



วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด¹

THE RELATIONSHIP AMONG HOPE, SOCIAL SUPPORT, SYMPTOM DISTRESS,
AND QUALITY OF LIFE OF COLORECTAL CANCER PATIENTS
RECEIVING CHEMOTHERAPY

นพพรช สีมารักษ์²

Nawapat Seemarak

ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล³

Sirilak Kitsripisarn

ณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น⁴

Natthanantorn Sanguanklin

¹ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

⁴ อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Faculty of Nursing, Thummasat University, Pathum Thani, 12121.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2558 เลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติ จำนวน 93 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ แบบวัดความหวัง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบวัดคุณภาพชีวิต แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.60, p<.001$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.37, p<.001$) และความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.77, p<.001$)

คำสำคัญ : ความหวัง, การสนับสนุนทางสังคม, ความทุกข์ทรมานจากอาการ, คุณภาพชีวิต,
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Abstract

The purpose of this study was to determine the relationships between hope and quality of life, social support and quality of life, and symptom distress and quality of life among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. Data were collected at the Police General Hospital, the Thammasat University Hospital, and the Lopburi Cancer Hospital during March-May, 2015. Ninety-three participants participated in this study and were asked to complete these questionnaires in a private area: 1) the health status questionnaire, 2) the Herth Hope Index; 3) the social support questionnaires; 4) the symptom distress scale, and 5) FACT-C questionnaires. The content validity index and reliability coefficients of these questionnaires were acceptable. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank-order correlation coefficient.

The result indicated that hope was strong, positively correlated with quality of life ($r=.60$, $p<.001$), social support was moderate, positively correlated with quality of life ($r_s=.37$, $p<.001$), and symptom distress was strong, negatively correlated with quality of life ($r_s=-.77$, $p<.001$)

Keywords : hope, social support, symptom distress, quality of life,
colorectal cancer patients receiving chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรค เป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง โดยในเพศชายและเพศหญิงเป็น 8.8 และ 7.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) และพบมากในช่วงอายุ 41-60 ปี (Pimbung, 2013)

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบันนิยมใช้การผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โดยจะเริ่มให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ในระยะที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นต้นไป (Jankowski, Sampliner, Kerr, & Fog, 2008) อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่พบบ่อย ด้านร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปาก เจ็บคอ มีแผลในปาก (Jirajarus, 1996) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดไข และภาวะขาดน้ำ (Aprile, Ramoni, Keefe, & Sonis, 2008) ขาปลายมือปลายเท้า นอนไม่หลับ (Chongprakobkit, 2008) ด้านอารมณ์และจิตใจ (พัสนนท์ คัมทวิพร, 2553) เช่น กังวลใจกลัวการเจ็บปวดทรมาน ความไม่แน่นอนจากการรักษา ส่วนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยต้องเดินทางมารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลบ่อย ทำให้ขาดงาน (Natrah, Sharifa, Syed, Mohd Rizal, & Speri, 2012) ความสามารถในการทำงานลดลง ขาดโอกาสก้าวหน้าในอาชีพส่งผลให้รายได้ลดลง และทำให้ไม่สามารถออกไปพบปะเพื่อนหรือไปเที่ยวได้เหมือนเดิม (Ceilleachair et al., 2012) ซึ่งผลกระทบที่กล่าวมาทั้งหมดส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง (Ceilleachair et al., 2012; Chongprakobkit, 2008; Natrah et al., 2012)

คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยทำนายในการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 คะแนน จะมีความเสี่ยงต่อการตายลดลงร้อยละ 9 ซึ่งมีความสำคัญใกล้เคียงกับปัจจัยทางด้านชีวภาพ เช่น ระดับเม็ดเลือดขาว ระดับเอ็นไซม์ฟอสฟาเตส

และตำแหน่งที่แพร่กระจายของมะเร็ง (Efficace et al., 2006) เนื่องจากผลจากการรักษา เช่น ความปวด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (Ramsey et al., 2000) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะต่ำลงในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากอาการข้างเคียงของการรักษา (Smith-Gagen, Cress, Drake, Romano, & Yost, 2010) แต่จะมีคุณภาพชีวิตกลับมาดีขึ้น หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว (Anthony, Jonine, Sivess-Frank, & Turnage, 2001) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งความหวัง (Herth, 1990) เป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในจิตใจของบุคคลที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุสิ่งที่ดีในอนาคต ทำให้บุคคลมองเห็นสภาพที่เป็นจริงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต มีความเข้มแข็งอดทน ทำให้มองเห็นทางแก้ปัญหา (coping) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวผ่านภาวะเจ็บป่วย มีความพึงพอใจในการมีชีวิต ทำให้เพิ่มและรักษาความพึงพอใจในชีวิตไว้ได้ (Rustoen, Cooper, & Miaskowski 2010) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญและกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Lazarus, & Folkman, 1984) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ไม่ดี และตระหนักว่าตนเองมีคุณค่า มีทัศนคติทางบวกในการมีชีวิต (Norbec, 1988) ทำให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้นหรือส่งผลให้สุขภาพกายดีขึ้นตามมา (Cohen & Wills, 1985) ส่วนความทุกข์ทรมานจากอาการ (McCorkle & Young, 1978) เป็น

ความไม่สุขสบายอย่างมากของผู้ป่วยที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การทำลายเซลล์ของยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดกรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน ซึ่งจะก่อให้เกิดกล้ามเนื้อหดตัวน้อยลง เกิดความอ่อนล้า (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) ส่งผลให้ความผาสุกด้านการทำกิจกรรมลดลง (Omran, Saeed, & Simpson, 2012)

ที่ผ่านมาการศึกษาความสัมพันธ์ของ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ยังพบได้น้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

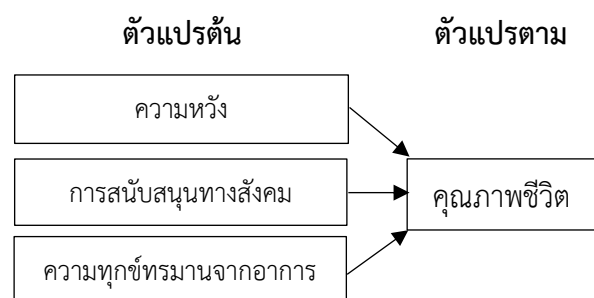
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ความหวังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเซลลา (Cella, 1993) ที่ได้อธิบายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกทางอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตพบว่า ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด มีผลกับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม -

พฤษภาคม พ.ศ. 2558 คำนวณหาขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power analysis version 3.1.9.2 โดยกำหนดสถิติวิเคราะห์เป็น correlation coefficient อำนาจการทดสอบ .80 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed) effect size ขนาดปานกลาง .30 (Polit, & Beck, 2004) ได้ตัวอย่าง 84 ราย ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อทดแทนตัวอย่างที่อาจตอบข้อมูลไม่ครบ ทำให้ได้ตัวอย่างทั้งหมด 97 ราย การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 3 แห่ง ซึ่งจำนวนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลได้มาจากสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาของแต่ละโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2555 จึงได้สัดส่วนตัวอย่างจากโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 8, 41, และ 48 ราย ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

1. มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2, 3, และ 4 และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 2
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ให้ผู้ป่วยเลือกตอบในช่องว่าง มีจำนวน 9 ข้อ และข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index: HHI) เป็นแบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) แปลเป็นไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภ (2543) ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ ด้านลบ 2 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ในช่วงระหว่าง 12-48 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12-23 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 24-35 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 36-48 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีความเที่ยงเท่ากับ .80

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkun, 1988) แบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ให้ระบุบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย โดยเลือกจาก 5 แหล่ง คือ 1) ครอบครัว ซึ่งรวมถึงคู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติใกล้ชิดและคนรับใช้ 2) บุคคลที่ผู้ป่วยได้มาพักอาศัยอยู่ขณะได้รับยาเคมีบำบัด 3) บุคลากรทางสุขภาพ 4) เพื่อน รวมทั้งเพื่อนบ้าน และ 5) หัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12-23 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 24-35 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 25-48 คะแนน หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และมีความเที่ยงเท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน (Symptom Distress Scale) ของแม็คคอร์เคิลและยัง (McCorkle & Young, 1978) แปลโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539) วัดความทุกข์ทรมานจากยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งระดับความรุนแรงของความทุกข์ทรมานจากอาการเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 10-23 หมายถึง ความทุกข์ทรมานน้อย

คะแนน 24-37 หมายถึง ความทุกข์ทรมานปานกลาง

คะแนน 38-50 หมายถึง ความทุกข์ทรมานมาก

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีความเที่ยงเท่ากับ .90

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Function Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) ฉบับ Thai version 4 พัฒนาโดยเซลลา (Cella, 1993) แปลโดยสุวรรณี เลิศตระกูล (2543) ประกอบด้วย 1) ข้อคำถามคุณภาพชีวิตทั่วไปจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์จำนวน 6 ข้อ จำนวน 6 ข้อ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ 2) ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยตัดข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ (ostomy) จำนวน 2 ข้อ เหลือข้อคำถาม

ทั้งหมด 34 ข้อ แปลความหมายคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและแยกเป็นรายด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย .00-1.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.34-2.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.68-4.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีความเที่ยงเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน ชุดที่ 2 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หนังสือรับรองเลขที่ 176/2557 คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่ จว.76/2557 และคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี หมายเลขรับรอง LEC 584 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อตัวอย่าง และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานให้พยาบาลประจำตึกเป็นผู้คัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตัวอย่างจะได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลงชื่อในใบยินยอม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-40 นาที และทำการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นก่อนได้รับยาเคมีบำบัด โดยเริ่มเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จำนวน 4 ฉบับ ผู้วิจัยจึงตัดออกเหลือเฉพาะ

แบบสอบถามที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล
จำนวน 93 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพปัจจุบันใช้จำนวน ร้อยละ ส่วน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ ทรมานจากอาการ คุณภาพชีวิต และอายุ ใช้สถิติ บรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนรายได้ครอบครัวใช้ฐานนิยม สำหรับการหา ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยา เคมีบำบัดใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจาก อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิต ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.4 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 36.6 มีอายุตั้งแต่ 41-85 ปี เฉลี่ยอายุ 61.20 ปี (S.D.=10.67) เกือบ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.8 มี สถานะภาพสมรส ร้อยละ 71 จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษาร้อยละ 47.3 มีอาชีพเป็นแม่บ้านหรือ ไม่ได้ทำงานร้อยละ 37.6 ฐานนิยมของรายได้ ครอบครัวเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 20.4) และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 49.5 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 61.3 ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า เป็นมะเร็งที่ บริเวณลำไส้ใหญ่ (colon) ร้อยละ 60.2 พบมากใน ระยะที่ 3 (stage 3) ร้อยละ 49.5 ได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Mayo ร้อยละ 48.4 ส่วนมากมารับยาเคมี บำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 2-12 โดยพบว่า มารับยาเคมี บำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 20.4 และตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมี บำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.60, p<.001$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($r_s=.37, p<.001$) และความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.77, p<.001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของ ยาเคมีบำบัดและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=93)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	
	r	p
ความหวัง	.60	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.37*	.000
ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	-.77*	.000

*Spearman's rho (r_s)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r=.60, p<.001$) เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.20 ปี (S.D.=10.67) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ดี จึงคิดว่าการป่วยด้วย

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่มีผลกระทบต่อชีวิต หรือถ้ามีผลกระทบก็สามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาแก้ไขได้ ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ที่ระยะ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 69.9 ซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น การรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับยาเคมีบำบัดสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิต (survival rate) และการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (ประไพ อริยประยูร และ ปณิตดา สุวรรณภราดร, 2555) ตัวอย่างจึงมีความหวังที่จะหายจากโรคสูงมองเห็นเป้าหมายที่ดีที่เป็นไปได้ในอนาคต ทำให้มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้นและพอใจในการมีชีวิตอยู่ (Herth, 1992) จึงทำให้ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของเวลโลนและคณะ (Vellone et al., 2006) และการศึกษาของรัสเทียนและคณะ (Rustoen et al., 2010) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.37, p<.001$) เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 71 การได้ใช้ชีวิตคู่ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วยทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักและมีคุณค่าตามบริบทวัฒนธรรมของประเทศไทยที่เป็นสังคมเอื้ออาทร มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือญาติสูง ทำให้ได้รับความช่วยเหลือทั้งสิ่งของ เงินทอง ความรักความเอาใจใส่ และข้อมูลข่าวสาร เป็นประจำอยู่แล้ว ทำให้ในการศึกษารั้งนี้ พบว่าตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.6 และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 95.6 ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lasaras, & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทาง

สังคมทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่าง ๆ รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญและกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้การทำงานของระบบไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้นจึงทำให้สุขภาพดีตามมา (Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านเงินทองเพียงพอ ทำให้สามารถมารับการรักษาพยาบาลได้ต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี สอดคล้องกับผลการศึกษามากมายทั้งในประเทศไทย (Ittipongwat, Danaidutsadeekul, Thosingha, & Amornvesukit, 2013; Somjaivong, Thanasilp, Preechawong, & Slon, 2011) และในต่างประเทศ (Pinar, Okdem, Buyukgonenc, & Ayhan, 2012) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.77, p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร Mayo (5FU+LV) ซึ่งจะให้ห่างกันทุก 3-4 สัปดาห์ ซึ่งอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เจ็บปาก จะเกิดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก และจะค่อย ๆ หายไป ใน 2-3 สัปดาห์ (Jirajarus, 1996) และแนวทางการรักษาผู้ป่วยทั้ง 3 โรงพยาบาล จะมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือดหาปริมาณเม็ดเลือดขาวก่อนให้ยาเคมีบำบัดทุกครั้ง เมื่อพบว่าตัวอย่างมีภาวะซีดหรือมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะได้รับการรักษาก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป และให้ยาป้องกันอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ท้องเสีย และยานอนหลับ เป็นต้น ทำให้มีอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดลดลง ดังนั้นเมื่อสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการเมื่อ 7 วันที่ผ่านมา จึงพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่

มีระดับความทุกข์ทรมานเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติทำให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ($\bar{X}=100.99$, S.D.=16.47) สอดคล้องการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น มะเร็งทางเดินน้ำดี (Somjaiwon et al., 2011) ที่พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของเซียงและเยุง (Cheng, & Yeung, 2012) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมีการส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

2. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับในการวิจัยในอนาคตที่อาจศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- ประไพ อริยประยูร และ ปณิดดา สุวรรณภราดร. (2555). โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณศิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร, และ แม่มนา จิระจรัส (บก.), *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง* (หน้า 111-131). สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- พัสนนท์ คัมทวิพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก.
- สุนทร วิวัฒนเบญจโสภณ. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุวรรณศิริเลิศตระกูล, แม่มนา จิระจรัส, วรชัย รัตนธราธร, สมจิต หนูเจริญกุล, เอกภพ สิริชัยนันท์, และ

ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2543). การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต functional assessment of cancer therapy (FACT) ที่แปลเป็นภาษาไทย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 4(1), 61-77.

- Anthony, T. Jonine, J., Sivess-Frank, S., & Turnage, R. (2001). The effect treatment for colorectal cancer on long-term health-related quality of life. *Annals of Surgical Oncology*, 8(1), 44-49.
- Aprile, G., Ramoni, M., Keefe, D., & Sonis, S. (2007). Application of distance matrices to define associations between acute toxicities in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *American Cancer society*, 7, 284-291.
- Cella, D. F. (1993). Quality of life: Concept and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 4(3), 186-194
- Ceilleachair, A. O., Costello, L., Finn, C., Timmons, A., Fitzpatrick, P., Kapur, K., Sharp, S. (2012). Inter-relationships between the economic and emotional consequences of colorectal cancer for patients and their families: A qualitative study. *BMC Gastroenterology*, 12(62), 1-10.
- Chongprakobkit, S. (2008). *Stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy* (Master's Thesis, Adult Nursing). Mahidol University.
- Cheng, K. F., & Yeung, R. M. W. (2012). Symptom distress in older adults during cancer therapy: Impact on permanence status and quality of life. *Journal of Geriatric Oncology*, 4(1), 71-77
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(1), 310-357.
- Efficace, F., Bttomley, A., Coens, C., Steen, K. V., Conroy, T., Schoffski, P., ..., Kohne, C-H. (2006). Dose a patient's self-reported health-related quality of life predict survival beyond key biomedical data in advanced colorectal cancer?. *European Journal of cancer*, 42, 42-49.
- Hanucharumkul, S. (1988). *Social Support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radiation in Thailand* (Doctoral thesis of nursing science). Wayne State University.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-12303.

- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope; Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Ittipongwat, T., Danaidutsadeekul, S., Thosingha, O., & Amornvesukit, T. (2013). The relationships among self-esteem, social support, severity of skin complication, urinary diversion type and quality of life in long term urinary diversion patients. *Journal Nursing Science*, 30(1), 29-37.
- Jankowski, J., Sampliner, R., Kerr, D., & Fong, Y. (2008). *Gastro-intestinal oncology*. Victoria; Blackwell Publishing.
- Jirajarus, M. (1996). *Development of self-care agency model in colorectal and anal cancer patients receiving treatments in outpatient clinic* (Master's Thesis Adult Nursing). Mahidol University.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- McCorkle, R., & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1(5), 373-378.
- Natrah, M. S., Sharifa, Ezat, W. P., Syed, M. A., Mohad Rizal, A. M., & Saperi, S. (2012). Quality of life in Malaysian colorectal cancer patient: A preliminary result. *Asian pacific Journal of Cancer prevention*, 13, 1-6.
- Norbeck, J. S. (1988). Social support. In J. J. Fitzpatrick, R. L. Taunton, & J. Q. Benoliel (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp 85-109). New York: Spring.
- Pimbung, N. (2013). *The effects of a symptom-management program on severity of symptom and nutritional status among colorectal cancer patients receiving chemotherapy* (Adult Nursing). Thammasat University.
- Pinar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life Turkish women with gynecology cancer. *Cancer Nursing*, 35(3), 299-235.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Delveloping nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14(2), 17-23.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principle and method*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Ramsey, S. D., Anderson, M. R., Etzioni, R., Moinpour, C., Peacock, S., Potosky, A., & Urban, N. (2000). Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer*, 88, 1294-1303.
- Rustoen, T., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(4), 258-267.
- Schaefer, C., Coyne, C. J., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-409.
- Smith-Gagen, J., Cress, R. D., Drake, C. M., Romano, P. S., Yost, K. J., & Ayanian, J. Z. (2010). Quality-of-life and surgical treatments for rectal Cancer- a longitudinal analysis using the California cancer registry. *Psycho-Oncology*, 19(8), 870-878.
- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., & Slon, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in Northeast Thailand. *Cancer Nursing*, 34(6), 434-442.
- Vellone, E., Rega, M. L., Gallettii, C., & Cohen, M. Z., (2006). Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing*, 29(5), 356-366.