



ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด

EFFECTS OF MINDFULNESS – BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON
DEPRESSION OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

เกตุแก้ว สุภัทรานนท์

มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด



เกตุแก้ว สุภัทรานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTS OF MINDFULNESS – BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON
DEPRESSION OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY



KETKEAW SUPATTRANON

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ เกตุแก้ว ศุภัทธานนท์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

60920045: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า

เหตุแก้ว ศุภัทรานนท์ : ผลของ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (EFFECTS OF MINDFULNESS – BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D., จินห์ จุฑา ชัยเสนา ดาลลาศ, Ph.D. ปี พ.ศ. 2566.

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ หากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและมีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติจะทำให้รู้เท่าทันความคิด อารมณ์ และอยู่กับปัจจุบันมากขึ้นซึ่งทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 22 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 11 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติ จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติค่าที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดลองทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (\bar{x} = 6.73, SD = 1.79) และระยะติดตามผล 1 เดือน (\bar{x} = 5.36, SD = 1.69) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (\bar{x} = 12.73, SD = 2.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรมีการนำโปรแกรมฯ นี้ไปเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการดูแลและบำบัดผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า

60920045: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: MINDFULNESS – BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM,
DEPRESSION, BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING
CHEMOTHERAPY

KETKEAW SUPATTRANON : EFFECTS OF MINDFULNESS – BASED COGNITIVE
THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING
CHEMOTHERAPY. ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., JINJUTHA
CHAISENA DALLAS, Ph.D. 2023.

Breast cancer patients receiving chemotherapy are at risk for depression. If these patients with depression receive the mindfulness-based cognitive therapy program, they will be aware of their thoughts and emotions, and be present, which can reduce their depression. This quasi-experimental research aimed to test the effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among breast cancer patients receiving chemotherapy. Twenty-two participants who met the inclusion criteria were randomly assigned to the experimental (n = 11) and the control group (n = 11). The research instruments include the personal data form, the Beck Depression Scale, and the mindfulness-based cognitive therapy program. The program was divided into 4 sessions, one session per week for 4 weeks. The control group received regular nursing care. The data collection was conducted from November 2022 to January 2023. Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measures ANOVA and pairwise comparison using the Bonferroni method were employed to analyze the data.

The results showed that the experimental group had the mean scores of depression at post-test and 1-month follow-up significantly different from the control group with $p < .001$ ($F_{1,28} = 16.30$, $p < .01$). In the experimental group, the mean scores of depression at post-test ($\bar{x} = 6.73$, $SD = 1.79$) and 1-month follow-up ($\bar{x} = 5.36$, $SD = 1.69$) were significantly lower than those at pre-test ($\bar{x} = 12.73$, $SD = 2.53$) with $p < .01$.

The result revealed that the mindfulness-based cognitive therapy program could be applied to decrease depression among breast cancer patients receiving chemotherapy. Therefore, nurses and related healthcare providers could apply this program to prevent and reduce depression among this group.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้ คำปรึกษา แนะนำแนวทางดำเนินการ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา การจัดทำรูปแบบ วิทยานิพนธ์ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการให้กำลังใจที่ดีในการจัดทำวิทยานิพนธ์จน สำเร็จลุล่วงด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ไว้อย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาในการให้ ข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืองานวิจัย อีกทั้งยังให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ พร้อมทั้งให้กำลังใจที่ดีใน การศึกษาตลอดมา

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย อีกทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ ความร่วมมือในการดำเนินวิจัยอย่างดียิ่งส่งผลทำให้งานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปึกมื่น สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบ่อทอง ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ การสนับสนุน ช่วยเหลือ ทั้งด้านการงานและการศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ผู้ให้โอกาสทางการศึกษา และผู้เป็นแบบที่ ดีในการดำเนินชีวิต ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นกำลังใจให้กันและกัน และขอบคุณผู้เป็นที่รัก ผู้ให้การสนับสนุน ให้ความ รัก และเป็นกำลังใจดีให้กันตลอดมา

เกตุแก้ว สุภัทรานนท์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	11
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	19
3. โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	37
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	37
การทดลองและการเก็บรวบรวม.....	39

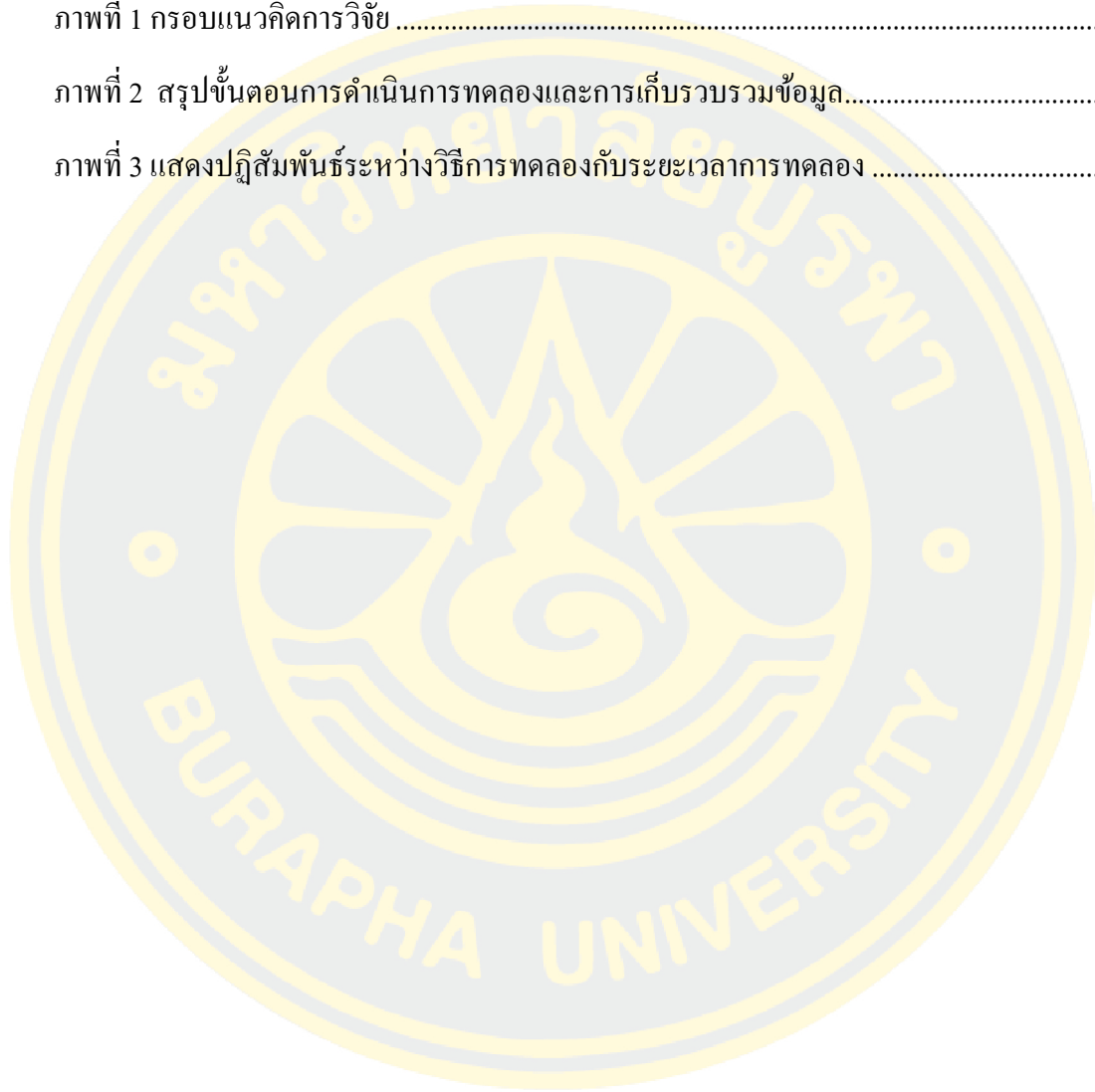
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจัย	45
ตอนที่ 1 ข้อมูลบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล	47
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนี (Bonferroni).....	48
บทที่ 5 สรุปผล และอภิปรายผล.....	51
สรุปผลการวิจัย	51
การอภิปรายผล	51
ข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	63
ภาคผนวก ก	64
ภาคผนวก ข	66
ภาคผนวก ค	73
ภาคผนวก ง.....	81
ประวัติย่อของผู้วิจัย	84

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 22$)	46
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ($n = 22$)	47
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ($n = 22$)	48
ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	50

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
ภาพที่ 3 แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบมากสุดในมะเร็งของเพศหญิง มีสถิติสูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของโลก จากสถิติพบว่าร้อยละ 24.50 ของผู้ป่วยรายใหม่เป็นมะเร็งเต้านม และมะเร็งเต้านมยังเป็นสาเหตุหลักของการตายอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งหญิง (Sung et al., 2021) และมีการประมาณการณ์ว่าในปี 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 13.10 ล้านรายทั่วโลก (Torre et al, 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่า แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรายงานของสถาบันมะเร็งปี 2564 พบโรคมะเร็งเต้านมอันดับหนึ่งในผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 37.90 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) นอกจากนี้จากสถิติของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในเขตภาคตะวันออก พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นอันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 41.00, 38.10 และ 37.10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ตามลำดับ (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2565) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่อนข้างมาก

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดจากเซลล์ผิดปกติบริเวณเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรม และมีการเจริญเติบโตรวดเร็วเกินปกติ ร่างกายควบคุมไม่ได้ สามารถลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียงเข้าต่อมน้ำเหลืองได้ การรักษามะเร็งเต้านมจะมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับระยะของโรค ซึ่งมะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ มะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่ม (Early cancer หรือ Stage I, II) เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็ก และเซลล์มะเร็งยังอยู่เฉพาะในชั้นผิวของเนื้อเยื่อเต้านม ผู้ป่วยมักไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่มักตรวจพบเป็นก้อนที่บริเวณเต้านม หรืออาจไม่พบในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ระยะต่อมาเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Advanced cancer หรือ Stage IIIA, IIIB) เป็นระยะที่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมได้หลากหลายขนาด ในระยะนี้มะเร็งอาจลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จนทำให้บริเวณผิวหนังของเต้านมเกิดอาการบวม และมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastasis cancer หรือ Stage IV) โดยผู้ป่วยมีอาการแสดงที่ชัดเจนคือ มีแผลที่ผิวหนังบริเวณเต้านมขนาดใหญ่ รวมไปถึงมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะส่วนอื่นด้วย (ธนิต วัชรพุกก์, 2550)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละระยะอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับและความรุนแรงของโรค โดยแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของ

มะเร็ง การรักษามะเร็งเต้านม ประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการประคับประคองการรักษาที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การผ่าตัดร่วมกับยาเคมีบำบัด เนื่องจากการรักษาแบบนี้มีประสิทธิภาพสูงในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรก โดยสามารถช่วยลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และลดการกลับเป็นซ้ำที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมะเร็งมีอาการกลับเป็นซ้ำหรือมีการแพร่กระจายของโรคร่วมด้วย แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมด้วย ส่วนการรักษาที่รองลงมาจาก การผ่าตัด คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับการรักษาด้วยรังสีรักษา จะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีหลายสูตรการรักษา ได้แก่ สูตร AC (Doxarubicin และ Cyclophosphamide) สูตร FAC (Doxarubicin, Cyclophosphamide และ 5-Fluororaci) และ สูตร TAC (Doxarubicin, Cyclophosphamide ก่อน และตามด้วย Paclitaxel) โดยแต่ละสูตรจะให้ทุก ๆ 3 สัปดาห์ เป็นจำนวน 3-6 ครั้ง (National Cancer Institute, 2018) การรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพนั้นอาจต้องใช้สูตรยาเคมีบำบัดหลายชนิด ในปริมาณหรือขนาดที่สูง และใช้ระยะเวลาเวลานาน (National Cancer Institute, 2015) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดที่รุนแรง และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Tao, Visvanathan, & Wolff, 2015) และด้านจิตใจของผู้ป่วย (National Cancer Institute, 2015)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเคมีบำบัดต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก โดยผลข้างเคียงด้านร่างกายส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในวันที่ได้รับเคมีบำบัดหรือหลังจากได้รับเคมีบำบัดประมาณ 2-3 วัน หลังจากนั้นอาการดังกล่าวจะค่อยๆ ดีขึ้น (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555) ผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนซึ่งอาจเกิดได้ภายใน 24 ชั่วโมง และภายหลัง 24 ชั่วโมง ปากแห้งคอแห้ง แผลในช่องปาก ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 5-14 วัน และเป็นอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารลดลงและมีน้ำหนักลด (พัชรี นุ่นแสง และคณะ, 2561) รู้สึกเหนื่อยล้า ซากที่นิ้วมือหรือมือ (ปริญนันท์ ธนาคุณ, ชนกพร จิตปัญญา และนพมาศ พัดทอง, 2563) เคมีบำบัดยังทำให้ทำลายเซลล์ปกติในร่างกายด้วย โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ไชกระดูก เชื้อบุทางเดินอาหาร และรากผล (Bower & Waxaman, 2010) ทำให้ผมร่วงภายหลังได้รับเคมีบำบัดในช่วง 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจมีสมาธิ ความสนใจลดลง ความจำลดลง (Groenvold al, 2007) ความสามารถในการใช้เหตุผล และการตัดสินใจลดลง (กฤษดา ศิริสุวรรณ และคณะ, 2557) เคมีบำบัดยังก่อกำหนดการทำงานของไชกระดูกซึ่งมีหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดจะส่งผลให้ไชกระดูกทำ

หน้าที่ลดลง จะลดต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วันหลังจากได้รับเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย และติดเชื้อได้ง่าย (สมถวิล ลูกรัมย์ และคณะ, 2556) ภาวะดังกล่าวอาจเกิดขึ้นชั่วคราว และอาการจะเริ่มดีขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัดครบ แผนการรักษาแล้ว

ส่วนผลกระทบด้านจิตใจส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายทางร่างกายที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (พัชรินุ่นแสง และคณะ, 2561) ผู้ป่วยบางรายอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ภาวะง่วงเหงาหาวนอน หงุดหงิดก้าวร้าว (บุญทิพา สุวิทย์, จจี พงศธรวิบูลย์, ชูจิต หวังขจรเกียรติ และสุณี พนาสกุล, 2560) บางรายไม่มีความสุข ไม่มีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่แน่นอนในชีวิต สูญเสีย วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า (Fardell, Verdy, Johnston & Winocur, 2011) และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมักรู้สึกไม่แน่นอน กลัว และวิตกกังวล รู้สึกถูกคุกคามชีวิต มีความทุกข์ ความวิตกกังวลตั้งแต่เริ่มแรก หรือจนลมหายใจสุดท้ายของชีวิต (Carlson et. al, 2004) ส่วนผู้รอดชีวิตมะเร็งเต้านมมักสิ้นหวัง หดหู่ ขาดแรงจูงใจในการรักษา สนใจในการดูแลตนเองลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้า (Fardell et. al, 2011) ส่วนผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่สามารถไปทำงาน หรือ เข้าสังคมได้จนกระทบต่ออาชีพหรือการทำงาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการบำบัดรักษาจนเกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่เป็นผลจากการได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายทางร่างกายที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (พัชรินุ่นแสง และคณะ, 2561) ผู้ป่วยบางรายมีความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ภาวะง่วงเหงาหาวนอน หงุดหงิดก้าวร้าว (บุญทิพา สุวิทย์ และคณะ, 2560) การเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด กลัว รู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ไม่สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกไม่มั่นคง กลัวการกลับเป็นซ้ำ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (ขวัญตา บาลทิพย์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2559) จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.30 เป็นอันดับที่ 2 รองจากผู้ป่วยเอชไอวี (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) จากการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดชลบุรี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 8.85, 15.72 และ 17.15 ตามลำดับ (กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดชลบุรี , 2565)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับความเครียดแสดงอารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ เบื่อหน่าย หมดหวัง มีความคิดว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า โดยเกิดจากลักษณะความคิดที่บิดเบือน (Cognitive triad) ในสามด้าน ได้แก่ การมองตนเองในทางลบ การมองโลกในทางลบ และการมองอนาคตในทางลบ (Beck, 1991) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักแสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หดหู่ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักมีความคิดอยากตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ในทางลบ มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตมีแต่ความผิดพลาด ความล้มเหลวของชีวิต รู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับชีวิต ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หนีปัญหา เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ กระเทือนจิตใจซ้ำ ก็จะทำให้คิดเรื่องการตาย หรือทำร้ายตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2561)

ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับความเครียดที่มีภาวะซึมเศร้ามักส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองทำให้มีการพึ่งพารายของมะเร็งค่อนข้างซ้ำ หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ไม่อยากเข้ารับการรักษามหดหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จ (Jiang, Zhu & Qin, 2020) จากการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตมะเร็งเรื้อรังมักสิ้นหวัง หดหู่ ขาดแรงจูงใจในการรักษา สนใจดูแลตนเองลดลง และมีภาวะซึมเศร้า (Fardell et. al, 2011) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันทั่วทั้ง การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ สนใจใส่ใจในการรับการบำบัดด้วยยาเคมีมากขึ้นทำให้มีโอกาสพ้นหายจากอาการมะเร็งได้มากขึ้น

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี (พีรพันธ์ ลีอบุญธวัชชัย, 2553) ได้แก่ การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดรักษาด้วยยาด้านเศร้าเป็นวิธีการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมและส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ปัจจุบันการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย (ภิญโญ อุทธิยา และคณะ,

2563) การให้คำปรึกษา (Marcus, Garrett, Cella, Wenzel, et al., 2010) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Barsevick, Sweeney & Haney, 2002) การสนับสนุนทางจิตสังคม การทำกลุ่มบำบัด การฝึกพฤติกรรมการปรับตัว (พนม เกตุมาน, 2556) การส่งเสริมการเผชิญความเครียด (นุชจรี หອງทอง และคณะ, 2556)หรือการทำจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ ได้แก่ จิตบำบัดแบบพลวัตร การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด จิตบำบัดแนวมนุษยนิยม หรือสติบำบัด (กรมสุขภาพจิต, 2559) ปัจจุบันการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่นิยมใช้และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการนำการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการปรับวิธีการบำบัดให้เป็นแบบย่อเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความอ่อนล้าจากตัวโรค และความอ่อนล้าจากการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบว่า ประสิทธิภาพของการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด โดยมีความรุนแรงสูงที่สุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงภายหลังได้รับยา และมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าโดยรวมสูงที่สุดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 1 สัปดาห์ (Buranaruanhrote, 2006)

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) พัฒนาขึ้นโดย Segal and colleagues (2002) เป็นการผสมผสานแนวคิดการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Beck, 1967) และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR) (Kabat-Zin, 1990) การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตในระยะที่สามของการบำบัดทางปัญญา (Third waves of cognitive therapy) โดยนักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่า ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสรีระนั้นมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เมื่อบุคคลมีความคิดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสามรูปแบบ (Cognitive triad) ได้แก่ ความคิดต่อตนเอง โลก และอนาคต ในทางลบ บุคคลมักมีการตอบสนองหรือเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมในทางลบ และนำไปสู่ปัญหาด้านอารมณ์โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967)

Segal and colleagues (2002) เชื่อว่า รูปแบบการทำงานของจิตใจและความคิดของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์มี 2 รูปแบบ คือ ความคิดความรู้สึกที่มีสติ (Being Mode) เป็นลักษณะความคิดต่อสถานการณ์โดยยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น ไม่มีความกดดัน หรือพยายามปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ อยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดถึงอดีต หรือกังวลอนาคต และความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ (Doing Mode) ที่เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติของความคิดที่บุคคลพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง กับการรับรู้ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น หรืออยากให้เป็นซึ่งได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต

และความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ตระหนักรู้ในสิ่งที่ตนเอง เป็นในปัจจุบัน มักคิดย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักมี ลักษณะความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ โดยคิดวนคิดซ้ำถึงสถานการณ์ในแง่ร้าย ไม่มีทางแก้ไข ร่วมกับบุคคลมีความคิดในทางลบหรือไม่เป็นตามความเป็นจริง ร่วมกับมีความคิดแบบหมกมุ่น ครุ่นคิดถึงเรื่องราวในอดีต หรือคิดกังวล คาดการณ์อนาคตในทางลบ ทำให้บุคคลมีความรู้สึก ในทางลบ เช่น หดหู่ สิ้นหวัง อันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของ สติ (MBCT) มุ่งเน้นการฝึกทักษะให้บุคคลมีความคิดความรู้สึกที่มีสติมากขึ้น มีสติอยู่กับปัจจุบัน ไม่หมกมุ่นในอดีต หรือไม่คาดการณ์เหตุการณ์ต่างๆ ในอนาคตในทางลบ ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ทำให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงหรือไม่มี ภาวะซึมเศร้า

เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่รับรู้ว่าคุณป่วยเป็น โรคมะเร็งซึ่ง เป็นโรคร้ายและต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ เซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยที่มีความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติมักคิดวนคิดซ้ำอยู่กับอาการหรือความเจ็บป่วย หรือคาดการณ์อาการในทางที่เลวร้าย ร่วมกับมีความคิดทางลบต่อตนเอง โลก หรืออนาคต โดยคิด ว่าตนเองไม่มีโอกาสหาย ต้องเสียชีวิตแน่นอน มักมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ ร่างกาย อ่อนเพลียน หดแรงแรง หดกำลังใจ และมีภาวะซึมเศร้า หากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับการเสริมสร้างทักษะหรือความคิดความรู้สึกที่มีสติ โดยรู้เท่าทันความคิดความรู้สึกของตนเอง ที่เกิดขึ้น มีสติ อยู่กับปัจจุบัน มีความคิดและการรับรู้ตามความเป็นจริง มักรับรู้อาการของตนเอง ตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถจัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพใน การลดภาวะซึมเศร้าในประชากรที่หลากหลาย โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่า การบำบัด ทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน (สมจิตร เสริมทองทรัพย์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี, 2560; Tovote et al, 2014) ผู้ป่วยเอชไอวี (รัชดาพร สันติวงษ์, 2550) และผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่าย ดับ (ศิโรรัตน์ แก้ววงดี, 2561) จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐาน ของสติ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ สำหรับการศึกษากการบำบัดทางปัญญา บนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การฝึกสติช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ การนอน หลับ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประเทศออสเตรเลีย (Greg, Simeon, Barbara, Vikki, et. al, 2010) สำหรับในประเทศไทยยังพบการศึกษาเกี่ยวกับ

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติค่อนข้างน้อย หากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติจะทำให้มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจความเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม เกิดขวัญกำลังใจในการดูแลตนเอง และมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า หากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งในด้านการดูแลตนเอง และการรักษามะเร็ง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีภาวะซึมเศร้าลดลงจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความคิด มีสติอยู่กับปัจจุบัน อันจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยผลการศึกษานี้จะเป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลและให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสุขภาพจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ประยุกต์การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) ของ Segal, Williams & Teasdale. (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Segal and colleagues (2002) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดของบุคคลที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด โดยบุคคลที่มีลักษณะความคิดในทางลบ หรือไม่เป็นไปตามความเป็นจริง ร่วมกับมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำถึงสถานการณ์ในแง่ร้าย ไม่มีทางแก้ไข มักมีความรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยมักมีความคิดทางลบกับตนเอง หรือมีความคิดวนคิดซ้ำอยู่กับอาการหรือความเจ็บป่วย หรือคาดการณ์อาการในทางที่เลวร้าย ไม่พยายามทำความเข้าใจหรือหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก็มักมีภาวะซึมเศร้า หากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการฝึกทักษะตามโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ โดยเน้นให้รู้เท่าทันความคิดของตน มีสติ อยู่กับปัจจุบันมีความคิด และการรับรู้ตามความเป็นจริง ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสติ อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ว่าตนเองมีความคิด อารมณ์ต่าง ๆ เข้ามา มีความคิดทางบวก หรือตามความเป็นจริง รับรู้อาการของตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถจัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

กิจกรรมครั้งที่ 1 “เรียนรู้ สัมผัส ภายและใจ” เพื่อให้ตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้วิธีการฝึกสติเบื้องต้นในทุกขณะ และเข้าใจประโยชน์ของการฝึกสติ

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน” เพื่อให้เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และฝึกปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ

กิจกรรมครั้งที่ 3 “อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ” เพื่อให้เข้าใจวิธีการฝึกสติในทุกขณะ การสื่อสารอย่างมีสติ เชื่อมโยงสติกับการให้อภัย การเมตตาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ชีวิต กับ สติ” เพื่อให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเชื่อมโยงการพัฒนาจิตด้วยสติกับชีวิตประจำวัน

ภาวะซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post tests and follow-up design) ของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะ I – II ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี แผนกเคมีบำบัด ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 จำนวน 22 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 11 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยที่เนื้อเยื่อเต้านมมีความผิดปกติส่วนใดส่วนหนึ่ง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะ I – II ได้รับการรักษาผ่าตัดเต้านมร่วมกับการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemo therapy)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการ และอาการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมแสดงออกโดยมีอาการเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รวมถึงอาจมี

ความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI - 1) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติ หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มระยะสั้น ที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติ (Segal et al., 2002) และการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าได้ฝึกทักษะการรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิด มีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ มีความคิดทางบวกมากขึ้น สามารถรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง กิจกรรมกลุ่มออกแบบตามรูปแบบการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 4 กิจกรรมๆ ละ สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ การดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาร่วมกับครอบครัว และการประคับประคองจิตใจโดยพยาบาลประจำแผนก หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จะส่งต่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาโดยตรง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดย รวบรวมและนำเสนอรายละเอียดเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นผู้ที่ต้องอยู่กับภาวะ โรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง ที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และการรักษามีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างมากเพื่อให้เหมาะสมกับสิ่งที่จะต้องเผชิญ

1.1.1 ความหมายมะเร็งเต้านม

มะเร็ง (Cancer) คือ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่เกิดขึ้นทำให้กลุ่มเซลล์ (ก้อนเนื้อ) ที่ร่างกายไม่ต้องการ การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง และคุณสมบัติของเซลล์ เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจาย (Metasis) สามารถทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆมีผลต่อเมตาบอลิซึมและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยจนเสียชีวิต

มะเร็งเต้านม (Breast cancer) หมายถึง ชนิดของเนื้อร้ายที่เจริญเติบโตในเนื้อเยื่อของเต้านม โดยเซลล์ที่เจริญเติบโตนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติ เซลล์ผิดปกติเหล่านี้สามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง และมีโอกาสแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง คือ กระจายไปตามกระแสเลือด ท่อน้ำเหลือง ไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น กระดูก ตับ ปอด สมอง เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, 2553)

1.1.2 พยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเกิดจากการสะสมของยีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์เกิดการกลายพันธุ์หรือมีความผิดปกติของกลไกการซ่อมแซม Deoxyribonucleic acid (DNA) ผิดปกติทำให้

ยีนมะเร็ง มีบทบาทในการแบ่งตัวของเซลล์มากขึ้น ส่งผลให้เซลล์มะเร็งแบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และยีนต้านมะเร็ง (Tumor suppress gene) ซึ่งเป็นยีนควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ หรือกระตุ้นให้เซลล์ตาย เมื่อมีจำนวนมากเกินไป เมื่อเห็นกลุ่มนี้มีการกลายพันธุ์จะทำงานร่วมกับยีนมะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งเพิ่มขยายอย่างรวดเร็ว โดยมีรูปร่างของเซลล์ที่แตกต่างจากเซลล์ต้นแบบมีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Angiogenesis) มาเลี้ยงตัวเองได้มีศักยภาพในการแบ่งตัวแบบไม่สิ้นสุด สามารถหลีกเลี่ยงการถูกทำลายมีการทำลายเซลล์ปกติ และปลดปล่อยสารเคมีทำให้มีการทำลายเซลล์ และเนื้อเยื่อทำให้เกิดอาการซิด เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และทำให้เสียชีวิตได้ (เอกภพ ธีระชัยนันท์, 2555)

1.1.3 อาการ และอาการแสดงของมะเร็งเต้านม

ในระยะแรกมักมีอาการไม่ชัดเจน ต่อมาผู้ป่วยจะคลำพบก้อนที่เต้านม มักเกิดขึ้นเพียงข้างเดียว ส่วนโอกาสที่จะเกิดทั้งสองข้างมีเพียงร้อยละ 5 ก้อนที่เป็นมะเร็งเต้านมมักจะมีลักษณะแข็งและขรุขระ แต่อาจจะเป็นก้อนเรียบ ๆ ก็ได้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด แต่จะมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอาการปวดเต้านม ส่วนอาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้แก่ หัวนมบุ๋ม (จากเดิมที่ปกติ) เต้านมใหญ่ขึ้นหรือรูปทรงของเต้านมผิดปกติไปจากเดิม ผิวหนังที่เต้านมบุ๋มลงไปคล้ายถักยืม ผิวหนังที่เต้านมมีสีนํ้าแดง ร้อน และขรุขระคล้ายผิวส้ม อาจมีแผลที่หัวนมและรอบหัวนม มีน้ำเหลืองหรือน้ำเลือดไหลออกจากหัวนม ในบางรายอาจคลำพบก้อนบริเวณรักแร้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2553)

1.1.4 การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ทั้งในผู้หญิง และในผู้ชายได้โดยสังเกตจากอาการ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ประวัติการกินยาต่าง ๆ การตรวจร่างกาย การตรวจคลำเต้านม การตรวจภาพรังสีเต้านม (Mammogram) และอาจร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound) แต่ที่จะให้ผลแน่นอนที่สุดคือ การเจาะ ดูดเซลล์ หรือตัดชิ้นเนื้อ ไปตรวจทางเซลล์วิทยาหรือทางพยาธิวิทยา

1.1.5 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

ระยะที่ 0 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็ก และเซลล์มะเร็งยังอยู่เฉพาะในชั้นผิวของเนื้อเยื่อเต้านม ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี สูงถึงร้อยละ 95-100 (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2553)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร ยังไม่ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือเป็นระยะที่มะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

(เป็นเซลล์มะเร็งกลุ่มเล็ก ๆ) ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี สูงถึงร้อยละ 90-100

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร แต่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมน หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดโตกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี ประมาณร้อยละ 85 – 90

