

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

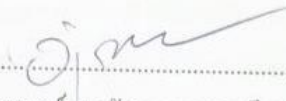
วิภาดา ตรงเที่ยง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เมษายน 2563
ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วิชาดา ตรงเที่ยง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

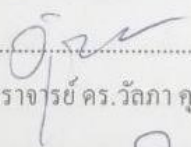
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)

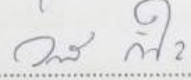
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

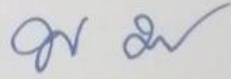
.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชิราภรณ์ จันทร์ดา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัควณิชย์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรชัย จิตเมตต์)

วันที่ 3 เดือน ๖ พ.ศ. ๒๕๖๓

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา ประธานคณะกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา และวิจารณ์ผลงานวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขงานวิจัย ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ ความพากเพียร และความใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเพื่อนและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้กำลังใจ ความห่วงใย และความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทีแก่บุพการี บูรพาจารย์ กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ขอให้ผลงานอันมีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพ ที่จะนำไปพัฒนาต่อขอขอบคุณผู้ป่วยผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขสบายมากที่สุด

วิภาดา ตรงเที่ยง

59910177: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

วิชาดา ตรงเที่ยง: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (FACTORS INFLUENCING UNCERTAINTY IN ILLNESS AMONG CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูพิน ถนัดวิชัย, Ph.D., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 128 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ซับซ้อนและมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง ไม่สามารถทำนายผลการรักษาได้แน่ชัดทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ การวิจัยความสัมพันธ์ เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และมาพบแพทย์เพื่อรับยาเคมีบำบัดตามนัดที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 85 ราย ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 .84 .86 .83 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ($M = 159.52, 83.41, 44.2$ และ $15.52, SD = 5.05, 4.66, 4.01$ และ 3.32 ตามลำดับ) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 73.74, SD = 6.61$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมทำนายการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ ร้อยละ $18.6 (R^2 = .186, p < .05)$

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังต้องเผชิญกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของตนเองมาก และมีภาวะซึมเศร้าสูงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้เพียงพอ เพื่อช่วยลดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

59910177: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: UNCERTAINTY IN ILLNESS and CANCER PATIENTS UNDERGOING
CHEMOTHERAPY

WIPADA THRONGTHIENG: FACTORS INFLUENCING UNCERTAINTY IN
ILLNESS AMONG CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY. ADVISORY
COMMITTEE: YUPIN TANATWANIT, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., 128 P. 2020.

Cancer is a life-threatening disease. Chemotherapy is a complex treatment with severe side effects. In addition, the treatment is unpredictable in its results. This creates uncertainty in cancer patients undergoing chemotherapy resulting in psychological distress. The purpose of this predictive correlational research was to examine the factors influencing uncertainty in illness among cancer patients undergoing chemotherapy. A simple random sampling method was used to recruit 85 patients who were receiving cancer chemotherapy who had visited their doctors appointment in order to receive the chemotherapy at the chemotherapy center at Ratchaburi hospital and who also met the inclusion criteria. The research instruments included Demographic Questionnaire, Illness Perception Questionnaire, Herth Hope Index, Mishel Uncertainty in Illness Scale, and Depression Scale. The Cronbach's alpha coefficients were .83, .84, .86, .83, and .82 respectively. The data was analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results of this study showed that the subjects, the cancer patients who received the chemotherapy, had high perceptions of illness severity, depression, hope, and uncertainty in illness ($M = 83.41$, $SD = 4.66$; $M = 15.52$, $SD = 3.32$; $M = 44.2$, $SD = 4.01$; and $M = 159.52$, $SD = 5.05$ respectively). In addition, they had very high social support ($M = 73.74$ $SD = 6.61$). The significant predictors of uncertainty in illness among cancer patients undergoing chemotherapy were perceptions of illness severity, depression, and social support. These predictors could explain 18.6 % of variance in uncertainty in illness among cancer patients undergoing chemotherapy ($R^2 = .186$, $p < .05$).

These findings suggest that cancer patients undergoing chemotherapy still perceive their illness at high severity, and experience high depression and uncertainty. Thus, to illuminate their uncertainty, professional nurses have to develop nursing care and also to promote them to receive sufficient social support that will help to decrease their high perception of the illness, and to relieve or eliminate the depression and uncertainty of these patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
สมมติฐานของการวิจัย	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	12
นิยามศัพท์เฉพาะ	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
ผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	15
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	26
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในวิจัย	56
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	61
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของตัวอย่าง.....	66
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
5 สรุปและอภิปรายผล.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
อภิปรายผลการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะ	73
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก	90
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	105
ภาคผนวก ง.....	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 62
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย..... 64
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความรู้สึกล้มไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรุนแรง..... 66
4	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกล้มไม่แน่นอนของกลุ่มตัวอย่าง..... 67
5	การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)..... 110
6	การทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) 111
7	การทดสอบการแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อน 112
8	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับความรู้สึกล้มไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง..... 114
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 115
10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถาม แบบประเมินความหวัง..... 116
11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถาม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม..... 116
12	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบสอบถามความรู้สึกล้มไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย..... 118
13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า..120

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	12
2	Uncertainty in illness model	28
3	การทดสอบ Homoscedasticity ของค่าความคลาดเคลื่อน	113

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2015) คาดการณ์ว่าใน 2 ทศวรรษข้างหน้าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 70 อันเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 20-25 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกประมาณ 13-16 ล้านคน โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตติดอันดับ 1 ใน 3 ของโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย โดยประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละประมาณ 67,000 ราย หรือเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง และมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 153.6 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลกอันก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้า ซึ่งการรักษานั้นมีหลายวิธี ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยการรักษานั้นอาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน (บุญขดา วงศ์พิมล และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560) สำหรับวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3-6 เดือน โดยให้เป็นรอบห่างกันประมาณ 2-4 สัปดาห์ (American Cancer Society, 2014) ซึ่งเป็นทั้งวิธีการรักษา และการควบคุมโรคโดยยาเคมีบำบัดเป็นสารเคมีที่มีผลต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตหรือการทำลายเซลล์มะเร็งช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัดหรือเพื่อขจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลือในอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเพิ่มการรอดชีวิต (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2555) เป็นการช่วยยืดระยะเวลา ของการมีชีวิตอยู่ ช่วยเพิ่มโอกาสของการรักษาให้หายขาด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) อีกทั้งยังช่วยลดโอกาสในการแพร่กระจายและกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้ถึงร้อยละ 12 (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, 2557)

ถึงแม้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีประโยชน์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อ

ชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งเซลล์อย่างรวดเร็ว ซึ่งรวมถึงการทำลายเซลล์ร่างกายปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วด้วย (จักรพงษ์ จักรกษัตริ์ และชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2559) เกิดผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน พบมากถึงร้อยละ 90 (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2015) นอกจากนี้ยังพบอาการเบื่ออาหาร อักเสบเกิดขึ้น พบได้ร้อยละ 40 (พวงทอง จินดากุล, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2561) เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ต่อมรับรสอาหาร และเยื่อบุทางเดินอาหารส่วนต้น จึงเกิดการอักเสบของเยื่อบุตามมาส่งผลให้การรับรสขาดอาหาร เปลี่ยนแปลงไป ความอยากอาหารลดลงจนเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (American Cancer Society, 2014) ส่วนอาการท้องเดินอันเนื่องมาจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ในระบบทางเดินอาหารทำให้มีการฝ่อของเยื่อบุลำไส้ส่งผลให้ระบบการย่อยและการดูดซึมอาหารทำงานได้ไม่เต็มที่ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ส่วนผลต่อผิวหนัง คือ ยาเคมีบำบัดกระตุ้นให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนที่ทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างเม็ดสีทำให้ผู้ป่วยมีผิวหนังสีเข้มขึ้น ตลอดจนยาเคมีบำบัดได้ทำลายดีเอ็นเอของเซลล์รากผมทำให้รากผมฝ่อ ลีบ และเกิดการหลุดร่วงในที่สุด แม้ยาเคมีบำบัดไม่ได้เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Loprinzi, Bensinger, Peterson, & Messner, 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูกทำให้ร่างกายมีเม็ดเลือดขาว ซึ่งทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันด้านทานจำนวนลดลง รวมทั้งมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้เกิดภาวะซีดได้ (Coccia, 2012)

ผลจากการได้รับยาเคมีบำบัดสามารถทำให้อวัยวะในร่างกายของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงและเสียหายที่คงได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ยังสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Maninet & Jitpanya, 2014) มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ (จันทร์นภา กาญจนประทุม, ธีราภรณ์ จันทร์ดา และอัจฉริยา ปทุมวัน, 2559) ด้วยสภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายร่วมกับการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดที่ไม่สามารถระบุได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด (Laura, 2012) อีกทั้งผลของการรักษาที่ไม่สามารถทำนายได้ ไม่สามารถระบุระยะเวลาของการรักษา ได้ชัดเจน (มัศยา โปรดเจริญ, 2556) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องตกอยู่ในภาวะเครียด มีความวิตกกังวลพบได้ ร้อยละ 30-47 นำมาซึ่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (พวงทอง จินดากุล และคณะ, 2561) อีกทั้งยังต้องเผชิญกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ป่วย

ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน และต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินเพิ่มขึ้นจากการรักษา เช่น ค่าเดินทางมาทำการรักษา เป็นต้น (วรรณกานต์ ประไพรั้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์ และภาณุ อุคคกลิ่น, 2559) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องมาอยู่ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลซึ่งไม่คุ้นเคยทำให้ต้องมีการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากที่เคยปฏิบัติมาเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแล ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตวิญญาณที่สามารถเกิดขึ้นได้ (Arslan, Celebioglu, & Telzel, 2009)

สถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการไม่มีความเข้าใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองหรือ/และไม่สามารถให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ไม่สามารถประเมินรูปแบบความรุนแรงของอาการแสดงตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากการขาดความสมบูรณ์ในการให้และการรับข้อมูลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอาการเจ็บป่วยในอนาคตได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย ไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างชัดเจน ซึ่งสถานการณ์ในลักษณะนี้เรียกว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการตัดสินใจ ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (Mishel, 1998) ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่กลับเข้ามารับการรักษาต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่องจนเกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังเช่นการศึกษาของ มัสยา โปรดเจริญ (2556) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง และร้อยละ 16 ในระดับสูง ซึ่งการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากการที่บุคคลขาดประสบการณ์และยังไม่มีความรู้ หรือชัดเจนในเรื่องของโรคและการรักษาที่ได้รับรวมถึงอาการข้างเคียงที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปุณรดา พวงสมัย (2558) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 ราย มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.80, SD = 9.50$) เกิดจากการที่แพทย์ไม่ได้บอกผลการวินิจฉัยที่ชัดเจนให้ผู้ป่วยทราบ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Mary (2012) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด จำนวน 21 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึก

ไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูง ซึ่งพบได้ภายหลังได้รับการวินิจฉัย และยังคงอยู่ตลอดเวลาระหว่างได้รับการรักษาเกิดขึ้น เนื่องจากความซับซ้อนของการรักษา ระยะเวลาของการรักษาที่ไม่สามารถระบุเวลาได้ชัดเจน และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการจัดการอาการในชีวิตประจำวัน และความไม่แน่นอนของผลจากการรักษาที่ได้รับ ปัญหาความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงเป็นปัญหาที่พยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการปรับตัวที่ดี และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยใช้สำหรับประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนเองซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นสามารถเผชิญต่อความเจ็บป่วย และวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Ali & Mohamed, 2012) หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2003) ความหวังจะทำให้ผู้ป่วยอดทนและพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษาสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และปรีชกมล รัชกุล, 2558) ในทางตรงกันข้ามการผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากโรค และผลจากการรักษา ซึ่งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ รู้สึกมีคุณค่าในชีวิตลดลง สิ้นหวัง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การเชื่อมโยง และแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ความคลุมเครือและความซับซ้อนลดน้อยลง มีความเข้าใจและแปลความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น (Mishel, 1988) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นสามารถเผชิญกับความไม่แน่นอน เช่น อาการข้างเคียงที่เป็นผลจากการรักษา เป็นต้น (มณฑา ลิ้มทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558) ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาของ นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 70.1 ซึ่งเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น ส่งผลให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 39 ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Smith, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1998) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วยปัจจัยด้านองค์ประกอบของสิ่งเร้า ในที่นี้หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือการรักษา ปัจจัยด้านความสามารถเชิงสติปัญญาเป็นความสามารถในการใช้สติปัญญาและความรู้ในการรับรู้ แปลข้อมูล และตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยหรือการรักษา และปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ให้บริการ เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือในการแปลความหมายของสถานการณ์ความเจ็บป่วยหรือการรักษาของผู้ป่วย ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งนี้ ปัจจัยด้านองค์ประกอบของสิ่งเร้า ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความหวัง ปัจจัยด้านความสามารถเชิงสติปัญญา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ให้บริการ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย การรับรู้สภาวะเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติของร่างกาย จิต และสังคม (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณา และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2550) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำความเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การดำเนินของโรค พยาธิสภาพ กระบวนการรักษา เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสถานการณ์สามารถประเมินตัดสินภาวะสุขภาพของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้ (รัชนก ทรงทรัพย์, 2554) ถ้าหากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Shaha et al., 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการศึกษาของ Mary (2012) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับการให้รังสีรักษาจำนวน 30 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45, p < .05$) เกิดจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ได้รับที่ไม่สามารถระบุเวลาและความรุนแรงได้ชัดเจน สามารถเกิดได้ตลอดเวลา ระยะเวลาของการรักษา ส่งผลให้เกิดความคลุมเครือของการเจ็บป่วยและการรักษามีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามมา สรุปได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. ความหวัง เป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ พฤติกรรมการแสดงออก และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังต่อเหตุการณ์ที่ต่อเนื่อง และความเชื่อมั่นในทางบวกทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต (Herth, 1992) ความหวังจึงมีความสำคัญต่อบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีความหวังในการได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว แนะนำวิธีการแก้ปัญหา และเข้าใจ แปลความหมาย และตัดสินใจในสิ่งที่กำลังเผชิญในความเจ็บป่วยนั้น (Wiles, Cott, & Gibson, 2008) ช่วยให้ผู้สามารถเผชิญปัญหา ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวได้ (Vellone, Rega, Galletti, & Cohen, 2006) เช่นเดียวกันหากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่อาการไม่ดีขึ้นและมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียงจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการรักษาลดน้อยลงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Svensson, Brandberg, Einbeigi, Hatschek, & Ahlberg, 2009) มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider, and Deimling (2000) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 71 ราย พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและระยะของโรคมะเร็งมีการลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหวังและมีความไม่แน่นอนในชีวิตทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความหวังกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการศึกษาของ Tsui (2003) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 85 ราย พบว่า ระดับของการมีความหวังมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ($r = -0.38, p < .05$) เกิดจากความซับซ้อน และความคลุมเครือของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีความหวังเกี่ยวกับโรค และการรักษาลดลง ซึ่งการมีระดับความหวังที่ต่ำจะส่งผลให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jo (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 113 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมทั่วไป และการรับรู้ถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ จากบุคคลในสังคม เพื่อนสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ ได้รับคำแนะนำทั้งในด้านความไว้วางใจ ความหวังใจ การได้รับคำแนะนำทางเลือกในการรักษา การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงาน การให้การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการยอมรับในสิ่งที่บุคคลนั้น

แสดงออกมา (สุชาดา ธารพร, 2555) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กล่าวคือ เป็นแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีความชัดเจน มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกัน หรือได้รับการรักษาเหมือนกัน นำไปสู่การให้การสนับสนุนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ทำให้แบบแผนของอาการชัดเจนขึ้น และสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย รับรู้ความซับซ้อนของการรักษาดีขึ้นและมีส่วนช่วยให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอนาคตได้ (Mishel, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า มีการศึกษาของ บุณรดา พวงสมัย (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 25 ราย เมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Sammarco (2001) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Stegenga and Ward-Smith (2009) ได้ทำศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกโดยอธิบายถึงประสบการณ์ชีวิต การให้ความสำคัญจากการได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนขึ้น โดยหาจากแหล่งประโยชน์เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพื่อนที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเหมือนกัน จากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Miller (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ และมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่ามีการศึกษาของ อภรชา ลำดับวงศ์ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 ราย พบว่า ลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.69, p < .001$) สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ ความรู้สึกดิ่งเครียด ห้วนกลั้ว ผู้ป่วยจะเกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ใจ ท้อแท้ หมดอารมณ์สนุก รู้สึกต่อตนเอง ในด้านลบ มองตัวเองว่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ขาดความสุข และความสนใจในชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรมการแยกตัว และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง (World Health Organization [WHO], 2012) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาท และรบกวนกระบวนการซ่อมแซมของเซลล์ประสาท (American Cancer Society, 2012) ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนไป (Ahles & Saykin, 2007) กระบวนการส่งกระแสประสาท ภายในสมองผิดปกติ (จรินทร์ โคตพรม, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, วิชชดา เจริญกิจการ และนพดล โสภารัตนาไพศาล, 2556) ทำให้มีการขัดขวางการใช้สติปัญญาไม่สามารถทำความเข้าใจกับ เหตุการณ์ของความเจ็บป่วย และไม่สามารถพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความ เจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดรวมถึงผลของการรักษาที่ชัดเจนจึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่ แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า มีการศึกษาของ จรินทร์ โคตพรม และคณะ (2556) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 รายมีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 8.94, SD = 1.87$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งดังเช่นการศึกษาของ Shu (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะ สืบพันธุ์เพศหญิง จำนวน 230 ราย พบว่า ผู้ป่วย มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.3 เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Shumaila (2017) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 181 ราย พบว่า มีภาวะ ซึมเศร้า ร้อยละ 35.4

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่า มีการศึกษา Chung (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง อวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 42 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า ($r = .66, p < .001$) เนื่องจากยาเคมีบำบัดจะเข้าไปขัดขวางหรือการงอกใหม่ของเซลล์ สมองทำให้ขัดขวางการทำงานของเซลล์ประสาท เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อ การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงจึงทำให้เกิด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามมา นอกจากนี้ Keiko (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 49 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น ($r = .43, p = .004$) ซึ่งความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim (2013) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 106 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .60, p < .001$) และยังมีการศึกษาของ Yun (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอน และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 71 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .40, p = .003$) สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง พัฒนาการของโรคมะเร็ง อาการและอาการแสดง ผลการรักษา และผลกระทบต่อร่างกาย ทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นนำมาซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง แต่ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังพบน้อย มีเพียงผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังนั้นการเรียนรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดย่อมมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

สมมติฐานของการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel 1988 ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยอธิบายว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเนื่องมาจากการที่บุคคลไม่มีความเข้าใจ ไม่สามารถให้ความหมายต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Mishel, 1988) ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำข้อมูล ไม่เพียงพอ การอธิบายไม่ชัดเจน ไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วยการรักษาที่ได้รับ และสถานที่ในการรักษา นอกจากนี้ Mishel (1988) ได้อธิบายว่า สิ่งที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 3 ประเด็นใหญ่ ได้แก่ 1) องค์ประกอบของสิ่งเร้า หมายถึง รูปแบบความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา องค์ประกอบของ สิ่งเร้ามี 3 ส่วน ได้แก่ รูปแบบของอาการแสดง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ 2) ความสามารถเชิงสติปัญญาของบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญา และความรู้ แปลข้อมูลที่รับรู้ และตัดสินใจในการประเมินเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรักษา และ 3) โครงสร้างของผู้ให้บริการมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ระดับการศึกษา แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความน่าเชื่อถือในบุคลากรทางสุขภาพ

