

# The Effect of a Coping Enhancing Program on Depression in Breast Cancer Patients

Nucharee Yongthong, RN, MNS<sup>1</sup>, Atirat Wattanapailin, RN, EdD<sup>1</sup>,  
Acharaporn Seeherunwong, RN, DNS<sup>1</sup>, Prapa Yuttatri, RN, DNS<sup>1</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** The study was aimed at investigating the effect of a coping enhancing program on depression in breast cancer patients.

**Design:** Randomized controlled trial.

**Methods:** The study sample consisted of patients being informed of their diagnosis of breast cancer. They were treated for the first or second time with postoperative chemotherapy at a chemotherapy center in a tertiary hospital. The total number of subjects was 56 and randomly assigned to an experimental and a control groups with 28 each. The experimental group received the coping enhancing program for breast cancer patients. The program was composed of two individual counseling sessions conducted at the hospital, and four telephone visits. The control group received routine nursing care from the hospital. The subjects' depression was assessed using the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D, both before and after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and t-test, with the significance level at .05.

**Main findings:** The study result revealed that the post-test depression mean score of the experimental group ( $\bar{x} = 6.607$ ,  $SD = 2.819$ ) was lower than that of the control group ( $\bar{x} = 17.714$ ,  $SD = 7.605$ ) with statistical significance ( $p < .001$ ).

**Conclusion and recommendations:** The coping enhancing program was effective for reducing depression in breast cancer patients post operation. This program should be encouraged to implement in this group of patients. Nurses who provide this program should also be trained for problem solving counseling.

**Keywords:** breast cancer, coping behavior, depression

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

บุษณี หยองกอง, พย.ม.<sup>1</sup> อติรัตน์ วัฒนไพสิน, กศ.ด.<sup>1</sup> อัจฉราพร สี่ริณวงศ์, พย.ด.<sup>1</sup>  
ประภา ยุทธไตร, พย.ด.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและทราบผลการวินิจฉัยมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังจากผ่าตัด ที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นครั้งแรกหรือครั้งที่สองจำนวน 56 คน ซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นการให้การปรึกษารายบุคคลแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง และผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ไคร้สแควร์ และการทดสอบที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ผลการวิจัย:** ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ( $\bar{x} = 6.607$ ,  $SD = 2.819$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 17.714$ ,  $SD = 7.605$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถ ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกภายหลังจากผ่าตัดได้ บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดังกล่าว และพยาบาลควรผ่านการอบรมและฝึกทักษะการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหา ก่อนนำโปรแกรมฯ ไปใช้

**คำสำคัญ:** มะเร็งเต้านม การเผชิญความเครียด อาการซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายแรงและพบบ่อยในสตรีวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่ามียุทธวิธีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่สูงถึง 226.5 ราย และเสียชีวิต 53.3 รายต่อสตรี 1,000 ราย<sup>1</sup> ในสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยพบว่าสตรีป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในอัตราสูงที่สุด คือ 292 รายต่อสตรี 1,000 ประชากร<sup>2</sup> ส่วนสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งระบบหายใจและระบบย่อยอาหาร และเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของสตรีที่เป็นมะเร็งทั้งหมด<sup>3</sup> การรักษามะเร็งเต้านมปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และฮอร์โมนบำบัด

คนส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีโอกาสรักษาให้หายขาดน้อย และไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าการรักษาด้วยวิธีการใดใช้ระยะเวลาเท่าใดจึงจะกำจัดเซลล์มะเร็งออกหมด ดังนั้นทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยจะตกใจ (shock and trauma) เจ็บปวดสูญเสีย คิดถึงความตายและชีวิตที่เหลืออยู่ ไม่นั่นใจ (uncertain) ต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่จะได้รับ<sup>4</sup> ผู้ป่วยอาจคิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ดูแลสุขภาพไม่ดี หมดหวัง เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน (psycho-spiritual suffering) และอาจคิดถึงการฆ่าตัวตาย<sup>5</sup> อีกทั้งการรักษาต่างๆ ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทั้งสิ้น

การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาเป็นสถานการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด (coping behavior) มีการศึกษาพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดโดยการวางแผน การปรับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการเบี่ยงเบนความสนใจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม<sup>6</sup> ขณะที่การเผชิญสถานการณ์ความเครียดด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น การตำหนิตนเอง จะทำให้ความทุกข์ใจจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งคงอยู่และมีอาการซึมเศร้าในเวลาต่อมา และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปีมีอาการซึมเศร้าประมาณร้อยละ 50<sup>7-9</sup> ส่วนการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยนอกของตติยกรรม โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 - พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 300 ราย พบว่า มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 16.7<sup>10</sup>

อาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการรักษา ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง<sup>11</sup> การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลามและควบคุมยาก อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบต่อชีวิตสมรส ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมีการมีปฏิสัมพันธ์และแยกตัวออกจากสังคม<sup>12</sup> ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตของลดลงถึงร้อยละ 9-42<sup>13</sup> และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีอาการซึมเศร้า<sup>14</sup> ดังนั้นการคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและการบำบัดอาการซึมเศร้าจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับพยาบาล

การบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม คือการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม<sup>4</sup> ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมมีหลายวิธีที่สามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ เช่น การให้การปรึกษาโดยการพบหน้าและผ่านทางโทรศัพท์<sup>15-16</sup> การให้สุขภาพจิตศึกษา<sup>17</sup> การบำบัดโดยฝึกทักษะการแก้ปัญหา<sup>18</sup> การสนับสนุนทางจิตสังคม<sup>19</sup> และเมื่อพิจารณาเนื้อหาการบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทางเลือกในการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง เพื่อลดความรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา การส่งเสริมกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาโดยใช้กรอบแนวคิดของลาซารัส และโพลด์แมน<sup>20</sup> ซึ่งพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม<sup>15-19</sup>

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขึ้น ตามหลักการและขั้นตอนการปรึกษารายบุคคลร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของลาซารัส และโพลด์แมน<sup>20</sup> เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก ที่ทราบผลการวินิจฉัย มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดประเมนสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาตามความเป็นจริง มีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และ

ลดอารมณ์ทุกข์ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียดในทางที่เหมาะสม เพื่อลดอาการซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลต่อแรงจูงใจในการรักษา ความสนใจในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดมีอาการซึมเศร้ามาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial: RCT) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดในลักษณะผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่สอง ภายหลังจากผ่าตัดเต้านม ที่ศูนย์เคมีบำบัดหอผู้ป่วยอว่งวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม
2. เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ I – IIIA
3. มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี
4. มีอาการซึมเศร้า ซึ่งวัดด้วย CES-D มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน
5. ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช
6. อ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) จาก ตารางคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen<sup>21</sup> กำหนดระดับระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ

.80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการลาออกจากการวิจัย (drop out) เป็นจำนวน 56 คน สุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 28 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

2. แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale: CES-D ของ Radloff ในปี 1977 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน<sup>22</sup> จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 4 ช่วง (0 - 3 คะแนน) คะแนนระหว่าง 15 - 21 คะแนน แสดงว่า มีอาการซึมเศร่าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คะแนนอาการซึมเศร้า มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า อาจมีอาการซึมเศร่ารุนแรงถึงเป็นโรคซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D มีความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ในกลุ่มประชากรไทยทั่วไป

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (stress and coping) ของ Lazarus and Folkman<sup>20</sup> ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดภายหลังจากผ่าตัด ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาตามความเป็นจริง มีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดอารมณ์ทุกข์ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียดในทางที่เหมาะสม ประกอบด้วยให้การปรึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง

การบำบัดครั้งที่ 1 ให้การปรึกษาแบบพบหน้าต่อที่โรงพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้โรค มะเร็งเต้านม การเผชิญความเครียด แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสังคม สำรวจวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือ การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

การบำบัดครั้งที่ 2, 3 และ 5 (ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) เป็นการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา ระบุปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการแก้ไขในปัจจุบัน ประเมินภาวะสุขภาพและการจัดการกับอาการข้างเคียง การให้ความหมายการเจ็บป่วย/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยใช้วิธีการในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ใจ และเน้นการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การบำบัดครั้งที่ 4 (ให้การปรึกษาที่โรงพยาบาล) ประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดในปัจจุบัน การให้ความหมายการเจ็บป่วย/ การรักษาและสถานการณ์ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยใช้ทักษะและกระบวนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

การบำบัดครั้งที่ 6 (ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) สรุปและทบทวนทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย และยุติบริการ

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.No.MU-IRB(NS) 2011/99.1407 และได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA.No.687/2011(IRB No.378/54) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์จาก <http://stattrek.com/Tables/Random.aspx> เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือและลงนามแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยินดีเข้าร่วมการ

วิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามอาการซึมเศร้าด้วยตนเองอย่างอิสระโดยไม่แทรกแซงเพื่อป้องกันอคติในการเก็บข้อมูล โดยอธิบายข้อคำถามเมื่อผู้ป่วยสงสัยเท่านั้น โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณคนละ 20 นาที

#### กลุ่มทดลอง ได้รับ

1) การดูแลจากพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2) โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้งจากผู้วิจัย ก่อนที่ผู้ป่วยรับเคมีบำบัด (ในห้องให้การปรึกษาภายในศูนย์เคมีบำบัด)

3) ในระหว่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประเมินอาการแสดงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกครั้งของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด หากพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเฟลิดเฟลีน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

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

#### กลุ่มควบคุม ได้รับ

1) การดูแลจากพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยระหว่างนี้ให้ผู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสังเกตตนเอง หากพบว่ามีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเฟลิดเฟลีน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยโทรศัพท์หาผู้วิจัย หรือโทรศัพท์มาที่ศูนย์เคมีบำบัด

หอยผู้ป่วยว่องวานิช<sup>6</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้าพบว่ามีความเครียดมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรที่มสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

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

3) เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

4) ในระหว่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประเมินอาการแสดงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกครั้งของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด หากพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำอะไร หมดความสนใจในการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D ถ้ามีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ให้การปรึกษาเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรที่มสุขภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่มีคะแนน CES-D มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา chi-square และ test t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ศึกษาด้วย independent t - test กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

#### ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา สถานภาพ

สมรส แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่มีรายได้เดือน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 33 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี ( $SD = 8.66$ ) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 46.42%) สถานภาพคู่ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 75) มีบุตร 2 คน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 57.14) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 39.29) มีรายได้ต่อเดือน < 18,000 บาท จำนวน 19 คน (ร้อยละ 67.86) มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 42.86) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี ( $SD = 7.51$ ) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 53.57) สถานภาพคู่ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 53.57) มีบุตร 2 คน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 46.42) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 89.29) มีอาชีพรับราชการ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 42.86) รายได้ต่อเดือน > 18,000 บาท จำนวน 20 คน (ร้อยละ 71.43) มีสิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 50)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับระยะการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะของการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 32.14) โรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 53.57) และโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 14.29) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 28.57) โรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 42.86) และโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 28.57)

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ( $\bar{x} = 6.607$ ,  $SD = 2.819$ ) น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 17.714$ ,  $SD = 7.605$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน อาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		t	df	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนทดลอง	14.750	4.452	15.857	5.060	-0.869	54	.389
หลังทดลอง	6.607	2.819	17.714	7.605	-7.246	54	.000*

\* p < .001

การอภิปรายผล

การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมนั้น เพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่ที่ตรงตามความเป็นจริง เกิดทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จัดการกับอารมณ์ทุกข์ใจ โดยการหายใจผ่อนคลายความเครียดและ/ หรือการออกกำลังกาย และสามารถดูแลตนเองขณะรับเคมีบำบัดได้ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลดลงได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การประเมินสถานการณ์ความเครียด การประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะประเมินตัดสินปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด เป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายและสูญเสีย (harm and loss) และคุกคาม (threat) ต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง โดยกล่าวว่า “ฉันเป็นโรคร้าย” และมีคำถามว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “ทั้งๆ ที่ฉันดูแลตนเองดี” “ชีวิตฉันกำลังไปได้ดี” การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อน (novelty) รู้สึกไม่แน่นอนและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์จากการผ่าตัดและเคมีบำบัดได้ว่าจะสามารถกำจัดเนื้อร้ายให้หมดไปหรือไม่ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Bigatti, Steiner & Miller<sup>23</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้าในระดับสูง จะประเมินการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัดว่าเป็นอันตราย/ สูญเสีย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) ที่ตรงตามความเป็น

จริงเพื่อลดแรงคุกคามจากสถานการณ์ความเครียดลง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ภายหลังให้ข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาตรงตามความเป็นจริงและมีความเครียดลดลง โดยกล่าวว่า “ฉันคิดว่าฉันจะหายจากโรคมะเร็งได้”

