

ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

Factors Predicting Anxiety and Depression Among Newly Diagnosed Breast Cancer Patients

ภิญญาดา วัฒนานุกิจ* ผ่องศรี ศรีมรภท คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล สืบวงศ์ จุฑาภิลิทธิ

Pinyada Wattananukij*, Pongsri Srimoragot, Kanaungnit Pongthavornkamol, Suebwong Chuthapisith

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบศึกษาอำนาจการทำนาย ของปัจจัยความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยศาสตร์และในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 107 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา แบบวัดความเข้มแข็งสร้างสรรค์ซึ่งใช้วัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ แบบสอบถามการดำเนินตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 2.82 (S.D. = 0.55) และผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 0.98 (S.D. = 0.53) ความยืดหยุ่นทางจิตใจและความวิตกกังวลแฝงสามารถทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ร้อยละ 72 ($R^2 = .720$, $p < .001$) ในขณะที่การดำเนินตนเองและความวิตกกังวลแฝงสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ร้อยละ 59 ($R^2 = .590$, $p < .003$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นเป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ทุกราย เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

Abstract

This descriptive research design aimed to study the factors predicting anxiety and depression among newly diagnosed breast cancer patients. The sample group consisted of 107 patients aged 18 years and older, who were undergoing chemotherapy at outpatient department and breast cancer surgery at Siriraj Hospital. The data were collected using the demographic data form, Connor-Davidson Resilience Scale, Self-Blame Attributions, The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-I and Form Y-II, Hospital Anxiety and Depression Scale. Descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, and Stepwise Multiple Regression Analysis were used in data analysis.

The results of the study showed that the mean anxiety score was 2.82 (S.D. = 0.55) and the mean depression score was 0.98 (S.D. = 0.53). Resilience and trait anxiety could predict anxiety accounting for 72% of the variance ($R^2 = .720$, $p < .001$). Self blame and trait anxiety could predict depression accounting for 59% of the variance ($R^2 = .590$, $p < .003$).

The findings yielded by the present study should be developed into screening assessment and care guidelines for breast cancer patients in terms of mental state during the newly diagnosed stage.

Keyword: Anxiety, Depression, Newly diagnosed breast cancer patients

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้น และพบเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 25 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมด ในประเทศไทยปีพ.ศ. 2559 พบถึงร้อยละ 39.43 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ สถิติของสถานวิทยามะเร็งศิริราชในปีพ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 14.06² เต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศ (sex symbol) ที่สำคัญของเพศหญิง แสดงถึงความเป็นผู้หญิง ความสวยงามและการทำบทบาทหน้าที่เป็นมารดา³ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเต้านมครั้งแรกในระยะเวลาไม่เกินหนึ่งปี⁴ จะรู้สึกวุ่นวายและวิตกกังวลกับภาวะวิกฤต กำลังประสบหายนะของชีวิต เกิดผลกระทบด้านลบต่อจิตใจมากกว่าร่างกาย ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ⁵ ผู้ป่วยร้อยละ 20 เกิดความวิตกกังวลในระดับสูง (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS ≥ 11 คะแนน) และร้อยละ 39 เกิดภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D ≥ 16 คะแนน)⁶ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 21.8 ซึ่งสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น⁷

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ คือ ระยะของโรคมะเร็ง

สัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ ผู้ป่วยที่พบโรคในระยะ 3 z ถึง 4 มีความวิตกกังวลสูงกว่าระยะอื่นถึง 1.90 เท่า (OR = 1.90, 95% CI 1.01-3.57) และเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าถึง 2.24 เท่า (OR = 2.24, 95% CI 1.12-4.48)⁸ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม (ตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป) จึงเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ดังนั้นระยะของโรคมะเร็งเต้านมยิ่งมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นได้

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ลบในชีวิต⁹ ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำจะเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง¹⁰ และพบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจสามารถทำนายความวิตกกังวล ($\beta = -.306$, $p = .000$) และภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.364$, $p = .000$)¹⁰ ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจน้อยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้

การดำเนินตนเอง เป็นการคิด กล่าวคำหรือโทษตนเองที่เป็นสาเหตุให้เหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้น ต้องประสบกับเหตุการณ์ร้ายหรือความทุกข์ยากในชีวิต รู้สึกหม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ มองโลกในแง่ลบ¹¹ การดำเนินตัวเองเป็นตัวกลางที่

ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ และตำหนิตนเอง (Behavioral self-blame) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวก สามารถทำนายการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ ($\beta = .32, p = .01$)¹² จึงพบว่ายิ่งผู้ป่วยตำหนิตนเองมากเพียงใด ผู้ป่วยจะยิ่งมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเท่านั้น

ความวิตกกังวลแฝงเป็นปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพที่ติดตัวมา (Personality trait) เป็นเสมือนความทนทานที่ป้องกันบุคคลนั้นให้พ้นจากความเครียด ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความและประเมินสถานการณ์ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้มากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ¹³ โดยพบว่าความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการเกิดอาการซึมเศร้า ในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย และหลังได้รับการผ่าตัด 1 เดือน ($r = .59, r = .66$ ตามลำดับ) และทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะ 6 เดือนหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 49.9 ($R^2 = .499, p < .001$)¹⁴ เช่นเดียวกับหากผู้ป่วยเป็นคนที่บุคลิกภาพเป็นคนวิตกกังวล จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระยะได้รับการวินิจฉัยสูงขึ้นได้

สรุปได้ว่า ระยะของโรค ความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเองและความวิตกกังวลแฝง น่าจะเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ แต่เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยโรค

ใหม่ในคนไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระยะของโรค ความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง และความวิตกกังวลแฝง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นโดยตรง ตัวกระตุ้นร่วมและตัวกระตุ้นแฝง ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ว่ามีอิทธิพลทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

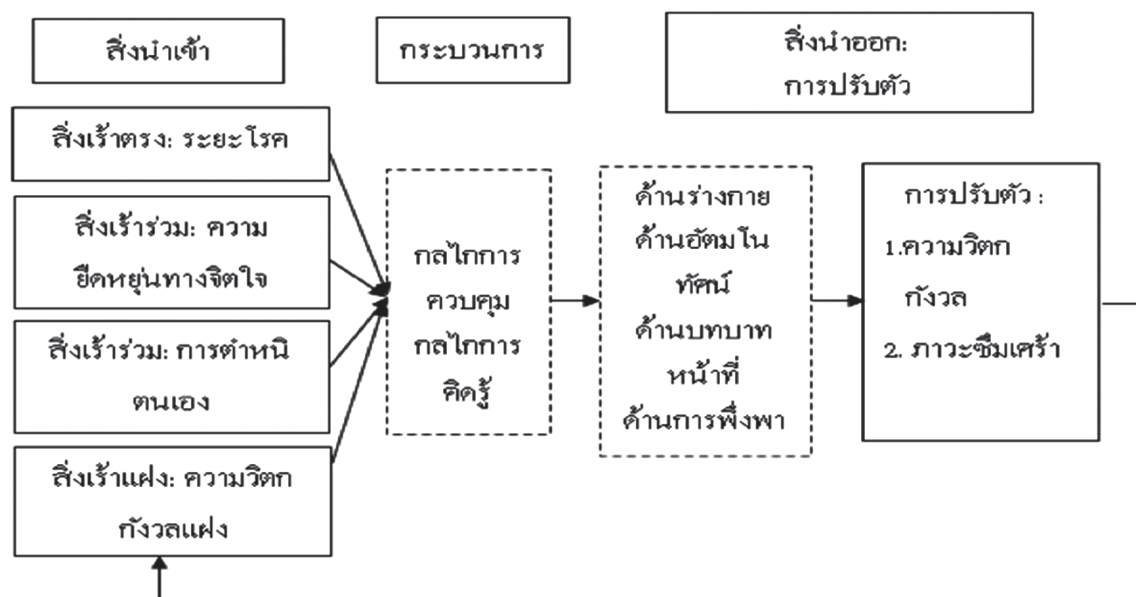
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่
2. อำนาจทำนาย ระยะของโรค ความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง และความวิตกกังวลแฝงต่อความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่เป็นอย่างไร
2. ระยะของโรค ความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง ความวิตกกังวลแฝง สามารถทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาอำนาจการทำนาย (Correlational predictive research design) ประกอบด้วย ระยะของโรค ความยืดหยุ่นทางจิตใจ การดำเนินตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ หลังได้รับการวินิจฉัยในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และยังไม่ได้รับการรักษาใดๆ 2) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรควิตกกังวล, ใช้สารเสพติด, ได้รับ Corticosteroids, ได้รับยาคลายกังวล หรือยาต้านซึมเศร้า ตรวจสอบประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน 2) มีความผิดปกติด้านการรับรู้โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้การเข้าใจใจพี-ค็อกได้คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน¹⁵

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G *Power¹⁶ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่แอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.13 (Medium effect size) ตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดที่สามารถทดสอบสมมติฐานการวิจัยเท่ากับ 97 ราย และเผื่อกลุ่มตัวอย่างที่ต้องยุติการเก็บข้อมูล (Drop out) ร้อยละ 10 เท่ากับ 9.7 คน ได้ตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน สถานภาพสมรส ระยะของโรค โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สิทธิการรักษาในการเจ็บป่วย เป็นต้น

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูล

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognition: GP-COG)¹⁵ (ฉบับภาษาไทย) ของจිරนนท์ กริฟฟิฟส์¹⁷ มีคำถามจำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ปกติของคะแนนรวมต้องได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน ถือว่าการรับรู้การเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC-25)) สร้างขึ้นโดย Connor และ Davidson¹⁸ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยเนาวรัตน์ อิมลิมธาร มีทั้งหมด 25 ข้อคำถาม ประเมินเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 0 “ไม่จริงเลย” ถึง 4 “จริงแทบทั้งหมด” คะแนนรวม 0-100 คะแนนสูง หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจน้อย

2. แบบสอบถามการตำหนิตนเอง (Self-Blame Attributions) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดการตำหนิตนเอง สร้างขึ้นโดย Janoff-Bulman¹¹ ต่อมาได้มีการพัฒนาและนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมตำหนิตนเอง จำนวน 1 ข้อ และบุคลิกลักษณะตำหนิตนเอง จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้แปลและทำ back translation ประเมินเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 1 “ไม่มีเลย” ถึง 5 “มากที่สุด” มีคะแนนรวม 2-10 คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการตำหนิตนเองมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการตำหนิตนเองน้อย

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล พัฒนาโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ²⁰ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตภายใต้ลิขสิทธิ์ของบริษัท Mind Garden Incorporation มี 2 ตอน คือ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-I และ Form Y-II ประกอบไปด้วย 40 ข้อคำถาม ประเมินเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลแฝง 20 ข้อ และแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ 20 ข้อ แต่ละชุดมีคะแนนรวมทั้งหมด 80 คะแนน ค่าต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) พัฒนาโดย Zigmond และ Snaith²¹ ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (Thai HADS) โดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ²² ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ในข้อที่เป็นข้อคู่ทั้งหมดรวมกัน (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) ประเมิน

เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0-3 คะแนน พิสัยของ
คะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนน 0-7
คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า และมากกว่า 7 คะแนน
ขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับอนุญาตใช้จากผู้พัฒนา
เครื่องมือวิจัยและผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นใน
ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยใช้วิธีการ
หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ แบบวัดความ
ยึดหยุ่นทางจิตใจ (CD-RISC-25)) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93
แบบสอบถามการตำหนิตนเอง (Self-Blame Attributions)
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .62 และแบบประเมินความวิตกกังวล
แฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety
Inventory (STAI) Form Y-I, Y-II) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ
.86 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
มหิดล รหัสโครงการ COA No.Si 178/2018 วันที่ 29 มีนาคม
2561 ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย
ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในคน ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับ
และใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย การเผยแพร่ทำในภาพรวม
ผู้เข้าร่วมวิจัยเช่นชื่อในใบยินยอมแล้วผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล
การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSFW
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บ
ป่วย/การรักษา ใช้สถิติพรรณนา ปัจจัยทำนายคือ ระยะของโรค
ความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง ความวิตกกังวลแฝง
คือ ระยะของโรค ความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง ความ
วิตกกังวลแฝง ต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมระยะวินิจฉัยใหม่ วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ
แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 56.67 ปี
(ค่าเฉลี่ย = 56.67, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.61) ส่วนใหญ่
นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ
74.8 มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.3 เป็น
ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 23.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวต่อ
เดือน 40,001-60,000บาท ร้อยละ 29.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีโรคประจำตัวร้อยละ 55.1
มีการใช้ยาฮอร์โมนหรือยากำเน็ด ร้อยละ 49 ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม
แอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96 และร้อยละ 98
ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็น
มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 74.8) แต่มีประวัติการได้รับการดูแลเต้าน
นมร้อยละ 45 (ระยะเริ่มแรก ร้อยละ 95.9 ร้อยละ 4.1 เป็น
ระยะที่ 3)

พบมะเร็งข้างซ้ายของเต้านมข้างเดียวมากที่สุด
ร้อยละ 50 ข้างขวาข้างเดียว ร้อยละ 45 และพบสองข้าง
ร้อยละ 5 และผลชิ้นเนื้อเป็น Invasive ductal carcinoma
มากที่สุด (ร้อยละ 76) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะที่ 2
และ 1 ร้อยละ 38 และ 36 ตามลำดับ ผลตรวจทางอิมมูโนวิทยา
มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen receptor, ER) เป็นบวก
ร้อยละ 78.5 เป็นลบ และตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน
(Progesterone receptor, PR) เป็นบวก ร้อยละ 71 มีการแพร่
กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ร้อยละ 32.7 ผู้ป่วย
ทั้งหมดทราบแผนการรักษาแต่ไม่ทราบระยะของโรค มีแผนการ
รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ส่วนใหญ่มี
แผนการผ่าตัดเอาเต้านมออกหมด (Total mastectomy) สูง
ที่สุดร้อยละ 42

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความยึดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง
ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ช่วงคะแนน จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (n = 107)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ช่วงคะแนน
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	2.43	0.46	0.00	4.00	1.20-3.80
การตำหนิตนเอง	2.40	1.12	1.00	5.00	1.00-5.00
ความวิตกกังวลแฝง	2.52	0.43	1.00	4.00	1.60-3.90
ความวิตกกังวล	2.82	0.55	1.00	4.00	1.45-3.95
ความซึมเศร้า	0.98	0.53	0.00	3.00	0.00-2.86

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของอายุ ระยะของโรค ความยืดหยุ่นทางจิตใจ การตำหนิตนเอง และความวิตกกังวลแฝง ต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

ตารางที่ 2 การทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ ด้วยวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) (n = 107)

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	F change	b	SE b	β	t
วิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1							
ความวิตกกังวลแฝง	.83	.69	234.88	1.06	.07	.83	15.33*
วิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2							
ความวิตกกังวลแฝง				.69	.54	.54	5.28*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	.85	.72	10.82	-.40	.12	-.34	-3.29*

Constant = 2.072, * p < .05

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจและความวิตกกังวลแฝงสามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ร้อยละ 72 (R² = .720, p < .001) โดยมีสมการทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ดังนี้

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ = 2.07 + .69(ความวิตกกังวลแฝง) - .40(ความยืดหยุ่นทางจิตใจ) + .60

ตารางที่ 3 การทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) (n = 107)

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	F change	b	SE b	β	t
วิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1							
ความวิตกกังวลแฝง	.74	.55	130.46	.90	.08	.74	11.42*
วิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2							
ความวิตกกังวลแฝง				.77	.09	.64	8.87*
การตำหนิตนเอง	.77	.59	9.19	.10	.03	.22	3.03*

Constant = -1.209, * p < .05

ผลการวิเคราะห์พบว่า การดำเนินตนเองและความวิตกกังวลแฝงสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .590, p < .003$) โดยมีสมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ = $-1.21 + .77(\text{ความวิตกกังวลแฝง}) + .10(\text{การดำเนินตนเอง}) + .20$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างน้อย ความยึดหยุ่นทางจิตใจ และความวิตกกังวลแฝง สามารถทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ ในขณะที่การดำเนินตนเองและความวิตกกังวลแฝง สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายอิทธิพลที่เกิดขึ้นในปัจจัยแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก ร้อยละ 49 เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม แม้จะรับทราบเพียงแนวทางการรักษา สามารถตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลแต่ยังมีภาวะซึมเศร้ายกระดับต่ำถึงร้อยละ 64 ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อรับทราบการวินิจฉัย และแนวทางการรักษาเบื้องต้นยังไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้ป่วยอย่างชัดเจน จึงไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ายุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ De Feudis และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ในประเทศอิตาลี มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 1.41, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.53) และภาวะซึมเศร้ายกระดับต่ำในระยะวินิจฉัย (ค่าเฉลี่ย = 0.83, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.44)²³

ความยึดหยุ่นทางจิตใจและความวิตกกังวลแฝงสามารถทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ร้อยละ 72 ($R^2 = .72, p < .001$) ทั้งนี้เป็นเพราะความยึดหยุ่นทางจิตใจเป็นความสามารถของบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิต หลังจากพบกับเหตุการณ์วิกฤตที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตหรือเป็นโรคมะเร็ง กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบความยึดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบระดับมากกับความวิตกกังวลอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.80, p < .01$) และสามารถทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ ($\beta = -.34, p = .000$) ทำนายได้ร้อยละ 72 ($R^2 = .72, p < .00$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีความยึดหยุ่นทางจิตใจน้อย จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้นในระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Markovitz, Schrooten, Arntz และ Peters พบว่า ความยึดหยุ่นทางจิตใจสามารถทำนายความวิตกกังวลได้ ($\beta = -.31, p = .00$)²⁴

ความวิตกกังวลแฝงเป็นปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพที่ติดตัวมา (Personality trait) เป็นกลไกที่กระตุ้นให้บุคคลป้องกันตนเองให้พ้นจากความเครียด ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจึงประเมินสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญได้มากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ การศึกษานี้ยืนยันความสามารถทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ ($\beta = .54, p = .00$) และทำนายได้ร้อยละ 72 ($R^2 = .72, p < .00$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นคนมีความวิตกกังวลแฝงสูง ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นในระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider และคณะ ที่ประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงสามารถทำนายความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดตลอดการรักษา ($\beta = .85; p < .001$)²⁵

การดำเนินตนเองและความวิตกกังวลแฝงสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ร้อยละ 59 ($R^2 = .59, p < .003$) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดำเนินตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้ ($\beta = .22, p = .003$) ได้ร้อยละ 59 ($R^2 = .59, p < .003$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีการดำเนินตนเอง โทษตนเองหรือโทษพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งสูง จึงกระตุ้นกระบวนการคิดในแง่ลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าสูงในระยะที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hill และคณะ พบว่า การดำเนินตัวเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ (OR = 2.77, 95%CI 1.20-6.38)²⁶

ความวิตกกังวลแฝงเป็นปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพที่ติดตัวมา (Personality trait) เป็นกลไกกระตุ้นให้บุคคลป้องกันตนเองให้พ้นจากความเครียด ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะคิดรู้อุปสรรคและประเมินสถานการณ์ เกิดความวิตกกังวล

ขณะเผชิญได้มากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ 13 ในการศึกษานี้พบว่า ความวิตกกังวลแฝง สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้สูงระดับปานกลาง ($\beta = .638, p = .000$) ร้อยละ 59 ($R^2 = .590, p < .003$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นคนที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง จะเป็นสิ่งเร้าแฝงที่กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวผ่านกระบวนการคิดรู้ เกิดความคิด ความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vries และคณะพบว่า ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย และหลังได้รับการผ่าตัด 1 เดือน ($r = .59, r = .66$ ตามลำดับ) และความวิตกกังวลแฝงสามารถทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะ 6 เดือนหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 49.9 ($R^2 = .50, p < .001$)¹⁴