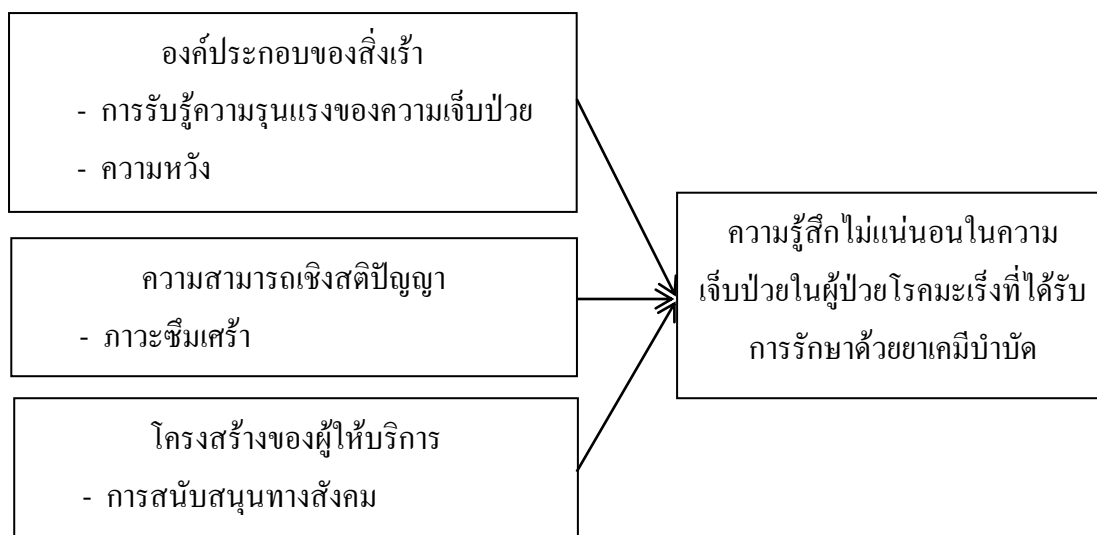
องค์ประกอบของสิ่งเร้าที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นสามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดอธิบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากหากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ชัดเจนจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ แต่หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาอาการเปลี่ยนแปลงรวมถึงอาการที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

ส่วนความหวัง เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นภายในจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และเป็นแรงจูงใจทำให้บุคคลพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังหรือได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ แต่เมื่อความคาดหวังของผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจะก่อให้เกิดความคลุมเครือทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้จึงส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ถือเป็นหน้าที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะช่วยในการเชื่อมโยงและแสวงหาข้อมูลความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา ช่วยลดความคลุมเครือและความซับซ้อนเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถแปลความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ดีขึ้นส่งผลให้ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

ส่วนความสามารถเชิงสติปัญญาของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน การที่ผู้ป่วยจะสามารถคิด คาดการณ์ เข้าใจ และตัดสินใจได้ต้องอาศัยความสามารถเชิงสติปัญญา ซึ่งหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะทำให้ส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด ขัดขวางการรับรู้ ความสามารถในการแปลข้อมูลที่รับรู้หรือพิจารณา และตัดสินใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด และไม่เข้าใจเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ก่อให้เกิดความคลุมเครือในความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ ภาวะซึมเศร้านี้มีผลโดยตรงต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้าโดยจะช่วยการระบุรูปแบบของอาการแสดง หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ชัดเจนจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ซึ่งจะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

จากการศึกษาทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครั้งนี้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีโอกาสเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้จากปัจจัยประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่น่าจะสามารถกระตุ้นชักนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ ผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบของสิ่งเร้า ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความหวัง ความสามารถเชิงสติปัญญา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และโครงสร้างของผู้ให้บริการ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรในกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จำนวน 85 ราย โดยตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า และตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและอยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยอันส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่สร้างขึ้นโดย ธัญญา น้อยเพียง (2545)

ความหวัง หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะผ่านพ้นสถานการณ์ความเจ็บป่วย

และการรักษาที่ได้รับ และเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังหรือได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ โดยใช้แบบประเมินความหวังของ Herth Hope Index (Herth, 1992) ซึ่งแปลโดย สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภา (2543)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ จากบุคคลในสังคม เพื่อน สมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอันเนื่องมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ประกอบด้วย 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุชาติดา ธาราพร (2555)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกรบกวนทางจิตใจ ความรู้สึกดิ่งเครียด หวนกลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้แก่ เบื่อหน่าย หดหู่ใจ ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ขาดความสุขและความสนใจในชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรมแยกตัวและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทยจากแบบประเมิน Thai hospital anxiety and depression scale (Thai HADS) ของ Zigmond and Snaitth (1983) แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) โดยข้อคำถามข้อที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 เป็นการประเมินเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ความรู้สึกล้มเหลวในผู้ป่วย เป็นความรู้สึกหรือภาวะไม่มั่นใจเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ตนเองได้รับ ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์จากสถานการณ์ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่คงเส้นคงวาหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ และด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1990) วัดโดยแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ (Mishel, 1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อภิญา พจนารถ (2555)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive descriptive research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

- 1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง
- 1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
- 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง
- 1.4 พยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคมะเร็ง
- 1.5 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง
- 1.6 การรักษาโรคมะเร็ง
- 1.7 ผลกระทบของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

- 2.1 ความหมายและแนวคิดของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 2.2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 2.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
- 2.4 ผลกระทบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

- 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย
- 3.2 ความหวัง
- 3.3 การสนับสนุนทางสังคม
- 3.4 ภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเกิดจากความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ในร่างกายโดยเกิดจากการเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากกว่าปกติซึ่งไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ ทำให้ก้อนเนื้อโตผิดปกติ โดยสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะและสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงและแพร่กระจาย (Metastasis) ได้ทั่วร่างกาย ส่งผลให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติ (พัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร, 2552)

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) คาดการณ์ว่าใน 2 ทศวรรษข้างหน้าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 70 อันเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 20-25 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกประมาณ 13-16 ล้านคน โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ใน 3 ของโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย โดยประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละประมาณ 67,000 ราย หรือเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง และมีอัตราการตาย ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 153.6 เพศชายพบมะเร็งได้มากในช่วงอายุ 35-75 ปี และเพศหญิงพบได้มากในช่วงอายุ 30-70 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการดำเนินของโรคมะเร็งยังมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ การรักษาที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

การเกิดโรคมะเร็งมีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ร้อยละ 90-95 ของสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 5-10 เนื่องมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (American Cancer Society, 2012) ซึ่งจำแนกได้ตามแหล่งกำเนิดได้ 2 กลุ่ม ดังนี้ (พัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร, 2552)

1. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม

1.1 สาเหตุทางกายภาพ เช่น แรงกระทบที่เกิดอย่างเฉียบพลันและบ่อยครั้ง

1.2 สารเคมีก่อมะเร็ง แบ่งได้เป็น สารก่อมะเร็งสมบูรณ์ เป็นสารเคมีที่สามารถ

ก่อมะเร็งด้วยสารเคมีเพียงชนิดเดียว เช่น Aflatoxin ก่อให้เกิดมะเร็งตับ สารก่อมะเร็งไม่สมบูรณ์

เป็นสารที่ไม่สามารถก่อมะเร็ง แต่เมื่อได้รับการเร่งปฏิกิริยาด้วยสารส่งเสริมการก่อมะเร็ง สามารถทำให้เกิดมะเร็งได้

1.3 รังสี เช่น UV X-Ray และสารกัมมันตรังสีทำให้เกิดมะเร็งผิวหนัง

1.4 จุลชีพ ได้แก่ พยาธิและไวรัส เช่น พยาธิใบไม้ในตับ จากการรับประทานปลา กุ้ง และหอยดิบ ทำให้เกิด Cholangiocarcinoma Hepatitis B virus เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งตับ HPV เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1.5 ความไม่สมดุลของอาหารและโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารไขมันสูง เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้และมะเร็งต่อมลูกหมาก การขาดโปรตีนและวิตามิน A E C และวิตามิน B12 ทำให้กลไกการทำลายเซลล์มะเร็งไม่มีประสิทธิภาพ

1.6 อาชีพและที่พักอาศัย เช่น นักรังสีวิทยาที่ได้รับรังสี X-RAY บ่อย ๆ มีความเสี่ยงจะเกิดมะเร็งผิวหนัง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ช่างทำเฟอร์นิเจอร์ มีโอกาสได้รับเบนซิน ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งโพรงจมูก รวมทั้งการทำงานในโรงงานผลิตพลาสติก มีโอกาสได้รับไวนิลคลอไรด์ ส่งผลให้เกิดมะเร็งตับ

2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกาย ได้แก่

2.1 พันธุกรรม คือ มีการเปลี่ยนแปลงของยีนที่ส่งผลให้การทำงานของเซลล์เปลี่ยนแปลงไปจนหลุดพ้นจากการควบคุมของร่างกาย โดยเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Multistage carcinogenesis โดยมีกลไก 3 ระยะ คือ Initiation promotion และ Progression

2.2 ฮอโมน ปัจจุบันพบว่า มีฮอโมนหลายชนิดที่ชักนำให้เกิดมะเร็ง ได้แก่ การขาดฮอโมนเอสโตรเจน เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเยื่อบุมดลูก การได้รับยาหรือฮอโมนสเตียรอยด์ เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งตับ

2.3 อายุ เชื่อว่าผู้สูงอายุมีจำนวนยีนมะเร็งที่ค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นจากการสัมผัสสารเคมีก่อมะเร็งมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว ร่วมกับความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมลงทำให้ประสิทธิภาพการทำลายเซลล์ลดลง

2.4 พฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งเต้านม การสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดมะเร็งปอด ตับ สมอง และมะเร็งในช่องปาก การมีจำนวนคู่นอนมากและมีประวัติการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ เพิ่มโอกาสในการเป็นมะเร็งปากมดลูก

พยาธิสภาพและกลไกการเกิดมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีน โดยมีสาเหตุและปัจจัยการเกิดจากทั้งภายในร่างกายและปัจจัยภายนอกในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมและดีเอ็นเอ

เกิดการกระตุ้นยีนมะเร็ง (Oncogenes) และยับยั้งการทำงานของยีนต้านมะเร็ง (Tumor suppressor gene) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง หน้าที่ และคุณสมบัติของเซลล์ปกติเกิดเป็นเซลล์มะเร็ง จำนวนเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้นและรวมตัวกัน สามารถกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดบริเวณก้อนมะเร็งได้ (Angiogenesis) เกิดการแพร่กระจายและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย กระบวนการเกิดโรคมะเร็งจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลานาน โดยมีขั้นตอนดังนี้ (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2552; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1. ระยะเริ่มต้น (Tumor initiation) เป็นระยะเริ่มแรกของการเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นมะเร็ง โดยที่เซลล์ของร่างกายได้รับสารก่อมะเร็งทำให้มีการเปลี่ยนแปลง DNA เกิดการกลายพันธุ์ และมีความเสียหายทางพันธุกรรมที่ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม เซลล์ที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อไวรัส สารเคมีหรือสาเหตุอื่น ๆ เกิดการผ่าเหล่ายีนที่กำกับควบคุมการเจริญการแบ่งเซลล์ (Protooncogene)

2. ระยะส่งเสริม (Tumor promotion) เกิดเมื่อเซลล์ตั้งต้นมะเร็งเกิดการเปลี่ยนแปลง หลุดรอดการเฝ้าระวังของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้มีการแบ่งตัว และเพิ่มขยายจำนวนเซลล์ที่ผิดปกติ (Proliferation) การสะสมของการผ่าเหล่าเป็นสัดส่วนกับการเพิ่มจำนวนเซลล์ ดังนั้น การขยายของเซลล์ในระยะแรกของการเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมและกลายเป็นมะเร็ง ถ้าหยุด ขั้นตอนนี้ได้จะไม่เกิดโรคมะเร็ง

3. ระยะก้าวหน้า (Tumor progression) เป็นขั้นตอนต่อจากระยะที่ 2 เป็นระยะที่เซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่างพัฒนากลายเป็นมะเร็งจากที่ร่างกายได้รับสารก่อมะเร็งอย่างต่อเนื่องทำให้มีการกลายพันธุ์ของ Oncogene และ Tumor suppressor gene เซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้ มีการแตกแขนงหลุดเลือดหรือสร้างหลอดเลือดใหม่ อาจมีการลุกลาม (Invasion) ไปอวัยวะใกล้เคียงและแพร่กระจาย (Metastasis) ไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา โดยมีรายละเอียดการจำแนกได้ดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1. Degree of malignant neoplasma แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามการแบ่งของ Broder's classification โดยพิจารณาจากรูปร่างที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเซลล์ต้นกำเนิดเพียงใด เรียงจากระดับความรุนแรงน้อยไปมาก ดังนี้

Grade I Well Differentiated

เซลล์มะเร็งทั้งหมดพัฒนาจนลักษณะคล้าย
เซลล์ปกติ

Grade II Moderately Differentiated	เซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 พัฒนาจนลักษณะคล้าย เซลล์ปกติ
Grade III Poorly Differentiated	เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่งพัฒนาจนลักษณะคล้าย เซลล์ปกติ
Grade III Undifferentiated	เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 ที่พัฒนาจนลักษณะ คล้ายเซลล์ปกติ

2. Stage of malignant neoplasm เป็นการแบ่งตามขอบเขตการลุกลามของมะเร็งว่ามี
การแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง หรือเนื้อเยื่อข้างเคียงมากน้อยเพียงใด

2.1 ระบบ T M N เป็นมาตรฐานกำหนดด้วย UICC (Union Internatinal Center
Cancrum) ประกอบด้วย

T = Tumor site

T _x	ไม่สามารถบอกขนาดมะเร็งได้
T ₀	ไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นของมะเร็งได้
T _{is}	มะเร็งระยะเริ่มแรก
T ₁	มะเร็งขนาดเล็กเป็นระยะต้น จำกัดเฉพาะที่
T ₂	มะเร็งมีขนาดโตขึ้น และแพร่กระจายไปยังอวัยวะ ใกล้เคียง
T ₃	มะเร็งมีขนาดโตขึ้น และแพร่กระจายไปยังอวัยวะ ที่ห่างไกลออกไป
T ₄	มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป

N = Regional lymph node

N _x	ไม่สามารถบอกได้ว่าต่อมน้ำเหลืองโต
N ₀	ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต
N ₁	ต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นโตเล็กน้อย
N ₂	ต่อมน้ำเหลืองทั้ง 2 ข้างโต
N ₃	ต่อมน้ำเหลืองโตมากขึ้นและมีการแพร่กระจาย

M = Distant metastasis

M _x	ไม่สามารถบอกได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย
M ₀	ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง
M ₁	มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

2.2 Clinical stage grouping แบ่งได้ 4 Stage คือ

- Stage I มะเร็งจุดกำเนิด คือ มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณที่กำเนิดภายในอวัยวะ หรือเนื้อเยื่อนั้น ไม่มีการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียง
- Stage II ระยะที่เซลล์มะเร็ง ลุกกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง
- Stage III ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง
- Stage IV ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียง

จากการศึกษาดังกล่าวจะพบว่า มีการแบ่งระดับความรุนแรงของมะเร็งไว้หลายรูปแบบ เพื่อใช้สำหรับประกอบการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และเพื่อพยากรณ์โรค ซึ่งในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ชนิด ความรุนแรงของโรค และความพร้อมของร่างกายผู้ป่วย

การรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งมีหลักการสำคัญ คือ การกำจัดเซลล์มะเร็งออกจากร่างกายให้มากที่สุด โดยมีเป้าหมายในการรักษา คือ การรักษาโรคให้หายขาด การควบคุมโรค เป็นการรักษาไม่ให้อาการของโรคลุกลามมากขึ้น และการประคับประคอง เป็นการรักษาโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม แพร่กระจายรุนแรงจนไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

สำหรับการรักษาในปัจจุบันนั้นผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจรับการรักษา ประกอบกับความคิดเห็นของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยว่าการรักษาแบบใดที่ความเหมาะสมกับสุขภาพ ความพร้อมของร่างกาย ระยะและตำแหน่งมะเร็งของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการรักษาที่นิยมและมีประสิทธิภาพในปัจจุบันมีดังนี้ (American Cancer Society, 2017)

1. การผ่าตัด การผ่าตัดเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกมะเร็ง ชนิดเป็นก้อน (Solid) ที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด (สุวรรณิ สิริเลิศระกุล, สุวดีกษณ์ วงศ์จรโรจศิล, ประไพ อริยประยูร, และเมื่อนมนา จิระจรัส, 2555) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายขาด และเพื่อการประคับประคอง โดยพิจารณาจากขนาด ขอบเขต และตำแหน่งของก้อนมะเร็ง โอกาสของการแพร่กระจาย รวมถึงสภาพความพร้อมของร่างกายผู้ป่วย ซึ่งหากหลังจากทำการผ่าตัดแล้ว แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือการให้รังสีรักษา ซึ่งพบการศึกษาว่าในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัดสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ได้ร้อยละ 12 (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, 2557)

2. รังสีรักษา การใช้รังสีรักษาเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งและควบคุมโรคในกรณีที่ก้อนมะเร็งอยู่ในบริเวณที่ไม่สามารถทำการรักษาด้วยการผ่าตัดได้หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียงในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ รังสีรักษาอาจมีประโยชน์ในการช่วยลดขนาด

ของก้อนมะเร็ง โดยรังสีจะทำลายเซลล์มะเร็งโดยการทะลุทะลวงเข้าสู่เซลล์ ทำให้แตกตัวเป็นประจุ เกิดเป็นอนุมูลอิสระ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำลาย DNA (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) ซึ่งการฉายรังสีอาจทำก่อนหรือหลังการผ่าตัด โดยแพทย์จะประเมินจากลักษณะการลุกลามของก้อนมะเร็ง และโอกาสการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ซึ่งโดยทั่วไปการฉายรังสีรักษามักใช้ระยะเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์ โดยฉายวันละ 1 ครั้ง ฉายติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)

3. การรักษาแบบชีวบำบัด การรักษาโดยใช้ยา Cetuximab ซึ่งเป็นสารต้านมะเร็งในรูปแบบชีวบำบัด จัดเป็นแนวทางการรักษาใหม่ล่าสุดที่เรียกว่า Targeted therapy หมายถึงการรักษาตามเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจง โดยตัวยาออกฤทธิ์ต้านตัวรับสัญญาณเซลล์มะเร็ง Epidermal growth factor receptor (EGFR) โดยเฉพาะจะมีผลทำให้ลดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง

4. ยาเคมีบำบัด การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมโรคให้สงบนานมากที่สุด การใช้ยาเคมีบำบัดอาจใช้เพื่อเสริมผลการรักษาหลักด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นการรักษาเสริมก่อนหรือภายหลังการผ่าตัดหรืออาจใช้เพื่อประคับประคองหรือบรรเทาอาการซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะแพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ช่วยควบคุมการลุกลาม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) โดยแพทย์ จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยทั่วไปการให้ยาเคมีบำบัดจะใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ใน 1 รอบ มีการให้ยามากกว่า 1 ครั้งขึ้นอยู่กับสูตรของการรักษา ส่วนมากจะใช้เวลาเฉลี่ยในการรักษา 4-6 เดือน ต่อ 1 สูตรการรักษา แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการรักษา 1-2 วัน หรือ 5 วัน (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2012) ซึ่งกลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง แบ่งตามลักษณะและคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา แบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; American Cancer Society, 2012)

4.1 Alkylating agents ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ทำปฏิกิริยากับ DNA (Deoxyribonucleic acid) และส่วนประกอบที่สำคัญอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของเซลล์ทำให้เกิดการจับคู่ผิดของโมเลกุลใน DNA คือ Guanine จะจับคู่กับ Cytosine แทนที่จะเป็น Thymine เป็นผลทำให้รหัสบนยีนผิดปกติ ส่งผลให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้และตายไปในที่สุด เกิดขึ้นในระยะใดก็ได้ของการแบ่งเซลล์ จึงจัดอยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงกับการแบ่งเซลล์ เช่น Melphan Cyclophosphamide Ifosphamide เป็นต้น ผลข้างเคียง ได้แก่ ผลต่อระบบประสาทเกิดการเสียหายที่ของประสาทส่วนปลาย สมรรถภาพการทำงานของไขกระดูกทำให้มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ ผลต่อระบบทางเดินอาหารและตับทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อในช่องปากอักเสบ ปากเปื่อย เป็นต้น