ระยะที่ 3 ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปีอยู่ที่ประมาณร้อยละ 56 - 70 โดยจะแบ่งออกเป็น 3 แบบดังนี้

ระยะที่ 3A (Stage IIIA) : เป็นระยะที่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดใดก็ได้ และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 4-9 ต่อมน หรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมน

ระยะที่ 3B (Stage IIIB) : เป็นระยะที่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดใดก็ได้ และโรคมะเร็งได้ลุกลามไปยังผนังหน้าอก หรือผิวหนังของเต้านมจนก่อให้เกิดอาการบวม และอาจลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือต่อมน้ำเหลืองใกล้กับกระดูกหน้าอกจนถึง 9 ต่อมน

ระยะที่ 3C (Stage IIIC) : เป็นระยะที่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดใดก็ได้ และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มากกว่า 10 ต่อมน หรือลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้า หรือลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้กับกระดูกหน้าอก

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดและอวัยวะอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น ปอด สมอง ตับ กระดูก และไขกระดูก ซึ่งโรคในระยะนี้มักจะไม่หายขาด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1-3 ปี โดยขึ้นอยู่กับอวัยวะที่มีโรคแพร่กระจาย ส่วนอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี จะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0-20

การจำแนกตามระยะของโรค หรือตามลักษณะทางคลินิก (Cancer staging) เป็นการจำแนกตามขนาด และขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor size :T) การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง (Node Involment: N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ทั้งนี้ในการจำแนกระยะของโรคตามระบบ TMN มีรายละเอียดในการจำแนกดังนี้

T หมายถึง ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ แบ่งได้ดังนี้

Tx ไม่สามารถประเมินได้ว่าพบก้อนมะเร็ง หรือไม่พบก้อนมะเร็ง

To ตรวจไม่ได้ว่าพบก้อนมะเร็ง

Tis ตรวจได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก
 T1- T4 ตรวจได้ว่าพบก้อนขนาดต่างๆ กัน ตั้งแต่ขนาดเล็ก ไปถึงขนาดใหญ่
 N หมายถึง การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง แบ่งได้ดังนี้
 NX ไม่สามารถประเมินได้
 N0 ตรวจไม่ได้ว่าการแพร่กระจาย
 N1- N3 ตรวจได้ว่าการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง
 M หมายถึง มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น แบ่งได้ดังนี้
 Mx ไม่สามารถประเมินได้
 Mo ตรวจไม่ได้ว่าการแพร่กระจาย
 M1 ตรวจได้ว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

1.1.6 วิธีการรักษามะเร็งเต้านม

ในการรักษาโรคมะเร็งมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การรักษาให้หายขาดจากโรค การรักษาเพื่อควบคุมเป็นการมุ่งหวังผล ไม่ให้โลกมีการลุกลามมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการรักษาประคับประคองอาการ ในกรณีที่โรคมีการแพร่กระจาย เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานเพิ่มความสุขสบายในวาระท้ายของชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาประกอบไปด้วย การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด รังสีรักษา รักษาฮอร์โมนบำบัด ชีวบำบัด และการรักษาแบบมุ่งเป้า

การรักษากการผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีที่ผ่าตัดก้อนเนื้อออก ชนิดมะเร็งออกเป็นวิธีรักษาเนื้ออกชนิดเป็นก้อนมะเร็ง (Solid) ได้มีประสิทธิภาพดีที่สุด เป้าหมายในการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็ง คือ ต้องผ่าตัดเอาเนื้ออกออกให้หมด เพื่อหวังผลการหายขาดจากโรค ทั้งนี้การผ่าตัดต้องผ่าตัดก้อนมะเร็ง และอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดปฐมภูมิของมะเร็งรวมทั้งต่อมน้ำเหลือง บริเวณใกล้เคียงออกให้หมด (ประกาศิต จิรปภา, 2555)

การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาด้วยยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง มีกลไกในการยับยั้งการแบ่งเซลล์ในระยะต่างๆ ทั้งนี้ แล้วแต่ชนิดของยาเคมีที่ได้รับทำให้เซลล์มะเร็งสูญเสียการควบคุมการแบ่งเซลล์ และถูกทำลายในที่สุด เป้าหมายในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ การรักษาโรคให้หายขาด เพื่อเป็นการรักษาเสริม มีจุดประสงค์เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ และควบคุมการกลับเป็น

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้ฮอร์โมน โดยส่วนใหญ่แล้วการรักษามะเร็งเต้านมมักใช้การรักษาแบบผสมผสาน

(ภัทรธีรา โรหิตโปการ, 2556) หากแบ่งการรักษาตามระยะของโรคสามารถแบ่งได้ ดังนี้
(เขาวนุช คงค่าน, 2550)

1. มะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่ม (Early cancer หรือ Stage I, II) มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการหายขาดจากโรคหรืออย่างน้อยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้นานที่สุด (ชนิด วัชรพุกก์, 2550) การรักษาหลักในระยะนี้ คือ การผ่าตัด และหลังจากการผ่าตัดแล้วจะมีการให้การรักษาเสริม (Adjuvant therapy) ได้แก่ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ฮอร์โมนและรังสีรักษาตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

2. มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Advanced cancer หรือ Stage IIIA, IIIB) ก่อนมะเร็งมักจะมียขนาดใหญ่หรือแตกเป็นแผลที่ผิวหนัง การรักษาด้วยการผ่าตัดอาจไม่สามารถเย็บปิดแผลได้ จึงจำเป็นต้องมีการใช้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant therapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กจนสามารถทำการผ่าตัดได้ แล้วจึงตามด้วยการรักษาเสริมอื่นๆ

3. มะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastasis cancer หรือ Stage IV) เป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง การรักษามักเป็นแบบผสมผสาน การรักษาหลักคือการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฮอร์โมน การผ่าตัดและรังสีรักษาพร้อมกันหรือต่อเนื่องกัน

สำหรับการรักษาแต่ละแบบนี้ก็มีความจำเพาะและรายละเอียด คือ

1. การผ่าตัด เป็นการรักษาหลักสำหรับมะเร็งเต้านมในรายที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรค วิธีที่ใช้ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีด้วยกันหลายวิธี การที่จะเลือกวิธีมาใช้รักษานั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ระยะของ โรคและปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วย วิธีการผ่าตัดที่พบ คือ การผ่าตัดแบบเก็บเต้านม (Breast conserving therapy) การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Mastectomy) และการผ่าตัดเต้านมรวมกับการทำศัลยกรรมสร้างเต้านมใหม่ (Mastectomy with reconstruction) (Khan & Haffty, 2010)

2. รังสีรักษา เป็นการรักษาเฉพาะที่ เป็นการรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัดเต้านมเพื่อควบคุมโรคที่ผนังทรวงอก หรือต่อมน้ำเหลือง ซึ่งมีผลต่อการลดการแพร่กระจายและลดการกลับเป็นซ้ำของโรค (Khan & Haffty, 2010)

3. การใช้ยาด้านฮอร์โมน เป็นการรักษาที่ใช้ในมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบฮอร์โมนเอสโตรเจนรีเซพเตอร์ (Estrogen receptor) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนรีเซพเตอร์ (Progesterone receptor) เป็นบวก การให้ยาด้านฮอร์โมนจะสามารถหยุดการทำงานหรือสกัดกั้นการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่อยู่ในเลือด ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ยาด้านฮอร์โมนที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen) (เขาวนุช คงค่าน, 2550)

4. เคมีบำบัด เป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยและมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

(Chu & Sartorelli, 2012) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2, 3 และ 4 ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นระยะที่พบมีผู้ป่วยเข้าสู่การรับการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมักตรวจพบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ล่าช้าและพบเมื่อโรคมะเร็งแพร่กระจายแล้ว

(Ermiah, Abdalla, Buhmeida, Larbesh, Pyrhonen, & Collan, 2012)

กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง แบ่งได้ตามลักษณะการเพิ่มจำนวนเซลล์ของเซลล์มะเร็ง โดยแบ่งได้ (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) ดังนี้

กลุ่มยา Alkylating agent ออกฤทธิ์โดยโมเลกุลของยาจะจับกับโมเลกุลของ DNA ทำให้โครงสร้างของรหัส DNA มีการจัดเรียงสลับกัน และเกิดการจับคู่ที่ผิดปกติ ไม่สามารถสร้างดีเอ็นเอชุดใหม่ได้ ทำให้เกิดการตายเซลล์มะเร็ง กลุ่มยาในชนิดนี้ได้แก่ Mephalan, Ifodfamind, Oxaliplatin, Cyclophosphamide, Cisplatinum และ Carbonplatin ซึ่งใช้ในโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งองคชาติ เป็นต้น

กลุ่มยา Antimetabolites ยาในกลุ่มนี้จะขัดขวางการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก (Nucleic acid) ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่ในนิวเคลียสของเซลล์ โดยการยับยั้งและขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ที่จำเป็นในการสังเคราะห์ DNA หรือ RNA จึงทำให้เซลล์มะเร็ง เกิดความเสียหายและตายในที่สุด กลุ่มยานี้ ได้แก่ 5-Fluorouracil, Metrotexate, Cytarabine, และ Gemcitabine ใช้รักษาโรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งรังไข่โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร และโรคมะเร็งลำไส้

กลุ่มยา Antitumour antibiotics เป็นยาที่สกัดจากเชื้อแบคทีเรีย กลไกการออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการตายของเซลล์และยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ กลุ่มยานี้ ได้แก่ Doxorubicin, Dactinomycin, Bleomycin, Mitomycin C และ Mitoxantrone ใช้ในโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งอวัยวะ โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

กลุ่มยา Microtubule-targeting drugs ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยตรงต่อ Microtubule ซึ่งเป็นโครงสร้างของเซลล์ในไซโตพลาสซึม ทำลายกระบวนการเคลื่อนย้ายของเซลล์มะเร็งจึงทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลาย ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ได้แก่ Vincristin, Vinblastin, Paclitaxel, Docetaxel, Estramustin ใช้ในโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งอวัยวะ

กลุ่มยา DNA Topoisomerase inhibitors เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ โดยทำหน้าที่ทำลายเกลียวของ DNA และขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ Topoisomerase II ทำให้สายคู่

ของดีเอ็นเอถูกทำลายยาอนุพันธ์ของกลุ่มนี้ได้แก่ ใช้ในโรคมะเร็งอัมตะ โรคมะเร็งลำไส้ในระยะลุกลาม โรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งรังไข่

การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาเฉพาะที่ (Loco-regional treatment) โดยรังสีจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนที่มีอยู่ในเนื้อเยื่อ หรือเซลล์ทำให้เกิดการแตกตัวของประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูลอิสระ (Free radiation) ทำให้เกิดการทำลาย DNA (DNA Damage) หากการทำลาย DNA มีความรุนแรงมาก จะทำให้เซลล์ไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ ทำให้เซลล์มะเร็งตายหรือไม่สามารถแบ่งตัวได้เป็นการทำลายเซลล์มะเร็ง หรือยับยั้งเซลล์มะเร็งไม่ให้เจริญเติบโตต่อไปได้ จุดมุ่งหมายในการรักษาด้วยรังสีรักษาเพื่อการหายขาดจากโรคมะเร็งในกรณีที่อยู่ในระยะเริ่มแรก และเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เช่น บรรเทาอาการหอบเหนื่อย บรรเทาอาการปวด เป็นต้น (ชมพร สีตะชนิ, 2555)

การรักษาทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน จึงมีปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ต้องมีการดูแลในด้านจิตใจ เช่น การทำกลุ่มบำบัด การฝึกพฤติกรรมปรับตัว เพื่อให้เกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อการรักษา และการดำเนินชีวิต (พนม เกตุมาน, 2556) และยังมีการศึกษาว่าผู้ป่วยมะเร็งยังมีปัญหาทางด้านจิตใจ อาการทางจิต อารมณ์ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องให้การประคับประคองจิตใจ การให้คำแนะนำ ความกระจำ การให้คำปรึกษา หรือการทำกลุ่มบำบัด (อนงคนาญ เรื่องคำ และพัชรภรณ์ ทองวัชร, 2554) มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ (นุชจรี หयोगทอง และคณะ, 2556) และยังมีการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาโดยการพบหน้า และผ่านทางโทรศัพท์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ (Marcus, et. al, 2010)

1.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลกระทบจากการรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ ล้วนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังนี้

1.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย จากผลการรักษาที่ได้รับจะทำให้การรับรู้ความสบายทางด้านร่างกายโดยรวมจะเกิดอาการต่างๆขึ้น เช่น อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ช่องปากอักเสบ กัดใจกระดูกเหนียวล้า ผมร่วง สีผิวเข้มขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เช่น การเดินการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) จากงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน

การทำนายการเกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย โลหิตจาง (จิรวรรณ จบสุบิน, 2551)

1.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การรักษาโรคมะเร็งจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านจิตใจบกพร่อง เช่น ความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือการ แสดงออกไม่เหมาะสมอาจแสดงอาการหงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย ก้าว วิตกกังวล เครียด มีอาการ ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระบวนการคิดและการรับรู้ เช่น การคิดในแง่ลบ มองว่าการรักษาทำ ให้เกิดความทุกข์ทรมานมีความยากลำบากที่จะผ่านพ้นไปได้มองโรคมะเร็งในทางลบ เป็นโรคที่ทำให้ สูญเสียชีวิตและนำไปสู่ความตาย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) จากงานวิจัยพบความชุกของ โรคว่าะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นร้อยละ 17.03 โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การ เป็นโรคมะเร็งเต้านม การเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้านมาก่อน และปัจจัยสุดท้าย คือ การ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพร้อมกับการฉายแสง (นันทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2555)

1.2.3 ผลกระทบด้านสังคม เนื่องจาก โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ ยาวนาน และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว บบาททหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลง ตลอดจนการมี ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การเข้าสู่สังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ด้านการงาน การทำหน้าที่ ด้านสังคมลดลง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับ การรักษาเนื่องจากโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาโรคมะเร็งได้ อยู่ห่างไกลจากบ้านของผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าบ้าน หรือคอนโดมิเนียม เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาในกรณี ที่ผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้สร้างรายได้หลักให้กับครอบครัว ย่อมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และ ความเครียดเกี่ยวกับการจัดการด้านเศรษฐกิจฐานะทางการเงิน ให้เพียงพอกับรายจ่าย

1.2.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ การรักษาโรคมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและ มีความไม่แน่นอน ทำให้เกิดการกลัวการกลับเป็นซ้ำ หรือเซลล์มะเร็งลุกลามไปที่อื่น เกิดความทุกข์ ทรมานทางจิตใจ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2555) ทำให้มีผลกระทบต่อความหวัง จะแสดงออกถึง ความรู้สึกหงาเศร้า สูญเสีย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) รู้สึก ไม่มีคุณค่าในตัวเอง เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) ดังนั้น การเข้าใจความสำคัญของผลกระทบทางจิตวิญญาณ และการ รักษาสุขภาพทางจิตวิญญาณให้ดี จะเกิดผลดีต่อสุขภาพกายเป็นอย่างมาก (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551) จากงานวิจัยพบว่าการศึกษากาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง พบผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามคิดเป็นร้อยละ 6.18 (นิตยา จรัสแสงและคณะ,