ในการศึกษานี้พบว่าระยะของโรค ไม่สามารถทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาศรีโศกและคณะ พบว่า ระยะของโรคมียังมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 ถึง 4 จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าถึง 1.90 เท่า (OR = 1.90, 95% CI 1.01–3.57) และเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าถึง 2.24 เท่า (OR = 2.24, 95% CI 1.12–4.48)⁸ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ทราบระยะของโรคที่เป็น รับทราบเฉพาะแนวทางการรักษาที่จะได้รับเท่านั้น ระยะของโรจึงไม่สามารถทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความยึดหยุ่นทางจิตใจและความวิตกกังวลแฝง สามารถทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้มากถึงร้อยละ 72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่การดำเนินตนเอง และความวิตกกังวลแฝง สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้มากถึงร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยมีความยึดหยุ่นทางจิตใจสูง มีการดำเนินตนเองและความวิตกกังวลแฝงต่ำ ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวด้วยการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินคัดกรองสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝงของผู้ป่วย เพื่อให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้าสู่ระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ทุกราย เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่

1.2 ควรติดตามดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ มีการให้คำปรึกษาเป็นรายกรณีในระยะได้รับการวินิจฉัยใหม่ และร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยแต่ละราย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะอื่นเพิ่มเติม

References

1. Information and Technology Division, National Cancer Institute. Hospital-based Cancer Registry 2016. Bangkok: Pornsup Printing; 2018. (In Thai).
2. Siriraj Cancer Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Siriraj Cancer Registry 2015. Bangkok: Siriraj Cancer Center; 2017. (In Thai).
3. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: A Qualitative Research. The Journal of Breast Health. 2016;12(4):145-150.
4. Bennett KK, Compas BE, Beckjord E, Glinder JG. Self-Blame and Distress Among Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. Journal of Behavioral Medicine. 2005;28(4):313-323.
5. Khumtaveeporn P, Choocherd P, Sythipong S. Comparison Between Praying and Listening to the Pray on Stress and Quality of Sleep in Breast Cancer Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2), 386-394. (In Thai).

6. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2014; 5(3):167-170.
7. Zhong B-L, Li S-H, Lv S-Y, Tian S-L, Liu Z-D, Li X-B, et al. Suicidal ideation among Chinese cancer inpatients of general hospitals: prevalence and correlates. *Oncotarget*. 2017;8(15):25141-150.
8. Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*. 2016;21(5): 562-570.
9. Hiew CC, Mori T, Shimisu M, Tominaga M. Measurement of resilience development: Preliminary results with a state-trait resilience in inventory. *Journal of Learning and Curriculum Development*. 1998;1:111-117
10. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2015;24(12): 1639-1645.
11. Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979;37(10):1798-1809.
12. Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby MR, Hincks A, Fisher J, et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological medicine*. 2011;41(7):1429-1436.
13. Ando N, Iwamitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Nakatani Y, Yamamoto K, et al. Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. *Psychosomatics*. 2011;52(1): 56-64.
14. Vries JD, Steeg AFVd, Roukema JA. Trait anxiety determines depressive symptoms and fatigue in women with an abnormality in the breast. *British Journal of Health Psychology*. 2009; 14:143-157.
15. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(3):530-534.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149-60.
17. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. In: 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum 21st Annual Congress of Gerontology; 2014 November 29-30; Hong Kong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; [2014]. p.B65. (in Thai).
18. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson 8 Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
19. Malcarne VL, Compas BE, Epping-Jordan JE, Howell DC. Cognitive factors in adjustment to cancer: Attributions of self-blame and perceptions of control. *Journal of Behavioral Medicine*. 1995;18(5):401-417.
20. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1983.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.

22. Nilchaikovit T., Lortrakul M., Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric association of Thailand*. 1996;41(1):18-30. (In Thai).
23. De Feudis R, Lanciano T, Rinaldi S. Coping Strategies of Southern Italian Women Predict Distress Following Breast Cancer Surgery. *Europe's journal of psychology*. 2015;11(2):280-294.
24. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2015;24(12): 1639-45.
25. Schneider A, Kotronoulas G, Papadopoulou C, Mc Cann L, Miller M, Mc Bride J, et al. Trajectories and predictors of state and trait anxiety in patients receiving chemotherapy for breast and colorectal cancer: Results from a longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;24:1-7.
26. Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby MR, Hincks A, Fisher J, et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological medicine*. 2011;41(7):1429-36.