4.2 Antimetabolites ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์เข้าไปขัดขวางขบวนการการสร้าง Folate Purine Pyrimidine ซึ่งจำเป็นในการสร้าง DNA และ RNA ยาชนิดนี้จะไปออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อวงจรชีวิตของเซลล์ที่ระยะ S โดยไปยับยั้ง DNA polymerase ทำให้ไม่สามารถสร้าง DNA และ RNA ได้ ทำให้การเจริญเติบโต และการแบ่งเซลล์ลดลงยาส่วนใหญ่มีฤทธิ์ยับยั้งที่ระยะ S และระยะอื่น ๆ ใช้ได้ผลดีกับโรคมะเร็งที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น 5-Fluorouracil (5-FU) และ Methotrexate (MTX) เป็นต้น ผลข้างเคียง ได้แก่ ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อหูในช่องปากอักเสบ ท้องเสีย กดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น

4.3 Antitumor ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้โดยการจับกับ DNA (DNA intercalation) เป็น Cell-cycle nonspecific ทำให้เกิดการรบกวนการทำงานของเอ็นไซม์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังเซลล์ ขัดขวางการแบ่งเซลล์ เช่น Doxorubicin (Adriamycin) Bleomycin และ Mitomycin-C เป็นต้น ผลข้างเคียง ได้แก่ ถ้ายารั่วออกนอกเส้นเลือดเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ เส้นเลือดจะถูกทำลายอย่างรุนแรง เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อหูในช่องปากอักเสบ ผม่วง อ่อนเพลีย กดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น

4.4 Vinca alkaloids ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้เป็นสารเคมีที่สกัดจากพืช ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะ วงชีพเซลล์ที่ระยะ M-Phase โดยออกฤทธิ์ไปจับกับ Tubulin ยับยั้งการสร้าง Microtubules และ Spindle fibers ทำให้โครโมโซมแยกจากกันไม่สามารถไปสร้างนิวเคลียสของเซลล์ใหม่ และตายในที่สุด เช่น Vincristine Paclitaxel Epioside เป็นต้น ผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมกดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น

4.5 Taxanes ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้เป็นสารเคมีที่สกัดจากพืช ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะ วงชีพเซลล์ที่ระยะ M-Phase โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Microtubules ในเซลล์โดยการจับกับโปรตีนทิวบูลิน (Tubulin) ที่อยู่ภายในเซลล์ นำไปสู่การขัดขวางการแบ่งตัวของเซลล์ และทำให้เซลล์ตายในที่สุด เช่น Paclitaxel (Taxol) หรือ Docetaxel (Taxotere) เป็นต้น ผลข้างเคียง ได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดต่ำ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พิษต่อหัวใจ เป็นต้น

4.6 กลุ่ม Camptothecans ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะวงชีพเซลล์ที่ระยะ S-Phase โดยไปยับยั้งเอ็นไซม์ Topoisomerase I ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ในการสร้าง DNA เมื่อเอ็นไซม์ไม่ทำงานส่งผลให้เซลล์มะเร็งไม่เกิดการแบ่งตัว ไม่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์มะเร็ง

และตายในที่สุด เช่น Topotecan หรือ Irinotecan เป็นต้น ผลข้างเคียงดังนี้คือ กดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อในช่องปาก อักเสบ ท้องเสีย อ่อนเพลีย เป็นต้น

4.7 Miscellaneous ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะวงซิงเกิลที่ระยะ S-Phase ทำปฏิกิริยากับ Quannine หยุดยั้งการสังเคราะห์และการแบ่งตัว DNA ภายในเซลล์โดยตรง เช่น Cisplatin Carboplatin หรือ Oxaliplatin เป็นต้น ผลข้างเคียงได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดต่ำ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

4.8 Hormone ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ไม่มีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์โดยตรง การให้ในขนาดสูงจะไปกดการเจริญของเนื้อเยื่อร่างกาย ยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็ง ใช้กับโรคมะเร็งบางชนิดที่ถูกกระตุ้นด้วยฮอร์โมนเพศ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ เป็นต้น ยาเคมีบำบัดเหล่านี้ได้แก่ Tamoxifen estradiol หรือ Diethylstilbestrol เป็นต้น ผลข้างเคียงได้แก่ กดการทำงานของต่อมไธมัสและต่อมหมวกไต ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีผลทำให้กล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง และกดภูมิคุ้มกัน ทำให้ติดเชื้อไวรัสแบคทีเรีย หรือเชื้อราได้ง่าย และยังมีผลต่ออารมณ์ทำให้อารมณ์แปรปรวนแบบซึมเศร้าได้

4.9 Enzyme ยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการสร้างโปรตีนในเซลล์ที่ไวต่อยาทำให้เซลล์ขาดสารตั้งต้นสำหรับการสังเคราะห์ DNA RNA และป้องกันไม่ให้เซลล์เข้าสู่ S-Phase เช่น L-Asparaginase เป็นต้น ซึ่งผลข้างเคียงของยาตัวนี้จะไม่มีผลต่อไขกระดูก และไม่ทำลายเยื่อทางเดินอาหารหรือเซลล์รากผม แต่อาจมีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดออกได้ง่าย นอกจากนี้อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้า ซึ่งการรักษาที่มีหลายวิธี ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของการเป็นโรค การกระจายของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยการรักษานั้นอาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน (บุญยดา วงศ์พิมล และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2560) สำหรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีเป้าหมายในการป้องกันการลุกลาม และยังช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น ในการใช้ยาเคมีบำบัดแพทย์มักพิจารณาเลือกใช้ชนิดที่ก่อให้เกิดผลสูงสุดต่อชนิดของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น อย่างไรก็ตามการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดนอกจากมีผลต่อเซลล์มะเร็งแล้วยังส่งผลต่อเซลล์ปกติบางชนิดที่เจริญเติบโตเร็ว เช่น เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ไขกระดูก และรากผม เป็นต้น อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดร่วมกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ดำเนินก้าวหน้าก็ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิด นอกจากจะมีการออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วย ส่วนมากจะกดภูมิคุ้มกัน และมีผลข้างเคียงมาก ซึ่งผลข้างเคียงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของยานั้น ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

1. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน พบได้ร้อยละ 31.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ปรกติ ดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร คนัยคุณฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไอรณฉัตร, 2558) หรืออาจพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 90 (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2015) เนื่องจากยามีฤทธิ์กระตุ้นต่อเซลล์สมองที่ควบคุมเกี่ยวกับการอาเจียน โดยยาจะไปกระตุ้น Chemoreceptor trigger zone บริเวณ Medulla oblongata แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน โดยมีสารสื่อประสาทที่กระตุ้นให้เกิดการอาเจียน ได้แก่ Serotonin dopamine histamine และ Acetylcholine (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2015) และนอกจากนี้ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งเซลล์อย่างรวดเร็วซึ่งรวมถึงเซลล์ร่างกายปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วด้วย เช่น เซลล์รากผม เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เป็นต้น (จักรพงษ์ จักรบาตร์ และชวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2559) ซึ่งยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดอาการภายหลังได้รับยา 2-3 วัน อาจเกิดอาการเบื่ออาหาร เนื่องจากยาทำให้ต่อมรับรสเสียหายที่ ความอยาก อาหารลดลง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และหายไปได้เองใน 2-6 สัปดาห์หลังหยุดยาอาจเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหรือเยื่อหลอดอาหารอักเสบ ทำให้คอแห้ง เจ็บคอ กลืนลำบาก บางรายมีอาการท้องเสียเนื่องจากยาทำให้เยื่อทางเดินอาหารระคายเคืองการย่อยและการดูดซึมลดลง (American Cancer Society, 2017) และมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย บางรายมีอาการท้องผูก ซึ่งเคมีบำบัดมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้ เคลื่อนไหวลดลงมักดีขึ้นหลังหยุดยา

2. ผลต่อระบบไขกระดูก ซึ่งมักจะเกิดภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด 7-14 วัน (สุวรรณฉัตรสิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูกทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (Neutropenia) มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดภาวะซีด (Anemia) อ่อนเพลีย (Coccia, 2012) เกิดภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากเนื่องจากยาทำให้เกิดเกล็ดเลือดลดลง (Trombocytopenia) (American Cancer Society, 2012)

3. ผลต่อผิวหนัง ผม และขนอาจเกิดอาการผิวแห้ง คัน ยาเคมีบำบัดจะกระตุ้นให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนที่กระตุ้นสารดำของผิวหนัง (Melanin stimulating hormone) ทำให้

ผู้ป่วยมีผิวหนังสีเข้มขึ้น ผื่นขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ ตลอดจนมีการทำลายรากผมเนื่องจากยาเคมีบำบัดจะทำลายดีเอ็นเอของเซลล์รากผมทำให้รากผมฝ่อ ลีบ และอ่อนแอ เกิดการหลุดร่วงในที่สุด ซึ่งไม่ได้เป็นอันตรายต่อชีวิตแต่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Loprinzi et al., 2014) ผม และขนอาจร่วงมักเกิดขึ้นได้ 2-3 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (สุวรรณฉัตรสิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) เมื่อหยุดยาผมและขนจะงอกมาใหม่ภายใน 1 เดือน แต่สีของเส้นผมและขนอาจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

4. ผลต่อระบบไต และระบบขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด Cyclophosphamide และ Cisplatin จะมีผล โดยตรงต่อไต นอกจากนี้จำนวนครั้งที่ได้รับยาและการได้รับน้ำไม่เพียงพอจะทำให้เกิดกรดยูริกตกผลึกในไตเกิดไตวายเฉียบพลันเนื่องจากผลของเซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยยาเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว (American Cancer Society, 2012)

5. ผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาตามปลายมือ ปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว (American Cancer Society, 2012) เนื่องจากยาเคมีบำบัดจะเข้าไปทำลายเซลล์ประสาท Sensory axon ที่ Myeline และ Dorsal root of ganglia ของเส้นประสาทรับความรู้สึกขนาดเล็กและบาง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกเกี่ยวกับอุณหภูมิร้อน เย็น ปวด ชา ซึ่งพบได้ร้อยละ 11 ของอาการที่พบ (สุวรรณฉัตรสิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังทำลายเส้นประสาทขนาดใหญ่ทำให้สูญเสีย Deep tendon reflex สูญเสียการเคลื่อนไหวแขนขาอ่อนแรง

6. ผลต่อเนื้อเยื่อ โดยเคมีบำบัดบางชนิดต้องฉีดเข้าหลอดเลือดดำบางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อไม่รุนแรงเป็นเพียงการอักเสบของหลอดเลือดดำแต่บางชนิดมีผลต่อเนื้อเยื่อรุนแรง ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้

7. พิษต่อระบบอื่น ๆ เช่น อาจเกิดภาวะหัวใจวายได้ ปอดเกิดพังผืด ปอดอักเสบ บวม น้ำตบอ่อนอักเสบ มีโอกาสเป็นหมันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายเมื่อใช้ยาสะสมเป็นเวลานาน

อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสามารถส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายแล้วยังสามารถส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้เช่นกัน

ผลกระทบต่อจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมักจะรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, 2559) ส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้ดังนี้ (American Cancer Society, 2011)

1. อาการวิตกกังวล (Anxiety) เกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจ รู้สึกไม่ปลอดภัยจากการรักษา และการได้รับยาเคมีบำบัด ไม่สบายใจ เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

2. ความรู้สึกกลัว (Fear) อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง กลัวผลกระทบจากการรักษาทั้งการผ่าตัด กลัวผ่าตัดแล้วไม่ฟื้น กลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ซึ่งจากการศึกษาของ สุวิมล กิมปี, สุพร คนัยคุชฎีกุล, กนกวรรณ บุญสังข์ และวิรุณ บุญนุช (2556) พบว่า ความกลัวการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจทำให้ผู้ป่วยชะลอการรักษา จนเมื่ออาการที่เป็นรุนแรงขึ้นจนตัดสินใจไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน

3. อาการซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 3-69 (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง เกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นน้อยลง

4. ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นความรู้สึกไม่สบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จากพยาธิสภาพของโรค การรักษา โดยเฉพาะในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ขาดรายได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิการรักษาพยาบาลแต่อาจมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและยา ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีรายจ่ายที่ต้องใช้สำหรับการเดินทางมารับการรักษา ค่าอาหารค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หากผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบในการหารายได้ของครอบครัวย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดเกี่ยวกับเศรษฐกิจการเงินซึ่งอาจจะส่งผลต่อเศรษฐกิจตามมาภายหลัง (Shell & Kirsh, 2001)

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยต้องมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับบุคคลที่ไม่รู้จักมาก่อนทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวและยังต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากที่เคยมาเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเป็นผลกระทบด้านจิตวิญญาณที่สามารถเกิดขึ้นได้ (Arslan et al., 2009)

ปัจจุบันแม้ว่าการรักษามะเร็งด้วยการให้ยาเคมีบำบัด มีการปรับเปลี่ยนการใช้เคมีบำบัด โดยนิยมนำเคมีบำบัดเพียงตัวเดียวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

ลดพิษของเคมีแต่ละชนิดและลดการติดต่อการใช้ยาเคมีบำบัด แต่การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนอกจากจะส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายแล้วนั้น ก็อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกหลายด้านของผู้ป่วยเนื่องจาก โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถพยากรณ์โรคว่าจะกำเริบขึ้นเมื่อใด จะรุนแรงมากน้อยเพียงใดและผลของการรักษาจากการได้รับเคมีบำบัดจะเป็นอย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความหมายและทฤษฎีของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) ได้พัฒนาทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง เพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายบุคคลว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำหรือการกำเริบมากขึ้น ความไม่แน่นอนนี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือต่อเนื่องยาวนาน ไม่ว่าจะ เป็นเหตุการณ์ใดหรือแหล่งของความรู้สึกไม่แน่นอนมาจากที่ใด เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น จะมีลักษณะต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งลักษณะ คือ ไม่สามารถชี้เฉพาะเจาะจงได้ (Vagueness) ขาดความชัดเจน (Lack of clarity) มีความคลุมเครือ (Ambiguous) ไม่สามารถทำนายได้ (Unpredictability) ไม่มีความสม่ำเสมอ (Inconsistency) มีความน่าจะเป็น (Probability) มีหลายความหมาย (Multiple meaning) และการขาดข้อมูลที่เพียงพอ (Lack of information)

Mishel (1988) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถสรุปความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้แน่นอน

Chrisman (1990) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วยว่า เป็นผลจากการประเมินสภาพความเจ็บป่วยไม่ชัดเจน ขาดแนวทางในการประเมิน ไม่คุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลหรือเป็นความเจ็บป่วยที่มากเกินไปที่ผู้ป่วยจะรับรู้และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

Hilton (1992) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนว่า เป็นภาวะทางสติปัญญาที่เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์นั้นไม่สามารถให้ความหมายหรือจำแนกได้อย่างเพียงพอเนื่องจาก

ขาดข้อมูล

สมจิตร หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงษ์หงษ์กุล (2534)

ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วย และการรักษาที่ตนเองได้รับ ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

Mishel (1988) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยสถานการณ์ที่มีลักษณะ 4 ประการ ดังนี้

1. คลุมเครือของความเจ็บป่วย (Ambiguity) เป็นความรู้สึกถึงความไม่ชัดเจนของอาการและความเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใดและผลการรักษาจะเป็นอย่างไร เป็นการประหม่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลของการรักษาได้ไม่ชัดเจน ไม่รู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สบายเกิดจากสาเหตุใด ไม่รู้ความรุนแรงและอาการจากความเจ็บป่วยหรือจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากไม่มีความเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ได้รับทำให้ไม่สามารถทำนายผลการรักษาที่แน่นอนได้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีความคลุมเครือในความเจ็บป่วยสูง (Mishel, 1988) เนื่องจากผู้ป่วยคาดว่าเป็นโรคร้ายแรง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเพิ่มขึ้น

2. ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล (Complexity) เป็นความรู้สึกถึงความยุ่งยากความซับซ้อนในขั้นตอนการรักษาและวิธีการที่เฉพาะ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาและระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับบริการทำให้ไม่คุ้นเคย ไม่มั่นใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนจะช่วยให้หายจากการเจ็บป่วยได้จริง บางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการและขั้นตอนในการรักษาเพราะมีความวิตกกังวลทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพอธิบายหรือรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง การไม่ได้รับคำอธิบายในสิ่งที่ต้องการรับรู้ และการใช้ภาษาที่เข้าใจยากจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ เช่น ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนจากการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดตนเองหายจากโรคมะเร็ง

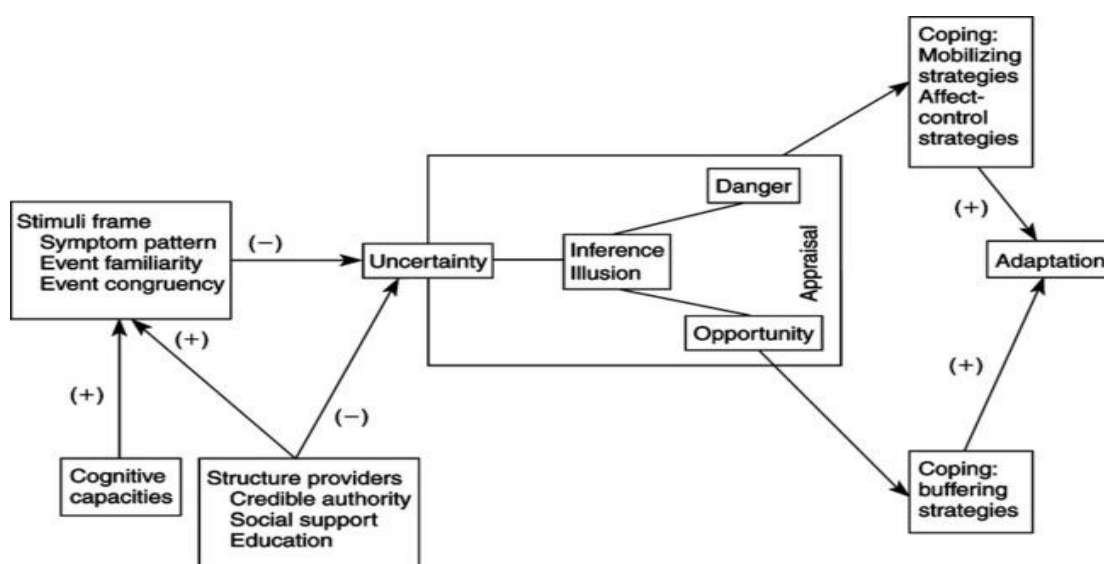
3. การได้รับข้อมูลที่ไม่คงเส้นคงวาหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (Inconsistency of the information) เป็นการได้รับข้อมูลสำคัญ ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอหรือข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้แน่นอน และไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

เมื่ออาการแสดงหรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยจึงไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

4. การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้

(Unpredictability) ความรู้สึกถึงความไม่สามารถทำนายได้ของแนวทางการรักษา และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นทำให้บุคคลไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งเป็นผลมาจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษา และความไม่แน่นอนในการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ไม่สามารถนำเอาข้อมูลความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ประสออยู่ไม่สามารถเข้าใจและสร้างแบบแผนความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจนจึงทำให้มีการแปลความหมายของความเจ็บป่วยไม่ชัดเจนส่งผลให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น (Mishel, 1988)

เมื่อสภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลย่อมมีความคาดหวัง และต้องการผลลัพธ์การรักษาที่แน่นอนและชัดเจน สามารถทำนายอนาคตที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ ส่วนผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการหรืออยากหลีกเลี่ยง คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Uncertainty in illness model (Mishel, 1988)

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Mishel (1988) มีดังนี้

1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า (Stimuli frame) หมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบ และโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ โดยสิ่งเร้านี้หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรักษาภายในสิ่งเร้า ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

1.1 รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) เป็นรูปแบบหรือขั้นตอนการเกิดลักษณะอาการที่แสดงออกมาให้รับรู้ ถ้าเป็นรูปแบบที่ชัดเจนจะมีผลที่ทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลงแต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้บุคคล ไม่สามารถคาดเดาอาการได้ทำให้เกิดความคลุมเครือและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) เป็นเหตุการณ์ที่เป็นปกติ เกิดขึ้นบ่อย ๆ จนเกิดความเคยชิน และสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อนในอดีต เช่น สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมายคาดเดาเหตุการณ์ได้ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ในกรณีที่เป็นความเจ็บป่วยครั้งแรกและไม่คุ้นเคยต่อการรักษารวมทั้งสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event congruence) เป็นความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังและเหตุการณ์เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษากับเหตุการณ์ที่คาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งถ้ามีความสอดคล้องกันจะช่วยให้บุคคลสามารถแปลความหมายได้ และเข้าใจในเหตุการณ์มากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงก็จะเกิดความคลุมเครือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้จึงส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

ดังนั้นองค์ประกอบของสิ่งเร้าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจกับเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นผลให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง

2. ความสามารถเชิงสติปัญญา (Cognitive capacity) เป็นความสามารถในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่บนการประเมินเหตุการณ์หรือแปลข้อมูลที่ได้รับหรือพิจารณา และตัดสินใจของบุคคล ความสามารถในการใช้สติปัญญานี้จะมีผลโดยตรงต่อกรอบของสิ่งกระตุ้น โดยช่วยในการระบุแบบแผนอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และมีความหวังใกล้เคียงหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์จริงซึ่งจะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งผลจากการได้รับยาเคมีบำบัดอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลให้มีการขัดขวางการรับรู้หรือการใช้สติปัญญาในการพิจารณา

ตัดสินใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยขึ้น

3. โครงสร้างของผู้ให้บริการ (Structure of provider) เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่
เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายขององค์ประกอบของสิ่งเร้าเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยลด
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งโครงสร้างของผู้ให้บริการมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 การศึกษา (Education) มีผลให้บุคคลแปลความหมายของแบบแผนของสิ่งเร้า
ได้ง่ายโดยตรงจากข้อมูลที่รับรู้จะช่วยขยายความรู้เดิมหรือพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย
ให้ชัดเจนเพิ่มขึ้นและเกิดความหมายมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำนาย
แบบแผนของอาการแสดงมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่และความคาดหวังมีความ
สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยลด
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง โดยช่วยในการเชื่อมโยง และแสวงหาข้อมูล
ความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ความคลุมเครือ
และความซับซ้อนที่รับรู้ลดน้อยลง มีความเข้าใจและแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจน
มากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
โดยผ่านกรอบของสิ่งกระตุ้นซึ่งทำให้คาดเดาเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง

3.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ (Credible authority) เป็นความ
ไว้วางใจ และความศรัทธาที่มีต่อผู้ให้การดูแลสุขภาพทำให้เกิดการยอมรับและเชื่อฟัง
คำชี้แนะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทั้งนี้ยังช่วยแปลความหมายอาการแสดง
ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง และผลทางอ้อมทำให้เข้าใจสามารถ
สร้างกรอบของสิ่งกระตุ้นได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น จากการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
และการรักษาทำให้เกิดความคุ้นเคยและมีความคาดหวังตรงกับความเป็นจริง

การประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการประเมินเหตุการณ์หรือ
ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) และการสร้าง
ความเชื่อใหม่ (Illusion) ทำให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตราย (Danger-appraisal)
และการประเมินตัดสินใจว่าเป็น โอกาส (Opportunity-appraisal) การประเมินตัดสินใจ
ไม่แน่นอน อาศัยการประเมินตัดสินใจใน 2 รูปแบบ คือ การลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่
ดังนี้

1. การลงความเห็น (Inference) ถูกกำหนดตามลักษณะของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อในตนเองและความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้รวมถึงความสามารถ ในการเรียนรู้ ความสามารถในการควบคุมตนเองและความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกของ บุคคลนั้น ๆ เมื่อมีการลดระดับความสามารถในการควบคุมตนเองอาจเป็นสาเหตุให้มีการประเมิน ความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็น “อันตราย” ได้ สำหรับปัจจัยความเชื่ออำนาจภายในและนอกตน ซึ่งมีส่วนช่วยบุคคลในการพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่คลุมเครือนั้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจ ใน ตนสูงความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสิ่งที่ควบคุมได้เป็น “โอกาส” แต่บุคคลที่มีความ เชื่อ นอกตนสูงมักจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็น “อันตราย” โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดบุคลาการ ทางสุขภาพพบพร่องในบทบาทหน้าที่จากสาเหตุใดก็ตาม การลงความเห็นอาจลงความเห็นจาก ประสบการณ์และความรู้ของบุคคล ความรู้ที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการประเมิน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของข้อมูลที่มีว่าเป็นในแง่บวกหรือแง่ลบ

2. การสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) ถูกกำหนดตามความเชื่อบุคคลเลือกพิจารณา ความเชื่อตามแนวคิดที่ตนปรารถนา ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักถูกประเมินเป็น “โอกาส” ในอดีตการสร้างเชื่อใหม่นี้ถูกมองว่าเป็นการปฏิเสธความจริงจึงถูกตัดสินว่าเป็นการปรับตัว ที่ไม่เหมาะสมของบุคคล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจุบัน ได้สะท้อนให้เห็นคุณค่าการสร้าง ความเชื่อใหม่และหลีกเลี่ยงปัญหาและการปฏิเสธความจริง การคงความเชื่อที่สร้างใหม่จะช่วย ปกป้องบุคคลจากภาวะคุกคามหรือเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่ยังไม่ยอมรับข้อมูลที่เป็นความจริงญาติ สามารถส่งเสริมให้เกิดความเชื่อใหม่ ทั้งนี้โดยมุ่งหวังที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง สำหรับบุคลาการทางสุขภาพที่อาจช่วยโดยการลดความคลุมเครือของเหตุการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ ผลลัพธ์ในทางบวกที่อาจเป็นไปได้

2.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนที่ถูกประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายและวิธีเผชิญปัญหา (Danger-appraisal) โดยทั่วไปความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามก่อให้เกิด อันตราย การประเมินเหตุการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายจะเกิดเมื่อเหตุการณ์นั้นไม่สามารถทำนาย ผลลัพธ์ได้ชัดเจนเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง สาเหตุให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในแง่นี้ได้แก่ การสูญเสีย หรือขาดบุคคลที่เชื่อถือไว้วางใจในระหว่างการวินิจฉัยและรักษา บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีวิธีการ เผชิญปัญหาโดยมีการมุ่งแก้ปัญหาและ/ หรือการปรับอารมณ์เพื่อลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอน ในแง่การมุ่งแก้ปัญหา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ เลือกรูปวิธีการ แก้ปัญหาโดยตรงน้อยที่สุด ส่วนการเผชิญปัญหาด้วยความรอบคอบระมัดระวังเป็นวิธีการ แก้ปัญหาทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยมักจะนำมาใช้เพื่อช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอน วิธีการแสวงหา ข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนได้เช่นกัน ญาติมีส่วนช่วยในการจัดเตรียม

และช่วยแปลข้อมูล ความรู้สึกสับสนซึ่งเป็นผลจากความรู้สึกไม่แน่นอนอาจลดลงเมื่อได้มีโอกาสติดต่อกับบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เดียวกัน ฉะนั้นถ้าวิธีการมุ่งแก้ปัญหาไม่สามารถลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ วิธีการปรับอารมณ์จึงถูกนำมาปฏิบัติต่อไปเป้าหมายของวิธีนี้ก็เพื่อจะจัดการกับผลกระทบทางด้านอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวลซึ่งจะปรากฏเมื่อบุคคลเชื่อว่าไม่มีอะไรที่สามารถแก้ไขภาวะไม่แน่นอนนี้ได้

2.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนที่ถูกประเมินตัดสินว่าเป็น โอกาสและวิธีเผชิญปัญหา

(Opportunity-appraisal) Mishel (1988) พบว่า ความรู้สึกเป็นโอกาสอาจเป็นผลจากการลงความเห็นหรือการสร้างความเชื่อใหม่ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะเกิดจากการสร้างความเชื่อใหม่มากกว่าการประเมินของบุคคลว่าเป็นโอกาสจะเกิดเมื่อความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ไปในทางลบ ความแน่นอนในเชิงลบ ได้แก่ เหตุการณ์ของความเจ็บป่วยที่ทราบแน่ชัดว่าเป็นทิศทางในทางที่ทรุดลง บุคคลใช้วิธีการป้องกันเพื่อคงความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ไว้ เพราะถ้าความรู้สึกไม่แน่นอนสลายความเชื่อ ความหวังต่าง ๆ ของผู้ป่วยก็จะถูกทำลายด้วยวิธีการปกป้องเพื่อหยุดยั้งการเข้ามาของสิ่งเร้าใหม่ซึ่งอาจแปรเปลี่ยนความรู้สึกไม่แน่นอนในรูปแบบของโอกาส ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การรับรู้ การเลือกที่จะเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ การปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ และการวางแผน สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนต่อการปรับตัวได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไม่สามารถจัดประเภทหรือหมวดหมู่ของเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้อย่างชัดเจน จากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน การไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย กลัวการกลับเป็นซ้ำทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น นอกจากนี้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก็ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาของการรักษาที่แน่นอนได้ต้องปรับเปลี่ยนตลอดเวลาขึ้นอยู่กับผลการดำเนินโรคของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะวินิจฉัยโรคใหม่ มักจะเกิดซึ่งความวิตกกังวล ความสงสัยและไม่แน่นอนใจเกี่ยวกับอาการ และผลของการวินิจฉัย ผู้ป่วยบางรายที่แพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาอาจรู้สึกไม่แน่นอนใจในการตัดสินใจรับการรักษา และไม่แน่นอนใจในผลผลการรักษาจนไม่สามารถตัดสินใจได้ (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2003)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะรักษา เป็นผู้ที่ได้ตัดสินใจเลือกรับการรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามคำแนะนำของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง และที่เกิดจากการรักษาด้วยผู้ป่วยที่ประสบกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัดนำมาซึ่งอาการไม่สุขสบาย มักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในผลของการรักษา และไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ไม่คุ้นเคยมาก่อน และไม่สามารถทำนายแบบแผนของอาการเจ็บป่วยได้จึงเป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักมีความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (Shaha et al., 2003)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งจากการรักษาโรคมะเร็ง การดำเนินของโรคที่ยาวนาน (Shaha et al., 2003)

ผลกระทบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเป็นโรคมะเร็งในแง่ลบ โดยมองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง ลักษณะของการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน คาดเดาไม่ได้ และไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จของการรักษาได้อย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหมือนกำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ แม้ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งจะมีหลายวิธีแต่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก็เป็นการรักษาที่ถูกนำมาใช้ร่วมกับการรักษาในรูปแบบอื่นเสมอ ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจมีผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม จากการที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย ความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถพยากรณ์โรคว่าจะกำเริบขึ้นเมื่อใด จะรุนแรงมากน้อยเพียงใด การรักษาจะสิ้นสุดเมื่อใด ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอจากบุคลากรทางสุขภาพ การไม่คุ้นเคยในการรักษา หรือความซับซ้อนของการรักษา รวมทั้งการขาดแหล่งสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยผลกระทบเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะการเจ็บป่วยทำให้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลกระทบที่ตามมา คือ ภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้แน่นอน (Mishel,

1988; Shaha et al., 2003) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้ หดท้อกำลังใจในการรักษา มีผลต่อการปรับตัว (บุณรดา พวงสมัย, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากหลายปัจจัย หากบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถค้นหา และเข้าใจสาเหตุของการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้จะสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความหวัง การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับปัจจัยจากการเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) พบว่า มีปัจจัยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความหวัง และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังต่อไปนี้

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

การรับรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคลซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยาและความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

การเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายขาดสมดุล ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งทำให้โครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และเมื่อเกิดความไม่สมดุลหรือความเจ็บป่วยขึ้นในองค์ประกอบใดก็ตามจะส่งผลกระทบต่อคนทั้งคน (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2550)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้สภาวะการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติ ความแปรปรวนของหน่วยย่อยของร่างกาย จิตและสังคมของบุคคล (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2550)

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าใจแบบแผนอาการแสดงของการเจ็บป่วย การรับรู้สภาวะเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติของร่างกาย จิต และสังคม (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2550) เป็นความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550)

โดยสรุปแล้ว การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความสามารถในการเรียนรู้ และเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรค พยาธิสภาพ กระบวนการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจแบบแผนอาการแสดงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะรู้สึกตัวโรคมะเร็งเป็นสัญลักษณ์บ่งบอกถึงความตาย เนื่องจากเป็นการป่วยด้วยโรคร้ายแรงทำลายระบบต่าง ๆ ของร่างกายมาก (Silvia, Halfens, Muller, Dassen, & Born, 2012) มีการรักษาที่ซับซ้อนหรือมีโอกาสนในการกลับเป็นซ้ำอีก ทั้งยังมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาที่ได้รับ การรับรู้ในลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยมองว่าเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งหากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาอาการเปลี่ยนแปลงรวมถึงอาการที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Shaha et al., 2003) รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึก และความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วย จะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องกับเผชิญสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณภาพต่อชีวิต และไม่สามารถคาดเดาได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพของ Miller, Ancoli-Israel, Bower, Capuron, and Irwin (2008) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 60

ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากความคลุมเครือในการวินิจฉัยจากแพทย์ การไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรค รวมถึงระยะของโรค และความรุนแรงของโรค เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Marry (2012) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจาก ได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45, p < .05$) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการ รักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ชัดเจนจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ของตนเองได้ แต่หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลง บ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาอาการเปลี่ยนแปลงรวมถึงอาการที่จะเกิดขึ้นจาก ภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยได้ สรุปได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่ แน่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความหวัง

ความหวังมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความหวังก็ย่อมที่จะ พยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะตกอยู่ในภาวะที่เป็นสุข มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง หรือแม้กระทั่งอยู่ในภาวะที่เป็นทุกข์ มีภาวะของการเจ็บป่วย บุคคลนั้นอาจถือได้ว่ากำลังเผชิญ ภัยอันตรายอย่างหนึ่ง จึงพยายามหาทางออกให้แกตนเองอย่างมีความหวัง และพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ได้มาในสิ่งที่ตนเองหวัง

ความหมายของความหวัง มีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

Dufault and Marttocchio (1985) กล่าวว่า ความหวังเป็นพลังชีวิตที่แปรเปลี่ยนได้ หลายมิติ มีลักษณะเป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

Nowotny (1989) กล่าวว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในวัยใด ความหวังจะทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความหวังจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามช่วงอายุ เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

Herth (1990) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล เป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ความหวังสามารถ

ที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ เวลา และสถานการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตและเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

Stephenson (1991) กล่าวว่า ความหวังไม่ใช่การเป็นการกระทำแต่เมื่อบุคคลมีความหวังสามารถแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการกระทำอาจเป็นความรู้สึกที่ไม่แน่นอนที่จะบรรลุถึงความสำเร็จตามที่คาดหมายไว้ คุณลักษณะที่สำคัญของความหวัง คือ เป็นความรู้สึกนึกคิดเป็นพฤติกรรม และสัมพันธ์ภาพที่มีเป้าหมายในทางบวก โดยมีพื้นฐานมาจากอดีตและปัจจุบันซึ่งเป้าหมายนั้นจะต้องมีความหมายและความสำคัญต่อบุคคล

Herth (1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นความคาดหวังโดยมีความเชื่อมั่นที่จะได้รับ หรือจะประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งความหวังเป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการคาดหมายต่อเหตุการณ์ที่ได้อย่างต่อเนื่องและความเชื่อมั่นในทางบวก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งมุ่งหวังในอนาคต (Dufault & Marttocchio, 1985) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีลักษณะเป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ เวลาและสถานการณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ย่างยากได้

จากความหมายของความหวังดังกล่าว สรุปได้ว่า ความหวัง เป็นความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเกิดจากกระบวนการของความคิด การรับรู้ พฤติกรรมการแสดงออกและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคาดหมาย ต่อเหตุการณ์ที่ได้อย่างต่อเนื่องและความเชื่อมั่นในทางบวกทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งมุ่งหวังในอนาคต

Heart (1990) ได้ทำการศึกษาความหวังโดยใช้แนวคิดความหวัง ของ Dufault and Marttocchio (1985) แบ่งมิติความหวังออกเป็น 3 มิติ ดังนี้

1. ความหวังเป็นความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) กล่าวคือ เป็นการรับรู้ภายในของบุคคลต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะเวลาอันใกล้ และในอนาคต ซึ่งเป้าหมายในอนาคตจะเป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้ บุคคลที่คาดหวังว่าจะบรรลุเป้าหมายจะสามารถควบคุมสถานการณ์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ความสำคัญของ ความหวังในมิตินี้คือจะทำให้บุคคลมองเห็นอนาคตของตนในภายภาคหน้าได้ แต่อย่างไรก็ตามหาก บุคคลไม่สามารถมองเห็นอนาคตของตนเองได้อย่างมั่นคงถาวร ก็จะทำให้ขาดพลังใจที่จะก่อให้เกิดความหวังได้เช่นกัน

2. ความหวัง คือ ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner positive readiness and expectancy) หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้บุคคลมีความมั่นใจและพยายามกระทำสิ่งใด ๆ ก็ตาม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในทางบวก รวมทั้งเป็นความรู้สึกมั่นใจในการกระทำของตนซึ่งจะทำให้รู้สึก ว่าชีวิตของตนมีคุณค่ามากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้สามารถฟื้นฟูความทรงจำทางบวกในอดีตอีกด้วย

3. ความหวังเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างตน และบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) ความหวังในมิตินี้แบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ความสัมพันธ์ภายในตน และความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

3.1 ความสัมพันธ์ภายในตน หมายถึง คุณสมบัติ (Attribute) หรือสมรรถนะ (Competence) ของบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย

3.1.1 ความตั้งใจ (Determination) เป็นการยืนยัน และแน่วแน่ในสิ่งที่คาดหวัง เช่น บุคคลจะคาดหวังว่าไม่มีสิ่งใดที่ทำให้ตนเองละทิ้งจากสิ่งที่ต้องการ หรือความตั้งใจอันแรงกล้าทำให้เกิดความเข้มแข็ง

3.1.2 ความมุ่งมั่นกล้าหาญ (Courage) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากมีความตั้งใจ บุคคลจะคาดหวังว่าความมุ่งมั่นจะช่วยทำให้ตนเองเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดได้ นอกจากนี้ความมุ่งมั่นยังช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณจะประสบความสำเร็จ ซึ่งผลที่ตามมาคือ จะช่วยประคับประคองความหวังของตนให้คงอยู่ต่อไปได้

3.1.3 ความสงบเยือกเย็น (Serenity) เป็นความรู้สึกสงบราบรื่นภายในจิตใจ ซึ่งความรู้สึกนี้จะช่วยส่งเสริมให้มีความหวังเกิดขึ้น

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เป็นความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ให้กำลังใจแก่ตน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่น อันจะก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจ ความสัมพันธ์นี้ยังรวมถึงความเชื่อความศรัทธาต่อสิ่งที่เหนือธรรมชาติหรือเหนือคำอธิบาย เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ความเชื่อหรือประเพณีตามท้องถิ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณจะสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยดี ซึ่งบุคคลจะแสดงออกด้วยการสวดมนต์ ประกอบพิธีทางศาสนา หรือปฏิบัติตามประเพณี โดยมีความหวังว่าความเชื่อและความศรัทธานี้จะทำให้ตนเองพ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้

กระบวนการของความหวัง

ความหวังมีลักษณะเป็นพลวัตร ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความหวังสามารถแปรเปลี่ยนมาเป็นการสิ้นหวังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามามีผลกระทบต่อบุคคลใน

สถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อความหวังอาจจะเป็น ด้านบวกหรือลบ และในบางสถานการณ์มีผลช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความหวังขึ้นมาหรือ ทำให้ความหวังที่มีอยู่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป (Herth, 2000) การเข้าใจในธรรมชาติของความหวัง และการวิเคราะห์ความคิดที่เกี่ยวข้องกับความหวัง โดยอยู่บนพื้นฐานของความจริง และการรับรู้ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย มากขึ้น ซึ่งความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ไข เพื่อผ่านพ้นเหตุการณ์นั้น ๆ ไปได้ (Herth, 1990) แต่ทั้งนี้ความหวังนั้นจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของ ความเป็นจริง

ความหวัง เป็นความรู้สึกภายในของบุคคลที่ทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาซึ่งสิ่งที่ ต้องการ (Tutton, Seers, & Langstaff, 2009) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีโอกาสที่จะเผชิญกับภาวะคุณภาพชีวิตได้ตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การแจ้งข้อมูล โรคและการรักษาจากแพทย์ตลอดจนถึงช่วงของการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนทั้งจาก โรคของผู้ป่วยเองและจากการรักษา ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อความหวังของผู้ป่วย (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, & Vlahos, 2006) ผู้ป่วยจะวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคตเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วย (Svensson et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกบั่นทอนกำลังใจ และหมดหวังในการต่อสู้กับ โรค และการรักษา (Tian, Chen, & Hang, 2009) ซึ่งเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีความหวัง ในการได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ที่รวดเร็ว ช่วยแนะนำวิธีการแก้ปัญหา และเข้าใจในสิ่งที่ กำลังเผชิญในการเจ็บป่วย หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแต่อาการไม่ดีขึ้น มีการ แพร่กระจายของเซลล์มะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลถึงสิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคตเกิด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Svensson et al., 2009) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดยังต้องต่อสู้กับอาการต่าง ๆ จากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคของผู้ป่วยเอง และจากการรักษาที่เข้ามาผลกระทบต่อความหวัง สำหรับความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้ รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะหวังให้มีคนคอยเข้าใจ คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการ เผชิญปัญหา

ความหวัง จะทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนและพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และการรักษาสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (เกษรา แก้วนิล และคณะ, 2558) ซึ่งการมีความหวังในระดับสูงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเผชิญความเครียด และการ

ปรับตัวที่เหมาะสมกว่าบุคคลที่มีความหวังในระดับต่ำ (Herth, 1989) ในทางตรงกันข้ามการที่ผู้ป่วย มีความหวังน้อยหรือไม่มีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกบั่นทอนกำลังใจทำให้ขาดการปรับตัวที่เหมาะสมละเลยการใส่ใจการดูแลสุขภาพซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้โรคกำเริบ และรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Tian et al., 2009)

จากการศึกษาของ Mystakidou et al. (2006) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม และได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลต่อความหวังของผู้ป่วย เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังมีการรักษาที่ยาวนาน ไม่สามารถระบุผลของการรักษาได้แน่ชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wonghongkul et al. (2000) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 71 ราย พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และระยะของโรคมะเร็งลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด รู้สึกถึงความไม่แน่นอนและหมดหวังในชีวิต ซึ่งมีการศึกษาของ Tsui (2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 85 ราย พบว่า ระดับของการมีความหวังมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ($r = -0.38, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jo (2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 113 ราย พบว่า คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ความหวัง เป็นความสอดคล้องของเหตุการณ์ระหว่างเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวัง และที่เกิดขึ้นจริง แต่เมื่อความคาดหวังของผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจะก่อให้เกิดความคลุมเครือทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้จึงส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สรุปได้ว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีผลในการบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยช่วยให้บุคคลนั้นไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้ค้นหาความหมาย และเป้าหมายของชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์มากขึ้น มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ได้รับความรัก ความสนใจ ได้รับการดูแล เอาใจใส่ มองเห็นคุณค่า และยกย่อง รวมถึงรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

Weiss (1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประจักษ์ประจักษ์จากสมาชิกในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมเดียวกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความไว้วางใจ ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน เวลา แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบและประเมินตนเอง

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ความช่วยเหลือ การสนับสนุนที่ได้จากบุคคลใกล้ชิดประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเรียนรู้ตัวเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูล ป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรง ต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ได้รับ ความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์คนใดคนหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน ทั้งทางด้านวัตถุสิ่งของ ด้านการเงิน ข้อมูล ข่าวสาร อารมณ์ การยอมรับนับถือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนซึ่งจะช่วยให้ลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หรือความรู้สึกซับซ้อนในการรักษา โดยผู้ป่วยจะแสดงความสนใจอย่างชัดเจนในการรับข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ การยอมรับ และการเห็นคุณค่า ความช่วยเหลือต่าง ๆ จากญาติพี่น้อง ครอบครัว เพื่อน เพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจและการสนับสนุนที่ดีจาก ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรม ในงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดแหล่ง

ช่วยเหลือสนับสนุนทำให้ไม่สามารถเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2560) นอกจากนี้ยังมีศึกษาของ ชมนาค วรรณพรศิริ (2555) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย พบว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะของความไม่แน่นอนก็จะพยายามแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ตนเองต่อสู้กับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ซึ่งหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมจะช่วยคำจุนใจ และทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและสามารถดูแลตนเองให้ชีวิตอยู่ในภาวะสมดุล เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ปุณรดา พวงสมัย (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 125 ราย เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sammarco (2001) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shaha et al. (2003) ที่ศึกษาประสบการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดูแลรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากการที่มีข้อจำกัดของข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเป็นโรคมะเร็ง นอกจากนี้ Stegenga and Ward-Smith (2009) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรก โดยอธิบายถึงประสบการณ์ชีวิต การให้ความสำคัญจากการได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรก พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลการวินิจฉัย และการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยมะเร็ง และการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนขึ้น โดยหาจากแหล่งประโยชน์เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพื่อนที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเหมือนกัน จากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่ามีการศึกษาของ อภรชา ลำดับวงศ์ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลที่ได้รับและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 77 ราย พบว่า ลักษณะข้อมูลที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.69, p < .001$) และมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Miller (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้ภายหลังการรักษาเมื่เริ่มเสร็จสิ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การเชื่อมโยงและแสวงหาข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยและการรักษา ช่วยลดความคลุมเครือ และความซับซ้อนจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจแปลความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ดีขึ้นจะส่งผลให้ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้บ่อยเช่นกันในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบได้ประมาณร้อยละ 3-69 (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) มีผู้ให้ ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

Beck (1976) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่บุคคลแสดงออกโดยตำหนิ และลงโทษตัวเอง มองว่าตนเองไร้คุณค่า มีความเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย สิ้นหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดต่อตนเองในด้านลบ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของร่างกาย มีการสร้างสารสื่อประสาทนอร์อะดรีนาลีนและซีโรโทนิน ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ควบคุมอาการซึมเศร้ามีปริมาณลดลง (Miller et al., 2008)

WHO (2012) ได้กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คือ ความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ใจ ท้อแท้ หมดหวัง หมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ และ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2553) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทาง อารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

กล่าวโดยสรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ ความรู้สึกดิ่งเครียด หวันกลัวของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ได้แก่ เบื่อหน่าย หดหู่ใจ ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ขาดความสุข และความสนใจในชีวิตประจำวัน มี พฤติกรรมแยกตัวและมีสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง

อาการแสดงของอาการซึมเศร้าจะมีการแสดงออกโดยแบ่งเป็นความแปรปรวน 4 ด้าน (Beck, 1976) มีรายละเอียดดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินตนเองต่ำ ต่ำหาตนเอง มองโลกในแง่ร้าย คือ มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น และคิดว่าตนเองด้อยกว่า รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริงมองโลกในแง่ร้าย มักคิดว่าตนเองเป็นภาระ ไม่มีประสิทธิภาพ มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่า ตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม โดยแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรง

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า มองตนเองในแง่ลบ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส รู้สึกทุกข์ทรมานใจ รู้สึกผิดหวังกับตนเอง ดูถูกตนเอง เบื่อหน่ายตลอดเวลา มีความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง หากมีอาการรุนแรงจะเห็นว่าตนเองไม่มีค่าที่จะมีชีวิตต่อไป

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ มีความต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความคิดฆ่าตัวตาย

4. ความแปรปรวนด้านร่างกาย และพฤติกรรม มีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกเหนื่อยล้า ความต้องการทางเพศลดลง มีแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน หากมีอาการในระดับรุนแรงจะมีอาการนอนหลับยากและตื่นนอนเร็วกว่าปกติ เมื่อตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับส่งผลให้มีอาการเหนื่อยล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทและรบกวนกระบวนการซ่อมแซมของเซลล์ประสาท (American Cancer Society, 2012) ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนไป (Ahles & Saykin, 2007) กระบวนการส่งกระแสประสาทภายในสมองผิดปกติ (จรินทร์ โคตพรม และคณะ, 2556) ทำให้ความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ Acetylcholine ซึ่งเป็นสารที่ทำให้รู้สึกตื่นตัวลดลงส่งผลให้เกิดอาการเฉื่อยชา Serotonin เป็นสารทำให้อารมณ์ดี กระปรี้กระเปร่าลดลงส่งผลให้เกิดความเครียด norepinephrine เป็นสารที่ทำให้เกิดความสุข ช่วยกระตุ้นความคิด ทำให้คิดมีหลักการลดลง ถ้าสารนี้ลดลงผลที่ตามมาคือ ความสามารถในการรู้คิดลดลง (Mitchell & Turton, 2011) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง Cortisol ออกมาขัดขวางกระบวนการส่งสัญญาณภายในสมองส่งผลให้ประสิทธิภาพของกระบวนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในสมองลดลง (จรินทร์ โคตพรม และคณะ, 2556) เกิดความผิดปกติของการใช้เหตุผลมีลักษณะการคิดที่บิดเบือน ได้แก่ การลงความเห็นบนข้อมูลพื้นฐานที่ไม่เพียงพอ การคิดในทางลบ การคิดและแปรความเกินกว่าพื้นฐานความจริง (ประไพ เสงษ์ทวี, 2560) ทำให้มีการขัดขวางการใช้สติปัญญา ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ของความเจ็บป่วย และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความ

เจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดรวมถึงผลของการรักษาที่ชัดเจน จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบได้ร้อยละ 43.30 (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ จรินทร์ โคตพรม และคณะ (2556) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 8.94$, $SD = 1.87$) และการศึกษาของ นิตยา จรัสแสง และคณะ (2558) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 125 ราย มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.2 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Shu (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ เพศหญิง จำนวน 230 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.3 และมีการศึกษาของ Shumaila (2017) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 181 ราย พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.4 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ประไพ เจริญทวี (2560) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 129 ราย พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการศึกษานี้เล็กน้อย จำนวน 7 ราย ร้อยละ 4.8 ปานกลาง 12 ราย ร้อยละ 8.2 รุนแรง 11 ราย ร้อยละ 0.7 จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของ Chung (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 42 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .66, p < .001$) Keiko (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 49 ราย พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim (2013) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาต้านมะเร็ง จำนวน 106 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .60, p < .001$) และการศึกษาของ Yun (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .40, p = .003$) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านความคิดซึ่งจะมีผลต่อความสามารถเชิงสติปัญญาของผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สรุปได้ว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความสงสัยว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร มะเร็งนั้นกระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่มากนักน้อยเพียงไร การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะสามารถกำจัดมะเร็งได้หมดหรือไม่ อาการข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัดจะรุนแรงมากน้อยเพียงไร รวมถึงผลของการรักษาจะเป็นอย่างไร อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง พัฒนาการของโรคมะเร็ง อาการและอาการแสดง ผลการรักษาและผลกระทบท่อร่างกาย ทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นนำมาซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง แต่ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังคงพบน้อย มีเพียงผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว และมาพบแพทย์เพื่อรับยาเคมีบำบัดตามนัดที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี โดยมีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้บรรลุนิติภาวะตามกฎหมายของประเทศไทย
2. เข้าพักรักษาด้วยการรับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Analysis Version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรต้นทั้งหมด 4 ตัวแปร กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ในงานวิจัยทางการแพทย์ โดยทั่วไปกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ที่มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (Medium size) ซึ่งเพียงพอสำหรับอำนาจในการทดสอบทางสถิติ (Gaskin & Happell, 2013) โดยเมื่อคำนวณในโปรแกรมได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เนื่องจากในแต่ละเดือนมีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดจำนวนประมาณ 50-60 ราย (จากสถิติย้อนหลังปี พ.ศ. 2559) ลักษณะของผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับยาเคมีบำบัดรายใหม่หรือเข้ารับยาเคมีบำบัดในชุดถัดไป โดยจะมีผู้ป่วยประมาณ 1-5 รายต่อวัน
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเคมีบำบัดในการคัดเลือกผู้ป่วยจากเลขโรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number: AN) ของผู้ป่วยที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยทำการจับฉลากระหว่างเลขคู่หรือเลขคี่ แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันตามเลขคู่หรือเลขคี่ที่จับฉลากได้จะดำเนินการโดยทำการสุ่มทุกวันจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด จำนวน 85 ราย
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด พบผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มผู้ป่วยจากเลขโรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number: AN) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้ข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
4. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยในการเข้าพบ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโดยให้เข้าไปในสถานที่ที่จัดไว้เป็นห้องที่อยู่ใกล้บริเวณห้องให้คำปรึกษา หลังจากนั้นจึงแนะนำตัวและเชิญผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับฟังคำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงเชิญให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยทุกรายลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมให้ข้อมูลตามความสมัครใจ ก่อนการเริ่มขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และมาพบแพทย์เพื่อรับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง มีแพทย์เฉพาะและผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน สลับกันให้บริการตรวจผู้ป่วยที่ติดตามผลการรักษาและรับยาเคมีบำบัด ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด

โรงพยาบาลราชบุรี ในวันจันทร์ อังคาร และพุธ จากข้อมูลสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลราชบุรี ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาโดยเฉลี่ยเดือนละ จำนวน 50-60 ราย

แนวทางของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อรับยาเคมีบำบัดต้องปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยต้องยื่นบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่ตรวจใน โรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก แล้วรอเพื่อรับการตรวจเลือดเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และพบแพทย์เพื่อตรวจอาการ รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ และรับคำสั่งสำหรับการให้ยาเคมีบำบัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี ทำเอกสารสำหรับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาล หลังจากนั้นพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก เคมีบำบัดจะทำการส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยเคมีบำบัด เพื่อรับยาเคมีบำบัดต่อไป ซึ่งในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดให้บริการผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดประเภทค้างคืนเป็นเตียงผู้ป่วยสามัญ จำนวน 24 เตียง เมื่อถึงหอผู้ป่วยเคมีบำบัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดพร้อมทั้งแจกสมุดประจำตัวของผู้ป่วย พยาบาลจะส่งแผนการรักษาของแพทย์ ให้เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด และให้เจ้าหน้าที่นำยาเคมีบำบัดที่บรรจุไว้ภายในกล่องสำหรับใส่ยา เคมีบำบัดส่งมายังหอผู้ป่วยเคมีบำบัด พยาบาลจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของยาเคมีบำบัด ก่อนให้ผู้ป่วยทุกราย ซึ่งระยะเวลาในการรับยาเคมีบำบัดในแต่ละชุดของการรับยาประมาณ 3-5 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด ในทุกวันจันทร์-วันพุธ เวลาประมาณ 8.00-16.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน) ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้จากการบันทึกเวชระเบียน เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ได้รับ การรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับ (ที่เกี่ยวข้องกับ โรคมะเร็ง) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลส่วนตัวนี้ด้วยตนเอง

ชุดที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ได้นำแบบสอบถามไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index) ได้เท่ากับ .90 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 20 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงมากที่สุด ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก

แบบวัดมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับการรับรู้ความรุนแรง ของความเจ็บป่วย	ข้อความทางบวก คะแนน	ข้อความทางลบ คะแนน
เห็นด้วยที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
ไม่เห็นด้วย	1	5

ในแบบประเมินนี้มีรายข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ (Reversed item) ทั้ง 3 ข้อ คือ ข้อ 9, 14 และ 17 คำถามเหล่านี้ได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงกันข้ามก่อนที่จะนำมา รวมคะแนนกับข้ออื่น ๆ ที่เหลือ ช่วงคะแนนที่เป็นเป็นได้ตามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีค่าคะแนนระหว่าง 18-90 คะแนน ธนัญญา น้อยเปียง (2545) แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 18-41 คะแนน หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 42-65 คะแนน หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 66-90 คะแนน หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ ในระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินความหวังของ Herth Hope Index (Herth, 1992) ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความหวังของ สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภกา (2543) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Dufault and Martocchio's model of Hope ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ มีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามให้สั้น กระชับ และชัดเจนจนเหลือข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ แปลเป็นไทยโดย สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภกา (2543) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาด้วยการแปลย้อนกลับ (English back translate) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทย-อังกฤษ Herth (2000) ได้นำเครื่องมือวัด Herth Hope Index มาใช้วัดความหวังในกลุ่มของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแรกที่กลับเป็นซ้ำ นำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และสุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภกา (2543) ได้นำเครื่องมือมาประเมินความหวังในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษานำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

แบบประเมินความหวังของ สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภกา (2543) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราว และในอนาคต จำนวน 4 ข้อ ความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง จำนวน 4 ข้อ ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่นจำนวน 4 ข้อ ในจำนวนข้อคำถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 และข้อ 12 ข้อคำถาม ด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 3 และข้อ 6 ในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก ในปัจจุบันเป็นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก ในปัจจุบันปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึก ในปัจจุบันปานกลางหรือพอประมาณ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึก ในปัจจุบันเป็นอย่างมาก

แบบประเมินมีเกณฑ์การให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

ความหวัง	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

คะแนนรวมความหวังโดยรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน ข้อความทางลบถูกกลับค่า
คะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภา (2543) แบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12-23 คะแนน หมายถึง มีความหวังระดับต่ำ

คะแนน 24-35 คะแนน หมายถึง มีความหวังระดับปานกลาง

คะแนน 36-48 คะแนน หมายถึง มีความหวังระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามทางสังคม
ของ สุชาดา ธารพร (2555) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ มาศอุบล
วงศ์พรหม (2548) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่
การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร
การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
และนำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 ต่อมา สุชาดา ธารพร (2555) ได้นำ
แบบสอบถามมาดัดแปลงใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และนำ
แบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน
30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถาม
ด้านบวกทั้งหมด ประกอบด้วย ข้อคำถามการสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูล
ข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ และด้านการประเมินคุณค่า จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

แบบสอบถาม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนน
ไม่เคยเลย	0
เล็กน้อย	1
ปานกลาง	2
มาก	3
มากที่สุด	4

คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมมีค่าทั้งหมดอยู่ในช่วงระหว่าง 0-80 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 5 ระดับ (สุชาติดา ธารพร, 2555) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-16 คะแนน หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก
คะแนน 17-32 คะแนน หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 33-48 คะแนน หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 49-64 คะแนน หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
คะแนน 65-80 คะแนน หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel uncertainty in illness Scale: MUIS) (Mishel, 1997) ได้สร้างขึ้นเพื่อวัดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อภิญา พจนารอด (2555) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาคำด้วยการแปลย้อนกลับ (English back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทย-อังกฤษ จำนวน 3 ท่าน และอภิญา พจนารอด (2555) นำไป

ทดลอง ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (จำนวน 13 ข้อ) ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษา และระบบการดูแล (จำนวน 7 ข้อ) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (จำนวน 7 ข้อ) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ (จำนวน 5 ข้อ) และข้อคำถามเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (1 ข้อ) รวมข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบจำนวน 12 ข้อ (6, 7, 10, 12, 21, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33) และข้อคำถามที่เหลือเป็นข้อคำถามที่มีความหมายในด้านบวก จำนวน 21 ข้อ ในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิต (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นอย่างยิ่ง

แบบสอบถามมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย	ข้อความทางบวก คะแนน	ข้อความทางลบ คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คะแนนรวมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยรวมมีค่าทั้งหมดอยู่ในช่วงระหว่าง 33-165 คะแนน โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจะถูกกลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ (อภิญา พจนารถ, 2555) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 82 คะแนน	หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
------------------------	---

คะแนน 82-112 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 112 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
อยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล
และภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินการรับรู้ถึงความรู้สึกถึงเครียด หัวนกลัวต่อ
สถานการณ์ที่เผชิญอยู่และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ซึ่งพัฒนาและเผยแพร่
ในปี ค.ศ. 1983 โดย Zigmond and Snaitth (1983)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย Zigmond and Snaitth (1983) ได้นำแบบ
ประเมินนี้ไปศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกทางอายุรกรรมทั่วไปของโรงพยาบาล จำนวน
100 ราย พบว่า ได้ค่าความเที่ยงสำหรับภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .79

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ได้แปลแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทย (Thai hospital
anxiety and depression scale: Thai HADS) และใช้ในการประเมินภาวะวิตกกังวล และภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 ราย ซึ่งพบว่า เครื่องมือวัดภาวะ
วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ดีเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์โดยมีความไว
(Sensitivity) ต่อภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 85.71 ส่วนความจำเพาะ (Specificity) ในการวัด
ภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 91.3 และมีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิก ร้อยละ 90 สำหรับ
ภาวะซึมเศร้า และนำข้อมูลมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงในส่วนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .83

แบบประเมิน Hospital anxiety and depression Scale (HADS) ของ Zigmond and
Snaitth (1983) สามารถประเมินอาการได้ครอบคลุมทั้งความถี่ของอาการ ความรุนแรง และความ
ทุกข์ทรมานหรือผลกระทบจากภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบประเมินประกอบด้วยข้อ
คำถามทั้งหมด จำนวน 14 ข้อ โดยเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ซึ่งปรากฏอยู่ใน
ข้อคำถามเลขคู่ (ได้แก่ แบบประเมินข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14) โดยในแต่ละข้อเป็นมาตรวัด
ประมาณค่า ลิเคิร์ต (Likert scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 การแปลความหมายของแบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น โรคมะเร็ง ดังนี้

การประเมินภาวะซึมเศร้า พิจารณาจากผลรวมของคะแนนภาวะซึมเศร้าในแบบประเมิน
ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 รวมจำนวน 7 ข้อ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน ซึ่ง
เกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับมีการกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ
คณะ, 2539)

คะแนนช่วง 0-7 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ
คะแนนช่วง 8-10 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 11-21 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วมาใช้ทั้งหมด โดยไม่มีการตัดแปลงหรือปรับปรุงข้อคำถาม และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการศึกษา จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยไม่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ ดังนั้นจึงยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่อยู่ในระดับ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัยเป็นดังนี้

- 2.1 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83
- 2.2 แบบประเมินความหวังได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84
- 2.3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86
- 2.4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82
- 2.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ก่อนดำเนินการวิจัย โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรม 02-06-2561) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี (รหัสจริยธรรม RBHEC 030/ 61) เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยเชิญผู้ป่วยเข้าไปในสถานที่ที่จัดไว้ ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ บริเวณห้องให้คำปรึกษาเพื่อแนะนำตัวโดยชี้แจง

วัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการทำวิจัยระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อบริการที่พึงได้รับจาก โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะได้รับข้อมูลอย่างละเอียด และได้รับการตอบข้อซักถามจนเป็นที่พอใจ การออกจากการวิจัยทั้งแบบชั่วคราว และถาวร โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับตามสิทธิ์ และในขณะที่ให้ข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยโดยที่ผู้วิจัยนั่งอยู่บริเวณใกล้ ๆ ในบริเวณสถานที่เดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายรวมทั้งอาการผิดปกติอื่น ๆ รวมถึงไม่เกิดปัญหา ด้านอารมณ์และจิตใจ ข้อมูลจากการศึกษาเก็บไว้เป็นความลับ มีการลงรหัสแทนชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เป็นกระดาษแบบสอบถามได้ถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียวเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถบ่งชี้ถึงผู้เข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยภายหลังการแจ้งสิทธิ ให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้า

หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ในวันแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเดินทางไปยังหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี เวลาประมาณ 7.30 น. เพื่อพบพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรในการคัดเลือกผู้ป่วยจากเลขโรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number: AN) ของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัดตามนัดในวันเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จากเลขโรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number: AN) ที่นอนพักรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดระหว่างเลขคู่หรือเลขคี่ของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วผู้วิจัยทำการจดบันทึกเลข โรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN) เพื่อใช้สำหรับเป็นข้อมูลในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะทำให้เป็นรอบห่างกันประมาณ 2-4 สัปดาห์ (American Cancer Society, 2014) ซึ่งมีโอกาสที่ผู้ป่วยที่เข้ามารับยาเคมีบำบัดอาจเคยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามแล้ว

2.4 เมื่อได้เลขโรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number: AN) ของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดช่วยพบและขออนุญาตผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มให้ผู้วิจัยเข้าพบ

2.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มในการเข้าพบแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองและเชิญผู้ป่วยเข้าไปในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ บริเวณห้องให้คำปรึกษา พยาบาลในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างคร่าว ๆ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งสิทธิในการขอถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อต้องการ และให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.6 หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.7 หลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย

2.8 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ บริเวณห้องให้คำปรึกษาในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โดยนำแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งลำดับการแจกแบบสอบถามได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเฉพาะในส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

2.8.1 กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด

2.8.2 กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือไม่พร้อมต่อการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและผู้วิจัยเป็นผู้เขียนคำตอบในแบบสอบถามตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบและในการอ่านข้อคำถามผู้วิจัยจะไม่มีการเพิ่มเติมข้อความหรือเปลี่ยนแปลงภาษาในข้อคำถาม

2.8.3 ตลอดเวลาของการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในคำถาม สามารถถามผู้วิจัยเพื่อขอคำอธิบายเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามใด ๆ สามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อขอหยุดพักหรือยุติการตอบแบบสอบถามในครั้งนั้นหรือยุติการตอบแบบสอบถามแบบถาวร

2.9 เมื่อกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยครบถ้วนและสมบูรณ์ของแบบสอบถามในแต่ละฉบับของกลุ่มตัวอย่าง หากกรณีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยขอข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

2.10 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างใส่ซองทึบ ปิดผนึก ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงระบบข้อมูลได้เพียงคนเดียว

2.7 ดำเนินการตามข้อ 2.1-2.10 ทุกวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด คือ จำนวน 85 ราย และนำข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression) ทั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทดสอบลักษณะตามข้อตกลงเบื้องต้น สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังภาคผนวก ง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยปัจจัยที่คัดสรรได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 85 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการวิจัยได้นำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 1) และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 85$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	55	64.7
ชาย	30	35.3
อายุ (ปี) (Min = 21 ปี, Max = 69 ปี, $M = 44.76$ ปี, $SD = 13.87$)		
21-44 ปี (Young adulthood)	37	43.5
45-65 ปี (Middle adulthood)	38	44.7
> 65 ปี (Late adulthood)	10	11.8
สถานภาพสมรส		
คู่	57	67.1
หม้าย	14	16.5
โสด	10	11.7
หย่า	4	4.7
ศาสนา		
พุทธ	77	90.6
คริสต์	8	9.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	37	43.5
มัธยมศึกษา	8	9.4
ปวช./ ปวส.	9	10.6
ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	8	9.4
ปริญญาตรี	23	27.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	27.1
ประกอบอาชีพ	62	72.9
รับจ้าง	22	25.9
ค้าขาย	20	23.5
เกษตรกรรม	14	16.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	7.1
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)		
มีรายได้	85	100
< 6,500	9	10.6
6,500-14,999	36	42.5
15,000-19,999	19	22.4
20,000-24,999	10	11.8
> 25,000	11	13.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	43	50.6
เพียงพอและเหลือเก็บ	42	49.4
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66	77.6
เบิกได้	13	15.3
ประกันสังคม	6	7.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 มีอายุเฉลี่ย 44.76 ปี ($SD = 13.87$) เป็นผู้มีอายุอยู่ในช่วง 45 ถึง 65 ปี ร้อยละ 44.70 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 21 ปี ถึง 44 ปี ร้อยละ 43.52 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.1 โดยส่วนใหญ่ไม่นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 90.6 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการศึกษา ร้อยละ 100 กล่าวคือ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 27.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.9 และอาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง ร้อยละ 25.9 รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 6,500-14,900 บาท/ เดือน ร้อยละ 42.5 ราย ความเพียงพอของรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.6 รองลงมา เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 49.4 เมื่อมีการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 77.6 รองลงมา คือ เบิกได้ ร้อยละ 15.3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ($n = 85$)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	21	24.7
มะเร็งเต้านม	19	22.4
มะเร็งปอดและหลอดลม	14	16.5
มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี	13	15.3
มะเร็งปากมดลูก	11	12.9
มะเร็งรังไข่	7	8.2
ระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 2	8	9.4
ระยะที่ 3	40	47.1
ระยะที่ 4	37	43.5
การรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับ (ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง)		
รังสีรักษา	51	60
ผ่าตัด	34	40
กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ได้รับ		
กลุ่ม Antimetabolites	56	65.9
กลุ่ม Alkylating agent	29	34.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด		
3 เดือน	15	17.6
4 เดือน	22	25.9
5 เดือน	9	10.6
6 เดือน	33	38.8
7 เดือน	6	7.1
จำนวนครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด		
ครั้งที่ 1	12	14.1
ครั้งที่ 2	23	27.1
ครั้งที่ 3	28	32.9
ครั้งที่ 4	10	11.8
ครั้งที่ 5	5	5.9
ครั้งที่ 6	6	7.1
ครั้งที่ 7	1	1.2

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ร้อยละ 24.7 รองลงมา คือ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.4 และมะเร็งปอดและหลอดลม ร้อยละ 16.5 ส่วนใหญ่ความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 47.1 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 43.5 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งกลุ่มยาเคมีบำบัดที่ได้รับมากที่สุด คือ กลุ่ม Antimetabolites ร้อยละ 65.9 การรักษาที่ได้รับ (ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง) ที่พบมากที่สุด คือ รังสีรักษา ร้อยละ 60 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ 6 เดือน ร้อยละ 38.8 รองลงมา คือ 4 เดือน ร้อยละ 25.9 การเข้ารับยาเคมีบำบัดครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครั้งที่ 3 ร้อยละ 32.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรุนแรง ($n = 85$)

ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	159.2	5.05	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	83.41	4.66	สูง
ความหวัง	44.20	4.01	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	73.74	6.61	สูงมาก
ภาวะซึมเศร้า	15.52	3.32	สูง

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 159.2, SD = 5.05$) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($M = 83.41, 44.2$ และ $15.52, SD = 4.66, 4.01$ และ 3.32 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมาก ($M = 73.74, SD = 6.61$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	SE	β
ภาวะซึมเศร้า	.089*	.032	.279*
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.161*	.058	.276*
การสนับสนุนทางสังคม	.109*	.046	.237*

Intercept = -3.494, $R^2 = .186$, $F(3,81) = 6.172^*$

หมายเหตุ * $p < .05$

จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ ($R^2 = .186$, $p < .05$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด ($\beta = .279$, $p < .05$) รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($\beta = .276$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .237$, $p < .05$) ตามลำดับ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังต่อไปนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย = 3.494 + .089 (ภาวะซึมเศร้า) + .161 (การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย) + .109 (การสนับสนุนทางสังคม)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย}} = .279 (Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}}) + .276 (Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย}}) + .237 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ได้นำเสนอ เป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) สรุปผลการวิจัย และ 2) การอภิปรายผล นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 159.52, SD = 5.05$) และพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($R^2 = .186, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลได้นำเสนอเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

การอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 159.52, SD = 5.05$) อธิบายได้ด้วยสาเหตุมาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง และ ผลข้างเคียงจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3

และ 4 (มากถึงร้อยละ 47.1 และ 43.5 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นระยะที่โรคมะเร็งลุกลาม หรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastasis) ในระยะผู้ป่วยนี้มักมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรืออาการที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มทรุดลงได้ตลอดเวลา (Cacioppo & Hawley, 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการ จนนำไปสู่การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีความรุนแรงมากน้อยอย่างไร การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ใด ๆ ได้ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่แน่นอนของการดำรงชีวิต (นภรรสสร กูรมาริกฤษ, นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา ศุรงค์ฤทธิชัย, 2558) และเมื่อพิจารณาวิเคราะห์ผลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เป็นรายชื่อ พบว่า 5 อันดับแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ว่าความเจ็บปวดนั้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร ตลอดจนเป็นความยากลำบากของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำให้เข้าใจการรักษาที่ตนเองได้รับ จนคิดว่าผลของการรักษาที่ได้รับนั้นไม่สามารถทำให้อาการ/ การเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น หรือผลการรักษาประสบความสำเร็จได้ จึงทำให้ไม่สามารถรับรู้ได้เลยว่าตนเองมีอาการดีขึ้นหรือไม่ (โดยค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามข้อ 7, 14, 21, 28 และ 29 เท่ากับ 4.91 ($SD = 0.29$) (ภาคผนวก ง) นั้นหมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถคาดการณ์จากอาการต่าง ๆ หรือคาดหวังจากผลการรักษาได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ Mishel (1988) กล่าวว่า สามารถเป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยไปสู่ภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ ดังการศึกษาของ Shaha et al. (2003) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ประสบกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัดนำมาซึ่งอาการไม่สุขสบาย มักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ไม่คุ้นเคยมาก่อน และไม่สามารถทำนายแบบแผนของอาการเจ็บป่วยได้ จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

นอกจากนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างยังสามารถอธิบายได้ด้วยผลข้างเคียงจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับซึ่งส่วนใหญ่ ได้แก่ ยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolites โดยพบมากถึงร้อยละ 65.9 แล้วส่วนใหญ่เป็นการรับยาเคมีบำบัดเป็นรอบที่ 3 ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักจะมีอาการ/ ภาวะแทรกซ้อนได้มากเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้วประมาณรอบที่ 3 และ 4 ซึ่งยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น (Chaiviboontham et al., 2011) ซึ่งเป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานต่าง ๆ มากมาย Karabulu,

Erci, Özer, and Özdemir (2010) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการต่าง ๆ อันเป็นผลจากโรคมะเร็ง และ/ หรือจากภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้จากผลของการเจ็บป่วยของตนเอง ย่อมนำมาซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังผลการศึกษาของ Mary (2012) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 21 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูงเกิดขึ้นเนื่องจากความซับซ้อนของการรักษาระยะเวลาของการรักษาที่ไม่สามารถระบุเวลาได้ชัดเจน และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของอาการที่เกิดขึ้น และความไม่แน่นอนของผลจากการรักษาที่ได้รับ

อภิปรายผลการศึกษาดำเนินการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = .186, p < .05$) ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($M = 83.41, SD = 4.66$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีโรคมะเร็งมีความรุนแรงอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มีการลุกลามและแพร่กระจายของโรค ซึ่ง วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) ได้กล่าวว่าการเจ็บป่วยในระยะที่โรคมะเร็งแพร่กระจายจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ของตนเองมีความทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการนั้นจะมีมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น และจะมีการรับรู้ว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ๆ มีแนวโน้มจะรุนแรงเพิ่มขึ้น (Junttila, Kainulainen, & Saari, 2015) ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่ม Antimetabolites มากถึงร้อยละ 65.9 โดย Chaiviboontham et al. (2011); Karabulu et al. (2010) กล่าวว่า ยาเคมีบำบัดนี้สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น จนนำมาถึงการรับรู้ความรุนแรงของอาการเหล่านี้ในที่สุด

ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการมีอาการต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลาจนสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวต่อการเสียชีวิตจากการลุกลามของโรคมะเร็ง จากความกลัวสามารถนำมาซึ่งความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้ (Qiao et al., 2012) ซึ่ง ประไพ เจริญทวี (2560) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี

การสะสมความเครียดระยะเวลายาวนานจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ($M = 15.52, SD = 3.32$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Massie (2004) ที่พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่ร้อยละ 9 ถึง 58 ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่ง และความรุนแรงของโรค มะเร็ง และมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 16 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Major depression เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา จรัสแสง และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 43.3 ($n = 120$) ซึ่งความเครียดที่เกิดการสะสมเป็นระยะเวลาานจากอาการป่วยของโรค และการใช้ยารักษาโรคที่ตามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงนั้น ๆ จะสามารถส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chung (2005) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 42 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นเนื่องจากยาเคมีบำบัดเข้าไปขัดขวางหรือการงอกใหม่ของเซลล์สมองทำให้ขัดขวางการทำงานของเซลล์ประสาท เป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วย และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามมา

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมแม้ว่าผลการศึกษาได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 73.74, SD = 6.61$) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามของแบบสอบถามได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Mishel, 1988) รวมทั้งความรักและความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างยังคงอยู่ในระดับสูง ($M = 159.52, SD = 5.05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการวิเคราะห์ผลการวิจัยรายข้อระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเกิดขึ้น แต่การสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับกลับไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ นั่นคือ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ รวมถึงผลของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากสมาชิกครอบครัว จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Miller (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า การให้

ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคมะเร็งและการรักษาอย่างต่อเนื่องจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

สำหรับความหวัง ในการศึกษาครั้งนี้ความหวังไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แม้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความหวังอยู่ในระดับสูง ($M = 44.2, SD = 4.01$) เมื่อพิจารณารายชื่อของแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ เช่น การที่ผู้ป่วยมีสิ่งที่มีผู้ป่วยศรัทธา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากถึงร้อยละ 90.6 ซึ่งศาสนาพุทธเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยโดยจะให้ความหมายแก่สิ่งที่ตนเองศรัทธาในชีวิต สามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่สามารถคาดเดาอาการได้ และกลัวว่าจะต้องเสียชีวิตจึงต้องมีการพึ่งพาอำนาจบารมีของสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อปกป้องรักษาให้รอดพ้นจากความตายและหายจากโรค (Jantaveemuang & Thongmeekhwan, 2016) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากการให้ และรับความรักแก่ผู้ที่ผูกพันหรือบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือดูแลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความหวัง ความเอาใจใส่ดูแล ก่อให้เกิดความรู้สึกได้รับการช่วยเหลือทำให้รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีคุณค่า และมีเป้าหมายในชีวิตมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนจะสามารถผ่านเหตุการณ์ความเจ็บป่วยไปได้ (Herth, 1990) เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) และกรอบแนวคิดในการวิจัย ความหวัง เป็นความสอดคล้องของเหตุการณ์ระหว่างเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวัง และที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการที่ได้รับข้อมูลที่มีความชัดเจน และเพียงพอเกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วย และผลของการรักษา เพื่อลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเกิดความเชื่อมั่นในใจ แต่ความหวังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่มาจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งความสัมพันธ์นี้รวมถึงความเชื่อและศรัทธาสังเกตการณ์ต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองจะสามารถผ่านเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ จะเห็นได้ว่า เหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังของกลุ่มตัวอย่างไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ความหวังจึงไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถให้ประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง พยาบาลควรตระหนักและมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทุกราย และหาแนวทางจัดการความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าพักรักษาภายในโรงพยาบาล เช่น จัดทำแบบฟอร์มการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่มีมาตรฐานในการประเมินในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกราย

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วย

3. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความตระหนักในเรื่องของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อการค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และควรมีระบบการติดตามและส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรตระหนักถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยส่งเสริมให้พยาบาลมีการเข้าอบรมพัฒนาความรู้ในเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2. ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. สถาบันการศึกษา (คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาลัยพยาบาล) สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดและบรรจุเนื้อหาหรือหัวข้อการสอนทั้งในระดับปริญญาตรี และบัณฑิตศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเน้นการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า การให้การพยาบาลเพื่อลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ด้านการวิจัย

1. นำผลการวิจัยที่ได้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาและศึกษาวิจัยโปรแกรมการสื่อสารการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กระทรวงแรงงาน. (2560). *อัตราค่าจ้าง*. เข้าถึงได้จาก http://www.mol.go.th/employee/interesting_information/4131
- เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล และปรีชกมล รัชกุล. (2558). ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาล*, 42(3), 51-60.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2555). ความทุกข์ทรมานและการจัดการกับความทุกข์ทรมานในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ*, 6(1), 64-74.
- ชนิดาภา แก้วกาญญา. (2560). ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 66-73.
- ชุติมา ฉันทมิตร โอภาส, พิชญาภา พิษะยะ, ลาวัลย์ รักษาเนา และอาภรณ์ คีนาน. (2555). ประสพการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็ง จังหวัดชลบุรี. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 32(2), 45-60.
- จรินทร์ โคตพรม, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, วิชชุดา เจริญกิจการ และนพดล โสภารัตนาไพศาล. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การทำหน้าที่ด้านการรู้จักในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบเสริม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 17-26.
- จักรพงษ์ จักกาบาตร์ และชวลิต เลิศนุชยานุกุล. (2559). *รู้จัก รู้เรื่อง รู้รักษาโรคมะเร็ง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2550). *แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- จันทร์นภา กาญจนประทุม, ธีราภรณ์ จันทร์ดา และอัจฉริยา ปทุมวัน. (2559). ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 36(2), 41-50.