2555) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 75.40 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2561)

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมีความรู้สึกล้มเหลว เสียใจ ทุกข์ใจ กังวลใจ เศร้าใจ และอาจใช้กลไกทางจิตไม่แสดงความรู้สึกออกมา หลังจากนั้นเริ่มวางแผนเตรียมต่อสู้กับโรคมะเร็งต่างกันไป (พงศกร เล็งดี และคณะ, 2552) สำหรับผู้ป่วยที่มีกำลังใจดี หรือมีแหล่งสนับสนุนที่ดีก็สามารถปรับตัวต่อโรคที่พบเจอได้ดี สำหรับผู้ป่วยที่มีการจัดการที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผลการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 42.05 มีภาวะซึมเศร้า โดยพบมากสุดในผู้ป่วยเอช ไอ วี ร้อยละ 44.70 และรองลงมาอันดับ 2 คือพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 43.30 และในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 39.60 และในผู้ป่วยโรคมะเร็งยังพบว่ามีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 6.18 (นิตยา จรัสแสงและคณะ, 2555) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 75.40 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.20 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2561) ดังนั้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จึงมีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก

2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงความเป็นเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยคำหยาบ และลงโทษตนเอง ประเมินตนเอง ว่าไร้ค่าเป็นหน่วยขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ โดยอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชา ต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ สิ้นหวัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559) ลักษณะที่สำคัญของ โรคซึมเศร้า พบว่าบุคคลจะประเมินเหตุการณ์ในทางลบ มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตมีแต่ความผิดพลาด ความล้มเหลวของชีวิต รู้สึกท้อแท้ หดห้วงกับชีวิต ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หนีปัญหา เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ กระเทือนจิตใจซ้ำ ก็จะทำให้คิดเรื่องการตาย หรือทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2561)

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออก โดยมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง หดห้วง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเองต่อโลกและต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ การเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความทุกข์ทรมาน และต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องพบเจอกับการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด กลัว รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกไม่มั่นคง กลัวการกลับเป็นซ้ำ ความรู้สึกเหล่านี้อาจนำมาซึ่งความรู้สึกซึมเศร้า ความท้อแท้ หดห้วงในชีวิตได้ (ขวัญตา บาลทิพย์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2559) และยังพบว่าผู้ป่วยเริ่มกลัวและคาดการณ์ไปล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการข้างเคียงต่างๆ กลัวว่าจะมีอาการทุกข์ทรมานแบบเดิม หากมีการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงไม่ดี อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาชั่วคราว หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานทางร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชิธร, 2555) เมื่อผู้ป่วยพบเจอกับการเปลี่ยนแปลงแล้วไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ร้องไห้ แยกตัว ผิดหวัง โทษสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จนนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ (ขวัญตา บาลทิพย์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2559)

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีผู้ทำการศึกษา และอธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

2.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors) แนวคิดนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติในการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีปริมาณของสารสื่อประสาท คือ Acetylcholine, Dopamine, Serotonin และ Norepinephrine

ลดลงซึ่งนอกจากการลดลงของสารสื่อประสาทแล้ว ยังเกิดจากความผิดปกติของ การหลั่งฮอร์โมน จากต่อมหมวกไต ชื่อ Cortisol ที่เชื่อมโยงจากฮอร์โมนที่มาจากการทำงานของ ต่อมใต้สมอง คือ Corticotropin-releasing hormone หรือ CRH วงจรนี้เรียกว่า Hypothalamic- pituitary-adrenal axis หรือ HPA โดย Serotonin และ Norepinephrine จะควบคุมเรื่องของอารมณ์ และวงจรการหลับ การตื่น การลดลงของสารสื่อประสาททั้ง 2 นี้เป็นผลทำให้ระบบประสาท Lymbic system บริเวณ Amygdala เป็นส่วนของการควบคุมในเรื่องการควบคุมอารมณ์ แสดงในเรื่องอาการ การขาด แรงจูงใจ ความต้องการทางเพศ ความผิดปกติเรื่องความอยากอาหาร ต่อม Pituitary ตอบสนองต่อการลดลงของสารสื่อประสาทด้วยการปวดท้องประจำเดือนผิดปกติ และการถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ ในส่วนของความผิดปกติของต่อมหมวกไตชื่อ Cortisol ของวงจร Hypothalamic-pituitary-adrenal axis มีการแสดงเรื่องความอยากอาหารลดลง หรือกินมากขึ้น นอนมาก หรือนอนไม่หลับ (Burt & Ishak, 2002)

2.2.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) ผลสรุปทางการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่ายีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค ซึมเศร้า คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) มีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 50 สำหรับญาติในลำดับที่ 1 (First-degree relative) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5 - 3 เท่า และจากการศึกษายังพบอีกว่าบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าบุตรมีโอกาสที่จะเกิด ภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15 - 45

2.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (ชนัดดา แนบเกษร, 2561)

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีนี้เริ่มต้น โดย Beck (1967) ซึ่งอธิบายว่า Cognition เป็นขบวนการรับความรู้ด้วยปัญญา แล้วจัดระเบียบความรู้นั้นแล้วจึงนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทาง Cognition กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีขบวนการของการรับรู้ ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง หรือพิจารณาไปในทางบวก Beck กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า มีความคิดเชิงลบที่บิดเบือนไป ทั้งต่อตนเอง สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและอนาคต โดยผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้ และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางไม่ดี และคิดว่าอนาคตไม่มี ความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้ เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด ตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิต ที่

เกิดขึ้นในโอกาสต่อ ๆ ไป ความเห็นจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า การรักษาทางการรู้คิดจึงเป็นการพิสูจน์หาเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการรู้คิดที่ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการรู้คิดวิธีใหม่

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ภาวะซึมเศร้าที่อธิบายโดย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Freud, 1964) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งทางจิตมี 2 ระดับ คือ จิตสำนึก (Conscious) จิตใต้สำนึก (Unconscious) จิตระดับใต้สำนึกมีกลไกทางจิตหลายประเภท เช่น แรงจูงใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ ฯลฯ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันทั่ว ๆ ไป เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมไร้เหตุผลและผิดปกติในลักษณะต่าง ๆ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของพลังจิตใต้สำนึก ที่ไม่มีโอกาสได้แสดงออกมาตามระยะ พัฒนาการของอายุอย่างเหมาะสม เกิดภาวะ “ติดข้องอยู่” (Fixation) จึงแปรรูปเป็นพฤติกรรมที่ ผิดปกติดังกล่าว

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว อาจเกิดจากการที่สังคมนั้นไม่สามารถจัดหารางวัลใด ๆ ได้เลย เหตุการณ์อย่างนี้จะทำให้นุคคลเกิดอาการเบื่อ ไม่ร่าเริง ผิดหวัง หรืออาจจะเกิดจากเหตุการณ์ที่บุคคลได้รับรางวัลที่คิดว่าไม่คู่ควร เหตุการณ์เช่นนี้ ทำให้ความภาคภูมิใจตนเองลดลง ตามทฤษฎีนี้ปัจจัยชวนที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย คือ บุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคม จนทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง

2.3 อาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า มีอาการแสดงที่บิดเบือน ไปทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยแสดงอาการเหล่านี้แตกต่างกันไปตามระดับของภาวะซึมเศร้าต่อไปนี้

2.3.1 ด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไปโดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกัน ออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้ว แล้วคิดว่าตนเองด้อย คิดว่าปัญหา หรือความยากลำบากต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า

ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตนเองตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย

ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่าล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่างเป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม

2.3.2 ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกลบต่อตนเอง ร้องไห้ง่าย ความสนใจต่อผู้อื่นลดลง โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไป ตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ จะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวันแต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งก็มีอารมณ์เศร้าที่มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พอใจกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่องของครอบครัว และเพื่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ และความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ายุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขันร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจต่อสิ่งใด ๆ เลย หหมดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

2.3.3 ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้ามดังต่อไปนี้

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยง หรือผ่อนผันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึงพาผู้อื่นมากขึ้น และมีความต้องการที่จะตาย

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้รู้สึกจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความ

ต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวเองออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หดแรงแรงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลทั้งหมด แทบไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมาก กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

2.3.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับ ภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หรือรับประทานอาหาร มากเกินไป หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง หนื่อยง่าย กว่าปกติ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือลืม รับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 - 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ ตื่นนอนตอนเช้า หนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารเช้า น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 - 5 ชั่วโมงต่อวันหลังตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับได้เลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

2.4 ระดับภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้อธิบายถึงผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่า มีความแปรปรวนใน 4 ด้าน คือ ด้าน ความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งความ รุนแรงได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

2.4.1 ระดับปกติหรือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Normal range)

2.4.2 ระดับเล็กน้อย (Mild depression)

2.4.3 ระดับปานกลาง (Moderate depression)

2.4.4 ระดับรุนแรง (Severe depression)

2.5 การบำบัดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ทันเวลา และได้รับการบำบัดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม (พริพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.5.1 การใช้ยาด้านเศร้า (Antidepressants) มี 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

กลุ่ม Tricyclic antidepressants เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้า เซลล์ประสาทของ Serotonin และ Norepinephrine ที่จับต่อปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline, Clomipramine, Desipramine เป็นต้น

กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor ยายออกฤทธิ์ยับยั้งการ Oxidation ของ Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มสารสื่อประสาท โดยไปยับยั้งการแตกย่อยทำให้มี Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้ามลดลง

กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI] เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของ Serotonin มีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์เศร้า ขนาดยามีความปลอดภัย อาการข้างเคียงน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine เป็นต้น

กลุ่ม New generation antidepressants เป็นกลุ่มยาตัวใหม่ของยาด้านเศร้า ได้แก่ Mianserin ยาด้านนี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine จากปลายประสาท ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าและนอนไม่หลับ Aminoketone ออกฤทธิ์โดยเป็น Dopamine และ Serotonin Reuptake inhibitor ใช้กับผู้ป่วย Bipolar depression

2.5.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe psychosis) คลั่งรุนแรง (Severe mania) และใช้ได้ดีมาก ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง และมีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยวิธีนี้ มีความเสี่ยงในรายที่มีอาการความดันโลหิตสูง เนื่องอกในสมอง โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นโรคร่วม ประสิทธิภาพการรักษาคดี แต่ในปัจจุบันมียาที่ให้ประสิทธิภาพในการรักษา และปลอดภัยกว่า ดังนั้นความนิยมด้านการใช้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าลดลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542)

2.5.3 การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy) การบำบัดทางจิตสังคมที่มีการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดสามารถสรุปได้ดังนี้

2.5.4 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษา การหาแนวทางแก้ไข ความขัดแย้ง อุปสรรคต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการปรับตัว

2.5.5 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ และความคิด เช่น การบำบัดแบบการปรับความคิดและ พฤติกรรม (CBT) การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) หรือ การใช้การทำจิตบำบัด แบบกลุ่ม (Group therapy) เป็นต้น

3. โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิผลดีในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่หลากหลาย และกว้างขวาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความเป็นมาของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) พัฒนาขึ้นโดย Segal and colleagues (2002) เป็นการผสมผสานแนวคิดการบำบัดด้วยการ ปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Beck, 1967) และรูปแบบการ ลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR) (Kabat-Zin, 1990) การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตในระยะที่สามของ การบำบัดทางปัญญา (Third waves of cognitive therapy) นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่า ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสรีระนั้นมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เมื่อบุคคลมีความคิดต่อสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นในสามรูปแบบ (Cognitive triad) ได้แก่ ความคิดต่อตนเอง โลก และอนาคตในทางลบ บุคคลมักมีการตอบสนองหรือเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมในทางลบ และ นำไปสู่ปัญหาด้านอารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967)

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) พัฒนาโดย Beck (1970) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ความเชื่อที่ฝังลึกที่ไม่ เหมาะสม ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเพื่อ ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมี พฤติกรรมที่เหมาะสม การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่ เน้นปัญหาปัจจุบัน การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการปรับแก้ ความคิดที่บิดเบือน ไปจากความเป็นจริง ซึ่งอาจเป็นความคิดโครงสร้างระดับลึก (Core beliefs) ความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติเพื่อสอดคล้องกับความคิดโครงสร้างระดับลึก

(Intermediate beliefs) และความคิดชนิดผิวเผิน (Automatic thoughts) ซึ่งเป็นความคิดที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างอัตโนมัติ (Beck, 1995)

Beck (1970) ได้เริ่มนำการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการบำบัดเน้นที่การวิเคราะห์วิธีการคิด หรือความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการคิดในแง่ลบหรือรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (Automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

Kabat-Zinn (1990) ได้บูรณาการวิธีการฝึกสติจากวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาใช้ร่วมในโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (MBSR) ในปี ค.ศ. 1990 สารที่สำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อสติ (Mindfulness meditation) โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบัน จากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง ผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกอย่างเข้มข้นให้เกิดการเรียนรู้ในการเพ่งความสนใจอยู่ที่ปัจจุบัน จากนั้น Segal et al., (2002) ได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive based therapeutic strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า (Major depression disorder) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญาที่ใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (The cognitive theory of depression and anxiety) เรียกรูปแบบนี้ว่า การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (MBCT)

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ซึ่งเริ่มพัฒนาเป็นครั้งแรกในปี 2000 โดย Segal, Williams, & Teasdale (2002) ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์และกระบวนการของการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ไว้เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าในอดีตและเรียนรู้ทักษะใหม่ที่จะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กลับมามีความตระหนักรู้มากขึ้นในเรื่องของ สัมผัสทางกาย ความรู้สึก และความคิดจากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง เพื่อให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิม โดยเฉพาะการยอมรับอย่างมีสติในความคิด ความรู้สึกที่ไม่เป็นที่ต้องการ มากกว่าการตอบสนองไปโดยอัตโนมัติตามความเคยชิน และเพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วม โปรแกรมสามารถที่จะเลือกตอบสนองอย่างมีทักษะต่อ ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

3.2 แนวคิดหลักการของการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ

Segal and colleagues (2013) ได้อธิบายรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด ๆ ว่ามี 2 รูปแบบ คือ ความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ (Doing Mode) และความคิดความรู้สึกที่มีสติ (Being Mode) ดังนี้

1. ความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ (Doing Mode) เป็นความคิดตามความเคยชิน ที่เป็นการตอบสนองอย่างอัตโนมัติกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ตั้งใจ เป็นผลให้ไม่มีการตระหนักรู้ ที่ส่วนใหญ่เป็นความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง เช่น ถ้าเคยประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งในอดีต เมื่อเกิดเหตุการณ์แบบนี้อีก ก็จะมีแนวโน้มที่จะเป็นอย่างนั้น ตัดสินแบบอัตโนมัติหรืออย่างเคยชิน (Automatic pilot)