การให้โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดเพื่อส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา ที่ประสบอย่างเป็นระบบ (problem - focused coping) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และนำไปปฏิบัติด้วยการอภิปรายร่วมกันกับผู้ป่วย ในการระบุนปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด การประเมินผลได้และผลเสียของทางเลือก เช่น การสูญเสียบทบาทในครอบครัวจากการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bardwell และคณะ<sup>24</sup> และ Lueboonthavatchai<sup>10</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและการประกอบอาชีพ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเลือกที่จะปฏิบัติตนตามที่ได้เลือกไว้ เช่น “ฉันคิดว่าฉันไม่ไปเยี่ยมพอสามีดีกว่า ให้สามีไปคนเดียวไว้ฉันดีขึ้นค่อยไปเยี่ยมทีหลัง”

การให้โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดเพื่อส่งเสริมการจัดการกับอารมณ์ทุกข์ในภาวะเครียด ผู้วิจัยสำรวจวิธีจัดการความเครียด ความทุกข์ใจของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้การดูหนัง ฟังเพลง ซื่อของ เพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น ภายหลังการอภิปรายร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการกับความทุกข์ใจที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การเลือกให้ความสนใจกับบางสิ่ง ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีเล่นกับ

สุนัขที่เคยเลี้ยงโดยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เลือกล้าง ภูมิลำเนาเดิมเพื่อให้ตนเองสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน บ้านที่คุ้นเคย ใช้วิธีทำสวนครัวเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติเพื่อให้อารมณ์ผ่อนคลาย โดยกล่าวว่า “ฉันรู้สึกสบายใจที่ได้กลับไปเห็นไร่เนาที่เคยอยู่ ได้เดินดูสวนครัวที่ได้ปลูกไว้ และได้ดูแลสวนครัวเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถทำได้”

ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการออกกำลังกายเบาๆ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดเพิ่มเติมจากวิธีที่ผู้ป่วย เคยใช้ และภายหลังโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด ทุกครั้งผู้วิจัยจะสาธิตการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเบาๆ เพื่อผ่อนคลาย ความเครียด เช่น เดินเร็วในหมู่บ้าน ซักจักรยาน และ เดิน แอโรบิก เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน และก่อนเข้าสู่ กระบวนการส่งเสริมการเผชิญความเครียดเพื่อการแก้ ปัญหาทุกครั้งผู้วิจัยจะทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลาย ความเครียดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็น ความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียด พบว่าผู้ป่วยได้นำการหายใจและการออกกำลังกายเบาๆ ไป ใช้และให้ผลดี โดยกล่าวว่า “พอมิเรื่องไม่สบายใจมากๆ ก็ ลองหายใจผ่อนคลายดู มันก็โล่งๆ ไปนะ” “ฉันว่ามันเหมือน ผิดสมมติเลยนะ” “ฉันลองทำดู มันดีขึ้นมากเลย” “เดินเร็ว ให้เหงื่อออกแล้วรู้สึกตัวเบาขึ้น” ซึ่งสอดคล้องกับการ วิเคราะห์หือภิมาน (meta analysis) ของ Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden, และ Aaronson<sup>25</sup> ที่พบว่า การ บำบัดทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วย การปรับการรู้คิดและ พฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การส่งเสริม การเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหา (coping and problem solving) การให้โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญ ความเครียดทั้งพบหน้าและทางโทรศัพท์ การฝึกให้ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ การส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมออกกำลังกาย สามารถลดอาการซึม เศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างได้ผล

ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าระบาย ความวิตกกังวล และสื่อสารความต้องการกับสามี บุตร และ เพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลต่างๆ พบว่า ในระยะแรกผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจที่จะขอ ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่ไม่ สามารถทำได้เมื่อป่วย แต่หลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการ

เผชิญความเครียดผู้ป่วยสามารถขอให้สามีไปส่งลูก ซื้ของ หรือช่วยทำงานบ้านได้ เช่น “ส่วนใหญ่ฉันเป็นคนไปซื้อ กับข้าวให้ทุกคน หลังจากป่วยฉันขอให้สามีไปซื้อ”

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมทั้ง 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลารวมโดยเฉลี่ย 164 นาที สามารถลดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้ ซึ่ง สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Barsevick, Sweeney, Haney และ Chung<sup>17</sup> ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลด อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ ส่วนการส่งเสริมให้ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมมีทักษะการแก้ปัญหา นั้น Badger, Segrin, Hepworth, Pasvogel, Weihs, และ Lopez<sup>26</sup> พบว่าการ ปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Allen และคณะ<sup>18</sup> ที่พบว่า การบำบัดด้วยการ ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยการพบหน้ากันและทางโทรศัพท์ สามารถลดจำนวนและความรุนแรงของปัญหา รวมทั้ง ความเครียดที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ส่วน Marcus และคณะ<sup>15</sup> ได้ศึกษาพบ ว่าการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และเอกสารสิ่งพิมพ์ สามารถลดอาการซึมเศร้าและความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมลงได้ และการศึกษาผลของการให้การปรึกษาทาง โทรศัพท์ของ Sherman และคณะ<sup>27</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีการ ปรับตัว (adjustment) กับการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ข้อเสนอนี้

