

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษาที่หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลรามธิบดี

ประไพ เจริญทวี^{1*}, สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล²

¹ศูนย์มะเร็ง และ ²ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 14000

Factors Related to Depressive Episode among the Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Case Study at Oncology Unit, Ramathibodi Hospital

Prapai Chengtawee^{1*}, Suwannee Sirilertrakul²

¹Ramathibodi Comprehensive Cancer Center, and ²Department of nursing service, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 3 ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับภาวะความตึงเครียดทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ระหว่างเดือนธันวาคม 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2556 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 129 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วนคือปัจจัยส่วนบุคคล และแบบประเมินสภาวะทางอารมณ์

ผลการศึกษา: จาก 11 ปัจจัย พบว่ามี 3 ปัจจัยคือ อายุ ศาสนา และสิทธิการรักษา ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ระยะเวลา 2, 4 และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์แบบ contingency coefficient กับระยะเวลาที่รักษาค่อนข้างต่ำคือ ความสัมพันธ์ของอายุ

Background and Objective: Colorectal cancer is a substantial health problem worldwide. It is also the third most common cancer in Thailand. Patients suffer physical, emotional, and psychosocial stress as well as complications from both diseases and therapies which resulted in depressive episode. This study aimed to identify the relationship between specific factors and depressive episode and to compare depression score between pre and post chemotherapy.

Methods: This was a survey study of selected 129 colorectal cancer outpatients who received chemotherapy at Ramathibodi hospital since December, 2011 to August, 2013. The demographic data and the emotional questionnaire were collected and analyzed.

Results: Only three from eleven factors were related to depressive episode at 2, 4, and 6 months of chemotherapy with statistical significance ($p < 0.05$). These factors were age, religion, and health coverage scheme with low contingency coefficient (CC) 0.20, 0.21, and 0.24 respectively. Moreover, the depressive score were found to be increased with treatment duration. There were 24 subjects (16.3%) and 21 subjects (14.3%) that had severe depressive score at 4 and 6 months respectively.

Conclusions: The only factors related to depressive episode in colorectal patients in this study were age,

กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 6 เดือน (CC=0.20) ความสัมพันธ์ของศาสนาและสิทธิคำปรึกษากับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2 เดือนเท่ากับ 0.21 และ 0.24 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อประเมินสภาวะทางอารมณ์ผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าขั้นรุนแรงมากเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการรักษาที่ 4 และ 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 16.3 และ 14.3 ตามลำดับ

สรุป: พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ศาสนา และสิทธิคำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามเมื่อระยะเวลาการรักษาเพิ่มขึ้นถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยยังมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ภาวะซึมเศร้า, ยาเคมีบำบัด

สรินครินทร์เวชสาร 2560; 32(1): 63-70. • Srinagarind Med J 2017; 32(1): 63-70.

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นๆ ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2555 ที่สหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 140,000 รายต่อปี และเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 56,000 รายต่อปี¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 3^{1,2} จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวนผู้ป่วย 420, 361 และ 430 ราย ตามลำดับ³⁻⁵

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะต้นๆ สามารถรักษาหายขาด และลดการกลับเป็นซ้ำได้ ปัจจุบันวิธีการรักษาพัฒนาเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว ถ้ามีการแพร่กระจายไปที่ตับ และสามารถผ่าตัดออกได้ ผลของการรักษาหายขาดสูงขึ้น มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึงเกือบร้อยละ 60^{6,7} อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับภาวะตั้งเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁸ ซึ่งพบได้มากกว่าคนปกติ และมักเกิดร่วมกับภาวะวิตกกังวล⁹ ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อยคือ การปรับตัวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา¹⁰ ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ห่อเหี่ยว เหนงา ว้าเหว่ ขาดความสุข สูญสิ้นความหวังในอนาคต ระดับความรุนแรง มักเกิดต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม¹¹

ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด หรือโรคที่ต้องรักษาติดต่อกันนาน เช่น โรค

religion, and health coverage scheme. However, the contingency coefficient was low. Depressive score were increased with treatment duration, despite counselling from health professional.