2. ความคิดความรู้สึกที่มีสติ (Being Mode) เป็นความคิดที่มีสติ เป็นการจดจ่ออยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ไม่พยายามไปปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือหลีกเลี่ยง ที่แตกต่างกับ Doing Mode เพราะ Being Mode จิตจะไม่ต้องล่องไปไหน อยู่กับปัจจุบัน และยอมรับได้กับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยง รู้ว่าทำอะไรอยู่ เมื่อมีสติรู้ตัวจิตสงบอยู่กับตัว (Self of Control) ไม่พุ่งชนไปตามความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้สามารถแยกความคิดออกจากตัวตนได้ และเฝ้ามองจิตของตนเอง ทำให้เห็นความคิด อารมณ์อย่างชัดเจน และพิจารณาอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงอารมณ์ว่าดีชั่วร้าย สับเปลี่ยนกันไป ไม่คงอยู่ตลอดไป ทำให้เกิดการยอมรับ (Acceptance) กับสิ่งที่เกิดขึ้นที่มีทั้งสุข ทุกข์ปะปนกันไป ไม่มีอะไรอยู่คงทนถาวร เป็นสิ่งที่ผ่านมาทำให้เราได้รับรู้และเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น การมีสติจะช่วยให้รู้ทันความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่ละเอียดยิ่งขึ้น ช่วยลดความคิดทางลบ ช่วยให้เกิดการปล่อยวาง (Non-Striving) จากความครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออนาคต ด้วยการอยู่กับปัจจุบัน

3.3 กระบวนการของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติดังต่อไปนี้ (Segal et al., 2013)

1. การตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and Automatic Pilot) การฝึกสติจากการกินลูกเกดอย่างมีสติ (Raisin) และการรับรู้สัมผัสร่างกาย (Body Scan)
2. ความคิดอยู่กับตัว (Living in our Heads) ด้วยการฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และการมีสติกับลมหายใจ (Mindfulness of the Breath)
3. การควบคุมความคิด (Gathering the Scattered Mind) การทำสมาธิกำหนดลมหายใจ (Stretch and Breath Meditation) และฝึกการมีสติแบบเคลื่อนไหว (Mindfulness Movement)
4. การตระหนักรู้ (Recognizing Aversion) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และการเดินอย่างมีสติ (Mindful Walking)
5. การยอมรับความจริง (Allowing, Letting be) ฝึกสมาธิกับการทำงาน
6. ความคิดไม่ใช่ความจริง (Thought are not Facts) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และฟังเสียงกระดิ่งใน 5 นาที 10 นาที 15 นาที 20 นาที 25 นาที และ 30 นาที (Bell)
7. ฉันจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด (How can I Best Take Care of Myself)

8. การดูแลรักษาและขยายการเรียนรู้ (Maintaining and Extending)

3.4 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดแบบ MBCT สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังได้ จากการศึกษาของรศดาพร สันติวงษ์ (2550) พบว่าผู้ป่วยเอส ไอ วี ที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และสมจิตร เสริมทองทิพย์ (2559) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงทั้งในระยะหลังเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล และการศึกษาของศิริโรรัตน์ แก้ววงดี (2561) พบว่าผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายตับมีภาวะซึมเศร้า ภายหลังการได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งในระยะหลังเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

การบำบัดแบบ MBCT ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Tahereh, et.al, (2018) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด พบว่าการบำบัดแบบ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติสามารถลดภาวะซึมเศร้า และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดแบบ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และนอกจากนี้ยังพบว่าอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น การดำเนินชีวิตได้ดีขึ้นจากเดิมด้วย (Sunre, Mitsuhiro, Daisuke, Yasuko et.al, 2018)

3.5 โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พัฒนามาตามแนวคิดการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติของ Segal et al (2002) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ของ Segal et al (2002) พัฒนาขึ้นโดยผสมผสานแนวคิดรูปแบบการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ของ Beck (1967) และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR) ของ Kabat-Zinn (1990)

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มระยะสั้นที่พัฒนากิจกรรมขึ้น โดยประยุกต์ขั้นตอนการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Segal et al., 2002) เป็นหลัก และผสมผสานด้วยเทคนิคการปรับความคิดของรูปแบบการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าได้ฝึกทักษะการรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิด มีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ มีความคิดทางบวกมากขึ้น สามารถรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง กิจกรรมกลุ่มออกแบบตามรูปแบบการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 4 กิจกรรมๆ ละสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 โดยมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

กระบวนการตามแนวคิดของการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Segal et al., 2013)	โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
1. การตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and automatic pilot) การฝึกสติจากการกินลูกเกดอย่างมีสติ (Raisin)	กิจกรรมครั้งที่ 1 “เรียนรู้ สัมผัส กายและใจ” เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้วิธีการฝึกสติเบื้องต้นในทุกขณะ และเรียนรู้ประโยชน์ของการฝึกสติ โดยมีกิจกรรมฝึกสติกับลมหายใจ (Mindfulness of the breath) ฝึกการตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and automatic pilot) ฝึกสติจากการรับประทาน การสูดดม การดู (Sensory) อย่างมีสติ
1. การตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and automatic pilot) การรับรู้สัมผัสร่างกาย (Body Scan) 2. ความคิดอยู่กับตัว (Living in our heads) ด้วยการฝึกนั่งสมาธิ (Sitting meditation) และการมีสติกับลมหายใจ (Mindfulness of the breath) 3. การควบคุมความคิด (Gathering the Scattered Mind) การทำสมาธิกำหนดลมหายใจ (Stretch and Breath Meditation)	กิจกรรมครั้งที่ 2 “ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน” เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจการเชื่อมโยงระหว่างเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และความคิด โดยมีกิจกรรมการตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and automatic pilot) การรับรู้สัมผัสร่างกาย (Body Scan) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting meditation) และการมีสติกับลมหายใจ (Mindfulness of the breath) และการควบคุมความคิดการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ (Stretch and Breath Meditation)
3. การควบคุมความคิด (Gathering the scattered Mind) ฝึกการมีสติแบบเคลื่อนไหว (Mindfulness Movement) 4. การตระหนักรู้ (Recognizing Aversion) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting meditation) และการเดินอย่างมีสติ (Mindful walking)	กิจกรรมครั้งที่ 3 “อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ” เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการฝึกสติในทุกขณะ การสื่อสารอย่างมีสติ และสามารถเชื่อมโยงสติกับการให้อภัย การเมตตาในชีวิตประจำวันอัตโนมัติทางลบ โดยมีกิจกรรมฝึกการมีสติแบบเคลื่อนไหว

กระบวนการตามแนวคิดของการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Segal et al., 2013)	โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
5. การยอมรับความจริง (Allowing, letting be) ฝึกสมาธิกับการทำงาน 6. ความคิด ไม่ใช่ความจริง (Thought are not facts) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และฟังเสียงกระดิ่งใน 5 นาที 10 นาที 15 นาที 20 นาที 25 นาที และ 30 นาที (Bell)	(Mindfulness Movement) การเดินอย่างมีสติ (Mindful walking) การยอมรับความจริง (Allowing, letting be) และความคิด ไม่ใช่ความจริง (Thought are not facts)
7. ฉันจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด (How can I best take care of myself) 8. การดูแลรักษาและขยายการเรียนรู้ (Maintaining and extending)	กิจกรรมครั้งที่ 4 “ชีวิต กับ สติ” เพื่อให้ผู้ป่วยสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาจิตด้วยสมาธิ สติ เข้ากับชีวิตประจำวันได้ และตระหนักถึงโอกาสในการกลับมาที่มีภาวะซึมเศร้าซ้ำ โดยการมีกิจกรรมฉันจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด (How can I best take care of myself) ด้วยการให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกถึงตัวเองในอนาคต และการดูแลรักษาและขยายการเรียนรู้ (Maintaining and extending) คือการฝึกสติกับกิจวัตรประจำวันและทำต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติจะดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาและรูปแบบการแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการกลุ่มตามหลักของการทำกลุ่มจิตบำบัด (Yalom, 1995) มีดังนี้

ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม (Initial stage) เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้นำกลุ่มซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนี้จะเกิดขึ้นตลอดกระบวนการกลุ่มโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจกันอย่างแท้จริง เป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย ความอบอุ่นและจิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยสมาชิก ทำให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเองรับรู้ว่ามีคนยอมรับและเข้าใจอย่างแท้จริงในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญความยุ่งยากต่าง ๆ ได้

ขั้นดำเนินการกลุ่ม (The working stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง ต้องการสำรวจและนำเสนอปัญหาที่ตนเองหรือต้องการแนวทางในการพัฒนาหรือ เปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งสมาชิกจะร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Cohesiveness) รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือกัน ผู้ป่วยรับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มมากขึ้น เรียนรู้ที่จะพูดถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกัน อย่างจริงใจไม่หลีกเลี่ยงความขัดแย้งและมีทำที่ที่อาทรต่อกัน พร้อมทั้งจะวางแผนการเปลี่ยนแปลงตนเองและรับผิดชอบที่จะวางแผนที่จะแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนยุติกลุ่ม (The terminating stage / The closing stage) เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรวบรวมประสบการณ์ว่าเขาเรียนรู้อะไรจากกลุ่มและจะนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างไรในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของเขา

หลังจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง โดยมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันตามขั้นตอนของการบำบัดด้วยการ ได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการปล่อยวางอารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้น ด้วยจิตใจที่มีสติ และสงบ รับรู้ตามสภาพความเป็นจริง มองเห็นความคิด ความรู้สึกของตนเอง จะทำให้มุมมองต่อปัญหาทางบวกเพิ่มขึ้น มุมมองต่อปัญหาทางลบลดลง และไม่มีภาวะซึมเศร้า

หลังจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญา บนพื้นฐานของสติครบ 4 ครั้ง โดยมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันตามขั้นตอนของกลุ่มบำบัดด้วยการฝึกสติ จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรู้เท่าทันความคิด ความรู้สึกของตนเอง อยู่กับปัจจุบันขณะมากขึ้น ไม่ตัดสินใจและไม่นำประสบการณ์จากอดีตมาคิด ไม่หมกมุ่นอยู่กับอดีต หรือกังวลกับอนาคต มีสติในการคิด ตัดสินใจมากขึ้น รับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง มีความคิดทางบวก มีความหวังและกำลังใจมากขึ้น ทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post tests and follow-up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนกเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ระยะ I – II ภายหลังจากผ่าตัด ที่เข้ารับบริการในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จากสถิติในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมารับบริการทั้งสิ้นจำนวน 11,100 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะ I – II ภายหลังจากผ่าตัด ที่เข้ารับบริการในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI - 1) ระหว่าง 10 – 19 คะแนน)
2. ไม่ได้เคยเข้าร่วมโปรแกรมหรือได้รับรูปแบบการบำบัดทางจิตมาก่อน
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

1. ไม่สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ มีปัญหาในการมองเห็น และการได้ยิน
2. มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือจิตใจที่รุนแรง หรือเป็นอุปสรรค จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ทุกครั้ง หรือกลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมวิจัย
2. มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือจิตใจที่รุนแรง หรือเป็นอุปสรรค จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .30 (Polit & Beck, 2008) จากนั้นนำค่าขนาดอิทธิพลมาประมาณขนาดตัวอย่าง และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ในการคำนวณเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้ศึกษาจึงได้เพิ่มตัวอย่างขึ้นประมาณร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ 11 ราย รวมทั้งสิ้น 22 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI - 1) การประเมินภาวะซึมเศร้าครั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ต้องมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99
2. ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 47 คน และพบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระยะ 2 ทั้งหมด 47 คน
3. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเข้าร่วมในการวิจัยโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบไม่แทนที่ จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จำนวน 22 คน
4. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 11 คน โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Matching) ได้แก่การผ่าตัดเต้านมที่เคยได้รับ และระยะของโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในรูปแบบโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า และระดับสติ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรอง

เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI - 1) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้ระดับคะแนน 10 – 19 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Minimal depression) และภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild-Moderate depression)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย การศึกษาสูงสุด อาชีพ ปัจจุบัน รายได้

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory version 1: BDI-1) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกด้วยอาการด้านจิตใจจำนวน 15 ข้อ อาการทางกายจำนวน 6 ข้อ ในแต่ละข้อที่ให้เลือกรange มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 2 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 3 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การแปลผล รวมคะแนนทุกข้อ ถ้าได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก ถ้าคะแนนรวมน้อยแสดงถึงมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าตามคะแนนออกเป็น 5 ระดับดังนี้

1-9 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Normal range)
10-15 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Minimal depression)
16-19 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild-Moderate depression)
20-29 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงมาก (Moderate-severe depression)
30-63 คะแนน	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และมีความเที่ยงในกลุ่ม

ประชากรต่างๆ อยู่ในระดับดี โดยมีค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83-0.89 (สมจิตร เสริมทองทรัพย์ และคณะ, 2560; ศิริโรรัตน์ แก้ววงดี, 2561) และมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, 2560)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโปรแกรม คือ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่สร้างจากแนวคิด Segal et al (2002) โดยมีการบำบัด 3 ขั้นตอน 4 กิจกรรม แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรียนรู้ สัมผัส กายและใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันขณะในชีวิตประจำวันและเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการฝึกสมาธิ และสติเบื้องต้น ด้วยการทำสมาธิโดยการฝึกลมหายใจ และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการอยู่กับปัจจุบันขณะ และการฝึกสติเบื้องต้นผ่านลมหายใจ รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกสติ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันขณะในชีวิตประจำวัน และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการฝึกสมาธิ และสติเบื้องต้น ด้วยการทำสมาธิโดยการฝึกลมหายใจ และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยเฉพาะความคิดอัตโนมัติ เพื่อให้มุมมองความคิดอัตโนมัติทางบวกเพิ่มขึ้น มุมมองความคิดอัตโนมัติทางลบลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 3 อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกสติในขณะการเคลื่อนไหว การสื่อสาร และการฟัง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกสติโดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นการฝึกสติขณะมีการเคลื่อนไหว การสื่อสาร เพื่อให้รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง และสามารถปล่อยวางอารมณ์ได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 ชีวิต กับ สติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาจิตด้วยสมาธิ สติ เข้ากับชีวิตประจำวันได้ โดยรูปแบบของกิจกรรมมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีแนวทางในการปรับมุมมองทางบวก และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และสามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียดที่มีตามการรับรู้ความเป็นจริง มองเห็นความคิด ความรู้สึกของตนเอง ด้วยใจที่มีสติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI - 1) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ มีการนำมาใช้ในประเทศไทยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลายแล้ว และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือแก้ไข ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวซ้ำ

1.2 โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางสติบำบัด 1 ท่าน ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 3 ราย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของวิธีการดำเนินการ อุปกรณ์ความชัดเจนของเนื้อหา ขั้นตอนของกิจกรรมสติบำบัด ภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา นำข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI - 1) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มประชากรต่างๆ อย่างกว้างขวางโดยมีค่าความเชื่อมั่นสูง และเคยนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค เท่ากับ 0.87 (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, 2560) ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงไม่มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินฉบับนี้อีก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจน ปกป้องสิทธิ คุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการวิชาการ และพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

3. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยในวันเก็บข้อมูล โดย การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยไม่ใส่ชื่อและนามสกุลจริง แต่ใช้การใส่รหัสในแบบสอบถามของแต่ละคน ข้อมูลถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด ในส่วนที่บันทึกในคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก มีการตั้งรหัสในการเข้าถึงข้อมูลและทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง 3 ปี หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใด ผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัย จะเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีการระบุถึงกลุ่มตัวอย่างคนใดคนหนึ่งเฉพาะเจาะจงและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

4. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม หากกระบวนการทดลองส่งผลต่อสภาพจิตใจ และผู้ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่อได้ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างพัก และผู้วิจัยจะพิจารณาส่งโรงพยาบาลถ้าหากอาการไม่ดีขึ้น เพื่อความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

5. เนื่องด้วยในช่วงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Covid-19) ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 (Covid-19) จึงได้ดำเนินการตามมาตรการคัดกรองและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Covid-19) ได้แก่

- 5.1 วัคซีนหมึ่วางกายให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย
- 5.2 สังเกตอาการเสี่ยง เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เป็นต้น
- 5.3 แจกหน้ากากอนามัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน
- 5.4 จัดให้ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกคนล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 5.5 จัดที่นั่งโดยจัดให้เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา และมีการจัดเตรียมอาหารสำหรับรับประทานตามความเหมาะสม

7. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองกับ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ มาใช้ในกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การทดลองและการเก็บรวบรวม

เมื่อสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ขั้นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการทำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ

1.1.1 อบรมหลักสูตรสติบำบัด (Mindfulness – based therapy and Counseling) ซึ่งผู้วิจัยผ่านการอบรม โดยมีการฝึกปฏิบัติตามหลักสูตรสติบำบัด เป็นผู้บำบัดเบื้องต้น

1.2 ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรม ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และยื่นแบบรายงานผลพิจารณา ของคณะกรรมการวิชาการ และพิจารณาวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมกับแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และพิจารณาวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และได้รับความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัด ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.5 ผู้วิจัยเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ดำเนินการวิจัย ที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดโดยจัด ให้มีความสะดวก สะอาด ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน ซึ่งทำให้การจัดกลุ่มกิจกรรมเป็นไปได้ด้วยดี

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เป็นกลุ่มทดลอง ในการเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินระดับสติด้วยตนเอง และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองด้วยตนเอง

ระยะการทดลอง

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมรูปแบบการบำบัดระยะสั้นทั้งหมดมีการบำบัด 3 ขั้นตอน 4 กิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ โดย สัปดาห์ละครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งจะใช้ขบวนการกลุ่ม โดยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสรุปผลการเรียนรู้ โดยการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรียนรู้ สัมผัส ภายและใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางซึ่งกันใจ ให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันขณะในชีวิตประจำวัน และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการฝึกสมาธิ และสติเบื้องต้น ด้วยการทำสมาธิโดยการฝึกลมหายใจ และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางซึ่งกันใจ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสำคัญของการอยู่กับปัจจุบันขณะในชีวิตประจำวัน และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการฝึกสมาธิ และสติเบื้องต้น ด้วยการทำสมาธิโดยการฝึกลมหายใจ และสามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกสติในขณะการเคลื่อนไหว การสื่อสาร และการฟัง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกสติ

กิจกรรมครั้งที่ 4 ชีวิต กับ สติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาจิตด้วยสมาธิ สติ เข้ากับชีวิตประจำวันได้

ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมด้วย

หมายเหตุ ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม หากเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย ผู้วิจัยจะพิจารณา
นำส่งโรงพยาบาลทันทีด้วยตนเอง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ระยะหลังการทดลองหลังเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที
จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลองครั้งต่อไปเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลการเข้ารับ
โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (ติดตามผล 1 เดือน) โดยนัดหมายเพื่อทำแบบ
ประเมิน

ระยะติดตามผล (หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน)

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้มีการฝึกปฏิบัติ MBCT ต่อเนื่อง และทำแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้าหลังเสร็จสิ้น 1 เดือน จากนั้นมอบผลงานที่กลุ่มทดลองได้ทำตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 - 4 โดย
ผู้วิจัยได้รวบรวมจัดทำเป็นเล่มเพื่อมอบให้สมาชิกทุกท่านที่เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งกล่าว
ขอบคุณ มอบค่าชดเชยการเสียเวลา และของที่ระลึกให้กับกลุ่มทดลองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
ด้วยดีตลอดช่วงการทำวิจัย และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์
ข้อมูลทางสถิติ

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการ
การรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองตอบ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง

ระยะการทดลอง

พยาบาลประจำแผนกให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ
การให้ข้อมูลความรู้ การดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษา
ร่วมกับครอบครัว และการประคับประคองจิตใจโดยพยาบาลประจำแผนก หากผู้ป่วยมีภาวะ
ซึมเศร้าระดับปานกลาง จะส่งต่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาโดยตรง

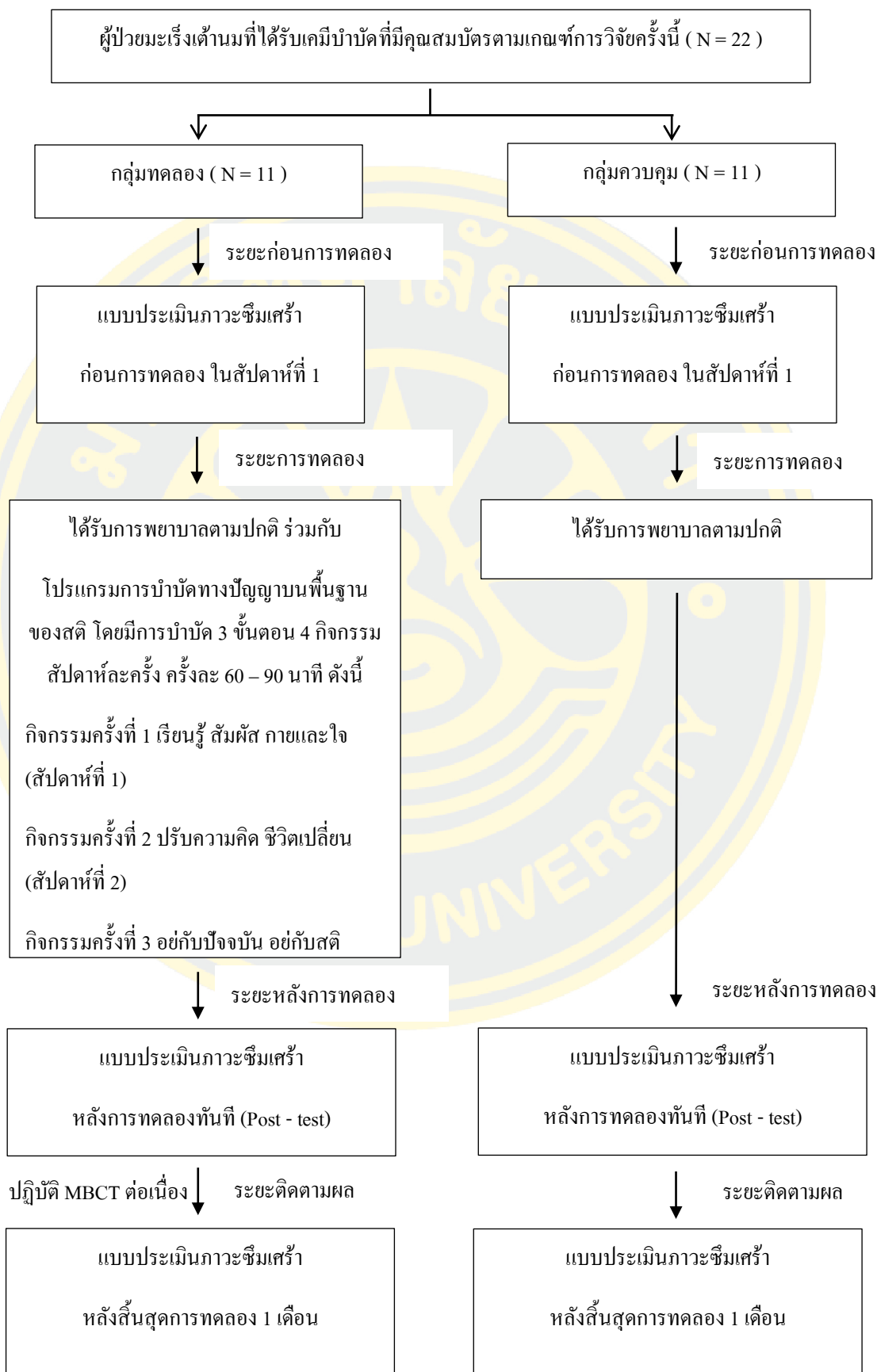
ระยะหลังการทดลองหลังเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย และขอความ
ร่วมมือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มควบคุม ในการเก็บข้อมูลโดย
ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง และนัด
หมายพบกันครั้งที่ 3 ซึ่งระยะห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 เดือน

ระยะติดตามผล (หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มควบคุม ในการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง กล่าวขอบคุณ มอบค่าชดเชยการเสียเวลา และของที่ระลึกให้กับกลุ่มควบคุมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดช่วงการทำวิจัย และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

หมายเหตุ หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการจัดโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ให้กับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ทั้งระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มาลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentile) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ตามระดับการวัดแต่ละข้อมูล Fisher's exact test และ Cramer's V

2. วิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนีย์ (Bonferroni)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post tests and follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 22 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์การแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni)

ตอนที่ 1 ข้อมูลบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 22$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 11$)		กลุ่มควบคุม ($n = 11$)		X^2	<i>p-value</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					2.866*	0.724
30 - 39	1	9.09	1	9.09		
40 - 49	9	81.82	8	72.73		
50 - 59	1	9.09				
60 - 69			2	18.18		
	$(\bar{x} = 44.40, SD = 4.67)$		$(\bar{x} = 45.73, SD = 8.60)$			
ระดับการศึกษา					0.853*	0.750
ประถมศึกษา	2	18.18	3	27.27		
มัธยมศึกษา	6	54.55	4	36.36		
ปริญญา	3	27.27	4	36.36		
สถานภาพสมรส					1.911*	0.550
โสด	2	18.18				
คู่	6	54.55	8	72.73		
หม้าย, หย่า, แยก	3	27.27	3	27.27		
รายได้					0.853*	0.750
< 10,000 บาท	3	27.27	4	36.36		
10,000-20,000 บาท	6	54.55	4	36.36		
> 20,001 บาท	2	18.18	3	27.27		
โรคประจำตัว					1.048*	.306
ไม่มี	10	90.91	11	100		
ความดันโลหิตสูง	1	9.09				

*fisher'exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 37 ปี และอายุมากที่สุด 54 ปี ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.55 มีสถานภาพสมรสคู่ เท่ากับ 54.55 มีรายได้ต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.55 สำหรับโรคประจำตัวส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.91 ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกการนั่งสมาธิคิดเป็นร้อยละ 72.73

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 33 ปี และอายุมากที่สุด 61 ปี ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาและปริญญาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 36.36 มีสถานภาพสมรสคู่ เท่ากับ 72.73 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 เท่ากับ 10,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.36 สำหรับโรคประจำตัวทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ($n = 22$)

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
		<i>M</i>	<i>SD</i>
กลุ่มทดลอง ($n = 11$)	ก่อนการทดลอง	12.73	2.53
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	6.73	1.79
	ติดตามผล 1 เดือน	5.36	1.69
กลุ่มควบคุม ($n = 11$)	ก่อนการทดลอง	12.55	2.02
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	12.73	2.61
	ติดตามผล 1 เดือน	12.36	2.25

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.73 (SD = 2.53) หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 6.73 (SD = 1.79) และระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 5.36 (SD = 1.69) ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 12.55 (SD = 2.02) หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 12.73 (SD = 2.61) และระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 12.36 (SD = 2.25) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ($n = 22$)

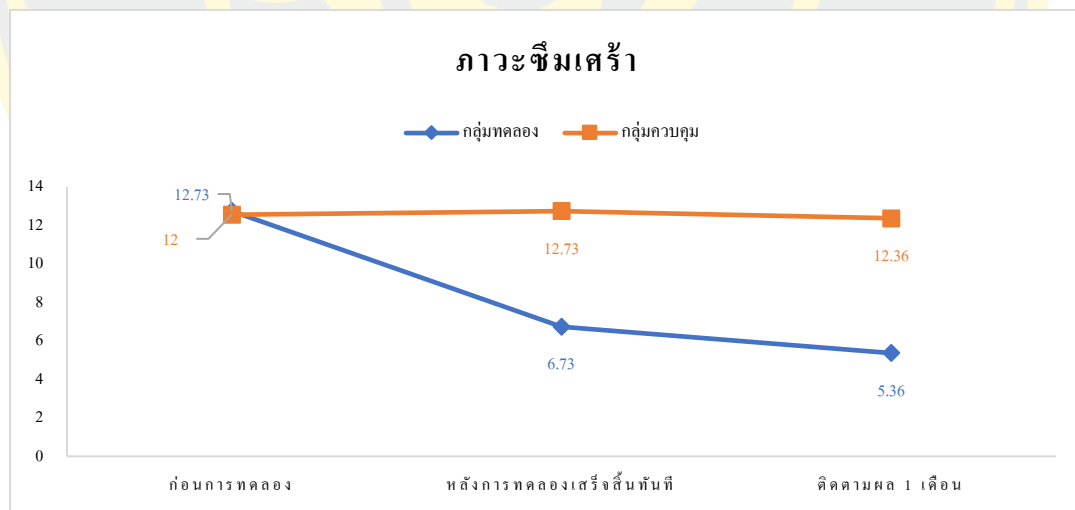
แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	301.227	301.227	22.758	0.000
ความคลาดเคลื่อน	20	264.727	13.236		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	171.909	85.955	29.095	0.000
กลุ่มกับระยะเวลา	2	166.455	83.227	46.681	0.000
ความคลาดเคลื่อน	40	19.636	0.491		

* $p < .01$

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่าการทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,20} = 22.75, p = 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาการทดลองความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าการทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2,40} = 46.68, p = 0.001$) แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงนำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่ากราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเวลาเปลี่ยนไป มีรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 2 กลุ่ม โดยก่อนการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 12.73, SD = 2.53$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} =$

12.55, SD = 2.02) ไม่แตกต่างกันมาก ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีพบว่า คะแนนภาวะซึ่มเศร้าของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 6.73$, SD = 1.79) ลดลง และคะแนนภาวะซึ่มเศร้าในกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 12.73$, SD = 2.61) ไม่แตกต่างกันกับก่อนการทดลอง และในระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึ่มเศร้าลดลง ($\bar{X} = 5.36$, SD = 1.69) และกลุ่มควบคุมยังคงไม่แตกต่าง ($\bar{X} = 12.36$, SD = 2.25) ทำให้เส้นกราฟของทั้ง 2 กลุ่มตัดกันตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น และห่างออกจากกันมากขึ้นในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ดังการเปลี่ยนแปลงของกราฟในภาพที่ 3

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึ่มเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	ระยะเวลา (Mean Difference)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	-	2.090*	3.773*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที		-	0.864*
ระยะติดตามผล 1 เดือน			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนภาวะซึ่มเศร้าของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึ่มเศร้าในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผล และอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post tests and follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะ I – II ภายหลังการผ่าตัด ที่เข้ารับบริการในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ 3 ขั้นตอน จำนวน 4 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ครั้งทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่าง

กับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร์ เสริมทองทรัพย์, ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ เวทีส ประทุมศรี (2560) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของศิริโรรัตน์ แก้ววงดี (2561) พบว่าผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) ของ Segal, Williams and Teasdale (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Segal et al. (2002) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากเมื่อบุคคลที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดแล้วมีลักษณะความคิดทางลบ ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง หรือมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำถึงสถานการณ์ในแง่ร้าย ไม่มีทางแก้ไข มักมีความรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ถ้าผู้ป่วยมีความคิดทางลบกับตนเอง เช่น คิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นความโชคร้าย หรือเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่ไม่ควรเกิดขึ้น หรือมีความคิดวนคิดซ้ำอยู่กับอาการหรือความเจ็บป่วย หรือคาดการณ์อาการในทางที่เลวร้าย ไม่พยายามทำความเข้าใจหรือหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก็มักมีภาวะซึมเศร้า

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสตินี้พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการรู้เท่าทันความคิดของตน มีสติ อยู่กับปัจจุบันมีความคิด และการรับรู้ตามความเป็นจริง ซึ่งการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมฯ จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีสติ อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ว่าตนเองมีความคิด อารมณ์ต่างๆ เข้ามา มีความคิดทางบวกหรือตามความเป็นจริง รับรู้อาการของตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถจัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะเห็นได้จากตัวอย่างของกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 “เรียนรู้ สัมผัส กายและใจ” ที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้ประโยชน์ และวิธีการฝึกสติเบื้องต้นในทุกขณะ โดยทดสอบการสัมผัสจากความเคยชิน และการสัมผัสด้วยสติปัจจุบันขณะด้วยการดูพวงมาลัยที่วางอยู่บนพานสีทอง ซึ่งในระยะแรกกลุ่ม

ตัวอย่างมักมีความคิดจากความเคยชิน โดยกล่าวว่า “นี่ถึงการไหว้ขอขมาผู้ใหญ่” “นี่ถึงแม่เพราะเคยใช้หัวแม่แบบนี้ทุกปีเลย” “นี่ถึงการสูญเสียนะ” เป็นต้น เมื่อให้ผู้ป่วยหลับตา สูดลมหายใจเข้า ออกแล้วกลับมาอยู่กับปัจจุบันผู้ป่วยกล่าวว่า “เป็นพวงมาลัยมะลิที่วางอยู่บนพานสีทอง และมะลิมีกลิ้นน้อยมาก แต่ได้กลิ่นนะ” จากกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยได้กลับมาอยู่กับปัจจุบันขณะไม่แต่งเติมหรือใช้ประสบการณ์เดิมมาอธิบายเป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 “ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน” กิจกรรมนี้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และความคิดอัตโนมัติทางลบ และวิธีการฝึกสติเบื้องต้นในทุกขณะ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตัวเอง โดยบอกว่า “วันที่หมอบอกว่า ก่อนที่เต้านมเป็นเนื้อร้าย ความคิดแรกที่เกิดขึ้นเลยคือทำไมถึงเป็นเราที่โชคร้ายต้องมาเป็นมะเร็งด้วย อยู่ ๆ น้ำตาก็ไหลออกมาทันทีแบบไม่ได้ตั้งใจ เมื่อกลับไปบ้านก็อยู่ในห้องคนเดียวไม่พูดจา กับใครเลย ในบางครั้งก็หงุดหงิดคนรอบข้าง ทำอะไรเล็กๆ น้อยๆ ก็โยนวายใส่คนในครอบครัว ทั้งหมดเลย ที่แท้มันเป็นแบบนี้เอง” นอกจากนี้ภายหลังการฝึกการสำรวจความรู้สึกทั่วร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสติ รับรู้ ความรู้สึกบนร่างกายดีขึ้น “เหน็บกินขาขาไปหมดเลย ไม่รู้จะทนนั่งไปทำไม” “นั่งไปไม่ได้สมาธิเลย ได้ทรมานตัวเองมากกว่าอะ” เมื่อให้เวลาสำรวจความรู้สึกด้วยสติอีกครั้งโดยไม่ไปยึดติดและเป็นทุกข์กับความรู้สึกนั้นเพียงแต่เฝ้าสังเกต กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “จริงๆ เวลาที่ผ่านไปไวเหมือนธนูนะ” “รู้แล้วว่าขาขาขาขาขา ขาซ้ายมีความชาที่เลยเฝ้าดูว่าจากเดิมชาแค่เท้า ตอนนี้ชาขึ้นมาเกือบถึงหัวเข่าแล้ว”

สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 3 “อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ” เน้นวิธีการฝึกสติในทุกขณะ การสื่อสารอย่างมีสติ และสามารถเชื่อมโยงสติกับการให้อภัย การเมตตาในชีวิตประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสติในการเดินมากขึ้น โดยบอกว่า “การเดินช้าลงก็ทำให้ถึงจุดหมายเหมือนเดิม แถมทำให้ได้รู้สัมผัสที่เท้ามากขึ้นระวังการเดินมากขึ้น ไม่เดินชนเก้าอี้และเพื่อนคนอื่นเลย” ส่วนกิจกรรมการฟังและการพูดอย่างมีสติ สังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสื่อสารได้ตรงกันมากขึ้น ดังตัวอย่าง “เหมือนอยู่ตัวคนเดียวมาตลอด พูดอะไรไปไม่มีใครเข้าใจในความเจ็บปวด จนมาวันนี้ที่พูดกับคนที่เคยรู้สึกเหมือนกันทำให้เราเข้าใจกันมากขึ้น หัวใจกันและกัน ให้ผ่านพ้นช่วงเวลาที่เราผ่านมาไปด้วยกันได้”

กิจกรรมที่ 4 “ชีวิต กับ สติ” เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกสติครั้งที่ผ่านมามีทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีสติกับปัจจุบันมากขึ้น โดยบอกว่า “จะทำอะไรก็มีสติ นึกคิดที่ดีขึ้น ไม่ใช่แค่ทำให้ผ่านพ้นไปในแต่ละวัน” “ไม่ได้มีสติกับการทำกิจกรรมในทุกอย่างก็

จริง แต่ก็ไม่หลุดลอยไปไหนต่อไหน คิดไปทั่วแบบเมื่อก่อนนี้” “ทำให้ได้เรียนรู้การอยู่กับตัวเองอยู่กับปัจจุบัน ไม่ฟุ้งซ่าน และเปลี่ยนการคิดต่อความทุกข์ที่ต่างไปจากเดิม”

จากการที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติครบทั้ง 4 ครั้งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองมากขึ้น อยู่กับปัจจุบันขณะมากขึ้น เมื่อเกิดเรื่องราวมากระทบก็รับรู้ว่ามันเกิดขึ้นจริง แต่ไม่ได้ทุกข์หรือคิดกังวลกับสิ่งที่ยังไม่ได้เกิดขึ้นในอนาคต และใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีสติมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ไม่ได้ฝึกการเรียนรู้ในการมีสติอยู่กับปัจจุบันตามโปรแกรมฯ อาจยังคงมีความคิดวนคิดซ้ำหรือคิดทางลบเกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการของตนเอง ทำให้ภาวะซึมเศร้านั้นยังคงอยู่ ดังจะเห็นได้จากผลของการวิจัยที่พบว่า กลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร์ เสริมทองทรัพย์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี (2560) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศิริโรจน์ แก้ววงดี (2561) พบว่าผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติของ Segal, Williams & Teasdale (2002) ได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะมากขึ้น มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน รับรู้และเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีความคิดทางบวกกับตนเองหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะไม่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ครบทั้ง 4 ครั้ง ก็จะเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น มีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ว่าตนเองมีความคิด อารมณ์ต่างๆ เข้ามา มีความคิดทางบวกหรือตามความเป็นจริง รับรู้อาการของตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถจัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงจากเดิมมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้รู้สึกมีความหวัง กำลังใจในการรักษาอาการของมะเร็งที่ตนเองเผชิญ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากกิจกรรมของโปรแกรมฯ ยังมีการมอบหมายงานหรือการบ้านให้

กลุ่มตัวอย่างนำไปทดลองฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเรียนรู้อยู่กับสติ การกำหนดลมหายใจเป็นเรื่องง่ายที่สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลา ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของกลุ่มทดลองคนหนึ่งที่ยกมาว่า “จริงๆ แล้วการฝึกการหายใจก็ไม่ใช่เรื่องยาก สามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา ตอนนี้เวลาไปไหนก็มีสติมากขึ้น ขับรถก็ไม่หลงทาง บางทีก่อนหน้านี้ก็เลยบอก ลืมบ้างว่าต้องแวะทำอะไร เดี่ยวนี้ก็ดีขึ้นไม่เคยลืมหรือเลยที่จะต้องทำธุระเลย” ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างนำกิจกรรมของโปรแกรมฯ ไปใช้ในชีวิตประจำวันดังกล่าวทำให้ กลุ่มทดลองมีสติ และความคิดในปัจจุบันมากขึ้น ไม่วิตกกังวลหรือกลัวการรักษาเหมือนเดิม เวลาพูดคุยก็ยอมรับมากขึ้น สีสหน้าแจ่มใสขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากผลการทดลองดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Segal et al. (2002) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติช่วยลดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้

จากผลการอภิปรายผลวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติแบบกลุ่มเป็น โปรแกรมที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรมแล้วสามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติไปเป็นทางเลือกในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลนำผลการศึกษาไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ด้านบริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายเพื่อนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2564. สืบค้นข้อมูลจาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, 21(2), 79-89.
- กฤษดา ศรีสุวรรณ, ชนกพร จิตปัญญา และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านการรู้จักของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 6(2), 1-12.
- ขวัญตา บาลทิพย์ และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2559). การพยาบาลมิติจิตวิญญาณสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. สงขลา: พี ซี โปรสเปค.
- จิรวรรณ จบสุบิน และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2551). ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2552 ก.ย. - ต.ค.; 53(5), 427-440
- ชนิดดา แนบเกษร. (2561). ภาวะซึมเศร้า พยาธิและการพยาบาล. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ชมพร สีตะธนี. (2555). หลักการรักษาทารังสี ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. สมุทรปราการ: สีนทวิกิจพรีนติ้ง.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2547). เคมีบำบัด หลักการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2550). Breast. ในทวิสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตร และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์ (545-566). กรุงเทพฯ: ปรีชาธร อินเตอร์พรีม.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมรักษ์ บุญจันทร์, พรนิดา หาญละคร และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรครื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(4), 439-446.
- นุชจรี หອງทอง. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารการพยาบาลศาสตร์, 31(3), 28-36.

นันทวัช ลิทธิรักษ์, กฤษณ์ดิพงษ์ อรัญสิทธิ, วรภัทร รัตอากาศ, ศุภโชค สิงห์กันต์, ัญญา สายเสวย, พรจิรา ปรีวัชรากุล, ลักขณา ทองโชติ, เพชรรัตน์ คุ่มขัน, ภูธรสวรรค์ พงษ์บุปผา, นราทิพย์ สงวนพานิจ และจารุวรรณ เอกวัลลภ. (2555). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 47-60.

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 19(38), 105 – 118.

บุญทิศา สุวิทย์, ขจี พงศธรวิบูลย์, ชูจิต หวังขจรเกียรติ และสุณี พนาสกุล. (2560). การประเมินความต้องการจำเป็นของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทร์ราชिरาช. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 18(2), 194-202.

ประกาศิต จิรปภา. (2555). *หลักการรักษาทางศัลยกรรม*. ใน สุวรรณิ ศิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรง, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมมา จิระจรัส (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (หน้า 9-18). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรีนติ้ง.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2555). *ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. ใน สุวรรณิ ศิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรง, ประไพ อริยประยูร และเมื่อนมมา จิระจรัส (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (หน้า 303-314). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรีนติ้ง.

ปริญนันท์ ธนาคุณ, ชนกพร จิตปัญญา และนพมาศ พัดทอง. (2563). พยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 73(4): 243-252

พงศกร เล็งดี, อุฬาร วิเลขา, นิวัฒน์ ศรีวิจารณ์, สาคร สามดาว และณัชชา เจริญภัทรารุฒิ. (2552).

มุมมองของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับแจ้งวินิจฉัยโรค. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29(4), 143-161.

พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด และสุจิตรา สุทธิพงศ์. (2557). การเปรียบเทียบผลการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 386-394.

พัชรี นุ่นแสง, สุวคนธ์ กุรัตน, กัญญาพัชร เป้าทอง, ดรณี สมบูรณ์กิจ, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, รัชณี ปะสารีบุตร และนุชนาด บุญมาศ. (2561). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 35(2), 140-152.

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2555) มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร : คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

ภิญโญ อุทธิยา. (2563). บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1)ม 18-25.

ภัทรธีรา โรหิโตปการ. (2556). มารู้อักมะเร็งเต้านมกันเถอะ. สงขลา: บัณฑิต พรีนติ้ง.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวช*. เชียงใหม่: มหาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4).

กรุงเทพฯ: สุวิชาการพิมพ์.

มุกดา ศรียงค์. (2522). ภาวะซีทเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลฝาง
จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง*, 23(2).1.

เยาวนุช คงदान. (2550). Breast cancer. ใน *สิทธิโรจน์ กาญจนปัญญาผล, จักรพันธ์ เอื้อนเศรษฐ์ และจุมพล
วิลาศรีศรี (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

เยาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ และกิตติกร นิลมานัด. (2559). ประสบการณ์การสวดมนต์ของ
ผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 23-
35.

รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะ
ซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2564). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS-BASED CANCER
REGISTRY 2020*, 21, 1-32.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมือง
การพิมพ์.

ศิริรัตน์ แก้ววงดี. (2561). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาลัยบูรพา.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2551). *เปลี่ยนมะเร็งเป็นพลัง*. กรุงเทพฯ: มติชน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *HOSPITAL – BASED CANCER REGISTRY ANNUAL
REPORT2022*. 1-29

- สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 25 (3). 66-75.
- สมถวิล ลูกรักษ์, แม้นมมา จิระจรัส, สุวรรณิ ศิริเลิศตระกูล และจิตประภา คนมัน. (2556). *คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด*. ปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สุรเกียรติ อชานานุภาพ . (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 2 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โฮลิสติก พับลิชชิง.
- อนงนาฏ เรื่องคำ และพัชรภรณ์ ทองวัชร. (2554). สภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: URL <https://hocc.medicine.psu.ac.th/files/knowledge/8august2011.pdf>
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2555). ผลของการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 151-164
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ฐาติมา เพชรนุ้ย และธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์. (2561). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*. 25, 132-139
- เอกภพ สิริชัยนันท์. (2555). *ส่วนที่ 1 ความรู้พื้นฐานทางมะเร็งวิทยา*. ใน สุวรรณิ ศิริเลิศตระกูล, สุลักษณ์ วงศ์จรโรง, ประไพ อริยประยูร และแม้นมมา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง* (หน้า 1-8). สมุทรปราการ: สันทวีกิจพริ้นติ้ง.
- 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
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (1991). *Depression: Cause and treatment* : University Press.
- Bower, M., & Waxman, J. (Eds.) (2010). *Lecture notes: oncology*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Buranaruanhrote, S. (2006). *Experience and self management for fatigue in breast Cancer patients receiving chemotherapy*. Unpublished master's thesis, University of Mahidol, Bangkok.

