจฉัยโรค > 1 โรค		
มะเร็งปอด	19	24.7
มะเร็งกระดูก	8	10.4
มะเร็งหลังโพรงจมูก	5	6.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มะเร็งปากมดลูก	4	5.2
มะเร็งช่องปาก	3	3.9
มะเร็งอื่น ๆ	4	5.2
การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งของโรค		
Primary region of cancer	34	44.2
Secondary region of cancer	20	26.0
Recurrent region of cancer	4	5.2
Primary region of cancer ร่วมกับตำแหน่งอื่น ๆ	19	24.7
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	1	1.3
ระยะที่ 2	11	14.3
ระยะที่ 3	22	28.6
ระยะที่ 4	43	55.8
PPS V2 scale		
0-30 %	-	-
40-60 %	46	59.7
70-100 %	31	40.3
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนปัจจุบัน		
2-6 เดือน	43	55.8
7-12 เดือน	20	26.0
13-24 เดือน	10	13.0
≥ 25 เดือน	4	5.2
เหตุผลที่เข้ารับการรักษารักษาปัจจุบัน		
รับยาเคมีบำบัด	36	46.8
กลุ่มยาเคมีที่ได้รับ		
Alkylating agent	1	1.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Antimetabolites	2	2.6
Microtubule-Targeting drugs	3	3.9
Alkylating agent ร่วมกับหลายชนิด	30	39.0
รับการฉายรังสี	13	16.9
รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี	24	31.2
กลุ่มยาเคมีที่ได้รับ	9	11.7
Alkylating agent	12	15.6
Alkylating agent ร่วมกับหลายชนิด	3	3.9
ชนิดอื่น ๆ		
การผ่าตัด	4	5.2
มีประวัติการรักษา		
ไม่เคยมี	24	31.2
มี	53	68.8
รับการผ่าตัด	20	26.0
รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี	13	16.9
รับการฉายรังสี	7	9.1
รับยาเคมีบำบัด	7	9.1
รับการผ่าตัด รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี	6	7.8
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มี	56	72.7
มี (≥ 1 โรค)	21	27.3
โรคความดันโลหิตสูง	16	20.8
โรคเบาหวาน	2	2.6
โรคไขข้อในเลือด	2	2.6
โรคเอดส์	1	1.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ยาอื่น ๆ ที่รับ (ได้รับยา ≥ 1 ชนิด)		
ยาแก้ปวด (MSS, MST, Kapanal)	61	79.2
ยาโรคความดันโลหิต	16	20.8
ยาโรคเบาหวาน	2	2.6
ยาโรคไขมันในเลือด	2	2.6
ยาโรคเอดส์	1	1.3

ตารางที่ 2 เป็นผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า การเข้ามา
รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก ร้อยละ 27.3
รองลงมา คือ ครั้งที่สอง ร้อยละ 20.7 ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งชนิดเดียว ร้อยละ 42.2 โดยพบว่า
เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ร้อยละ 16.9 รองลงมาคือ โรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 9.1
และโรคมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัย ≥ 1 โรค
พบร้อยละ 55.8 โดยโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ร้อยละ 24.7 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ด้วย Primary region ร้อยละ 44.2 Secondary region ร้อยละ 20.0 Recurrent region ร้อยละ
5.2 หรือ Primary region ร่วมกับตำแหน่งอื่น ๆ ร้อยละ 24.7 ระยะของโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 4 ร้อยละ 55.8 รองลงมา ระยะที่ 3 ร้อยละ 28.6 โดยเมื่อประเมินความต้องการ
การดูแลแบบประคับ ประคอง (PPS V2 scale) มีคะแนนอยู่ในช่วง 40-60 จากคะแนน 100 มากถึง
ร้อยละ 59.7 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคจนถึงปัจจุบันพบมากในช่วงเวลา
2-6 เดือน ร้อยละ 55.8 เหตุผลส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้คือ การเข้ามารับยาเคมีบำบัด
ร้อยละ 46.8 จึงเคยมีประวัติรับการรักษาจำนวนมากถึงร้อยละ 68.8 ด้วยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 26
และรองลงมาด้วยรับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี ร้อยละ 16.9 ส่วนการรักษาในปัจจุบันของ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ การรับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 46.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยากลุ่ม Alkylating
agent ร่วมกับมียาในกลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 39 และรองลงมาคือ รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี ร้อยละ
31.2 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.7 ที่มีโรคประจำตัวมีเพียง
ร้อยละ 27.3 คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.8 ส่วนยาอื่น ๆ ที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวด
ร้อยละ 79.2 ได้แก่ Morphine Sulphate Syrup [MSS], Morphine Sulphate Tablet [MST]
และKapanal รองลงมาคือ ยาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ Amlodipine, Enalapril และAtenolon

ส่วนที่ 2 ความว่าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวดของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ความว่าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวดของกลุ่มตัวอย่าง
โรคมะเร็งได้ถูกจำแนกตามระดับความรุนแรง ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความว่าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเอง และความปวด ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรุนแรง ($N = 77$)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับ
ความว่าเหว่	68.18 (6.73)	ปานกลาง
ความเครียด	24.97 (5.42)	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	34.48 (4.54)	สูง
ความปวด	3.39 (2.26)	ต่ำ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความว่าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด
ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ดังตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความว่าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 68.18, SD = 6.37$) และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$)
ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า
ในอยู่ในระดับที่สูง ($\bar{X} = 34.48, SD = 4.54$) ความปวดอยู่ในระดับที่ต่ำ ($\bar{X} = 3.39, SD = 2.26$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความว่าเหว่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงความถี่แบบปกติ (Normal
distribution) และไม่พบ Multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการ
ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis/ Stepwise) (Grove et al., 2013) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายความว่าเหวของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 77$)

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	SE	β	<i>t</i>
ความเครียด	.46***	5.89	.40***	17.76***
Intercept = 56.583, $R^2 = .156$, $F(1, 75) = 13.88$ ***				

*** $p < .001$

จากผลการศึกษาพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความว่าเหวของกลุ่มตัวอย่างได้ นั้นหมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเครียดจะสามารถทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวได้ ($R^2 = .156$ $p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย (β) เท่ากับ .40 (ตั้งสมการทำนาย $Z_{\text{ความว่าเหว}} = .40 [Z_{\text{ความเครียด}}$])

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง และความปวด การอภิปรายผลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) ความว่าเหว ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และ 3) ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.2 อายุเฉลี่ย 55.94 ปี ($SD = 13.26$) ซึ่งถือว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Kockrow, 2011) เป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งมากที่สุด (Ministry of Public Health & Ministry of Education, 2015) สอดคล้องกับรายงานของ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (2559) ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ช่วงอายุ 55-59 ปี) มากถึงร้อยละ 14.4 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.7 ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทยและประชากรไทยนับถือมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2559 ข) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโอกาสได้รับการศึกษา ร้อยละ 96.1 แต่จบเพียงแค่ระดับประถมศึกษามีมากถึงร้อยละ 63.6 ($n = 46$) ใกล้เคียงกับผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2559 ข) ที่พบว่าประชากรไทยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด โดยพบร้อยละ 54.4

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.5 โดยทำงานรับจ้าง หรือเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 36.4 และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 28.8 สอดคล้องกับข้อมูลของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2559 ข) ที่รายงานว่าลักษณะการทำงานของประชากรไทยที่ส่วนใหญ่อยู่ในฐานะลูกจ้าง และมีรายได้ต่อเดือน 15,000-30,000 บาท ซึ่งถือเป็นรายได้ขั้นต่ำ กระทรวงแรงงาน (2560) จากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายได้ เห็นได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง บางรายพบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอกับภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับในขณะที่เจ็บป่วย ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายของ

ผู้ป่วยเองหรือค่าใช้จ่ายของสมาชิกครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเช่าที่พัก และค่าเดินทางของสมาชิกในครอบครัวในการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษา รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการการรักษาจากภาครัฐ โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพมากถึงร้อยละ 66.2 ($n = 51$) ตามนโยบายของรัฐบาลไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ร้อยละ 92.2 และที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ น้อง คู่สมรส และลูก ร้อยละ 89.6 แม้จะมาจากครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยถือว่าการช่วยเหลือดูแลเป็นศีลธรรม และจริยธรรมที่ควรปฏิบัติต่อกัน โดยเฉพาะการช่วยเหลือดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งนี้การดูแลอาจขึ้นอยู่กับความจำเป็น สถานการณ์ และความผูกพันที่มีต่อกัน โดยเฉพาะสมาชิกภายในครอบครัวถือว่าเป็นเครือข่ายที่ต้องให้การดูแลที่สำคัญที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งชนิดเดียว ส่วนใหญ่คือ โรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 16.9 รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 9.1 ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งมากกว่า 1 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 24.7 พบในเพศชาย ร้อยละ 13 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 11.7 รองลงมาคือ โรคมะเร็งกระดูก ร้อยละ 10.4 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยที่พบว่าโรคมะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิง เช่นเดียวกัน (Ministry of Public Health & Ministry of Education, 2015) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นครั้งแรก ร้อยละ 27.3 โดยความรุนแรงของอาการของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 55.8 และรองลงมาเป็นระยะที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (PPS V2 scale) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 40-60 จากคะแนน 100 ซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยใกล้ตาย (Myers, Kim, Flanagan, & Selby, 2015) คือ ผู้ป่วยจะมีโอกาสมีชีวิตรอดต่อไปไม่เกิน 6 เดือน วัตถุประสงค์ของการเข้ารับการรักษาครั้งนี้เพื่อรับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 46.8 และรับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ร้อยละ 31.2 อธิบายได้ด้วยลักษณะความรุนแรงของโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ซึ่งเป็นระยะที่โรคมะเร็งมีการลุกลามไปยังบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย (Secondary region of cancer) พบมากถึงร้อยละ 20.0 ระยะนี้แพทย์มักไม่เน้นการรักษาด้วยการผ่าตัด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; ประกาศิต จิรปภา, 2555) เนื่องจากไม่สามารถหยุดหรือยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้แล้ว ส่วนยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด ได้แก่ กลุ่ม Alkylating agent โดยได้รับร่วมกับ Antimetabolites Microtubule-Targeting drugs,

Antitumor antibiotics และ DNA Topoisomerase inhibitors ร้อยละ 39 ซึ่งเป็นโรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งปากมดลูกมีการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดในกลุ่มนี้ได้ดี โดยออกฤทธิ์ทำลาย DNA และขัดขวางการสร้างโปรตีนในนิวเคลียสของเซลล์มะเร็ง จึงทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลาย และสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเซลล์มะเร็งซ้ำ หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้อีก (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2557)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 72.7 ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 45-65 ปี) (Kockrow, 2011) และอาจเป็นเพราะนโยบายการให้บริการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคนของ สำนักโรคไม่ติดต่อ/ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค (2559) ทำให้ช่วยคัดกรองและป้องกันโรครุนแรงได้ จึงมีเพียงร้อยละ 27.3 ที่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับค่ากล่าวของ สำนักโรคไม่ติดต่อ/ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค (2559) ที่ให้ข้อมูลว่าคนไทย 1 ใน 4 หรือประมาณ 13 ล้านคน มีโรคความดันโลหิตสูงยาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ คือ ยาแก้ปวด ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ ยาแก้โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.8 อธิบายได้จาก ลักษณะของโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มักพบอาการปวดเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด (Chaiviboontham et al., 2011) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการยาแก้ปวดจำนวนมากกว่ายาชนิดอื่น ส่วนยาโรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมรักษาโรคจากความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้อาการของโรคกำเริบรุนแรง (สำนักโรคไม่ติดต่อ/ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2559)

ความว้าเหว่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด ของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความว้าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.18, SD = 6.73$) (ตารางที่ 3) อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 84.4 ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ผู้ป่วยมักมีอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น (Chaiviboontham et al., 2011; Karabulu et al., 2010) ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เหล่านี้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยธรรมดา (Ordinary unit) ที่มีกฎระเบียบของ โรงพยาบาลเกี่ยวกับการจำกัดเวลาเยี่ยมหรือการเฝ้าดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ใกล้ชิด

กับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ได้ตลอดเวลา (24 ชั่วโมง) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกครอบครัวตามปกติ ย่อมนำมาซึ่งความรู้สึกว่าเหว่ได้ (Adams et al., 2016; Rokach, 2000; Segrin et al., 2015) แต่จากผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความว่าเหว่ไม่สูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับครอบครัวได้ดีโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ช่วยปรับแบบแผนในการดำรงชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ช่วยดูแลเรื่องการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจที่ช่วยลดความว่าเหว่ได้ ดังผลการศึกษาของ Pehlivan et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหว่กับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ความว่าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความรัก ความห่วงใย การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา ซึ่งถือว่าเป็นสายสัมพันธ์ที่สำคัญในครอบครัวที่สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ciraci, Nural, and Salturk (2015) ได้ศึกษาความว่าเหว่ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและญาติ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สามารถทำนายความว่าเหว่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .38, p < .005$) สรุปได้ว่าผลจากการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญและสามารถช่วยลดความรู้สึกว่าเหว่ที่เกิดขึ้นไม่ให้รุนแรงได้

ส่วนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$) (ตารางที่ 3) สามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะ ที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรค และย่อมมีอาการหลายอย่างและอาจเกิดอาการเปลี่ยนแปลงเลวลงได้ตลอดเวลา (นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558) ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่แน่นอนของการดำรงชีวิต (นภรตสร กูรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย, 2558) จนไม่สามารถทำงานตามแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หรือไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่ย่อมนำมาซึ่งความเครียดได้เช่นกัน (พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หักกิจ, 2558; Pehlivan et al., 2012)

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเพียงระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและจากการนับถือศาสนาพุทธตั้งได้กล่าวมาแล้ว การดูแลสนับสนุนจากครอบครัวสามารถช่วยลดความเครียดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของ Serin and Passalacqua (2010) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง

ผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.41, p < .001, r = -.60, p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาของ จารุวรรณ ป้อมกลาง และรัชสิริ ทาโต (2557) เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต บุตร/ธิดา โดยเฉพาะการดูแลที่ได้รับมากที่สุดคือ การพูดคุยให้กำลังใจ และปลอบประโลมจากครอบครัวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจขึ้นและที่สำคัญทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงได้

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.7 ซึ่งหลักคำสอนทางศาสนาในการดำเนินชีวิตโดยส่วนใหญ่มักสอนให้คนรู้จักการปล่อยวาง ไม่ยึดติดกับความไม่แน่นอน และยังช่วยโน้มน้าวจิตใจให้นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามที่บุคคลนั้น ๆ ศรัทธา (พระไพศาล วิสาโล, 2556) ดังเช่น ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งที่มีต่อผู้สืบทอดศาสนา (ได้แก่ พระสงฆ์) ที่เผยแพร่ความเชื่อและหลักแนวคิดของคำสอนในพระพุทธศาสนา ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักชีวิตตนเอง ไม่หมกมุ่นอยู่กับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยจนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดความคิดฆ่าตัวตายจากความเครียดได้ถึง 2 ครั้ง สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณทางศาสนา สามารถช่วยบรรเทาความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยจากโรคมะเร็งได้และพบอยู่เพียงระดับปานกลางเท่านั้น

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 34.48, SD = 4.54$) (ดังตารางที่ 3) สามารถอธิบายได้จากผลของการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและผลของการนับถือศาสนา ดังได้กล่าวมาแล้วเช่นกัน Kurowecki and Fergus (2014) กล่าวว่า การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า โดยเฉพาะจากกลุ่มสมรสซึ่งพบว่า กลุ่มสมรสได้ช่วยสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการช่วยค้นหาหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตเพื่อการปรับตัวของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และช่วยให้กำลังใจโดยการแสดงความรักและความห่วงใย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tae et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง และการศึกษาของ Gomes and Silva (2013) ได้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในระดับสูงถึงร้อยละ 56.25 โดยการเป็นที่ปรึกษา แสดงความรักและห่วงใยจากคู่สมรส จึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงได้

นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.7 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่ง Tae et al. (2012) พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .24, p < .01$) นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้จากนโยบายของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่สนับสนุนให้หน่วยงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตจัดให้มีกิจกรรมทางศาสนาสำหรับผู้ป่วยโดยความร่วมมือกับพระสงฆ์จากวัดใกล้หน่วยงานให้มีกิจกรรมการตักบาตรทุกวันพุธ ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ดังเช่นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 5-6 ราย ได้เปิดเผยว่าตนเองรู้สึกสบายใจเพิ่มมากขึ้นภายหลังที่ตนเองได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการตักบาตรทำบุญและอุทิศส่วนกุศลให้กับเจ้ากรรมนายเวร โดยเชื่อว่าผลบุญครั้งนี้จะช่วยให้การเจ็บป่วยของตนเองมีอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิต ซึ่งความหวังสามารถสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองได้ (Tae et al., 2012)

ส่วนความปวดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.39, SD = 2.26$) (ดังตารางที่ 3) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความก้าวหน้าของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 และเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งมักจะมีอาการเจ็บปวดในระดับรุนแรงมาก (นภา ทวีรทรงกุล และคณะ, 2558) แต่ผลการศึกษากลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับที่ต่ำ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากผลของการรักษา (ได้แก่ ยา และการรับยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการรักษาร่วมระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี) และจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาแก้ปวดกลุ่มอนุพันธ์ของมอร์ฟีน (ได้แก่ Morphine Sulphate Syrup [MSS] Morphine Sulphate Tablet [MST] และ Kapanal) ที่สามารถออกฤทธิ์ลดความเจ็บปวดที่มีระดับรุนแรง (Strong opioid) (สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2556) ได้อย่างมีประสิทธิภาพถึงร้อยละ 80-90 (WHO, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 46.8 หรือการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ร้อยละ 31.2 ทำให้เซลล์มะเร็งถูกยับยั้งการเจริญเติบโตและถูกทำลายได้ ทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงช่วยลดการกดเบียดที่เส้นประสาท (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2557; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร, 2554) นั่นคือผลจากยาแก้ปวดและการรักษาช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บปวดลดลงจากระดับความรุนแรงมาก

ปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถทำนายความว้าเหวได้ ($R^2 = .156, p < .001$) หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเครียดสามารถชักนำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว้าเหวได้ และความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .001$) อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่กลางคนและได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งใน ระยะที่ 3 และ 4 มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastasis) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถือว่าเป็นระยะสุดท้ายและเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการทรุดได้ตลอดเวลา อาการที่เปลี่ยนแปลงจึงเป็นตัวกระตุ้น (Stressor) ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดได้ (Cacioppo et al., 2010) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น เนื่องจากสภาพลักษณะที่มีการเปลี่ยนแปลงขณะรับการรักษา (ได้แก่ การใส่สายยางสำหรับให้อาหาร ผอมร่วง ผิวหนังเกิดแผลจากการฉายรังสี สภาพร่างกายที่ทรุดโทรม ผอมแห้ง) ทำให้เกิดความเครียดสะสมมาตลอดในช่วงรับการรักษาโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง และความเครียดที่เกิดขึ้นนี้ได้ทำให้กลุ่มตัวอย่างลดการพบปะผู้คนหรือลดการเข้าสังคมนำมาซึ่งความรู้สึกว่าเหงาได้ ดังคำกล่าวของ Adams et al. (2016) ที่ได้กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการรับรู้และมีความคิดว่า ช่วงเวลาของการมีชีวิตของตนเองอาจสั้นลง จึงต้องการแยกตัวเองจากบุคคลรอบข้าง มีความต้องการอยู่คนเดียวมากขึ้น ส่งผลให้ขาดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างตัวเองกับสังคม จึงทำให้เกิดความว่าเหงาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Serin and Passalacqua (2010) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความว่าเหงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .001$) เนื่องจากปัญหาสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และดังเช่นการศึกษาของ Ciraci et al. (2015) ได้ศึกษาความว่าเหงาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ($N = 55$) ในประเทศตุรกี พบว่าความเครียดด้านอารมณ์สามารถเป็นตัวทำนายความว่าเหงาได้อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = .38, p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้ระบายความเครียดทำให้มีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวซึ่งมีผลต่อความรู้สึกว่าเหงาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความปวด ในการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีอำนาจในการทำนายความว่าเหงาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากแนวคิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่ง Hu, Jin, Hu, and He (2013) อธิบายว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มี 2 ลักษณะ คือ ความมีสติรู้สึกนึกคิดว่าตนเองมีคุณค่า (Self-worth) (Explicit self-esteem) และการประเมินคุณค่าของตนเองอันเกิดตามจิตสำนึก (Implicit self-esteem) จากการเรียนรู้ที่นึกคิดมาตลอดชีวิต โดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองทั้ง 2 ชนิดไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ Hu et al. (2013) ได้กล่าวชัดเจนว่า การประเมินคุณค่าของตนเองตามจิตสำนึกยังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิต (Mental health) และไม่สามารถทำนายความรู้สึกผิดปกติทางอารมณ์ (Negative emotion) เช่น ความรู้สึกที่เหงาได้ นอกจากนี้การประเมินคุณค่ายังมีการปรับเปลี่ยนซ้ำและยากแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ไม่คาดคิด (เช่น การเจ็บป่วย) เกิดขึ้น ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงอาจเป็นผลมาจากการประเมินคุณค่าของตนเองตามจิตสำนึกนั่นเอง

ในทำนองเดียวกับความปวด ไม่สามารถทำนายความว้าเหวได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับต่ำจนไม่สามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความว้าเหวได้ อธิบายได้จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับความว้าเหว ที่พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหว ($r = -.081, p > .05$) (ภาคผนวก ข) จึงไม่มีอิทธิพลเพียงพอในการทำนายความว้าเหวได้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ว่าความเครียดสามารถทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดเพื่อป้องกันการเกิดความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมีความว้าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.18, SD = 6.37$) และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$) และโดยที่ความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดความว้าเหวได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญและหาแนวทางจัดการความว้าเหวและความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาภายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เช่น จัดทำแบบฟอร์มการประเมินที่มีมาตรฐาน มีการประเมินความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายและทำเป็นงานประจำเพื่อค้นหาอุบัติการณ์ความเครียดและความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. มีการจัดประชุมกลุ่มสำหรับพยาบาลเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดการความว้าเหวและความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ดังเช่น กิจกรรมความสัมพันธ์เพิ่มทักษะทางสังคม การเข้ากลุ่มฝึกสนทนา (Dury, 2014; Masi et al., 2011; Price, 2015) การส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านบวก (Vanhalst et al., 2015)

3. แม้ความปวดจะไม่สามารถทำนายความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความปวดจากการเจ็บป่วย การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยเช่นกัน

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรตระหนักถึงความว้าเหวและความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาภายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พร้อมกับควรมีนโยบายส่งเสริมบุคลากรทางด้าน

สุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการจัดการความว้าเหว่และความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยสนับสนุนเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กร

2. ควรผลักดันประเด็นการจัดการความว้าเหว่และความเครียดเข้าเป็นประเด็นเร่งด่วนในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลและทำอย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement [CQI])

ด้านการศึกษา

1. เนื่องจากประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปีดังนั้น สถาบันการศึกษาควรสอดแทรกแนวคิดความว้าเหว่และความเครียดในหลักสูตรการพยาบาลทุกระดับ

2. ควรจัดการอบรมเฉพาะทางทั้งระยะสั้นและระยะยาวให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพและประสานงานกับหน่วยงานให้บริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลมะเร็งในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดการความว้าเหว่และความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ด้านการวิจัย

1. จัดตั้งทีมวิจัยการพยาบาลเพื่อศึกษาหาแนวทางในการจัดการความว้าเหว่และความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรเพื่อจัดการความเครียดและความว้าเหว่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดและความว้าเหว่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งขณะรับการรักษา เป็นต้น

2. สร้างความร่วมมือในการวิจัยกับสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะสาขาวิชาชีพที่ให้บริการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพและสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และไม่เกิดความรู้สึกว้าเหว่

ข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความว้าเหว่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งขณะที่เข้าพักรักษาภายในโรงพยาบาล ผลการวิจัยอาจไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไปรับบริการในหน่วยงานบริการสุขภาพหรือชุมชนอื่น ๆ ที่มีลักษณะภาพภาพแตกต่างกันจึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มในหน่วยงานเหล่านี้

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถได้คำตอบลึกซึ้งถึงสาเหตุของความว้าเหว่และความเครียดที่มีอยู่ในระดับปานกลางในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการของโรคอยู่ในระยะที่ 3-4 และอยู่ในภาวะใกล้ตาย/ระยะสุดท้าย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกว่าหวงในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการในระยะที่ 1 และ 2

บรรณานุกรม

- กระทรวงแรงงาน. (2560). *อัตราค่าจ้าง*. เข้าถึงได้จาก http://www.mol.go.th/employee/interesting_information/4131
- ขวัญธิดา อุทัยสาร และ โสพิศ วงศ์คำ. (2552). การแพร่กระจายของโรคมะเร็ง: สาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29(4), 184-190.
- จารุวรรณ ป้อมกลาง และรัชสิริ ทาโต. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิต จากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2), 155-167.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช และนพดล โสภารัตนาไพศาล. (2555). ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ IV ที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 15-28.
- ชมพร สีตะชนี. (2555). หลักการรักษาทางศัลยกรรม. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 27-37). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2547). *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยยุทธ เจริญธรรม. (2557). ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด. ใน อิมใจ ชิตาพนารักษ์ (บรรณาธิการ), *ผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็ง* (หน้า 9-18). เชียงใหม่: ร้านทรคทิงค์.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ. (2556). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน บุญมาศ ชิวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 190-197). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2553). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมสโปรดัก.
- ธิดิยา (สิริสิงห์) เดชเทพพร. (2555). หลักการรักษาทางเคมีบำบัดและ Targeted therapy. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 19-26). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง.

- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมุติฐานวิจัย*. เข้าถึงได้จาก <http://Allskill.com/web/files/GPower.pdf>
- นภรรสสร กุรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา คุณรงค์ฤทธิชัย. (2558). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 19(37), 105-116.
- นภา ทวีขรรยกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง ลำแดงฤทธิ. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 21(1), 82-95.
- นรินทร์ วรวิทย์. (2546). การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง. ใน นรินทร์ วรวิทย์, ประสาร ขจรรัตนเดช, จตุรงค์ ตันติมงคลสุข, สมชัย ลิ้มปกรณ, ศิริศักดิ์ โรจนประเสริฐ และเอี่ยมแม สุขประเสริฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งวิทยา 1* (หน้า 15-28). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- นุศรา ประเสริฐศรี และยุพารัตน์ ติรไพรวงศ์. (2556). การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 2-10.
- บั้งอร เทพเทียน, ปริณดา ตาสี, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์ และสุภัทรา อินทร์ไพบุลย์. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งกับครอบครัว. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 6(2), 25-38.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษยมาศ ชิวสกุลยง และลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ฉบับสวนดอก. ใน บุษยมาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินิราม, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ธนินันต์ ธีรพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care* (หน้า 35-45). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ประกาศิต จิรัปปภา. (2555). หลักการรักษาทางศัลยกรรม. ใน สุวรรณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลง, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 9-18). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง.

- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2555). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. ใน สุวรรณีย์ สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรง, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 303-314). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์คุณวุฒิปริญญาตรี, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระไพศาล วิสาโล. (2556). จิตวิญญาณในงานบริหารดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ถังกษมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *The drawn of palliative care in Thailand* (หน้า 115-116). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรภาพของเนื้องอก. ใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพทกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8; หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัดกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 79-92.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. *สงขลานครินทร์วารสาร*, 24(2), 71-84.
- ภาสกร สวัสดิ์รักษ์. (2559). *การระงับปวดด้วยการใช้ยาในการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดและความปวดจากมะเร็ง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/PharmacologicPain.pdf>
- มาลินี ธานี, พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และวัชรินทร์ ลอบลม. (2555). องค์ประกอบและบทบาทของสภาวะแวดล้อมของเซลล์มะเร็ง. *ศรีนครินทร์วารสาร*, 27(4), 424-432.
- ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด (Attention to pain). *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 83-93.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2559). สถิติทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี: HOS-BASE *CANCER REGISTRY 2014*, 15, 13.

- ลัญจนา พิมพ์ชัยบุญ. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2558). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์ (1991).
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วชนัญพร พรหมจันทร์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วสันต์ ติမ်ปีเฉลิม. (2551). *สู่ทฤษฎีความเหงาที่อิงตัวตน*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสหวิทยาการ, วิทยาลัยสหวิทยาการ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัลลภา โกลิตานนท์. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความหวาดในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาทีนี้ สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- วิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์. (2557). *การประชุมวิชาการครอบครัวระดับชาติ ประจำปี 2556 “ครอบครัวไทยในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสู่อาเซียน”*. เข้าถึงได้จาก <http://www.Thaimassage.com/web/newsletter>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). *การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. เข้าถึงได้จาก http://thaitgri.org/images/document/Research_tgri/FamilyResearch.pdf
- สงวน นิตยารัมย์พงศ์. (2551). *เปลี่ยนมะเร็งเป็นพลัง*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2551). *โรคมะเร็งอาการทางจิตเวชและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง*. เข้าถึงได้จาก http://www.pain-tasp.com/main/images/stories/download/cpg/CPG_cancer_pain_2556
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559 ก). *สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรี และราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559 ข). *รายงานลักษณะของประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: เอบีซีอินเตอร์กรุ๊ป.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สรุปสถิติสำคัญ พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558 (Public Health Statistics A.D.2015)*. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ก). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559 ข). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ/ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2559, 16 พฤษภาคม). *สช. รณรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2559 หลังพบคนไทย 1 ใน 4 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือประมาณ 13 ล้านคน*. นนทบุรี: สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. (2554 ก). ความเครียดกับการเจ็บป่วย. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชะหงส์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4; หน้า 47-73). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

- สุดาพรรณ ชัญจิรา. (2554 ข). พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็ง. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชัญจิรา และอรุณศรี เตชะสงฆ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4; หน้า 47-73). กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิน แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(3), 413-429.
- สุภาพ สมะนุบ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และลัพณา กิรุ่งโรจน์. (2552). *เปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ที่ไม่มีและเริ่มมีภาวะความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อนัญญา เหล่ารินทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าห่วยของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนาจ ธิฐาพันธ์. (2554). *ความปวด Pain: Concept & mechanism*. เข้าถึงได้จาก <https://ascannotdo.wordpress.com/2011/11/13/ความปวด-pain-concept-mechanism-โดย-ดร-อำนาจ/>
- อิมใจ ชิตาพนารักษ์. (2557). ผลกระทบจากการรักษาร่วมกันระหว่างการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด. ใน อิมใจ ชิตาพนารักษ์ (บรรณาธิการ), *ผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็ง* (หน้า 19-36). เชียงใหม่: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุไร ยอดแก้ว, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และวิมลรัตน์ จงเจริญ. (2557). ผลการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(1), 12-24.
- เอกภพ สิริชัยนันท์. (2555). ส่วนที่ 1 ความรู้พื้นฐานทางมะเร็งวิทยา. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรง, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 1-8). สมุทรปราการ: สันทวีกิจพรินติ้ง.
- Adams, R. N., Mosher, C. E., Abonour, R., Robertson, M. J., Champion, V. L., & Kroenke, K. (2016). Cognitive and situational precipitants of cancer patients' loneliness: A qualitative analysis. *Oncology Nurs Forum*, 43(2), 156-163.

- Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., Graham, P. L., Choueiri, T. K., Hoffman, K. H., Martin, N. E., Hu, C. J., & Nguyen, P. L. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(31), 1-8.
- Altangerel, U., Liou, J. C., & Yeh, P. M. (2014). Prevalence and predictors of suicidal behavior among Mongolian high school students. *Community Ment Health Journal*, *50*(3), 362-372.
- American Cancer Society. (2015). *After diagnosis: A guide for patients and families*. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002813>
- American Psychology Association [APA]. (2011). *Stress: The deferente kinds of stress*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds>
- American Psychology Association [APA]. (2013). *How stress effects in your health*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/stress>
- Amiel, C. R., Fish, H. M., & Antoni, M. H. (2016). Concerns about breast cancer, pain, and fatigue in non-metastatic breast cancer patients undergoing primary treatment. *Healthcare*, *4*(62), 1-13.
- Arora, N. K., Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(5), 474-486.
- Avcı, A. I., & Karabulutlu, E. (2011). Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husband reactions. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *12*(2), 453-459.
- Avcı, A. I., Okanlı, A., Karabulutlu, E., & Bilgili, N. (2009). Woman's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, *13*(4), 299-303.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., & Nakhla, W. A. (2008). Loneliness: A concept analysis. *Nursing Forum*, *43*(4), 207-213.

- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., Cohen, R., & Dow, L. (2009). Cancer-related pain: A pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology*, *20*(8), 1420-1433.
- Buzaglo, J., Gayer, C., Mallick, R., Charap, E., Ferris, A., Golant, M., Langer, C., Morris, A., Mullins, C. D., & Cella, D. (2014). Understanding the experience of living with non-small-cell lung cancer (NSCLC): A qualitative study. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, *12*(1), 6-12.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolate and cognitive. *Trends in Cognitive Sciences*, *13*(10), 447-454.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceive social isolation make me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relation study. *Psychology and Aging*, *25*(2), 453-463.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Cauter, E. V., & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 407-417.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140-151.
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 238-249.
- Cancer Council Australia. (2016). Dealing with the diagnosis. In E. Mothoneos (Ed.), *Emotions and cancer A guide for people with cancer their families and friends* (pp. 4-6). Sydney: SOS Print and Media Group.
- Chaiviboontham, S., Viwatwongkasem, C., Hanucharunkul, S., & McCorkle, R. (2011). Symptom clusters in Thais with advance cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *15*(4), 265-277.

- Chang, E. C., Sanna, L. J., Hirsch, J. K., & Jeglic, E. L. (2010). Loneliness and negative life events as predictors of hopelessness and suicidal behaviors in hispanics: Evidence for a diathesis-stress model. *Journal of Clinical Psychology, 66*(12), 1242-1253.
- Cheung, W. Y., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2009). Symptom cluster in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer, 17*(9), 1223-1230.
- Christos, T. (2015). Loneliness and its association with stress and psychoathology. *Encephalos, 52*(2), 25-31.
- Ciraci, Y., Nural, N., & Salturk, Z. (2015). Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer, 28*(4), 3525-3521.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1992 a). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Cohen, J. (1992 b). Statistical power analysis. *Current Direction in Psychological Science, 1*(3), 98-101.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
- Cooper-Evans, S., Alderman, N., Knight, C., & Oddy, M. (2008). Self-esteem as a predictor of psychological distress after severe acquired brain injury: An exploratory. *Neuropsychological rehabilitation, 18*(5/6), 607-627.
- Coopersmith, P. (1967). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Craven, R., Hirnle, C., & Jensen, S. (2013). *Fundamentals of nursing human health and function* (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology, 18*(1), 73-80.
- De Jong Gierveld, J., Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.

- Deckx, L., Akker, M. V., & Buntin, F. (2014). Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systemic literature review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing, 18*(5), 466-477.
- Deckx, L., van den Akker, M., van Driel, M., Bulens, P., van Abbema, D., Tjan-Heijnen, V., Kenis, C., de Jonge, E. T., Houben, B., & Buntinx, F. (2015). Loneliness in patients with cancer: The first year after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology, 24*(11), 1521-1528.
- den Heijer, M., Seynaeve, C., Vanheusden, K., Duivenvoorden, H. J., Vos, J., Bartels, C. C., Menke-Pluymers, M. B., & Tibben, A. (2011). The contribution of self-esteem and self-concept in psychological distress in women at risk of hereditary breast cancer. *Psycho-Oncology, 20*(11), 1170-1175.
- 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 Therapeutics & Research, 3*(6), 1-11.
- Desantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D., Kram, J. L., Alteri, R., Robins, A. S., & DVM, A. J. (2014). Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 64*(4), 252-271.
- Devane, C. (2014). *Alone in the crowd: Loneliness and diversity*. Retrieved from <http://www.campaigntoendloneliness.org/wp.../download.php?id>
- Doane, L. D., & Adam, E. K. (2010). Loneliness and cortisol: Momentary, day-to-day, and trait associations. *Psychoneuroendocrinology, 35*(3), 430-441.
- Donnelly, J. W., Eburne, N., & Kittleson, M. (2001). *Mental health dimensions of self-esteem and emotion well-being*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Drageset, J., Eide, G. E., Dysvik, E., Furnes, B., & Hauge, S. (2015). Loneliness, loss, and social support among cognitivel intact older people with cancer, living in nursing homes- a mixed methods study. *Clinical Intervention in Aging, 10*, 1529-1536.
- Dury, R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: An exploration of some of the issues. *British Journal of Community Nursing, 19*(3), 125-128.

- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., Kang, Y. S., Kim, J. H., Cho, B. L., & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, *22*(6), 1283-1290.
- 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.
- Franklin, A. S. (2009). Loneliness. *Human Geography*, *91*(4), 343-345.
- Gaskin, C. G., & Happell, B. (2013). Power of mental health nursing research: A statistical analysis of studies in the International Journal of Mental Health Nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*(1), 69-75.
- Giddens, J. F. (2013). *Concepts for nursing practice*. Missouri: Mosby, Elsevier.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induce immune dysfunction: Implication for health. *Nature Review Immunology*, *5*(3), 243-251.
- Gomes, N. S., & Silva, S. R. (2013). Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery. *Text Context Nursing, Florianópolis*, *22*(2), 509-516.
- Greer, J. A., Pirl, W. E., Jackson, V. A., Muzikansky, A., Lenners, I., Gallagher, E. R., Prigerson, H. G., & Temel, J. S. (2014). Perceive of health status and survival in patients with metastatic lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, *48*(4), 548-557.
- Greszta, E., & Sieminska, M. J. (2011). Patients-persived changes in the system of values after cancer diagnosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *18*(1), 55-64.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research*. St. Louis, Missouri: Saunders.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., & Hietanen, P. (2007). Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness, and partner support. *Quality of Life Research*, *16*(1), 75-87.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain Behavior, and Immunity*, *17*(1), S98-S105.

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, T. J. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-227.
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, T. J. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(1), 105-120.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, T. J. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analysis. *Health Psychol, 28*(3), 354-363.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: Five-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging, 25*(1), 132-14.
- Hemingway, A., & Jack, E. (2015). Reducing social isolate and promoting well being in older people. *Quality in Aging and Older Adults, 14*(1), 25-35.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stepson, D. (2015). Loneliness and social isolate as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Psychological Science, 10*(2), 227-237.
- Hu, Y., Jin, Y., Hu, C., & He, H. (2013). Loneliness and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Psychology, 4*(5), 455-458.
- Imsamran, I., Chiawerawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K., Sangraijrang, S., & Buasom, R. (Eds.). (2015). Chapter I: Registry procedure and statistical methods. *Cancer in Thailand, 13*, 10.
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2015). *IASP taxonomy*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Jacob, L., Bleicher, L., Kostev, K., & Kalder, M. (2016). Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 142*(2), 447-452.
- Jaremka, L. M., Andridge, R. R., & Fagundes, C. P. (2013). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a risk factor. *Psychoneuroendocrinology, 38*(8), 1310-1317.

- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, *11*(16), 1-8.
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Peng, J., Bennett, J. M., Glaser, R., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychological Science*, *24*(70), 1089-1097.
- Jaremka, L. M., Peng, J., Bornstein, R., Alfano, C. M., Andridge, R. R., Povoski, S. P., Lipori, A. M., Agnese, D. M., Farrar, W. B., Yee, D. L., Carson, W. E., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Cognitive problems among breast cancer survivors: Loneliness enhances risk. *Psycho-Oncology*, *23*(12), 1356-1364.
- Johnson, J. E. (1973). Effect of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, *27*(2), 261-275.
- Junttila, N., Kainulainen, S., & Saari, J. (2015). Mapping the lonely landscape—assessing loneliness and its consequence. *The Open Psychology Journal*, *8*, 89-96.
- Kalemi, G., Bali, P., & Douzenis, A. (2015). Loneliness and suicidality. *Encephalos*, *52*, 70-78.
- Karabulu, N., Erci, B., Özer, N., & Özdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(5), 1011-1012.
- Khatib, S. A. (2012). Exploring the relationship among loneliness, self-esteem, self-efficacy and gender in United Arab Emirates College students. *Europe's Journal of Psychology*, *8*(1), 159-181.
- Killeen, C. (1998). Loneliness: An epidemic in modern society. *Journal Advance Nursing*, *28*(4), 762-770.
- Kim, S. H., Kook, J. R., Kwon, M., Son, M. H., Ahn, S. D., & Kim, Y. H. (2015). The effects of laughter therapy on mood state and self-esteem in cancer patients undergoing radiation therapy: A randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *21*(4), 217-222.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, *22*(1), 1-11.

- Kockrow, C. (2011). *Foundation and adult health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Kurina, L. M., Knutson, K. L., Hawkley, L. C., Cacioppo, T. J., Lauderdale, D. S., & Ober, C. (2011). Loneliness is associate with sleep fragmentation in a communal society. *SLEEP*, *34*(11), 1519-1526.
- Kurowecki, D., & Fergus, K. D. (2014). Wearing my heart on my chest: Dating, new relationships, and the reconfiguration of self-esteem after breast cancer. *Psycho-Oncology*, *23*(1), 52-64.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, S. C., & Wang, C. (2015). Undertreatment of cancer pain. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, *53*(2), 58-61.
- Leiderman, P. H. (1980). Pathological loneliness: A psychodynamic interpretation. In J. Hartog, J. R. Audy, & Y. A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 111-112). New York: Intl Universities.
- Leite, M. A., Nogueira, D. A., & Terra, F. D. (2015). Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(6), 1082-1089.
- Lewis, S. L. (2014). Stress and stress management. In M. M. Harding (Ed.), *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems* (pp. 88-98). Missouri: Mosby, Elsevier.
- Liao, M., Chen, M., Chen, S., & Chen, P. (2008). Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. *Cancer Nurs*, *31*(4), 274-83.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rate by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 343-351.
- Ma, Z., Liang, J., Zeng, W., Jiang, S., & Liu, T. (2014). The relationship between self-esteem and loneliness: Dose social anxiety matter? *International Journal of Psychological Studies*, *6*(2), 151-164.
- Macmillan Cancer Support. (2013). *Cure but at what cost? Long-term consequences of cancer and its treatment July 2013*. Retrieved from http://www.macmillan.org.uk/.../Consequences_of_Treatment_Ju

- Macmillan Cancer Support. (2014). *Lonely cancer patients three times more likely to struggle with treatment*. Retrieved from http://www.macmillan.org.uk/Aboutus/News/Latest_News/Lonelycancerpatients threetimesmorelikelytostruggle withtreatment.aspx
- Masi, C. M., Chen, H. Y., & Hawkley, L. C. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review, 15*(3), 219-266.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). St. Louis Missouri: Mosby.
- Meyo Clinic. (2016). *Stress symptoms: Effects on your body and behavior*. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-symptoms/art-20050987>
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(12), 1198-1211.
- Miller, G. (2011). Newfocus: Why loneliness is hazardous to your health. *Science, 133*, 138-140.
- Ministry of Public Health & Ministry of Education. (2015). *Cancer in Thailand Vol.VIII, 2010-2012*. Bangkok: National Cancer Institute Thailand.
- Mohamed, S., & Baqutayan, S. (2012). The effect of anxiety on breast cancer patients. *Indian Journal of Psychological Medicine, 34*(2), 119-123.
- Mokdad, A. H., & Lopez, A. D. (2014). Prevention is better than treatment: The case of Qatar. *Population Health Metrics, 12*(21), 1-2.
- Montgomery, M., & McCrone, S. H. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 66*(11), 2372-2390.
- Moreno-Smith, M., Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncol, 6*(12), 1863-1881.
- Morrison-Valfre, M. (2013). *Foundations of mental health care* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Mosher, C. E., Lepore, S. J., Wu, L., Austin, J., Valdimarsdottir, H., Scott, R., Isola, L., Redd, W. H., & Rini, C. (2012). Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation: Exploring the role of loneliness and cognitive processing. *Journal of Health Psychology, 17*(7), 1022-11032.

- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2015). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? Review on the psychological aspects of loneliness. *Indian Journal Public Health Research and Development*, 4(3), 261-266.
- Myers, J., Kim, A., Flanagan, J., & Selby, D. (2015). Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 23, 913-918.
- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2016). *Adult cancer pain version 2*. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain
- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 5(3), 167-170.
- 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.
- Overcash, J., Hanes, D., Birkhimer, D., & Askew, T. (2013). Pain intensity and pain management of hospitalized patients with cancer: An opportunity for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 365-368.
- Paice, J. A., & Ferrell, B. (2012). The management of cancer pain. *Cancer Journal for Clinicians*, 61(3), 157-182.
- Pehlivan, S., Owayolu, O., Owayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, 20(4), 733-739.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In M. Cook, & G. Wilson (Eds.), *Love and attraction* (pp. 99-108). Oxford: Pergamon.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau, & S. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13-46). Washington DC: US Governmental Printing Office.

- Perlman, D., & Peplau, L.A. (1998). Loneliness. In F. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health Vol.2* (pp. 571-581). San Digo, CA: Academic Press.
- Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012). The effects of hysterectomy on body image, self-steem, and marital adjustmentin Turkish women with gynecologic cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 16*(3), E99-E104.
- Pokpalagon, P., Hanucharurnkul, S., McCorkle, R., Tongprateep, T., Patoomwan, A., & Viwatwongkasem, V. (2012). Comparison of care strategies and quality of life of advanced cancer patients from four different palliative care setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(4), 326-342.
- Price, B. (2015). Approaches to counter loneliness and social isolation. *Nursing Older People, 27*(7), 31-39.
- Q' Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. B., Moller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer, 104*(3), 419-426.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Roekel, V., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Psychological Science, 10*(2), 250-264.
- Rokach, A. (2000). Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill. *Current Psychology, 19*(3), 237-248.
- Rokach, A. (2003). Cause of loneliness of those afflicted with life-threatening illnesses. *Social Behavior and Personality, 31*(7), 663-674.
- Rokach, A. (2015). Editorial: Loneliness past and present, and its effects on our lives. *The Open Psychology Journal, 8*(1), 59-60.
- Rokach, A., & Ked, A. S. (2015). Ill health, death and loneliness: Mankind's companions. *The Open Psychology Journal, 8*(suppl 2-M5), 85-88.
- Rook, K. S. (1984). Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychoiologist, 39*(12), 1389-1407.
- Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 36*(2), 175-183.
- Rosenberge, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: University Press.

- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20-40.
- Sahin, Z. A., & Tan, M. (2012). Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 16*(2), 145-149.
- Salome, G. M., & de Almeida, S. A. (2014). Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology, 34*(3), 159-166.
- Salome, G. M., de Almeida, S. A., & Silveira, M. M. (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology, 34*(4), 231-239.
- Sand, L., & Strang, P. (2006). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine, 9*(6), 1376-1387.
- Santos, L. J., Garcia, J. B., Pachco, J. S., Vieira, E. B., & Santos, A. M. (2014). Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 27*(2), 96-100.
- Schernhammer, E. S., Feskanich, D., Liang, G., & Han, J. (2013). Rotating night-shift work and lung cancer risk among female nurses in the United States. *American Journal of Epidemiology, 178*(9), 1434-1441.
- Schernhammer, E. S., Laden, F., Speizer, F. E., Willett, W. C., Hunter, D. J., Kawachi, I., Fuchs, C. S., & Colditz, A. (2003). Night-shift work and risk of colorectal cancer in the nurses' health study. *Journal of the National Cancer Institute, 95*(11), 825-828.
- Schmidt, B. L., Hamamoto, D. T., Simone, D. A., & Wilcox, G. L. (2010). Mechanisms of cancer pain. *Molecular Interventions, 10*(3), 164-178.
- Segrin, C., Badger, T., & Pasvogel, A. (2015). Loneliness and emotional support predict physical and psychological distress in Latinas with breast cancer and their supportive partners. *The Open Psychology Journal, 8*(1), 105-112.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: Principal remaining problems: misconception. *Canadian Medical Association Journal, 115*(1), 35-56.

- Sendbeck, 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.
- Serin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Communication*, 25(4), 321-322.
- Silvestri, L. A. (2008). *Comprehensive Review for the NCLEX – RN EXAMINATION* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Snell, K. D. M. (2015). Agendas for the historical study of loneliness and lone living. *The Open Psychology Journal*, 8(Suppl. 2-M2), 61-70.
- Software Informer. (2015). *G*Power 3.1*. Retrived from <http://gpower.software.informer.com/3.1/>
- Soung, N. K., & Kim, B. Y. (2015). Psychological stress and cancer. *Journal of Analytical Science and Technology*, 6(30), 2-6.
- Soylu, C., Ozaslan, E., Karaca, H., & Ozkan, M. (2016). Psychological distress and loneliness in canregiver of advance oncological inpatients. *Journal of Health Psychology*, 21(9), 1896-1906.
- Spiegel, D. (2014). Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 465-485.
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolate, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal throphy of psychiatry*. New York: Nort.
- Tae, Y. S., Heitkemper, M., & Kim, M. Y. (2012). A path analysis: A model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-steem and hope. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E49-E57.
- Tavoli, A., Mohagheghi, M. A., Montazeri, A., Rasool Roshan, R., Tavoli, T. Z., & Omidvari, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: Does knowledge of cancer diagnosis matter?. *BioMed Central Gastroenterology*, 7(28), 1-6.

- The National Initiative on Pain Control [NIPC]. (2016). *Pain assessment scale*. Retrieved from <http://www.painedu.org/downloads/nipc/pain%20assessment%20scales>
- Theeke, L. A., & Mallow, J. (2013). Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults. *American Journal of Nursing, 113*(9), 28-37.
- Tiwari, S. C. (2013). Loneliness: A disease?. *Indian Journal of Psychiatry, 55*(4), 320-322.
- Toftagen, C. S., & McMillan, S. C. (2010). Pain, neuropathic symptoms, and physical and mental well-being in persons with cancer. *Cancer Nurs, 33*(6), 436-444.
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, L., Tieulent, L. J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer journal for Clinicians, 65*(2), 87-108.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing, 20*(7), 329-334.
- University of Maryland. (2016). *Using the Rosenberg self-esteem scale*. Retrieved from <http://socy.umd.edu/quick-links/using-rosenberg-self-esteem-scale>
- Vanhalst, Q. P., Harris, J., Roedel, R., Lodder, V., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Psychological Science, 10*(2), 250-264.
- Wachen, J. S., Patidar, S. M., Mulliga, E. A., Naik, A. D., & Moye, J. (2014). Cancer-related PTSD symptoms in a veteran sample: Association with age, combat PTSD, and quality of life. *Psycho-Oncology, 23*(8), 921-927.
- Warner, R. (2013). *Loneliness and cancer may be a deadly combination*. Retrieved from <http://www.oncolink.org/blogs/index.php/2013/08/loneliness-cancer-may-deadly-combination/>
- Warren, N., Melrose, D. M., Brooker, J. E., & Burney, S. (2016). Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer. *Journal of Health Psychology, 21*, 1-12.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Well, M. (2008). The loneliness of cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 12*(5), 410-411.
- Witek-Januse, K. L., Gabram, S., & Mathews, H. L. (2007). Psychologic stress, reduced NK cell activity, and cytokine dysregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology, 32*(1), 22-35.

- 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]. (2016). *Cancer*. Retrived from <http://www.who.int/cancer/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *WHO's cancer pain ladder for adults*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- Yang, Y. L., Liu, L., Wang, Y., Wu, H., Yang, X. S., Wang, J. N., & Wang, L. (2013). The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Cancer*, 13(393), 1-15.
- Yeager, K. R., & Roberts, A. R. (2003). Differentiating among stress, acute stress disorder, crisis episodes, trauma, and PTSD: Paradigm and treatment goals. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(1), 3-25.
- Yildirim, Y., & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6), 832-839.
- You, L. F., Yeh, J. R., & Su, M. C. (2014). Expression profile of loneliness-associated genes for survival predict in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(1), 185-190.
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. In A. L. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

1. ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
2. ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียดของ Cohen et al. (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (T-PSS-10) โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010)
3. ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของ สร้าง โดย Rosenberg (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)
4. ชุดที่ 4 แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) ของ McCaffery and Pasero (1999)
5. ชุดที่ 5 แบบประเมินความว่าเหว สร้าง โดย Russell (1996) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา โกสิตานนท์ (2542)

8. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- () จ่ายเอง () บัตรประกันสังคม
() เบิกได้จากราชการ () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

9. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- () ไม่มี () มี โปรดระบุความสัมพันธ์.....

10. ลักษณะครอบครัว

- () ครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวคน
() ครอบครัวขยาย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวคน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1. เข้ารับการรักษาครั้งที่.....
2. การวินิจฉัยโรค.....ระยะของโรคมะเร็ง..... PPS V2.....
วันที่ (ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากผลการตรวจชิ้นเนื้อ).....เดือน.....ปี.....
() Primary region of Cancer () Secondary region of Cancer () Recurrent region of Cancer
คืออวัยวะ..... คืออวัยวะ..... คืออวัยวะ.....
3. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนปัจจุบัน.....
4. เหตุผลที่เข้ารับการรักษา (ปัจจุบัน)
 - () เคมีบำบัด ครั้งที่.....จำนวนทั้งหมด.....ครั้ง กลุ่มยาเคมีที่ได้รับ.....
 - () ฉายรังสี ครั้งที่.....จำนวนทั้งหมด.....ครั้ง
 - () เคมีบำบัด และฉายรังสี ครั้งที่.....จำนวนทั้งหมด.....ครั้ง
กลุ่มยาเคมีที่ได้รับ.....
 - () การผ่าตัด
5. มีประวัติการรักษา ดังนี้
 - () มี () ไม่มี
 - () เคมีบำบัด
 - () ฉายรังสี
 - () เคมีบำบัด และฉายรังสี
 - () การผ่าตัด
6. โรคประจำตัวอื่น ๆ
 - () มี..... () ไม่มี
7. ยาอื่น ๆ ที่ได้รับ.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องที่ตรงกับที่ท่านคิดหรือรู้สึกแบบนั้น

ข้อความ	0 ไม่ เลย	1 แทบจะ ไม่มี	2 มี บางครั้ง	3 ค่อนข้าง บ่อย	4 บ่อยมาก	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด						
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญ ๆ ในชีวิตของท่านได้						
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก กระสับกระส่ายและ ตึงเครียด						
.....						
.....						
.....						
.....						
9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า ท่านโกรธอันเนื่องมาจากสิ่งทีนอกเหนือการควบคุม ของท่าน						
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า ปัญหาต่าง ๆ ทับถม มากขึ้นจนท่าน ไม่สามารถแก้ไขได้หมด						

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องที่ตรงกับ ความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใดในแต่ละข้อคำถามให้ท่าน เลือกตอบเพียงข้อเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 4 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง |
| 1 | หมายถึง | ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย |

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น				
	4 ตลอด เวลา	3 บ่อย ๆ	2 นาน ๆ ครั้ง	1 ไม่ เลย	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ					
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
9. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่า เป็นคนไร้ประโยชน์					
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่า ไม่มีอะไรดีเลยในตนเอง					

ชุดที่ 5 แบบประเมินความก้าวหน้า

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามนี้ บรรยายถึงความรู้สึกที่ท่านจะรู้สึกได้ในบางครั้ง ขอให้ท่านตอบข้อความในแต่ละข้อว่าบ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านรู้สึกเช่นนี้ ตามความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน โดยใส่เครื่องหมายกากบาท (X) อยู่ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ความรู้สึก	1 ไม่เคย เลย	2 นาน ๆ ครั้ง	3 บ่อย	4 บ่อยมาก/ เป็นประจำ	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านรู้สึกว่าท่านเข้ากันได้ดีกับคนรอบข้าง					
2	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเพื่อน					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
24	ท่านรู้สึกว่าอยากเก็บความไม่สบายใจไว้คนเดียว					

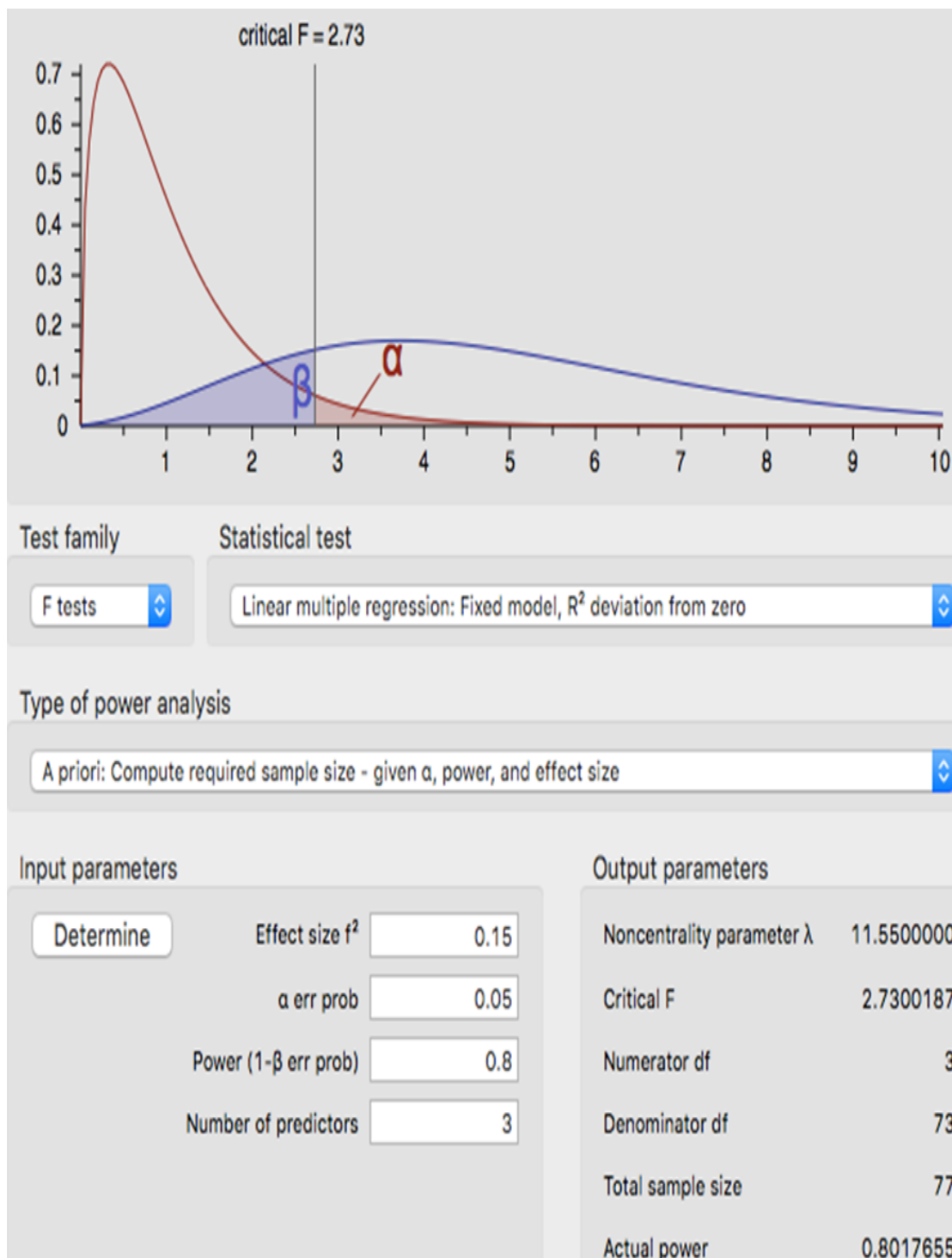
ภาคผนวก ข
วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

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) ในระดับกลางเท่ากับ .15 (Cohen, 1977; Cohen, 1992 a; Faul et al., 2009) การศึกษาทางการพยาบาลโดยทั่วไปจะกำหนดค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเพียงพอสำหรับอำนาจในการทดสอบทางสถิติ (Gaskin & Happell, 2013)
2. กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 (Cohen, 1992 b)
3. กำหนดค่าความเชื่อมั่น ที่ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$)
4. มีตัวแปรต้นในการทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด
5. เลือกกลุ่มการทดสอบจากโปรแกรม f-test
6. เลือกประเภทการทดสอบ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero
7. ป้อนข้อมูลตามข้อ 1-4 ดังนี้ ค่าอิทธิพลเท่ากับ .15 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าความเชื่อมั่น α เท่ากับ .05 และจำนวนตัวแปรทำนายเท่ากับ 3 ตัวแปร
8. คำนวณค่าขนาดตัวอย่าง
9. ผลวิเคราะห์จาก Output parameters ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 77 ราย

ผลการวิเคราะห์การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-11-2559

ชื่อผู้วิจัย นางลัดดาวัล ฟองค์

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี การศึกษาครั้งนี้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสอบถามด้วยตัวของท่านเอง จำนวน 5 ชุด คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียด 3) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง 4) แบบประเมินความปวด 5) แบบประเมินความว้าเหว โดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงลงมือตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 45 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยลดความว้าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีผลทางอ้อมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ เพื่อป้องกันการอ้างอิงถึงตัวท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารพร้อมล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางลัดดาวัล ฟองค์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8408658 หรือ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000 หรือที่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดฉิมชัย หมายเลข โทรศัพท์ 038-102810 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่านจนเกิดความพอใจ

ดิฉันหวังว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่านในการเข้าร่วมทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

นางลัดดาวัล ฟองค์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาทราบ ได้ที่เลขานุการ คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายความไว้วางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาล
มะเร็งชลบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางลัดดาวัล พงศ์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางลัดดาวัลย์ พงศ์)

ภาคผนวก ง
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความเหงาของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

Factors Predicting Loneliness of Hospitalized Cancer Patients in Chonburi Cancer Hospital

ชื่อนิสิต นางลัดดาวัลย์ ฟองค์

รหัสประจำตัวนิสิต 57910061

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 11 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/หรือการผ่าตัด จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 77 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

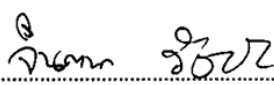
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ สธ. ๐๓๑๒.๑/๐๐๖๑

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

๑๑ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คุณลัดดาวัล พงศ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

๒. เอกสารรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ตามที่คุณลัดดาวัล พงศ์ ได้ส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เรื่อง “ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี” ให้กับคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พิจารณานุญาต นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินงานโครงการวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมาด้วยแล้ว และหากมีการปรับแก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้นักวิจัยแจ้งคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และรายงานความก้าวหน้าของโครงการต่อคณะกรรมการหลังจากดำเนินการ ทุกเดือนมกราคมของทุกปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สุทัศน์ ดวงดีเด่น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

งานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี กลุ่มงานเทคโนโลยี

โทร. ๐-๓๘๗๘-๔๐๐๑-๕ ต่อ ๑๔๖

โทรสาร. ๐-๓๘๔-๕๕๐๕๙



**ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
(ภาษาอังกฤษ)	Factors Predicting Loneliness of Hospitalized Cancer Patients in Chonburi Cancer Hospital
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางลัดดาวัล พองค์
รหัสโครงการ	1/2560
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	9 มกราคม 2560
วันที่หมดอายุ	9 มกราคม 2561

คณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย
ดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม

(นายแพทย์อัศศิริ แก่นแก้ว)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน

ลงนาม

(นายแพทย์สุทัศน์ ดวงดีเด่น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



เอกสารรับรอง
จาก
คณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
เลขที่ 1/2560

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางลัดดาวีล พงศ์
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รหัสโครงการ	1/2560
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
เอกสารที่รับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัย - หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย - แบบบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
วันที่รับรองโครงการ	9 มกราคม 2560
วันที่หมดอายุ	9 มกราคม 2561

คณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร
ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม

(นายแพทย์อัศศิริ แก่นแก้ว)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคน



Certificate of Approval
From
Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital
No. 1/2017

Protocol	Factors Predicting Loneliness of Hospitalized Cancer Patients in Chonburi Cancer Hospital
Protocol Number	No. 1/2017
Principal Investigator	Laddawal Vonk
Affiliation	Faculty of Nursing Burapha University
Research Site	Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand
Document Approved	- Research Project - Research Subject Information Sheet - Consent form - Case record form
Date of Approval	January 9, 2017
Date of Expiration	January 9, 2018

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.....

(Asasiri Kankaew, MD)
 Chairman, Ethics Committee
 Chonburi Cancer Hospital

ภาคผนวก จ
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



คณะกรรมการการอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา	สำนักงานอธิการบดี 62590
วันที่ 9 ส.ค. 2559	อธิการบดี (รศ.ดร.สุทิน ทิพย์)
ที่ 1317 น.	คุณวิภาดา

ที่ ศธ ๖๕๙๓(๘).๗/ ๘๗๗๘

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือเลขที่ ศธ๖๒๐๖/๐๙๖๕ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกเครียดพร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางลัดดาวัล พองค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดำเนินทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี” โดยได้ขอความอนุเคราะห์ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกเครียด (The Perceived Stress Scale-๑๐ : PSS -๑๐) ฉบับภาษาไทย ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกเครียดและเอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์)

ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

เรียน คณบดี

ด้วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณททัย วงศ์ปการันย์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ได้ตอบอนุญาตให้ นางลัดดาวัล พองค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกเครียด ดังรายละเอียดข้างต้นได้

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณิ)

ประธานหลักสูตรฯ ผู้ใหญ่ (ผศ.ดร.นฤมล ปทุมารักษ์) งานบัณฑิตฯ ทราบ และอาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.ยุพิน) เพื่อดำเนินการแจ้งนิสิต (นางลัดดาวัล พองค์) ทราบต่อไป

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

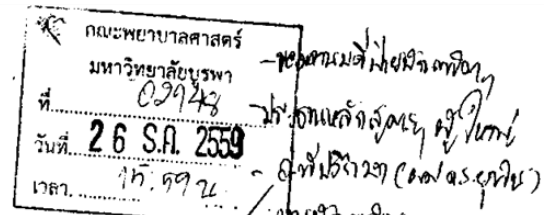
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖

ศน/สภามหาวิทยาลัย ๖

ชาลินี/ ๑๙ ธ.ค. ๕๙

ศน/ ๑๙ ธ.ค. ๕๙



ที่ ศธ 0512.7/ ๒406

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 7

ถนนพระราม 1 วังใหม่ ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

14 ธันวาคม 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามที่นางลัดดาวัลย์ พงศ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของ นาวาโทหญิงวัลลภา โคลิตานนท์ หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา พ.ศ. 2542 โดยมี รองศาสตราจารย์สุภาพพรรณ โคตรจรัส เป็นที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ นั้น

คณะจิตวิทยาพิจารณาแล้วไม่ขัดข้องและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

กมลกานต์ จินข้าง
(อาจารย์กมลกานต์ จินข้าง)

รองคณบดีคณะจิตวิทยา
รักษาการแทนคณบดีคณะจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ 02-218-1184 โทรสาร 02-218-1195



เลขที่	00634
วันที่	17 มี.ค. 60
เวลา	17.04 น.

งานบริการวิชาการ - 20
 งานบริการวิชาการ - 20
 งานบริการวิชาการ - 20
 งานบริการวิชาการ - 20

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๑๙๖๖

วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๒๒๐๖/๐๙๗๕ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางลัดดาวัล ฟองค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี" โดยมี ผศ.ดร.ยุพิน ถนอมวิเศษ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวผ่องศรี ศรีมรกต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๓๗ เรื่อง "ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา"(EFFECTS OF SUPPORTIVE COUNSELING ON PERCEIVED ILLNESS, SELF-ESTEEM AND MORALE IN CERVICAL CANCER PATIENTS UNDERGOING RADIOTHERAPY) ซึ่งมี รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้นางลัดดาวัล ฟองค์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วยเพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเอง หรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช

...../๒.

- ๒ -

ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการ
โอนเงิน ส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

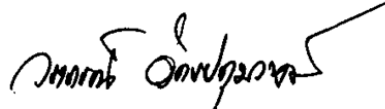
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๙.๓๐-๑๔.๓๐ น.

เรียน คณบดี

ด้วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ตอบอนุญาต
ให้นางลัดดาวัล ฟองค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือคือ แบบประเมินความรู้สึก
มีคุณค่าในตัวเอง ของนางสาวผ่องศรี ศรีมรกต โดยขอให้ผู้ขอใช้เครื่องมือ
ดำเนินการชำระค่าบริการ จำนวน ๒๐๐ บาท ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด
ดังรายละเอียดข้างต้น

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณ)

ประธานหลักสูตรฯ ผู้ใหญ่ (ผศ.ดร.นิภาวรรณ) อาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.ยุพิน) ทราบ
และงานบัณฑิตฯ เพื่อดำเนินการแจ้งนิสิต (นางลัดดาวัล ฟองค์) ทราบต่อไป

ขาลินี/ ๑๗ มี.ค. ๖๐

พ/อานนทมาบ

พ

๖๐ มี.ค. ๖๐

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตารางที่ 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และอาการปวด
กับควมว่าเหว่ ($N = 77$)

ปัจจัย	ความเครียด	ความรู้สึกมี คุณค่าในตัวเอง	ความปวด	ความว่าเหว่
1. ความเครียด	1.00			
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	.557**	1.00		
3. อาการปวด	-.074	-.175	1.00	
4. ความว่าเหว่	.395**	.322**	-.081	1.00

** $p < .001$

พบว่าความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับ
ความว่าเหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39$, และ $r = .32$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนอาการปวด
ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่ ($r = -.08$, $p > .05$)