Keywords: colorectal cancer, depressive episode, and chemotherapy

มะเร็ง เป็นต้น¹² จากการศึกษาของ Massie¹² พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ร้อยละ 9 ถึง 58 ขึ้นกับระยะโรคและตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง และสูงถึงร้อยละ 16 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depression¹³ การศึกษาของ นิตยา จรัสแสง และคณะ¹⁴ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.3 และแยกตามระดับความรุนแรง พบว่าระดับความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 6.18 อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง อาจเนื่องจากกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย อาการอ่อนล้า นำหนักลด ความอยากอาหารลดลง การนอนหลับผิดปกติ (sleep disruption) มีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้า^{13,15}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง มีผู้ศึกษาดังนี้คือ ด้านวิธีการรักษา จากการศึกษาของ Maguire และคณะ¹⁶ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะซึมเศร้าขณะได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่าการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนเพียงอย่างเดียว การศึกษาของ Rawl และคณะ¹⁷ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบภาวะซึมเศร้าในช่วงเริ่มวินิจฉัย และมีแนวโน้มลดลงหลังวินิจฉัยเกิน 6 เดือน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยด้านเพศกับภาวะซึมเศร้า บางงานวิจัยพบอุบัติการณ์ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าขึ้นกับเพศคือ เพศหญิงที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย แต่บางงานวิจัยไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ¹² พัทยา เองรัศมีและคณะ¹⁸

ศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าได้แก่ การมีรายได้น้อย วินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดถูก การฉายรังสี และมีภาวะเจ็บป่วยร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Eil และคณะ¹⁹ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงรายได้น้อยที่เป็นมะเร็งเต้านม และมะเร็งนรีเวช จำนวน 472 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการซึมเศร้า (major depression disorder) 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น ที่ได้รับยาต้านซึมเศร้า นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความปวด มีโรคแพร่กระจาย ผู้ป่วยอายุน้อย วิตกกังวลกลัวผลข้างเคียงจากการรักษา โรคร่วมอื่นๆ ขาดการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม¹⁹

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งส่งผลกระทบต่อบุคคลคือขาดความพึงพอใจในการดูแล (less satisfaction of care) ขาดความร่วมมือในการดูแลรักษา ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา ใช้บริการทางสุขภาพเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และอัตราการตายสูงขึ้น^{10,13}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามียาเคมีบำบัดบางชนิดในกลุ่ม cytokines ได้แก่ interferon- α และ interleukin-2 ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า²⁰ แต่ไม่พบในสูตรยาเคมีบำบัดที่รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดหลังการรักษา โดยผู้วิจัยอภิปรายว่า ผลของการรักษาช่วยลดอาการทุกข์ทรมานต่างๆ จากโรค ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น¹⁰

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้วางแผนดูแลผู้ป่วยในการลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory: CT) กล่าวคือ ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นสถานการณ์ไม่ได้คาดหวัง เป็นวิกฤติคุกคามชีวิต บุคคลเกิดความไม่แน่นอน และไม่มั่นคง กลัวเจ็บปวด กลัวรักษาไม่หาย กลัวผลข้างเคียงของยา กลัวร่างกายจะผิดรูปร่าง สูญเสียหน้าที่การทำงาน และมากที่สุดคือกลัวตาย ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์ใจและทรมานอย่างยิ่ง อาจมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น แยกตัวเองหรือถอนหายใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมกมุ่นกับใจ

ซึมเศร้า อาจเป็นรุนแรงมากถึงกับเบียดเบียนชีวิต และคิดอยากตาย²¹ ทฤษฎีปัญญานิยม เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ เกิดความรู้สึกทางลบกับตัวเอง (retroflexed hostility) และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดการเสียสมดุล ความแปรปรวนของระบบความคิดหลักที่เป็นจริง 3 ประการ (Cognitive triad) ได้แก่ ความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง (negative view of the self) สิ่งแวดล้อม (negative view of the world) และอนาคต (negative view of the future)¹¹ ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะการคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เกิดความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผล มีลักษณะการคิดที่บิดเบือน ได้แก่ การดาวน์ลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอ การเลือกสนใจคิดในทางลบ การคิดและการแปรความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง ความคิดเอนเอียงไป คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด^{22,23}

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในคลินิกโรคมะเร็ง แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
- 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าใจในภาษาไทยและมีการรับรู้ที่ดี
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเลือกเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น ระหว่างเดือนธันวาคม 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2556 จำนวน 147 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ให้การดูแลหลักขณะที่เจ็บป่วย สถานที่ที่ขณะมารับการรักษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ²⁴ จากเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ดังนี้คือ Beck Depression Inventory, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale และ Hamilton Rating Scale for Depression แบบประเมินนี้ วัดด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีทั้งหมด 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การคิดคะแนนดังนี้ ข้อ ก=3 คะแนน, ข=2 คะแนน, ค=1 คะแนน, ง=0 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกันเทียบความรุนแรง แปรผลภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 21-25 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน 26-34 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง 35-40 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมากกว่า 40 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 2554/387 หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ และมีคำสั่งให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก จะดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ 1) พบที่โรงพยาบาลผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยสอบถามปัญหาต่างๆ และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการรักษาจากนั้นให้ความรู้และส่งเสริมให้กำลังใจ 2) แจกเอกสารให้ความรู้และคำแนะนำ ประกอบด้วย 2.1) ชุดเอกสารคู่มือการดูแลตนเอง 2.2) เอกสารความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากการรักษา 2.3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.4) แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์เก็บข้อมูลก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด และทุกๆ 2 เดือนจนครบ 6 เดือน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
< 40	34	23.13
41-50	93	63.27
> 50	20	13.61
2. เพศ		
ชาย/ หญิง	91/ 56	61.9/ 38.1
3. ศาสนา		
พุทธ/ อื่นๆ	143/ 4	97.28/ 2.72
4. สถานภาพสมรส		
โสด/ คู่	14/ 105	9.52/ 71.43
หม้าย/ หย่า/ อื่นๆ	28	19.05
5. รายได้ (บาท)		
≤ 10,000	43	29.25
10,001-20,000	29	19.73
> 20,000	75	51.02
6. สิทธิการรักษา		
ต้นสังกัดข้าราชการ/ จ่ายเอง, ประกันชีวิต	82 /19	55.78/ 12.93
ประกันสังคม/ ประกันสุขภาพ	8 /38	5.44/ 25.85
7. ผู้ให้การดูแลหลัก (โดยตรง) ขณะเจ็บป่วย		
สามี, ภรรยา/ บุตร	68 /53	46.26/ 36.05
บิดา, มารดา/ ญาติพี่น้อง	5 /21	3.40/ 14.29
8. โรคประจำตัวอื่น		
ไม่มี/ มี	72/75	48.98/ 51.02

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีทางสถิติ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล และแบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ ใช้สถิติวิเคราะห์เป็นการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Pearson Chi-square ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ และบอกระดับความสัมพันธ์ โดยค่า Contingency Coefficient (CC)
3. คะแนนประเมินสภาวะทางอารมณ์ ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบผลการประเมินคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางอารมณ์สำหรับข้อมูลต่อเนื่องและในช่วงเวลาที่กำหนด หลังจากได้ยาเคมีบำบัดโดยใช้ Generalized Estimating Equation (GEE)

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 147 ราย ส่วนใหญ่ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 63.27 เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.9 มากกว่าหญิงเกือบสองเท่า นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.28 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากกว่าร้อยละ 50 สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัดข้าราชการร้อยละ 55.78 และมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 51.02 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีมเศร้าหลังการได้รับยาเคมีบำบัดที่ 2, 4 และ 6 เดือน

ปัจจัยร่วม	ภาวะซีมเศร้า 2 เดือน (n=129)*		p-value	CC	ภาวะซีมเศร้า 4 เดือน (n=114)		p-value	CC	ภาวะซีมเศร้า 6 เดือน (n=104)		p-value	CC
	มี	ไม่มี			มี	ไม่มี			มี	ไม่มี		
1. อายุ (ปี)												
< 40	6 (30.0)	23 (21.1)	0.34	0.13	17 (26.6)	8 (16.0)	0.34	0.14	15 (29.4)	7 (13.2)	0.01	0.20
41-50	10 (50.0)	73 (67.0)			37 (57.8)	35 (70.0)			29 (56.9)	39 (73.6)		
> 50	4 (20.0)	13 (11.9)			10 (15.6)	7 (14.0)			7 (13.7)	7 (13.7)		
2. เพศ												
ชาย	11 (55)	71 (65.1)	0.39	0.08	37 (57.8)	37 (74.0)	0.07	0.17	31 (60.8)	34 (64.2)	0.72	0.04
หญิง	9 (45)	38 (34.9)			27 (42.2)	13 (26.0)			20 (39.2)	19 (35.8)		
3. ศาสนา												
พุทธ	18 (90.0)	108 (99.1)	0.01	0.21	62 (96.9)	49 (98.0)	0.71	0.04	49 (96.1)	52 (98.1)	0.54	0.06
อื่นๆ	2 (10.0)	1 (0.9)			2 (3.1)	1 (2.0)			2 (3.9)	1 (1.9)		
5. รายได้												
± 10,000	7 (35.0)	29 (26.6)	0.40	0.12	19 (29.7)	13 (26.0)	0.66	0.09	15 (29.4)	14 (26.4)	0.94	0.03
10,001-20,000	2 (10.0)	25 (22.9)			11 (17.2)	12 (24.0)			11 (21.6)	12 (22.6)		
>20,000	11 (15.5)	55 (84.5)			34 (53.1)	25 (50.0)			25 (49.0)	27 (50.9)		
6. สิทธิการรักษา												
ต้นสังกัดข้าราชการ	7 (35.0)	66 (60.6)	0.05	0.24	33 (56.6)	31 (62.0)	0.45	0.15	32 (62.7)	34 (64.2)	0.60	0.13
จ่ายเอง/ประกันชีวิต	4 (20.0)	12 (11.0)			8 (12.5)	7 (14.0)			7 (13.7)	4 (7.5)		
ประกันสังคม/ ประกันสุขภาพ	9 (45.0)	31 (28.4)			23 (35.9)	12 (24.0)			12 (23.6)	15 (28.3)		
7. โรคประจำตัวอื่น												
ไม่มี	6 (30.0)	56 (51.4)	0.08	0.15	32 (50.0)	24 (48.0)	0.83	0.02	26 (51.0)	27 (50.9)	1.00	0.00
มี	14 (70.0)	53 (48.6)			32 (50.0)	26 (52.0)			25 (49.0)	26 (49.1)		

CC= contingency coefficient, p< 0.05

*กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ครบถ้วน ที่นำมาวิเคราะห์มีเพียง 129 ราย

จากการวิเคราะห์ 11 ปัจจัย พบว่ามี 3 ปัจจัยคือ อายุ ศาสนา และสิทธิการรักษา ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ระยะเวลา 2, 4 และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์

แบบ contingency coefficient เมื่อเทียบกับระยะเวลาการรักษา ค่อนข้างต่ำ คือความสัมพันธ์ของอายุกับภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 6 เดือน (CC=0.20) ความสัมพันธ์ของศาสนาและสิทธิการรักษากับภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 2 เดือน เท่ากับ 0.21 และ 0.24 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา

สภาวะทางอารมณ์	ก่อนรักษา		2 เดือน		4 เดือน		6 เดือน	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. ไม่มีภาวะซีมเศร้า	113	76.9	109	74.1	51	34.7	55	37.4
2. ขึ้นอ่อน	9	6.1	7	4.8	9	6.1	9	6.1
3. ขึ้นปานกลาง	13	8.8	12	8.2	20	13.6	17	11.6
4. ขึ้นรุนแรง	0	0.0	0	0.0	11	7.5	4	2.7
5. ขึ้นรุนแรงมาก	1	0.7	1	0.7	24	16.3	21	14.3
6. อื่นๆ (ตอบไม่ครบทุกข้อ)	11	7.5	18	12.2	32	21.8	41	27.9

ผลการประเมินสภาวะทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก จำนวนผู้ป่วย

เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการรักษา คือก่อนการรักษา ที่ 2 เดือน 4 เดือน และที่ 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 0.7, 0.7, 16.3 และ 14.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะทางอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาที่กำหนด

Time	Mean ± SD	Mean difference	95% CI of mean difference	p-value
ก่อนรักษา	13.19 ± 8.6			
2 เดือน	11.96 ± 8.76	1.27	-3.10-0.54	0.17
4 เดือน	25.95 ± 15.13	12.50	10.59-14.40	0.001*
6 เดือน	23.49 ± 16.16	10.44	8.48 - 12.39	0.001*

(*p<0.05)

ผลการประเมินค่าเฉลี่ยของภาวะทางอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนการรักษา และที่ระยะ 2 เดือน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการรักษา และที่ระยะ 2 เดือน ค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.27 คะแนน (p=0.17) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการรักษา และหลังรักษาที่ 4 เดือน และ 6 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เท่ากับ 12.50 และ 10.44 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับอ่อน (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 11 ปัจจัย พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ อายุ ศาสนา และสิทธิคำปรึกษา มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งต่างจากนั้นทวิซ สติวริทซ์และคณะ²⁵ ศึกษาเรื่องความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ภูมิภาค สถานะการจ้างงาน ปัญหาทางการเงิน ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า แต่การศึกษาครั้งนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงและคุกคามต่อชีวิต ย่อมส่งผลให้เกิดความหวาดกลัว ต้องเผชิญกับความทุกข์ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ที่เกิดจากการรักษา และสูญเสียบทบาทการทำงานที่ในสังคม การเผชิญต่อภาวะเครียดอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น การดำเนินตัวเองเกิดความทุกข์ใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงพบว่า ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับปัจจัยเรื่องศาสนาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้นอธิบายได้

จากกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาี้มากกว่าร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งการวิเคราะห์สถิติอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ และสิทธิคำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจุบัน ถึงแม้จะมีสิทธิคำปรึกษาก็ตาม แต่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนเกินส่วนต่าง และการรักษาใช้ระยะเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาการเงินภายในครอบครัว เป็นการสะสมความเครียด ระยะเวลายาวนานตลอดการเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการประเมินสภาวะทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อน และหลังรักษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าวรุนแรงมากเพิ่มขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Rawl และคณะ¹⁷ ได้ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแนะนำในการจัดการแก้ไขปัญหา ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ แล้วประเมินด้วยเครื่องมือ Psychological functionary วัดคะแนนความซึมเศร้าก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเวลาผ่านไป คะแนนความซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชจรี หอยทอง และคณะ²⁶ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดมีภาวะซึมเศร้าวลดลง แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ไม่มีการจัดรูปแบบการดูแลหรือกิจกรรมพิเศษ ให้การพยาบาลตามปกติ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้รับการดูแลแก้ไข และค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยให้พ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้ายแรง และคุกคามชีวิต จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย สามารถติดต่อสื่อสาร ขอคำปรึกษา

เมื่อมีปัญหา รับฟังให้ความกระจ่างในสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น มากกว่าให้การดูแลทางกายเพียงอย่างเดียว พร้อมทั้งมีการจัดรูปแบบให้คำปรึกษาแบบรายกรณี และรายกลุ่มเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะทางอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าตำ คือในช่วงก่อนการรักษ และที่ระยะ 2 เดือน ไม่พบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเลย และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการรักษ และหลังรักษาที่ 4 เดือน และ 6 เดือน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก็ยังอยู่ในขั้นอ่อน อธิบายได้จากการเลือกเครื่องมือ เพื่อมาประเมินสภาวะอารมณ์ในงานวิจัยนี้ ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ²⁵ เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าเดิม ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ที่เป็นโรคทางกาย ทำให้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นควรเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สรุป

จากการศึกษาปัจจัยที่กำหนดว่า มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รักษาเคมีบำบัดในระยะเวลา 2, 4, 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาพบว่าปัจจัยด้าน เพศ ศาสนา และสิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ และพบว่าเมื่อระยะเวลาการรักษานานมากขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล เมื่อเริ่มให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยยังมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. นำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
2. เลือกเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
3. มีนโยบายเชิงรุก ส่งเสริม ป้องกัน การเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น จัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์เทพกร สาริตการมณี ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสิริรัตน์ ตริพุทธรัตน์ คุณกชกร พลาชีวะ พญ.ศรัณย์พร เปรมโยธิน

ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และคุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ ช่วยวิเคราะห์ทางสถิติให้งานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ปริญญา ทวีชัยการ. ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Textbook of cancer of colon, rectum and anus). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์ จำกัด, 2554.
2. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajang S, Buasom R. Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012. Bangkok: New Thammada Press (Thailand) Co., Ltd; 2015.
3. Ramathibodi cancer registry. Cancer report. Faculty of medicine university. Bangkok: Thailand, 2010.
4. Ramathibodi cancer registry. Cancer report. Faculty of medicine university. Bangkok: Thailand, 2011.
5. Ramathibodi cancer registry. Cancer report. Faculty of medicine university. Bangkok: Thailand, 2012.
6. Duff JM, Thomas J, George J. Colorectal cancer. In: Abraham J, Gulley JL, Allegra CJ, editor. The Bethesda handbook of clinical oncology. (4th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014.
7. Wilkes GM. Colon, Rectal, and Anal Cancers. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gogel BH, editor. Cancer nursing: principles and practice. (7th ed). Sudbury: Jones and Bartlett, 2011.
8. ประรณณา ชั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ. อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร 2556; 42: 62-74.
9. Levav I. The treatment gap of depression in persons with cancer. Asia Pac J Cancer Prev. 2010; 11: 117-9.
10. Polat U, Arpacı A, Demir S, Erdal S, Yalcin S. Evaluation of quality of life and anxiety and depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: impact of patient education before treatment initiation. J Gastrointest Oncol 2014; 5: 270-5.
11. สายฝน เอกวางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.
12. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monog 2004; 32: 57-71.
13. Fisch MJ, Zhao F, Manola J, Miller AH, Pirl WF, Wagner LI. Patterns and predictors of antidepressant use in ambulatory cancer patients with common solid tumors. Psycho-oncology 2015; 24: 523-32.
14. นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57: 439-46.

15. Ashbury FD, Madlensky L, Raich P, Thompson M, Whitney G, Hotz K, et al. Antidepressant prescribing in community cancer care. *Support Care Cancer* 2003; 11: 278-85.
16. Maguire GP, Tait A, Brooke M, Thomas C, Howat JM, Sellwood RA, et al. Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy. *Br Med J* 1980; 281(6249): 1179-80.
17. Rawl SM, Barbara AG, Given CW, Champion VL, Kozachik SL, Barton D, et al. Intervention to Improve Psychological Functioning for Newly Diagnosed Patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29: 967-75.
18. พัทยา เสงี่ยมศรี, ภูษงค์ผดุงสุทธิ์, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชในโรงพยาบาลศิริราชความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *J Med Assoc Thai* 2547; 87: 74-9.
19. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 3052-60.
20. Kimberly M, Mary JM. Depression and anxiety. In: Ann MB, John LS, Jamie HVR, Editors. *Principles and practice of palliative care and supportive oncology* (3th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2007.
21. สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
22. Beck AT. *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: NY Hoeber, 1967.
23. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: NY Meridian, 1976.
24. มานิช หล่อตระกูล, ปราวโมทย์สุคนิษฐ์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41: 235-46.
25. นันทวิช สิริรักษ์, กฤษณดิพงษ์ อรัญสิทธิ์, วรภัทร รัตอาภา, ศุภโชค สิงห์กันต์, ณัฐฐา สายเสวย, พรจิรา ปรีวัชรากุล, และคนอื่นๆ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555; 57: 47-60.
26. นุชจรี หยงทอง, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร. ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *Journal of Nursing Science* 2556; 31: 27-36.