- ชนพัฒน์ ไชยป้อ. (2550). *ความหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. (2557). *มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วรรณแห่งศิลป์ = State-of-the-art: Standard of care for colorectal cancer*. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นภรรสสร กูรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2558). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 19(37), 105-116.
- นภา ทวีขรรยกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง ลำแดงฤทธิ. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *รวมวิชาชีพพยาบาลสาร*, 21(1), 82-95.
- นภาพร สวนแก้ว. (2552). *ความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเจียว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรครีเอริง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- นิตยา จรัสแสง, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพะนิตย์, สมจิตร มณีกานนท์, สลักจิต ศรีมงคล และสุภารัตน์ บุตรศรีภูมิ. (2558). คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(3), 201-208.

- นันทวัช ลิทธิรักษ์, กฤษณ์ดิพงษ์ อรัญสิทธิ์, วรภัทร รัตอากาศ, ศุภโชค สิงห์กันต์, ัญญา สายเสวย, พรจิรา ปรีวัชรากุล, ลักขณา ทองโชติ, เพชรรัตน์ คุ่มขัน, ภูษเรศวร์ พงษ์บุปผา, นราทิพย์ สงวนพานิช และจารุวรรณ เอกวัลลภ. (2555). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 47-60.
- บัณฑิตา นฤมาณเดชะ. (2551). *ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กวัยรุ่นนอส แอล อี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญยดา วงศ์พิมล และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัด: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 28(ฉบับพิเศษ), 229-238.
- บุษยรัตน์ ศิลปะวิทยาทร. (2551). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษบา ทาธง. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกายดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร คนัยคุชฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์. (2558). ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 8(2), 107-112.
- ประไพ เจริญทวี. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษาที่หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลรามาชิปดี.* *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(1), 63-70.
- ปรารธนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 62-74.

- ปยุตดา พวงสมัย. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว
ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 45-60.
- พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุน
ทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง จินดากุล, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2561). ประสิทธิผลของ
โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้
ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 38(3), 105-116.
- พลุชัย จรัสเจริญวิทยา. (2553). Cholangio-carcinoma. ใน สถาพร มานัสสถิต, สุพจน์
พงศ์ประสพชัย และอุดม คชินทร (บรรณาธิการ), *Clinical practice in
Gastroenterology*, (หน้า 393-405). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์. (2559). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด.
วารสารสังคมศาสตร์, 5(2), 92-101.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรภาพของเนื้องอก. ใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา
รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร
(บรรณาธิการ). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8) (หน้า 1-23). กรุงเทพฯ:
บุญศิริการพิมพ์.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หักกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของ
ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*,
35(2), 79-92.
- เพลินพิศ ธรรมนิภา. (2557). การรับรู้อาการและการจัดการกับอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็ง
รังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 28-38.
- มณฑา ลิมทองกุล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2558). แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย: การศึกษา
เปรียบเทียบ. *รามาริบัติเวชสาร*, 38(1), 20-28.

- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการอาการกับการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัทยา โปรดเจริญ. (2556). *ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนก ทรงทรัพย์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2560). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 14-26.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณกานต์ ประไพพิ้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์ และภาณุ อุดกกลิ่น. (2559). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี*. *อุดรธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี*.
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร. (2559). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2555). *เปลี่ยนมะเร็งเป็นพลัง*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: รำไทยเพรส.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2558). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: รำไทยเพรส.
- สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง*. เข้าถึงได้จาก http://www.pain-tasp.com/main/images/stories/download/cpg/CPG_cancer_pain_2556

- สมจิตร หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และทิพาพร วงษ์หงษ์กุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในมะเร็งที่รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล*, 40(1), 11-26.
- สุชาดา ธารพร. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒน์ สุขมุลสันต์. (2553). ขนาดของผล: ความมีนัยสำคัญทางปฏิบัติในการวิจัย. *วารสารภาษาปริทัศน์*, 2553(25), 26-38.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมนา จิระจรัส. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง.
- สุวิมล กิมปี, สุพร คณัยคุชฎีกุล, กนกวรรณ บุญสังข์ และวิรุณ บุญนุช. (2556). ปัจจัยทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 16-25.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานลักษณะของประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559. กรุงเทพฯ: ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ.
- อภรชา ลำดับวงศ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลที่ได้รับและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรรัตน์ นาคละมัย. (2554). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 47-55.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อภิญา คารมปราชญ์. (2560). อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(4), 326-331.
- อภิญา พจนารถ. (2555). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Ahles, T. A., & Saykin, A. J. (2007). Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nature Reviews Cancer*, 7(3), 192-201.
- Ali, S. J., & Mohamed, E. A. (2012). Effect to teaching program for patients with leukemia on their self-care. *Journal of American Science*, 8(8), 826-836.
- American Cancer Society. (2011). *Stress: The deferente kinds of stress*. Retrieved form <http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds>
- American Cancer Society. (2012). *Cancer Facts & Figures 2012*. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/group/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-032009.pdf>
- American Cancer Society. (2014). *After diagnosis: A guide for patients and famillies*. Retrieved form <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002813>
- American Cancer Society. (2017). *Colorectal cancer facts & figures*. Retrieved from http://www.cancer.org/downloads/STT/F861708_finalforweb.pdf
- Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, O., Nakatani, Y., Yamamoto, K., & Miyaoka, H. (2011). Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. *Psychosomatics*, 52(1), 56-64.
- Arslan, S., Celebioglu, A., & Telzel, A. (2009). Depression and hopelessness in Turkish patients with cancer undergoing chemotherapy. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(2), 105-110.
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurse Research*, 56(1), 44-53.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 227-280.
- Beck, A. T. (1976). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect*. New York: Happer Row.

- Brown, M. A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. *Nursing Research, 35*(1), 4-9.
- Burmeister, E., & Aitken, M. L. (2012). Sample size: How many is enough?. *Australian Critical Care, 25*(4), 271-274.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2010). Perceived social isolate and cognitive. *Trends in Cognitive Sciences, 13*(10), 447-454.
- Chaiviboontham, S., Viwatwongkasem, C., Hanucharurnkul, S., & McCorkle, R. (2011). Symptom clusters in Thais with advance cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 15*(4), 265-277.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of the stree. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Coccia, P. F. (2010). Cancer and chemotherapy induced anemia. *National Comprehensive Cancer Network, 2*(1), 1-7.
- Coccia, P. F. (2012). Driving forces of technological change in medicine: Radical innovations induced by side effects and their impact on society and healthcare. *National Comprehensive Cancer Network, 34*(4), 271-283.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing, 12*(1), 217-226.
- Cherry, L. M. (2011). The genetic etiology of familial and nonfamilial colorectal cancer. *Baylor University Medical Center Proceedings, 24*(2), 139-141.
- Chrisman, N. L. (1990). Cultural Shock in the Operating Room: Cultural Analysis in Transcultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing, 1*(2), 33-39.
- Chung, C. (2005). Functional status and psychological adjustment in gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. *Korean Journal Women Health Nursing, 11*(1), 58-66.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essential of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins.
- Dufault, K., & Marttocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimension. *Nursing Clinics of North America, 20*(2), 379-391.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Ferrell, B. (2015). Interdisciplinary palliative care for patients with lung cancer. *Journal Pain Symptom Manage*, 50(6), 758-767.
- Fish, M. J., Zhao, F., Manola, J., Miller, A. H., Pirl, W. F., & Wagner, L. I. (2015). Patterns and predictors of antidepressant use in ambulatory cancer patients with common solid tumors. *Psycho-oncology*, 24(5), 523-532.
- 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.
- Graves, K. D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, 22(2), 210-219.
- Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.
- Herth, K. A. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250-1259.
- Herth, K. A. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Herth, K. A. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Hilton, N. Z. (1992). Battered women's concerns about their children witnessing wife assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(1), 77-86.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison Wesley Publishing Company.
- Jantaveemuang, W., & Thongmeekhwan, T. (2016). Nursing Students and Spiritual Health. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 208-219.
- Jo, N. S. (2004). Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 22(2), 509-516.

- Jo, K. H. (2017). The relationship of uncertainty, hope and quality of life in patients with breast cancer. *Journal Korean Academic Nursing*, 34(7), 1184-1193.
- John, P. (2013). Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. *Cancer Nursing*, 32(4), 1-13.
- Junttila, N., Kainulainen, S., & Saari, J. (2015). Mapping the lonely landscape-assessing loneliness and its consequence. *The Open Psychology Journal*, 8, 89-96.
- 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.
- Keiko, K. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychology*, 22(6), 1396-1401.
- Khuhaprema, T., & Srivatanakul, P. (2013). Colon and rectum cancer in Thailand: An overview. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 38(4), 237-243.
- Kim, D. S., Kim, H. S., Schwartz-Barcott, D., & Zucker, D. (2006). The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 547-556.
- Kim, H. (2013). Anxiety, Depression and uncertainty in cancer patients participating in clinical trial of anticancer drugs. *Korean Journal Adult Nursing*, 25(1), 53-61.
- Kylma, J. (2005). Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: substantive theory. *Advance in Nursing Science*, 52(1), 620-630.
- Laura. (2012). Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *The Lancet Oncology*, 15(6), 234-242.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Loprinzi, C. L., Bensinger, W. I., Peterson, D. E., & Messner, C. (2014). *Understanding and managing chemotherapy side effects*. New York: Cancer Care.
- Maninet, S., & Jitpanya, C. (2014). Factors related to quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma: A systematic review of literature. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(4), 24-35.
- Marry, E. (2012). Prevalence and correlates of symptoms and uncertainty in illness among head and neck cancer patients receiving definitive radiation with or without chemotherapy. *Support Care Cancer*, 20(2), 1885-1893.

- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*; 32(2), 57-71.
- Miller, L. E. (2012). Sources of uncertainty in cancer survivorship. *Journal Cancer Survival*, 20(6), 431-440.
- Miller, A. H., Ancoli-Israel, S., Bower, J. E., Capuron, L., & Irwin, M. R. (2008). Neuroendocrine-immune mechanisms of behavioral comorbidities in patients with cancer. *Journal Clinical Oncology*, 26(6), 971-982.
- Miller, L. E. (2014). Uncertainty Management and Information Seeking in Cancer Survivorship. *Journal Health Communication*, 29(3), 233-243.
- Ministry of Public Health & Ministry of Education. (2015). *Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012*. Bangkok: National Cancer Institute Thailand.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57-80.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 20(4) 225-232.
- Mishel, M. H. (1988). Finding meaning: Antecedents of the uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-103.
- Mitchell, T., & Turton, P. (2011). Chemobrain: concentration and memory effects in people receiving chemotherapy-a descriptive phenomenological study. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 539-548.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L., (2006). Psychological distress of patients with advanced cancer influence and contribution of pain severity and pain interference. *Cancer Nursing*, 29(5), 400-405.
- National Comprehensive Cancer Network. (2010). *Cancer related fatigue*. Retrived from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf
- National Comprehensive Cancer Network. (2012). *NCCN Guidelines for treatment of cancer by site*. Retrived from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf_guidelines.asp#site

- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2015). *NCCN Guidelines antiemesis version1*. Retrived from http://www.nccn.org/professionals/hysician_gls_pdf
- Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patient with cancer: Development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 57-61.
- Prashwas, T. (2010). A study of depression and anxiety in cancer patients. *Nepal Medical College Journal*, 12(3), 171-175.
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, 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.
- Qiao, C. X., Zhai, X. F., Ling, C. Q., Lang, Q. B., Dong, H. J., Liu, Q. (2012). Health-related quality of life evaluated by tumor node metastasis staging system in patients with hepatocellular carcinoma. *World Journal of Gastroenterology*, 18(21), 2689-2694.
- Sajjadi, M., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Jeannine, B., & Hamid, M. (2016). Live experiences of “Illness Uncertainty” of Iranian cancer patients: A phenomenological hermeneutic study. *Cancer Nursing*, 39(4), 1-9.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3), 212-219.
- Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D. (2003). Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 60-67.
- Shell, J. A., & Kirsch, S. (2001). Psychosocial issue, outcomes and quality of life. *Oncology nursing*. St Louis, MI: Mosby.
- Shu, F. W. (2014). The relationship between illness uncertainty and depression in gynecologic cancer patients. *Journal of Nursing & Healthcare Research*, 10(2), 83-93.
- Shumaila, P. (2017). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376-1387.
- Silvia, A., Halfens, P., Muller, H., Dassen, R., & Born, N. (2012). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376-1387.
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis implication and treatment (review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509-1504.

- Stegenga, K., & Ward-Smith, P. (2009). On Receiving the Diagnosis of Cancer: The Adolescent Perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(2), 75-80.
- Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(12), 1416-1456.
- Svensson, H., Brandberg, Y., Einbeigi, Z., Hatschek, T., & Ahlberg, K. (2009). Psychological reaction to progression of metastatic breast cancer-An interview study. *Cancer Nursing*, 32(1), 55-63.
- Tian, J., Chen, Z., & Hang, L. F. (2009). The effects of psychological status of the patients with digestive system cancer on prognosis of the disease. *Cancer Nursing*, 32(2), 230-235.
- Taylor, C., Richardson, A., & Cowley, S. (2010). Restoring embodied control following surgical treatment for colorectal cancer: A longitudinal qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 946-56.
- Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopedic Nursing*, 13(3), 119-127.
- Tsui, H. H. (2003). The relationship of pain, uncertainty and hope in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(3), 835-842.
- Vellone, E., Rega, M., Galletti, C., & Cohen, M. (2006). Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing*, 29(5), 356-366.
- Wehmeier, S. (2000). *Oxford advanced learner's dictionary of current english* (6th ed.). Oxford: Oxford University.
- Wiles, R., Cott, C., & Gibson, B. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: A narrative synthesis of qualitative research. *The Authors Journal Complication*, 64(2), 564-573.
- Wiles, R., Cott, C., & Gibson, B. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: A narrative synthesis of qualitative research. *The Authors Journal Complication*, 64(2), 564-573.
- Wonghongkul, T., Moore, S., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 23(6), 422-429.

- World Health Organization [WHO]. (2012). *Depression: A global public health concern*.
Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Cancer*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/en/>
- Yennurajalingam, S., Palmer, J., Zhang, T., Poulter, V., & Bruera, E. (2008). Association between fatigue and other cancer-related symptoms in patients with advanced cancer. *Springer-Verlag, 16*(10), 1125-1130.
- Yotvongratsamee, R. (2006). *Factor influencing uncertainty in illness of parents with children admitted in intensive care unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University.
- Yun, J. L. (2017). A correlational study of uncertainty, coping and depression of cancer patients. *Journal Korean Academic Nursing, 31*(2), 244-256.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement Journal, 67*(6), 361-370.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

วันที่คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามี
สิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้
จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทน โดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/

ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 99-99-9999

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิภาดา ตรงเที่ยง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 6 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) แบบประเมินความหวัง 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 6) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการตอบแบบสอบถาม จะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่าน โดยตรง ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน

การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาววิภาดา ตรงเที่ยง หมายเลขโทรศัพท์ 084-120-0418 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนอมวิเศษย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 085-484-8642

นางสาววิภาดา ตรงเที่ยง

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ
- ชุดที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย จำนวน 18 ข้อ
- ชุดที่ 3 แบบประเมินความหวัง จำนวน 12 ข้อ
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ
- ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 33 ข้อ
- ชุดที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุดหรือเติมคำลงในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษเกิน 6 เดือนให้นับเป็นปี เศษน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดทิ้ง)
3. สถานภาพสมรส

() โสด	() คู่
() หม้าย	() หย่า
4. ศาสนา

() พุทธ	() คริสต์
() อิสลาม	() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ	() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา	() ปวช./ ปวส.
() ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	() ปริญญาตรี
() ปริญญาโท	() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
() ประกอบอาชีพ	
() รับจ้าง	() เกษตรกรรม
() ค้าขาย	() รับราชการ
() พนักงานรัฐวิสาหกิจ	() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)

() ไม่มีรายได้	
() มีรายได้โดยเฉลี่ย.....บาท/ เดือน	

8. ความเพียงพอของรายได้

- () ไม่เพียงพอ
- () เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
- () เพียงพอและเหลือเก็บ

9. สิทธิการรักษาพยาบาล

- () เบิกได้
- () บัณฑิตประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- () ประกันสังคม
- () จ่ายเอง
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. การวินิจฉัยโรค

- () โรคมะเร็งปอดและหลอดลม
- () โรคมะเร็งเต้านม
- ()
- ()
- ()
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ระยะของโรคมะเร็ง

- () Stage I
- ()
- ()

3. กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

- () Alkylating agent
- () Antimetabolites
- ()
- ()
- ()

4. การรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับ (ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง)

- () ผ่าตัด
- ()
- ()
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.....ปี.....เดือน.....วัน

6. ครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด.....

**ชุดที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาเคมีบำบัด**

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามความรู้สึกและความเข้าใจของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านเลือกตอบที่ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด และ โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก					
2. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของท่านรุนแรงขึ้นกว่าเดิม					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

ชุดที่ 3 แบบประเมินความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความหวังของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านเลือกตอบที่ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยที่ตรงกับใจของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่ถูกหรือผิด และโปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

- | | |
|----------------------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก |
| เห็นด้วย | หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นพอประมาณ |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นพอประมาณ |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก |

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านมีมุมมองชีวิตที่เป็นประโยชน์				
2. ท่านมีเป้าหมายในชีวิตทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11. ท่านเชื่อว่าในแต่ละวันนั้นมีศักยภาพที่จะทำอะไรดีขึ้น				
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีคุณค่าและมีราคา				

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินคุณค่าของท่าน
 โดยผ่านการประเมินตัดสินจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัว แพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขในยามที่เจ็บป่วย เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วให้ท่านเลือกตอบในช่องที่ตรงกับ
 ความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวตามความหมายดังต่อไปนี้
 โดยคำตอบที่ได้จะไม่ถูกหรือผิด และ โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

- มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
- มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
- ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย
- ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคย เลย
ด้านอารมณ์					
1. ท่านมั่นใจว่าคนที่ท่านรักจะไม่ทอดทิ้งท่านขณะท่านเจ็บป่วย					
2. ท่านได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว					
3.					
4.					
5.					
ด้านข่าวสาร					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาเคมีบำบัด**

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยตามความรู้สึกของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านเลือกตอบ
ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวตามความหมายดังต่อไปนี้
โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด และโปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก
หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก
หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
- ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับ
ความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ
ความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ
ความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านไม่รู้ว่าท่านผิดปกติเป็นอะไร					
2. ท่านมีคำถามมากมายที่ไม่ได้รับคำตอบ					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

ชุดที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกตึงเครียด ห่วงกลัว และความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่ท่านเผชิญอยู่ตามความรู้สึกของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้ท่านเลือกตอบที่ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบที่ได้จะ ไม่มีถูกหรือผิด และโปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	ความรู้สึก	คะแนน
1. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านเคยชอบได้	() เหมือนเดิม	0
	() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
	() มีเพียงเล็กน้อย	2
	() เกือบไม่มีเลย	3
2. ท่านสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ ได้	() เหมือนเดิม	0
	() ไม่มากนัก	1
	() มีน้อย	2
	() ไม่มีเลย	3
3.	() ไม่มีเลย	3
	() ไม่บ่อยนัก	2
	() เป็นบางครั้ง	1
	() เป็นส่วนใหญ่	0
4.	() เกือบตลอดเวลา	3
	() บ่อยมาก	2
	() เป็นบางครั้ง	1
	() ไม่เป็นเลย	0

ภาคผนวก ค
ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
แบบรายงานจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
Factors Influencing Uncertainty in Illness among Cancer Patients undergoing Chemotherapy

ชื่อนิติ นางสาววิภาดา ตรงเที่ยง

รหัสประจำตัวนิสิต 59910177 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 06 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 85 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย


(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วาชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ 0512.11/ 1245



01878
2561
10-AA-90

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กรกฎาคม 2561

ศาสตราจารย์ อภัยวิทย์ วัฒนวิทย์
- อ. อภัยวิทย์ วัฒนวิทย์ (ศธ 0512.11/ 1245)
- อ. อภัยวิทย์ วัฒนวิทย์ (ศธ 0512.11/ 1245)
งานวิเทศสัมพันธ์

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6206 /1356
ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2561 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาววิภาดา ตรงเที่ยง ใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวสุชาดา ธรรมพร โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยหรือหากประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือขอให้แจ้งคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา และขอให้ระบุในผลงานวิทยานิพนธ์ด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พร้อมนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ มาเพื่อให้ผู้ขอใช้เครื่องมือดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าวและโปรดกรุณาส่งคืนไปยัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ภายใน 30 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์บริการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

โทร ๑๒๔๕, ๑๕๓๕

ที่ รบ ๐๐๓๒.๓๐๒.๒/๐๔๓

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโครงการวิจัยเลขที่ RBHEC๐๓๐/๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ตามที่นางสาววิภาดา ครงเที่ยง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้จัดส่งโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษด้วยยาเคมีบำบัด (FACTORS INFLUENCING UNCERTAINTY IN ILLNESS AMONG CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY)” รหัสโครงการ RBHEC ๐๓๐/๖๑ เพื่อขอดำเนินการวิจัยและขอรับการพิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลราชบุรี นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ได้พิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้วและมีมติรับรอง ตามเอกสารรับรองที่แนบมาพร้อมกันนี้ จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลประกอบโครงการวิจัย ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายณรงค์ เหน็บประเสริฐแท้)

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
โรงพยาบาลราชบุรี

ณัฐวิภา

(นายศิเชิธร วุฒิสถิรวิญญูโต)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ Multiple regression

1. การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องเป็นอิสระกัน โดยการตรวจสอบเงื่อนไขนี้จะตรวจสอบโดยใช้ ค่าสถิติ Tolerance และ ค่า Variance inflation factor (VIF) ถ้าหากค่า Tolerance ของตัวแปรเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ตัวแปรเป็นอิสระจากกัน แต่ถ้าค่าใกล้ ศูนย์แสดงว่าเกิดปัญหา Multicollinearity และ ค่า Variance inflation factor หากมีค่าใกล้ 10 มากแสดงว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระในสมการการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้นมีมาก นั่นคือเกิดปัญหา Multicollinearity และจากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า Tolerance และ Variance inflation factor มีค่าดังนี้

ตารางที่ 5 การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

	Collinearity statistics	
	Tolerance	VIF
คะแนนรวมV	.991	1.009
คะแนนรวมp	.994	1.006
คะแนนรวมno	.992	1.008
คะแนนรวมt	.992	1.008

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าสถิติ Tolerance ของตัวแปรมีค่าไม่ใกล้ศูนย์ 0 และมีค่า Variance inflation factor มีค่าน้อยกว่า 10 ทุกตัว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีระดับความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นตัวแปรที่อิสระต่อกัน ซึ่งถือว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัว ไม่ก่อให้เกิด Multicollinearity

2. การทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation)

ตัวแปรอิสระต้องเป็นข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง หรือที่เรียกว่า การไม่เกิด Autocorrelation โดยใช้ค่า Durbin-watson ในการทดสอบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ภายในตัวเองหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ในการวัดค่า Durbin-Watson ดังนี้

มีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่า มีความเป็นอิสระ

มีค่าอยู่ในช่วง 2.6-4.0 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบ

มีค่าอยู่ในช่วง 0-1.4 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก

ทั้งนี้ถ้าค่า Durbin-Watson มีค่าน้อยกว่า 1.5 และมากกว่า 2.5 แสดงว่าเกิด

Autocorrelation หรือตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

ตารางที่ 6 การทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation)

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-watson
1	.437 ^a	.191	.150	4.65646	1.834

หมายเหตุ a. Predictors: (Constant), คะแนนรวม p, คะแนนรวม no, คะแนนรวม t, คะแนนรวม V

b. Dependent Variable: คะแนนรวม f

จากตารางที่ 6 พบว่า การพิจารณาค่า Durbin-watson ในตาราง พบว่า ค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.818 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

3. การทดสอบการแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อน

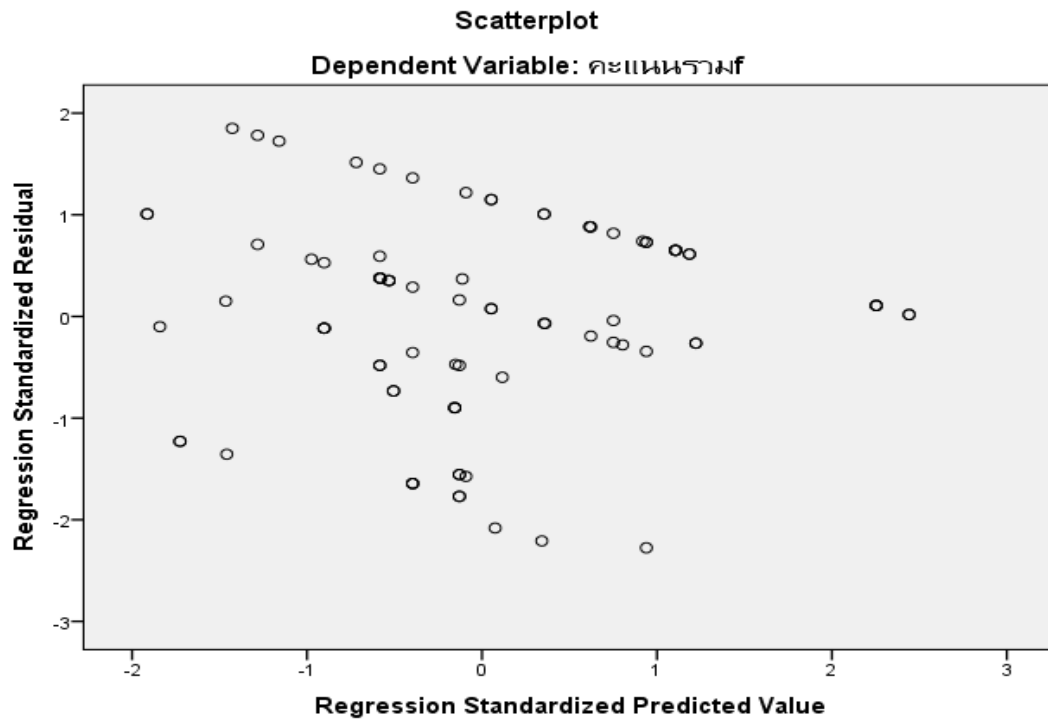
ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อน

One-sample kolmogorov-smirnov test		
		Standardized residual
N		85
Normal parameters ^a	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.957950007
	Absolute	.071
Most extreme differences	Positive	.031
	Negative	-.071
Test statistic		.071
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200

หมายเหตุ a. Test distribution is Normal

จากตารางที่ 7 พบว่า ผลการทดสอบมีระดับนัยสำคัญหรือค่า Sig = .200 มากกว่า 0.05 แสดงว่า ตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ

4. การทดสอบ Homoscedasticity ของค่าความคลาดเคลื่อน



ภาพที่ 3 การทดสอบ Homoscedasticity ของค่าความคลาดเคลื่อน

จากภาพที่ 3 พบว่า การพิจารณาแผนภาพการกระจาย Scatter plot พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่ กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 ซึ่งจากการกระจายตัวอยู่การกระจายของจุด มีความสมมาตร และจุด กระจายไม่เกิน + 3 ดังนั้นจึงสรุปว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 85$)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	1.00				
2. ความหวัง	-.073	1.00			
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.069	.999**	1.00		
4. ภาวะซึมเศร้า	-.051	-.057	-.054	1.00	
5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.246*	.199	.203*	.252*	1.00

หมายเหตุ * $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .246, .203$ และ $.252, p < .05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อคำถาม	Mean	S.D.
1. ท่านรู้สึกกลัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้	4.82	0.38
2. ท่านทำใจยอมรับการเจ็บป่วยได้ดี	4.82	0.38
3. ท่านยังทำหน้าที่ในครอบครัวและการงานได้ตามปกติแม้ว่าจะเจ็บป่วย	4.82	0.38
4. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ร่างกายของท่านอ่อนแอลงไปมาก	4.82	0.38
5. ท่านรู้สึกว่าความเจ็บป่วยของท่านรุนแรงขึ้นกว่าเดิม	4.82	0.38
6. ท่านรู้สึกกังวลใจที่รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง	4.82	0.38
7. ท่านรู้สึกไม่แน่นอนอนใจในความเจ็บป่วย	4.82	0.38
8. ท่านรู้สึกว่าท่านมีกรรมมากถึงต้องเจ็บป่วยอย่างนี้	4.82	0.38
9. การเจ็บป่วยครั้งนี้รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก	4.48	0.50
10. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ท่านทุกข์ทรมานใจมาก	4.48	0.50
11. การเจ็บป่วยทำให้ท่านต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น	4.48	0.50
12. ถึงแม้จะเจ็บป่วยแต่ชีวิตของท่านก็มีคุณค่า	4.48	0.50
13. การรักษาขณะนี้ทำให้ท่านมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายมาก (เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน)	4.48	0.50
14. การเจ็บป่วยเป็นปัญหาต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน	4.48	0.50
15. การเจ็บป่วยทำให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง	4.48	0.50
16. การเจ็บป่วยทำให้ท่านต้องเป็นภาระของผู้อื่นมากขึ้น	4.48	0.50
17. ท่านรู้สึกว่าไม่มีสิ่งใดในโลกนี้จะช่วยให้ท่านหายจากการเจ็บป่วย	4.48	0.50
18. ภาวะเจ็บป่วยทำให้ท่านไม่อยากจะหวังอะไรในอนาคตอีกแล้ว	4.48	0.50

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถาม แบบประเมินความหวัง

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. ท่านมีเป้าหมายในชีวิตทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว	3.91	0.29
2. ท่านมีสิ่งศรัทธาที่ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ	3.91	0.29
3. ท่านสามารถให้ และรับความรักความเอาใจใส่ดูแล	3.80	0.40
4. ท่านมีความเข้มแข็งอยู่ภายในลึก ๆ	3.71	0.46
5. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของตัวท่านมีคุณค่าและมีราคา	3.71	0.46
6. ท่านมีมุมมองชีวิตที่เป็นประโยชน์	3.60	0.49
7. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก	3.60	0.49
8. ท่ามกลางความมืดมนในชีวิต ท่านมองว่ามีแสงสว่างอยู่	3.60	0.49
9. ท่านรู้สึกหวาดหวั่นกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	3.60	0.49
10. ท่านสามารถระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข	3.60	0.49
11. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณมีแนวทางในการดำเนินชีวิต	3.60	0.49
12. ท่านเชื่อว่าวันแต่ละวันนั้นมีศักยภาพที่จะทำอะไรดีขึ้น	3.60	0.49

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถาม	Mean	SD.
1. ท่านได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว	3.91	0.25
2. ท่านได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว	3.91	0.25
3. ท่านไม่ต้องทำงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ เพราะมีคนช่วยท่าน เช่น เมื่อท่านยกของหนัก	3.91	0.25
4. ท่านได้รับความเคารพยกย่องและนับถือจากคนในครอบครัว	3.91	0.25
5. ท่านได้รับทราบถึงผลข้างเคียงของการรักษาจากแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่	3.80	0.40
6. ท่านได้รับข่าวสารใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ/ ความเจ็บป่วยจากเพื่อน ๆ	3.71	0.46
7. บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่าง ๆ ในระหว่างที่ท่านเจ็บป่วย	3.71	0.46

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD.
8. ท่านสามารถออกกำลังกายได้ปกติ	3.71	0.46
9. ท่านมั่นใจว่าคนที่ท่านรักจะไม่ทอดทิ้งท่านขณะท่านเจ็บป่วย	3.60	0.49
10. เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อน ไม่สบายใจ ท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนได้	3.60	0.49
11. ท่านได้รับคำชื่นชมจากแพทย์ พยาบาลเมื่อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำ	3.60	0.49
12. ท่านได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่	3.60	0.49
13. คนในครอบครัวช่วยหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว และการรักษาเกี่ยวกับโรคของท่าน	3.60	0.49
14. ท่านได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายจากคนใกล้ชิด	3.60	0.49
15. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของจากบุคคลในสังคม	3.60	0.49
16. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการเดินทางเมื่อมารับการรักษาจากคน ในครอบครัว	3.60	0.49
17. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันจากคนใกล้ชิด	3.60	0.49
18. ท่านได้กลับมาทำงานประจำอีกครั้ง	3.60	0.49
19. ท่านได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานขณะที่เจ็บป่วย	3.60	0.49
20. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	3.60	0.49

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบสอบถามความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ข้อคำถาม	Mean	SD.
1. เมื่อท่านมีความเจ็บปวด ท่านรู้ความหมายว่ามันเกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วยของท่านอย่างไร	4.91	0.29
2. มันเป็นเรื่องยากที่ท่านจะรู้ว่าการรักษาหรือยาที่ท่านได้รับจะช่วย ท่านได้หรือไม่	4.91	0.29
3. โดยปกติท่านมักทราบว่ามันไหนที่ท่านรู้สึกดีหรือไม่ดี	4.91	0.29
4. การรักษาที่ท่านกำลังได้รับอยู่มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ	4.91	0.29
5. พวกเขาไม่ให้การวินิจฉัยที่แน่นอนแก่ท่าน	4.91	0.29
6. ท่านไม่รู้ว่าท่านผิดปกติเป็นอะไร	4.87	0.34
7. ท่านไม่รู้ว่าการรักษาที่ท่านคาดการณ์ไว้จะเกิดขึ้นเมื่อใด	4.87	0.34
8. เจ้าหน้าที่ที่มีหลายประเภทท่านจึงไม่ชัดเจนว่าใครมีความรับผิดชอบ ในเรื่องใด	4.87	0.34
9. ผลการตรวจของท่านยังไม่คงที่	4.87	0.34
10. ความทุกข์ทรมานด้านร่างกายของท่านสามารถทำนายได้ว่า เมื่อไรมันจะดีขึ้นหรือเลวลง	4.87	0.34
11. มันไม่ชัดเจนว่าความเจ็บปวดของท่านจะเลวร้ายเพียงใด	4.86	0.35
12. ท่านรู้สึกงงกับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ท่านได้รับ	4.86	0.35
13. สิ่งที่แพทย์บอกท่านมันมีความหมายได้หลายความหมาย	4.86	0.35
14. ท่านสามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยของท่านจะสิ้นสุดเมื่อไร	4.86	0.35
15. ท่านรู้สึกไม่ชัดเจนว่าท่านจะดูแลตัวเองอย่างไรหลังจากออกจาก โรงพยาบาลแล้ว	4.86	0.35
16. ความคิดเห็นที่ท่านได้รับเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับท่าน มีความแตกต่างกันมากมาย	4.86	0.35
17. ท่านสามารถทำนายการดำเนินความเจ็บป่วยของท่านได้	4.86	0.35
18. สิ่งที่ท่านทำได้และไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปเพราะการรักษา	4.86	0.35
19. แพทย์และพยาบาลใช้ภาษาที่วุ่น ๆ ไปดังนั้นท่านสามารถเข้าใจในสิ่ง ที่พวกเขากำลังพูด	4.86	0.35

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD.
20. ท่านมีคำถามมากมายที่ไม่ได้รับคำตอบ	4.84	0.37
21. ท่านไม่สามารถพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องได้	4.84	0.37
22. ท่านไม่สามารถวางแผนสำหรับอนาคต เพราะว่าท่านคาดการณ์ความเจ็บป่วยของท่านไม่ได้	4.84	0.37
23. ผลการรักษาที่ได้รับยังไม่สามารถบอกได้แน่นอน	4.84	0.37
24. ท่านสามารถพึ่งพาพยาบาลให้อยู่กับท่านด้วยเมื่อท่านต้องการเขา	4.84	0.37
25. ท่านไม่แน่ใจว่าความเจ็บป่วยของท่านจะดีขึ้นหรือแย่ลง	4.76	0.43
26. ท่านเข้าใจทุกเรื่องที่อยู่รอบตัวท่าน	4.76	0.43
27. การดำเนินความเจ็บป่วยของท่านเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บางวันทำรู้สึกดี บางวันทำรู้สึกไม่ดี	4.76	0.43
28. มันเป็นการยากที่จะบอกว่าอีกนานเท่าไรท่านจะสามารถดูแลตนเองได้	4.76	0.43
29. ความร้ายแรงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านมีความแน่นอนแล้ว	4.76	0.43
30. ท่านมีความชัดเจนในจุดมุ่งหมายของการรักษาแต่ละอย่าง	4.73	0.63
31. การรักษาที่ท่านได้รับมีความซับซ้อนมากกว่าที่ท่านจะเข้าใจ	4.73	0.63
32. มันยังไม่ชัดเจนว่าจะอะไรเกิดขึ้นกับท่าน	4.73	0.63
33. ท่านไม่แน่ใจว่าแพทย์/ พยาบาลจะพบสิ่งผิดปกติอื่นในตัวท่านอีก	4.73	0.63

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคำถามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านเคยชอบได้	2.93	0.26
5. ท่านปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	2.86	0.35
4. ท่านรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	2.82	0.38
2. ท่านสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ ได้	1.73	0.85
3. ท่านรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	1.73	0.85
6. ท่านมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ	1.73	0.85
7. ท่านรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้	1.73	0.85