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้าน มระยะแรกภายหลังการผ่าตัดได้ บุคลากรทางการ พยาบาลจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมเพื่อลดอาการซึมเศร้า โดยผู้บำบัดควรผ่านการอบรม และฝึกทักษะการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหา (problem solving counseling) ก่อนนำโปรแกรมฯ ไปใช้ และพบว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยคนใดกล่าวถึงปัญหา ด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นอาจจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนครั้งหรือ ระยะเวลาของการบำบัดเพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถกล่าวถึงปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ต่อไป

ควรมีการศึกษาดูตามอาการซึมเศร้าภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะยาว หรือนำสามีและ/ หรือ

บุตร ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมามีส่วนร่วมในการบำบัด

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง และดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งการรับรู้สถานภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมอาจมีผลต่อการรวบรวมข้อมูลอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Agarwal G, Pradeep PV, Aggarwal V, Yip C-H, Cheung PY. Spectrum of breast cancer in Asian women. *World J Surg.* 2007; 31(5):1031-40.
2. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Sangrajrang S. Cancer in Thailand [Internet]. 2004-2006 [cited 2012];6:9. Available from: [http://www.nci.go.th/File\\_\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20thailand.pdf](http://www.nci.go.th/File__download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20thailand.pdf)
3. Medical Record and Statistics Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand. Statistics [document]. Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital; 2007. (in Thai).
4. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: A review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(2):112-26.
5. Arman M, Rehnsfeldt A. The hidden suffering among breast cancer patients: A qualitative metasynthesis. *Qual Health Res.* 2003;13(4): 510-27.
6. Li J, Lambert VA. Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nurs Health Sci.* 2007;9(3):199-204.
7. Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncol.* 2004;13(3):211-20.
8. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *BMJ.* 2005;330(7493):702.
9. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer.* 2003;97(10):2605-13.
10. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai.* 2007;90(10):2164-74.
11. Reddick BK, Nanda JP, Campbell L, Ryman DG, Gaston-Johansson F. Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2005;23(2-3):137-57.
12. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J.* 2005;11(6):440-7.
13. Somers W, Stout SC, Miller AH, Musselman D. Breast cancer and depression. *Oncology (Williston Park).* 2004;18(8):1021-34.
14. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(5):396-402.

15. Marcus AC, Garrett KM, Cella D, Wenzel L, Brady MJ, Fairclough D, et al. Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors?. *Psycho-Oncol.* 2010;19(9):923-32.
16. Badger T, Segrin C, Meek P, Lopez AM, Bonham E, Sieger A. Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(2):273-9.
17. Barsevick AM, Sweeney C, Haney E, Chung E. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(1):73-84;quiz 5-7.
18. Allen SM, Shah AC, Nezu AM, Nezu CM, Ciambone D, Hogan J, et al. A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: A randomized controlled trial. *Cancer.* 2002;94(12):3089-100.
19. Arving C, Sjoden PO, Bergh J, Hellbom M, Johansson B, Glimelius B, et al. Individual psychosocial support for breast cancer patients: A randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nurs.* 2007; 30(3):E10-9.
20. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer; 1984.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
22. Kuptniratsaikul V. The study of the center for epidemiologic studies-depression scale CES-D in Thai people. *Siriraj Hospital Gazette.* 1997;49(5):442-8. (in Thai).
23. Bigatti SM, Steiner JL, Miller KD. Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress Health.* 2012;28(5):355-61.
24. Bardwell WA, Natarajan L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, et al. Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24(16):2420-7.
25. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psychooncology.* 2011;20(2):115-26.
26. Badger TA, Segrin C, Hepworth JT, Pasvogel A, Weihs K, Lopez AM. Telephone-delivered health education and interpersonal counseling improve quality of life for Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Psychooncology.* 2013;22(5): 1035-42.
27. Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, Budin WC, Maislin G, Shukla S, et al. The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied nursing research: ANR.* 2012;25(1): 3-16.