- Burt, T., & Ischak, W. W. (2002). *Outcome measurement in mood disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Carlson, S. M., Mandell, D. J., & Williams, L. (2004). Executive Function and Theory of Mind: Stability and Prediction From Ages 2 to 3. *Developmental Psychology*, 40(6), 1105–1122.
- Carol E. DeSantis., Jiemin Ma., & Ahmedin Jemal. (2017). Breast cancer statistics, 2017, Racial Disparity in Mortality by State. *CA CANCER J CLIN.* 67, 439-448.
- Chu, E., & Sartorelli, C. (2012). Cancer chemotherapy. In B. G. Katzung., S. B. Masters., & A. J. Trever. (Eds.), *Basic & clinical pharmacology* (12th ed., pp. 949-1,000). New York: McGraw-Hill Medical.
- Ermiah, E., Abdalla, F., Buhmeida, A., Larbesh., E., Pyrhonen, S., Collan, Y., (2012). Diagnosis delay female breast cancer. *BMC Research Notes*, 5, 452-459. DOI:10.1186/1756-0500-5-452.
- Fardell, J. E., Vardy, J., Johnston, I. N., & Winocur, G. (2011). Chemotherapy and cognitive impairment: Treatment options. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 90(3), 366-376.
- Freud, S. (1964). *Group psychology and the analysis of the ego* Sigmund Freud. New York: Bantam Books.
- Garcia, S. F., Rosenbloom, S. K., Beaumont, J. L., Merkel, D., Rao, D., & Cella, D. (2012). Priority symptoms in advanced breast cancer: Development and initial validation of the National Comprehensive Cancer Network-Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer Symptom Index (NFBSI-16). *Value in Health Journal*, 5(1), 183-190.
- Greg R Sharplin, Simeon B W Jones, Barbara Hancock, Vikki E Knott, Jacqueline A Bowden & Hayley S Whitford. (2010). Mindfulness – Based cognitive therapy: an efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. *Med J Aust*, 193(5), 79-82.
- Jemal, A, Bray, F. and Center, M.M. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 61-69.
- Jiang C Hong, Zhu F, Qin T Ting. Relationships between chronic diseases and depression among middle-aged and elderly people in China: a prospective study from CHARLS. *Current Medical Science* 2020;40(5):858–70

- Kabat-Zinn, J. (1990). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(2), 144-156.
- Khan., A., J., & Haffty, B G. (2010). Postmastectomy radiation therapy. In I. R. Harris, M. E. Lippman, M. Morrow, & C. K. Osborre (Eds.), *Diseases of the breast* (4th ed., pp.598-609). Philadelphia: Lippincott.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishers.
- 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.
- National Comprehensive Cancer Network. (2015). Clinical Practice Guidelines in Oncology Breast Cancer Version 3.2015. Retrieved from <https://www.trikobe.org/nccn/guideline/breast/english/breast.pdf>
- National Cancer Institute. (2018). Breast Cancer Treatment Patient Version National Cancer Institute. Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/breast>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistice 2020: GLOBOCAN estimates of incidence mortality worlde for 36 cancer in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3). 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac..21660>
- Sunre Park, Mitsuhiro Sado, Daisuke Fujisawa, Yasuko Sato, Mari Takeuchi, Akira Ninomiya, Maiko Takahashi, Kimio Yoshimura, Hiromitsu Jinno, & Yuko Takeda. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for Japanese breast cancer patients—a feasibility study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 48 (1), 68-74.
- Tao, J. J., Visvanathan, K., & Wolff, A.C. (2015). Long term side effects of adjuvant chemotherapy in patients with early breast cancer. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26299406>
- Torre, L.A., Bray, F., Siegel, R.L., Ferley, J., Tieulent, J.L. & Jemal, A. (2015). Global cancer statististics. *CA: A Cancer journal for Clinicians*. 65(2), 68-108.

- Tovote, K. A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M., Links, T. P., & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Result of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 37, 2427-2434.
- Yalom, I. D. (1995). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงริษาพรรณ ชูแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
2. ศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ดร.พิชญภา พิชะยะ โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ



เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูล และทำเครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านให้ครบทุกช่องเพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการบำบัดต่อไป

อายุ : ปี เดือน

ระดับการศึกษา : ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส. ปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอก อื่นๆ.....สถานภาพสมรส : โสด คู่ หม้าย, หย่า, แยก

รายได้ : บาท/เดือน

แหล่งของรายได้หลัก : เพียงพอ ไม่เพียงพอ

ผู้ดูแลหลัก : เกี่ยวข้องเป็น :

ระยะของโรค : การรักษาที่เคยได้รับ :

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ : มี ไม่มี

ถ้าท่านมีโรคประจำตัวโปรดระบุ.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความต่างๆที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน
 ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละกลุ่มอย่างละเอียด
 พิจารณาเลือกความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่ตรง หรือใกล้เคียงของท่านมากที่สุด แล้วเขียนวงกลม
 รอบตัวเลขหน้าข้อความในแต่ละกลุ่มเพียงข้อความเดียวเท่านั้น

ข้อ 1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า

1 ฉันรู้สึกซึมเศร้าในบางช่วง

2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้

3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว

ข้อ 2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต

1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต

2 ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่าจะไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป

3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถที่จะทำให้มันดีขึ้น

ข้อ 3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลว

1 ฉันรู้สึกว่ารู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลวว่าคนอื่น ๆ

2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด

3 ฉันรู้สึกว่ารู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

ข้อ

ข้อ

ข้อ

ข้อ

ข้อ

ข้อ 19. 0 น้ำหนักของฉันทันคงที่

- 1 น้ำหนักของฉันทันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
- 2 น้ำหนักของฉันทันลดลงประมาณ 3 กิโลกรัม
- 3 น้ำหนักของฉันทันลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัม

ข้อ 20. 0 ฉันทันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ

- 1 ฉันทันกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ
- 2 ฉันทันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันทันจนยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่นๆ
- 3 ฉันทันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันทันมากจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้

ข้อ 21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันทันยังปกติ

- 1 ฉันทันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติ
- 2 ฉันทันสนใจเรื่องทางเพศน้อยมาก
- 3 ฉันทันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

**โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด**

**EFFECTS OF MINDFULNESS – BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM
ON DEPRESSION OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY**

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้น การฝึกสมาธิร่วมกับการบำบัดทางปัญญา เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติ (MBCT) ของ Segal et al. (2002) มาประยุกต์ใช้ และผสมผสานกับรูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยโปรแกรมมีวิธีการฝึกเป็นขั้นตอนที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการปล่อยวางอารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่มีสติและสงบ รับรู้ตามสภาพความเป็นจริง มองเห็นความคิด ความรู้สึกของตนเอง รู้ถึงผลความคิดต่ออารมณ์ พฤติกรรม เห็นถึงความสำคัญของการปรับความคิด การฝึกใช้สติเพื่ออยู่กับปัจจุบันขณะ ทำให้ปล่อยวางความคิดที่ยึดติดในอดีต และความกังวลต่ออนาคต การฝึกสติทำให้เกิดมุมมองทางบวกต่อตนเองเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองจึงทำให้ลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม โดยมีการประยุกต์การจัดกิจกรรม ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นการบำบัดระยะสั้น มีการบำบัด 3 ขั้นตอน 4 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แต่ครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจถึงความเชื่อมโยง ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักของการมีความคิดด้านลบต่อตนเอง และความสำคัญของการปรับความคิด
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสติ คิดและรับรู้สถานการณ์ตามที่เป็นจริง รู้เท่าทันการทำงานของจิตใจได้
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในชีวิตประจำวันได้

วิธีการดำเนินการ

กระบวนการกลุ่มบำบัดระยะสั้น เพื่อเสริมสร้างสตินี้ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง กระบวนการบำบัดมี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การแนะนำ MBCT (Introductory phase of MBCT) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด เป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา การตั้งเป้าหมายการบำบัด และความคาดหวัง แล้วเชื่อมโยงการทำงานของจิตด้วยการฝึกสติ เรียนรู้ ธรรมชาติในความคิดของตน ตอบสนอง ด้วยการปฏิบัติเชื่อมโยงความคิดความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้ประโยชน์ของการฝึกสติ

ขั้นตอนที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ (Working sessions of MBCT) นำเข้าสู่กิจกรรม ได้แก่ การติดตามดูความคิดตนเอง การสังเกต และการจัดการกับความคิดทางลบ จากนั้นก็ฝึกการทำสมาธิ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกสติและตระหนักรู้ความคิดแห่งตน การกำกับจนให้อยู่กับปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 3 ช่วงท้ายของการบำบัด (Final or termination session of MBCT) มีเป้าหมายส่งเสริมการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 1 การแนะนำ MBCT (Introductory phase of MBCT)	
กิจกรรมที่ 1	เรียนรู้ สัมผัส กายและใจ
ขั้นตอนที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ (Working sessions of MBCT)	
กิจกรรมที่ 2	ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน
กิจกรรมที่ 3	อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ
ขั้นตอนที่ 3 ช่วงท้ายของการบำบัด (Final or termination session of MBCT)	
กิจกรรมที่ 4	ชีวิต กับ สติ



ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
ใบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง



ที่ สธ ๐๓๑๕.๑/๒๙๐๕

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

๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการ

๒. เอกสารรับรอง ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ตามที่ นางสาวเกตุแก้ว ศุภภัทรานนท์ นิสิตหลักสูตรสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ส่งโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย เพื่อขอ
อนุมัติดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

หมายเลขโครงการ : ๐๑๒/๖๕

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มาด้วยแล้วและหากมีการปรับ
แก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้แจ้งแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาล
มะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ
หลังจากดำเนินการ ทุกเดือนมกราคมของทุกปีหรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินการเสร็จสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปิยวัฒน์ เลาวทูตานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐-๓๘๔๕-๕๕๕๖ ต่อ ๑๔๖

โทรสาร. ๐-๓๘๔๕-๕๕๐๖๖



**ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

<p>ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) (ภาษาอังกฤษ)</p> <p>ชื่อหัวหน้าโครงการ รหัสโครงการ หน่วยงานที่สังกัด</p> <p>สถานที่ทำการศึกษาวิจัย วันที่รับรองโครงการ วันที่หมดอายุ</p>	<p>ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด</p> <p>EFFECTS OF MINDFULNESS – BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY</p> <p>นางสาวเกตแก้ว สุภัทรานนท์ 012/65 สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยบูรพา โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี 2 กันยายน 2565 1 กันยายน 2566</p>
--	---

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย
ดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม^{อธิการบดี} ^{โรงพยาบาล}.....
(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ โชคชัยธรรม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม
(นายปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าและครอบครัวในการได้รับบริการด้าน
สุขภาพจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)



BUU-IRB Approved
23 Feb 2022

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางสาวเกตุแก้ว ศุภภัทรานนท์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติคือ ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ ประเมินส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที ระหว่างเข้าร่วมวิจัยฯ ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติทั้งหมด 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “เรียนรู้ สัมผัส ร่างกาย” กิจกรรมที่ 2 “ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน” กิจกรรมที่ 3 “อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับสติ” และกิจกรรมที่ 4 “ชีวิต กับ สติ” ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที/กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันและเวลาที่ท่านร่วมกิจกรรมตามนัด สถานที่ร่วมกิจกรรมคือห้องประชุมของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ชั้น 2 โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ซึ่งสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยคาดหวังว่าท่านจะมีสติเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยนี้ยังเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาเป็นแนวทางหรือกิจกรรมทางเลือกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ในการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีการระบุตัวตนต่อสิทธิประการใดๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะพึงได้รับ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ทั้งนี้ขอความบุคคลและข้อมูลแบบประเมินต่างๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุตัวตน และเมื่อผลการศึกษาวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูก



BUU-IRB Approved

23 Feb 2022

เก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่างๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย และการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ในระหว่างนี้เป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์แห่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง และมาตรการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการทดลองจะปฏิบัติตามมาตรการคัดกรอง ดังนี้ต่อไป 1) วัดอุณหภูมิร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศา ผู้วิจัยจะของดการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) สังเกตอาการเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก 3) แจกหน้ากากอนามัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน 4) ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย 5) จัดที่นั่งโดยจัดเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1 เมตรตามแนวทางของการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing)

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวเกตุแก้ว สุภัทรานนท์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 061-9959888 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้สามารถชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัย และนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวเกตุแก้ว สุภัทรานนท์
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved
23 Feb 2022

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มควบคุม)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางสาวเกตุแก้ว คุรุัทธานนท์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติคือ ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ ประเมินส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที ระหว่างเข้าร่วมวิจัยฯ ท่านจะได้รับกิจกรรม และการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยจะดำเนินการให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที/กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันและเวลาที่ท่านร่วมกิจกรรมตามนัด สถานที่ร่วมกิจกรรมคือห้องประชุมของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ชั้น 2 โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ซึ่งสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยคาดหวังว่าท่านจะมีสติเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยนี้ยังเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาเป็นแนวทางหรือกิจกรรมทางเลือกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ในการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใดๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะพึงได้รับ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบประเมินต่างๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุตัวผู้วิจัย และเผยแพร่ผลที่วิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยสู่



BUU-IRB Approved

23 Feb 2022

AF 06-02

สาธารณชน ส่วนเอกสารต่างๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย และการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ในระหว่างนี้เป็นช่วงเวลาที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง และมาตรการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการทดลองจะปฏิบัติตามมาตรการคัดกรอง ดังนี้ต่อไป 1) วัดอุณหภูมิร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศา ผู้วิจัยจะของดการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) สังเกตอาการเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก 3) แจกหน้ากากอนามัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน 4) ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย 5) จัดที่นั่งโดยจัดเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1 เมตรตามแนวทางของการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing)

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวเกตุแก้ว สุภัทรานนท์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 061-9959888 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้สามารถชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัย และนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวเกตุแก้ว สุภัทรานนท์
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved
23 Feb 2022



ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย โทร. ๒๖๒๐

ที่ อว ๘๑๐๐/- วันที่ ๒๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งสำเนาเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน นางสาวเกตุแก้ว ศุภัทธานนท์

ตามที่ท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการวิจัย G-HS103/2564(C1) โครงการวิจัย เรื่อง

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งสำเนา

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม

โครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยประทับตรา

รับรองเรียบร้อยแล้ว มายังท่าน เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นางสาวรมร แยมประทุม

(นางสาวรมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี

ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ที่ อว ๘๑๐๖/๐๐๘(๒๖)



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวเกตุแก้ว ศุภิทรานนท์ รหัสประจำตัว ๖๐๙๒๐๐๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้า
โครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
มะเร็ิงเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุม
วิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็ิงเต้านม ระยะ I-II ภายหลังกการผ่าตัดเต้านม ที่เข้ารับบริการในแผนกเคมีบำบัด
โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) โดยกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล ๒
ช่วงเวลาดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๕ ราย ระหว่างวันที่ ๑๕ กันยายน ถึง
วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๒๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑๕ ตุลาคม ถึงวันที่ ๑๕
ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๕๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๖-๑๙๙๕-๙๘๘๘

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวเกตุแก้ว สุภัทรานนท์
วัน เดือน ปี เกิด	8 สิงหาคม พ.ศ. 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดชลบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	593 หมู่ที่ 1 ตำบลบ่อทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา