

ปัจจัยทำนายความเหงาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ลัดดาวัล พงศ์ พย.บ., พย.ม., ยพิน ญันตวณิชย พย.บ., พย.ม., ปส.ด., จักรา คุณทรงเกียรติ พย.บ., พย.ม., ปส.ด.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131

Abstract: Factors Predicting Loneliness of Hospitalized Cancer Patients in Chonburi Cancer Hospital

Vonk L, Tanatwanit Y, Kunsongkeit W

Faculty of Nursing Burapha University, Mueang Chonburi, Chonburi, 20131

(E-mail: nid2518@hotmail.com)

Cancer patients mostly risk to experience loneliness resulting from their illness which makes them not able to maintain their relationship with their family members and other. This predictive correlational research aimed to study the loneliness of hospitalized cancer patients in Chonburi Cancer Hospital, and its predictive factors (stress, self-esteem, and pain). Sample random sampling was used to identify the samples who were cancer patients receiving chemotherapy, radiation, and/or surgery and were admitted to the female unit, male unit, and semi-intensive care unit in Chonburi Cancer Hospital. They also met the inclusion criteria. The sample size was seventy-seven. This study applied five questionnaires for data collection: 1) Personal information, 2) Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale, 3) Rosenberg's Self-Esteem Scale, 4) Loneliness Scale, and 5) Pain Numeric Rating Scale. The consistency reliability was used to test the Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale, and Loneliness Scale. Their Cronbach's alpha coefficient values were 0.83, 0.88, and 0.95 respectively. The Pain Numeric Rating Scale was tested by the test-retest method ($r = 0.98$). The data were analysed by descriptive statistics and multiple regression (Stepwise). The result demonstrated that the cancer-patient samples had the moderate degree of both loneliness ($\bar{X} = 68.18, SD = 6.73$) and stress ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$). However, they had the high level of self-esteem ($\bar{X} = 34.48, SD = 4.54$) and low severity level of pain ($\bar{X} = 3.39, SD = 2.26$). To predict loneliness, there was only one factor, that is stress ($R^2 = 0.156, p < 0.001$). Thus, cancer patients who had stress tended to experience loneliness. Nurses should recognize, understand, and investigate how to manage stress in order to prevent loneliness in hospitalized cancer patients.

Keywords: Loneliness, Cancer patients, Self-esteem, Stress, Pain

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการเกิดความเหงาได้ อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติการศึกษาหาความสัมพันธ์ทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหงาของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และปัจจัยทำนายความเหงา ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/หรือการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 77 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเหงา 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 5) แบบประเมินความปวด การทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือแบบประเมินความเครียด แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความเหงา ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 0.88 และ 0.9 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความปวดมีค่าความคงที่แบบวัดซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมีความเหงา ($\bar{X} = 68.18, SD = 6.73$)

และความเครียดระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.97, SD = 5.42$) แต่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง ($\bar{X} = 34.48, SD = 4.54$) และมีความปวดที่มีความรุนแรงในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.39, SD = 2.26$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายความเหงาของกลุ่มตัวอย่างได้คือ ความเครียด ($R^2 = 0.156, p < 0.001$) ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ ทำความเข้าใจ และหาแนวทางจัดการความเครียดเพื่อป้องกันความเหงาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: ความเหงา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด ความปวด

บทนำ

ความเหงาเป็นปัญหาด้านจิตใจที่มีความสำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง อุบัติการณ์การเกิดความเหงาในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่าเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ในทวีปยุโรปประเทศเบลเยียมและประเทศเนเธอร์แลนด์พบมากถึงร้อยละ 42¹ เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษพบได้ถึงร้อยละ 22² ส่วนประเทศในทวีปเอเชียตะวันตก เช่น ประเทศตุรกีพบสูงถึงร้อยละ 62 - 70.7³⁻⁴ สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากสูงถึงร้อยละ 22.04 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 1 โดยพบอัตราการตาย 113.7 ต่อประชากร 100,00 ราย⁵ สำหรับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

มีจำนวนสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการรักษาใน ปีพ.ศ. 2557 มากถึง 2,028 ราย⁶ จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมาก แต่ในเชิงวิชาการประเทศไทยกลับขาดข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับการศึกษาระหว่างความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยตรง มีเพียงการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยของ สุทธานันท์⁷ ที่พบว่าความว่าเหวได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังด้วยโรคมะเร็งย้อมนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า Kalem⁸ กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้า แล้วส่งผลกระทบต่อความว่าเหวได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงเสี่ยงที่จะมีความว่าเหวเกิดขึ้นในช่วงตลอดชีวิตของการเจ็บป่วย

โรคมะเร็งในความเชื่อของบุคคลจำนวนมากยังเป็นโรคแห่งความตาย (Cancer = Death)⁹ เมื่อได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิต ซึ่งทำให้มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก¹⁰ สร้างความทุกข์ทรมานและปวดร้าวต่อความรู้สึกของบุคคลและมีความยากลำบากในการยอมรับความจริงที่กำลังเผชิญตามทั้งเจ็บป่วยในขณะนั้น¹¹ ถือได้ว่าเป็นช่วงสถานการณ์วิกฤตของชีวิตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว กลัวการเสียชีวิต¹² เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ การรักษานั้นๆ ยังสามารถส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อยู่อย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา เกิดความท้อแท้ หดหู่ ขาดเป้าหมายในชีวิต ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในอนาคต รู้สึกหมดความหวังจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิต¹² ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความรู้สึกเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดการแยกตัวออกจากสังคม และมีการสร้างโลกส่วนตัวให้กับตัวเอง¹³ ขาดเครือข่ายทางสังคม¹⁴ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จนในที่สุดส่งผลให้เกิดความรู้สึกความว่าเหวตามมา¹²

ความว่าเหวนั้น Perlman¹⁵ กล่าวว่ามีความรู้สึกไม่พึงพอใจจากการที่บุคคลไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ตามปกติหรือมีความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ที่มากเกินไปทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้นๆ ไม่ตรงตามความต้องการของตัวเอง ทำให้มีโอกาสเกิดความรู้สึกที่ว่าเหวได้ ซึ่งงานศึกษาของ สุทธานันท์⁷ ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ให้ความหมายของความว่าเหวไว้ว่า ความว่าเหว ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อนสนิท อันเนื่องมาจากเสียชีวิตหรือการที่ต้องออกจากงาน ถึงวัยเกษียณอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ความรักและความเป็นเจ้าของ ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การสูญเสียทางภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหวน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกที่ว่าเหวได้ ด้วยสาเหตุ 3 ประเด็นใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การรักษาที่ยาวนานจำเป็นต้องเข้าและออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงทำให้ชีวิตเหมือนถูกควบคุมด้วยโรคมะเร็ง 2) การมีอาการจากโรคมะเร็ง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า และอาการปวด 3) การขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิด ความว่าเหว จากงานศึกษาของ Pehlivan¹⁴ พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 21.0, p < 0.05$) เห็นได้ชัดในประเทศอังกฤษผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและญาติขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวยาวนานถึง 6 เดือน²

กลไกการเกิดความว่าเหวจากการศึกษาของ Hawkey¹⁶ อธิบายกลไกการเกิดความว่าเหวไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ว่าตัวเองแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าสังคมนั้นไม่ปลอดภัย เกิดความ

หวาดระแวง และวิตกกังวลกับสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ขาดการควบคุมตัวเอง คอยระมัดระวังตัวตลอดเวลา กลัวภัยคุกคามจากสังคมส่งผลให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการคิดที่มีอคติ เช่น การมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่มี ความว่าเหวในสังคม อาจทำให้เกิดภาวะคุกคามและไม่ปลอดภัยต่อการดำรงชีวิต ทำให้เพิ่มความคาดหวังในเชิงลบเพิ่มมากขึ้น เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม และเก็บไว้ในความทรงจำ ทำให้มีการสะสมความคิดเชิงลบต่อสังคมอยู่ตลอดเวลา เมื่อต้องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมจะแสดงพฤติกรรมให้สังคมได้รับรู้คือ ภาพของบุคคลที่มีความคาดหวังต่อการตอบสนองของสังคมให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง เมื่อความต้องการที่เป็นจริงในสังคมไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่ตนต้องการจึงแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากสิ่งต่างๆ ในสังคมนั้นอยู่เหนือการควบคุมของตัวเอง ซึ่งเหตุผลดังกล่าวเป็นแรงสนับสนุนกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบตลอดเวลา อีกทั้งการมีความรู้สึกเกลียดชังไม่เป็นมิตร มีความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ มองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงทำให้เกิดความว่าเหวขึ้น และร่างกายมีการตอบสนองโดยมีการกระตุ้นระบบประสาทที่มีการแสดงออกของพฤติกรรม ให้มีการแยกตัวออกจากสังคมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง และมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงลบ

เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกว่าเหวจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจและสติปัญญา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านร่างกาย ความรู้สึกที่ว่าเหวทำให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับ Interleukin-6 ในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น¹⁷ ด้านอารมณ์ พบว่า ความว่าเหวทำให้เกิดความรู้สึกกระวนกระวาย กลัว ท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกผิด อ่อนไหว ผิดหวัง ไร้ที่พึ่ง รู้สึกสงสารตัวเอง เปื่อ โกรธ¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่อาศัยอยู่สถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (Nursing home) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความรู้สึกที่ว่าเหวโดยมีความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง รู้สึกสูญเสีย รู้สึกเจ็บปวดจิตใจ และความรู้สึกว่าแปลก¹⁹ ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนอันเนื่องมาจาก 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ จากการรักษาโรคมะเร็งที่ต้องการความต่อเนื่องและระยะเวลายาวนานและจากบุคลิกภาพ/พฤติกรรมของครอบครัวและเพื่อนที่หลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้านจิตใจสติปัญญา ส่งผลให้กระบวนการคิดช้ากว่าปกติและต้องการเวลาในการทำงานมากกว่าปกติ²⁰ อันเนื่องมาจาก สภาวะการด้านความคิดของผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความคิดว่าโรคมะเร็งทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่ของตัวเองมีช่วงระยะเวลาที่สั้นลง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดระยะเวลาและเป็นสัญลักษณ์แห่งความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้มีผลทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้อีกด้วย²¹ เห็นได้ชัดจากการศึกษาอำนาจการทำนายของ ความว่าเหวและสถานการณ์ด้านลบในชีวิต กับอาการหมดความหวัง และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behaviours) พบว่า ความว่าเหวสามารถทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.49, R^2 = 0.24, p < 0.001$)²²

จะเห็นได้ว่าความว่าเหวเป็นสาเหตุที่น่าสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทำให้เกิดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานอื่นๆ ตามมาและทำให้การเจ็บป่วยนั้นๆ มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความว่าเหวทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาทั้งในเรื่องมาตรฐานตามนัดและการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่มี ความว่าเหวถึง 3 เท่า ความรู้สึกที่ว่าเหวเป็นพิษภัยอันตรายต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมาก¹² จึงถูกเปรียบเสมือนโรคระบาดหรือระเบิดเวลา ที่มีโอกาสคุกคามชีวิตและทำให้เสียชีวิตในที่สุด²³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความเครียดหมายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการเผชิญกับสภาวะการณของร่างกายกับสิ่งกระตุ้นที่มาจากความจิตใจ อารมณ์

จิตวิญญาณ แล้วบุคคลประเมินแล้วว่าเหตุการณ์นั้นๆ จะคุกคามเกินขีดความสามารถในการอดทนของตนเอง โดยอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง กล้ามเนื้อตึง เครียด โกรธ ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองโดยรวมว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ มีความสามารถทำสิ่งต่างๆ มีความภาคภูมิใจในตัวเอง หรือมีความพึงพอใจในตัวเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่เกิดจากบุคลิกภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง²⁴ และความปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายมีความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นเหตุการณ์ชักนำที่เกิดจากเหตุการณ์การเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมาน¹⁸ จากการศึกษาของ Mosher²⁵ พบว่า ความเครียดเกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์กับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43, p < 0.001$) และยิ่งพบอีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดและทำการรักษาผู้ป่วยจะสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เนื่องจากรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าห้อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมกลิ่นและอาจมีเสียงที่รบกวนจนส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและกลัวสังคมรังเกียจ²⁶ เกิดการแยกตัวไม่ต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับสังคมและเกิดความรู้สึกว่าเหวขึ้นได้ สนับสนุนได้จากคำกล่าวของ Drageset¹⁹ ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ ได้ด้วย Jarmka¹⁷ พบว่า ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถทำนายความว่าเหวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -11.19, p < 0.001, R^2 = 0.12$)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าความว่าเหวเป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของโรคมะเร็ง และกลายเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความว่าเหวนั้นมีทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยชักนำ Perlman¹⁵ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว นอกจากนี้ยังกระตุ้นและชักนำจนความว่าเหวมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นและสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้มุ่งศึกษาอาการทำนายของความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น และความปวดที่เป็นปัจจัยชักนำที่มีต่อการเกิดความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งผลการศึกษจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจปรากฏการณ์ความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งและนำไปใช้ในการวางแผนกำจัดปัจจัยหรือป้องกันความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และปัจจัยทำนายความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และ/หรือการผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยสามัญหญิง ห่อผู้ป่วยสามัญชาย และห่อผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power analysis²⁷ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 ราย และเก็บรวบรวมข้อมูลเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความว่าเหว พัฒนาโดย Russell²⁸ แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา²⁹ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 24 ข้อ 3) แบบประเมินความเครียดสร้างขึ้นโดย Cohen³⁰ และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai version of -10Item Perceived Stress Scale:

T-PSS10-) โดย Wongpakaran³¹ โดยมีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของฟองศรี³² สร้างโดย Rosenberg³³ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ 5) แบบประเมินความปวดของ McCaffery³⁴ ได้แบ่งมาตราวัดความปวด มีลักษณะเป็นตัวเลขให้เห็นชัดเจนอย่างต่อเนื่องจาก 0 ถึง 10 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ) แบบประเมินความว่าเหว แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความปวด ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วมาใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อความ และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพจึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 30 รายโดยทดสอบ Homogeneity reliability ด้วยวิธี Internal consistency สำหรับในแบบประเมินความว่าเหว แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95, 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ และแบบประเมินความปวด มีค่าความคงที่แบบวัดซ้ำเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.2 ($n = 41$) มีอายุเฉลี่ย 55.94 ปี ($SD = 13.26$) และมีอายุอยู่ในช่วง 45-65 ปี ร้อยละ 49.4 ($n = 38$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.0 ($n = 47$) และนับถือศาสนาพุทธมากถึง ร้อยละ 98.7 ($n = 76$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 ($n = 49$) มีการประกอบอาชีพมากถึง ร้อยละ 80.5 ($n = 62$) ทำให้รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 28.6 ($n = 22$) สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.2 ($n = 51$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขณะเจ็บป่วยมีผู้ดูแล ร้อยละ 92.2 ($n = 71$) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ น้อง คู่สมรส และลูกของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.6 ($n = 69$)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า การเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก ร้อยละ 27.3 ($n = 21$) ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งชนิดเดียว ร้อยละ 44.2 ($n = 34$) โดยพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ร้อยละ 16.9 ($n = 13$) รองลงมาคือโรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 9.1 ($n = 7$) และโรคมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 7.8 ($n = 6$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัย > 1 โรค พบ ร้อยละ 55.8 ($n = 43$) โดยโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ร้อยละ 24.7 ($n = 19$) ระยะของโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 4 ร้อยละ 55.8 ($n = 43$) รองลงมาระยะที่ 3 ร้อยละ 28.6 ($n = 22$) โดยเมื่อประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (PPS V2 scale) มีคะแนนอยู่ในช่วง 40-60 จากคะแนน 100 มากถึงร้อยละ 59.7 ($n = 46$) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคจนถึงปัจจุบันพบมากในช่วงเวลา 2-6 เดือน ร้อยละ 55.8 ($n = 43$) เหตุผล ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้คือการเข้ามารับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 46.8 ($n = 36$) ซึ่งส่วนใหญ่ และรองลงมาคือรับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี ร้อยละ 31.2 ($n = 24$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.7 ($n = 56$) ที่มีโรคประจำตัวมีเพียงร้อยละ 27.3 ($n = 21$) คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.8 ($n = 16$) ส่วนยาอื่นๆ ที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวดร้อยละ 79.2 ($n = 61$) ได้แก่ Morphine Sulphate Syrup (MSS) Morphine Sulphate Tablet (MST) และ Kapanal ความว่าเหว ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวดของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งได้ถูกจำแนกตามระดับความรุนแรง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามปัจจัย และระดับความรุนแรง (n = 77)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับความรุนแรง
ความว้าเหว	68.18 (6.73)	ปานกลาง
ความเครียด	24.97 (5.42)	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	34.48 (4.54)	สูง
ความปวด	3.39 (2.26)	ต่ำ

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความว้าเหวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	P-value
ความเครียด	0.46***	5.89	0.40***	17.76***	0.001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	-	-	0.15	1.161	0.25
ความปวด	-	-	-0.05	-0.48	0.63

Intercept = 56.583, $R^2 = 0.156$, $F(1, 75) = 13.88^{***}$

*** $p < 0.001$

จากผลการศึกษา พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความว้าเหวของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 15.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ($R^2 = 0.156$ $p < 0.001$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความว้าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.18$, $SD = 6.73$) อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 84.4 ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยมักมีอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานต่างๆ มากมาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ เหล่านี้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยธรรมดา ที่มีกฎระเบียบของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการจำกัดเวลาเยี่ยมหรือการเฝ้าดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ได้ตลอดเวลา (24 ชั่วโมง) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกครอบครัวตามปกติ ย่อมนำมาซึ่งความรู้สึกว่าเหวได้ Adams³⁵ แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความว้าเหวไม่สูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับครอบครัวได้ดีโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ช่วยปรับแบบแผนในการดำรงชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ช่วยดูแลเรื่องการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจก็ช่วยลดความว้าเหวได้ ดังผลการศึกษาของ Pehlivan¹⁴ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหวกับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($n = 188$) พบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.21$, $p < 0.05$) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความรัก ความห่วงใย การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา ซึ่งถือว่าเป็นสายสัมพันธ์ที่สำคัญในครอบครัวที่สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกว่าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ciraci³⁶ ได้ศึกษาความว้าเหวในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($N = 55$) พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและญาติ และการสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์ สามารถทำนายความว้าเหวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.38$, $p < 0.05$) สรุปได้ว่าผลจากการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญและสามารถช่วยลดความรู้สึกว่าเหวที่เกิดขึ้นไม่ให้อารมณ์รุนแรงได้

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการทำนายความว้าเหว พบว่า ความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถทำนายความว้าเหวได้ ($R^2 = 0.156$ $p < 0.001$) หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเครียดสามารถชักนำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเหวได้ และความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.39$, $p < 0.001$) อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่กลางคนและได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งใน ระยะที่ 3 และ 4 มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการทรุดได้ตลอดเวลา อาการที่เปลี่ยนแปลงจึงเป็นตัวกระตุ้น ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดได้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น เนื่องจากสภาพลักษณะที่มีการเปลี่ยนแปลงขณะรับการรักษา ได้แก่ ผอมร่าง ผิวหนัง เกิดผลจากการฉายรังสี สภาพร่างกายที่ทรุดโทรม ผอมแห้ง สูญเสียสภาพลักษณะจากการผ่าตัดโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ มีปากเปี้ยว ผิดรูป ใบหน้าเกิดการตั้งรัง ริมฝีปากปิด ไม่สนทนาหลายไหลตลอดเวลา อีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ใส่สายยางสำหรับให้อาหารทางจมูกหรือทางกระเพาะอาหารโดยตรง ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องเตรียมอาหารทางสายยางเป็นประจำไม่สามารถออกไปรับประทานอาหารกับครอบครัว เพื่อน สังคม จึงจำเป็นต้องเก็บตัวอยู่คนเดียว นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีถุงอุจจาระทางหน้าท้องจากการสัมภาษณ์ พบว่าการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกเครียด เพราะไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ โดยเฉพาะในช่วงที่ถุงอุจจาระโป่งพองจากลมที่ออกจากลำไส้ กลุ่มตัวอย่างกลัวถูกเกิดการหลอกรู้และมึนกลืนเหม็น จากเหตุผลต่างๆ เหล่านี้สามารถทำให้เกิดความเครียดสะสมมาตลอด ไม่ต้องการสร้างความสัมพันธ์กับ

บุคคลอื่น จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองออกจากสังคม บุคคลรอบข้างมีความต้องการอยู่คนเดียวมากขึ้นส่งผลให้ขาดการสร้างสรรค์สัมพันธ์ทางระหว่างตัวเองกับสังคม จึงทำให้เกิดความว่าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Serin²⁴ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52, p < 0.001$) เนื่องจากปัญหาสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้ความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถทำนายความว่าเหวได้ไม่มากนัก ร้อยละ 15.6 ($R^2 = 0.156, p < 0.001$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลร้อยละ 92.2 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถป้องกันการเกิดความว่าเหวได้ นอกจากนี้ยังมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดในระดับต่ำ อีกทั้งยังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในระดับสูง ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำนายความว่าเหวได้

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความปวด ในการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีอำนาจในการทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากแนวคิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่ง Hu³⁷ อธิบายว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมี 2 ลักษณะ คือ ความมีสติรู้สึกนึกคิดว่าตนเองมีคุณค่า และการประเมินคุณค่าของตนเองอันเกิดตามจิตสำนึก (Implicit self-esteem) จากการเรียนรู้ที่คิดมาตลอดชีวิต โดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองทั้ง 2 ชนิดไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ Hu³⁷ ได้กล่าวชัดเจนว่า การประเมินคุณค่าของตนเองตามจิตสำนึกยังไม่มีสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิต และไม่สามารถทำนายความรู้สึกผิดปกติกายทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกที่เหวได้ นอกจากนี้การประเมินคุณค่ายังมีการปรับเปลี่ยนซ้ำและยากแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ไม่คาดคิด (เช่น การเจ็บป่วย) เกิดขึ้น ดังนั้นผลการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากการประเมินคุณค่าของตนเองตามจิตสำนึกนั่นเอง

ในทำนองเดียวกับความปวด ไม่สามารถทำนายความว่าเหวได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับต่ำจึงไม่สามารถส่งผลกระทบต่อความว่าเหวได้ อธิบายได้จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับความว่าเหว ที่พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว ($r = -0.081, p > 0.05$) จึงไม่มีอิทธิพลเพียงพอในการทำนายความว่าเหวได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดการความว่าเหวและความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล หาแนวทางร่วมกันในการจัดการความว่าเหวและความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ดังเช่นความสัมพันธ์เพิ่มทักษะทางสังคม การเข้ากลุ่มฝึกสนทนา การส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านบวก สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสเข้ารับการอบรมเพื่อมีความรู้ในการจัดการความว่าเหวและความเครียด ทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อสร้างสมรรถนะบุคลากรทางสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความว่าเหวขณะที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผลการศึกษาอาจไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลมะเร็งหรือในหน่วยงานบริการสุขภาพอื่นๆ หรือชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการของโรคมะเร็งในระยะที่ 3 - 4 ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายถึงความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการ

ในระยะที่ 1 และ 2 ได้ และเป็นผลจากการวิจัยเชิงปริมาณอาจไม่สามารถได้คำตอบลึกซึ้งถึงสาเหตุของความว่าเหวและความเครียดที่มีอยู่ในระดับปานกลางในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย

สรุป

ความเครียดสามารถทำนายความว่าเหวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการหาวิธีป้องกันการเกิดความว่าเหวในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกที่เหวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนอมวิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะกรรมการหลักสูตรทุกท่าน ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุทัศน์ ดวงดี เต็ม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และคุณลาวัลย์ รัชชานเวศ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

References

1. Deckx L, van den Akker M, van Driel M, Bulens P, van Abbema D, Tjan-Heijnen V, et al. Loneliness in patients with cancer: the first year after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology* 2015 ;24 : 1521-8.
2. Macmillan Cancer Support. Cure but at what cost? Long-term consequences of cancer and its Treatment July 2013. [Internet] 2013. [cited 2016 May 12]. Available from: http://www.macmillan.org.uk/.../Consequences_of_Treatment_Ju.
3. Sahin ZA, Tan M. Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clin J Oncol Nurs* 2012; 16: 145-9.
4. Yildirim Y, Kocabiyyik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *J Clin Nurs* 2010; 19: 832-9.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558 (Public Health Statistics A.D.2015). (อินเทอร์เน็ต) 2015. (เข้าถึงเมื่อ 2016 มี.ค. 12). เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic_2558.pdf.
6. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. สถิติทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี: HOS-BASE CANCER REGISTRY 2014. 2015; 15: 13.
7. สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน และทัศนาศ ทวีคุณ. การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามเกียรติพยาบาลสาร* 2554; 17: 413-29.
8. Kalemli G, Bali P, Douzenis A. Loneliness and suicidality. *Encephalos*. 2015; 52: 70-8.
9. American Cancer Society. After diagnosis: A guide for patients and families. [Internet] 2015. [cited 2016 May 20]. Available from: http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/web_content/002813.

10. Oers V, Schlebush L. Anxiety and the patient with breast cancer: A review of current research and practice. *South African Family Practice* 2013; 55: 525-9.
11. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Hietanen P. Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness, and partner support. *Quality of Life Research*. 2007; 16: 75-87.
12. Rokach A, Ked AS. Ill health, death and loneliness: Man-kind's companions. *The Open Psychology Journal*. 2015; 8: 85-8.
13. Sand L, Strang P. Existential loneliness in a palliative home care setting. *J Palliat Med* 2006; 9: 1376-87.
14. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer* 2012; 20: 733-9.
15. Perlman D, Peplau LA. Loneliness. In: Friedman FS, ed. *Encyclopedia of mental health*. San Digo, CA: Academic Press; 1998. p. 571-81.
16. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med* 2010; 40: 218-27.
17. Jaremka LM, Fagundes CP, Peng J, Bennett JM, Glaser R, Malarkey WB, et al. Loneliness promotion inflammation during acute stress. *Psychological Science*. 2013; 24: 1089-97.
18. วสันต์ ลิ้มป๋เฉลิม. สูทฤษฎีความเหงาที่อิงตัวตน [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2551.
19. Drageset J, Eide GE, Dysvik E, Furnes B, Hauge S. Loneliness, loss, and social support among cognitive intact older people with cancer, living in nursing homes-a mixed methods study. *Clin Interv Aging* 2015; 10: 1529-36.
20. Perlman D, Peplau LA. Loneliness research: a survey of empirical findings. In Peplau LA, Goldston S. Eds. *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. Washington DC: US Governmental Printing Office; 1984. p. 13-46.
21. Kalemi G, Bali P, Douzenis A. Loneliness and suicidality. *Encephalos* 2015; 52: 70-8.
22. Chang EC, Sanna LJ, Hirsch JK, Jeglic EL. Loneliness and negative life events as predictors of hopelessness and suicidal behaviors in Hispanics: evidence for a diathesis-stress model. *J Clin Psychol* 2010; 66: 1242-53.
23. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lenners IT, Gallagher ER, et al. Perceive of health status and survival in patients with metastatic lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48: 548-57.
24. Segrin C, Passalacqua SA. Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Commun* 2010; 25: 312-22.
25. Mosher CE, Lepore SJ, Wu L, Austin J, Valdimarsdottir H, Rowley S, Isola L, et al. Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation: exploring the role of loneliness and cognitive processing. *J Health Psychol* 2012; 17: 1022-32.
26. Salome GM, de Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctol* 2014; 34: 231-9.
27. Software Informer. G*Power 3.1. 2015. Retrieved from <http://gpower.software.informer.com/3.1/>
28. Russell D. UCLA loneliness scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 66:20-40.
29. วัลลภา โคสิดานนท์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่ออาการลดความหวัหวัในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
30. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Social Behav* 1983; 24: 385-96.
31. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosocial Med* 2010; 4:6.
32. ผ่องศรี ศรีมรกต. ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
33. Rosenberge M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: University Press; 1965.
34. McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical manual*. 2nd ed. St. Louis Missouri: Mosby; 1999.
35. Adams RN, Mosher CE, Abonour R, Robertson MJ, Champion VL, Kroenke K. Cognitive and situational precipitants of Loneliness among patients with cancer: a qualitative analysis. *Oncol Nurs Forum* 43 ;2016:156-63.
36. Ciraci Y, Nural N, Salturk Z. Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer* 2015; 24: 352531-.
37. Hu Y, Jin Y, Hu C, He H. Loneliness and Their Relationship to Explicit and Implicit Self- Esteem. *Psychology* 2013; 4: 455-8.