

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จุฬาลักษณ์ อินทะนิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

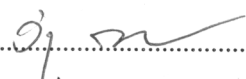
มิถุนายน 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

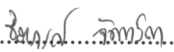
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จุฬาลักษณ์ อินทะนิต ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

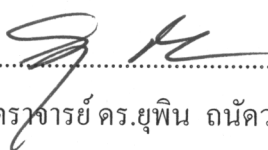
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

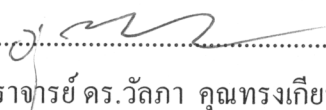

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัศวณิชย์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชิราภรณ์ จันท์ดา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัศวณิชย์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร)

คณะพยาบาลศาสตรอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่ 3 เดือน สค. พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนอมวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ท่านกรุณาให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางเพื่อความถูกต้องเหมาะสมในการทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่องตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร คณะกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ อัครฐาน จิตนุยานนท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์และอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยในสามัญหญิง หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยในสามัญชาย พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ประจำการแต่ละหอผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว รวมทั้งเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง ในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่เอื้อให้ข้าพเจ้าได้มีโอกาสศึกษาจนประสบความสำเร็จตราบเท่าทุกวันนี้

จุฬาลักษณ์ อินทะนิล

59910183: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความปวด/ ภาวะซึมเศร้า/ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ/ การสนับสนุนทางสังคม/
 ความสุขสบาย/ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จุฬาลักษณ์ อินทะนิต: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (SELECTED FACTORS RELATED TO COMFORT OF ADVANCED CANCER PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยุพิน ถนัดวิชย์, Ph.D., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 133 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

โรคมะเร็งระยะลุกลาม เป็น โรคที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ได้ตามปกติ และมีการพัฒนาของโรคอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยนี้สามารถส่งผลกระทบต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสุขสบาย และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย จำนวน 84 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามอาการซึมเศร้า ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาคเท่ากับ .94, .93, .92 และ .80 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความปวดมีค่าความเชื่อมั่นคงที่แบบวัดซ้ำเท่ากับ .99 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ส่วนตัวแปรความปวดใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสบายในระดับมาก ($M = 225.25, SD = 26.25$) ความปวด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายอย่างมีนัยสัมพัทธ์ทางสถิติ ($r_s = -.230, p < .05$ และ $r = -.543, p < .01$ ตามลำดับ) แต่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายอย่างมีนัยสัมพัทธ์ทางสถิติ ($r = .566, p < .01$ และ $r = .544, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย ร่วมกับการพยาบาลจัดการความปวดและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

59910183: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: PAIN/ DEPRESSION/ SPIRITUAL WELL-BEING/ SOCIAL SUPPORT/
COMFORT/ ADVANCED CANCER PATIENTS

JULALUCK INTANIN: SELECTED FACTORS RELATED TO COMFORT OF
ADVANCED CANCER PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: YUPIN TANATWANIT, Ph.D.,
WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 133 P. 2020.

Advanced cancer is an uncontrolled cell division/proliferation disorder which cannot be cured. Its effect on the comfort of advanced cancer patients encompasses physical, psycho-spiritual, socio-cultural, and environmental dimensions (Kolcaba, 2003). This correlational descriptive research aimed to study and The factors related to the comfort of advanced cancer patients. Participants were eighty-four cancer patients, diagnosed by an oncologist with 3rd or 4th stage cancer, who had been admitted to two ordinary cancer units at Chonburi Cancer Hospital, Chonburi province, and who met the inclusion criteria. Simple random sampling was used to select the participants. Six instruments were used for data collection: 1. Personal data record; 2. Hospice Comfort Questionnaire (Patient); 3. The Spiritual Well-Being Scale; 4. The Social Support Questionnaire; 5. Pain Numeric Rating Scale, and; 6. Hospital Depression Scale. Cronbach's alpha coefficient for the Hospice Comfort Questionnaire (Patient), The Spiritual Well-Being Scale, The Social Support Questionnaire, and The Thai version of the Hospital Depression Scale were .94, .93, .92 and .80 respectively. The reliability of the Pain Numeric Rating Scale was assessed by the test-retest method ($r = .99$). The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. Spearman's rank correlation was used to test pain data.

The results of this study demonstrated that the samples had high comfort ($M = 225.25$, $SD = 26.25$). pain and depression variables showed negative correlation with their comfort significantly ($r_s = -.230$, $p < .05$ and $r = -.543$, $p < .01$ respectively). Conversely, Spiritual well-being and social support variables positively correlated with comfort of advanced cancer patients significantly ($r = .566$, $p < .01$ and $r = .544$, $p < .01$ respectively). Thus, healthcare professionals, especially nurses, should concern and promote comfort of advanced cancer patients, by facilitating their social support and spiritual well-being, including providing nursing management specific to eliminate pain and depression.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
สมมติฐานของการวิจัย	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	14
ทฤษฎีความสุขสบาย	26
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ..	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
สถานที่ศึกษา	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	54
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม.....	59
ส่วนที่ 2 ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	65
ส่วนที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ ลุกลาม	66
5 สรุปและอภิปรายผล	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
อภิปรายผลการวิจัย.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	74
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	75
บรรณานุกรม	76
ภาคผนวก	91
ภาคผนวก ก	92
ภาคผนวก ข	105
ภาคผนวก ค	108
ภาคผนวก ง	113
ภาคผนวก จ	119
ภาคผนวก ช	126
ประวัติย่อของผู้วิจัย	133

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	60
2	จำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม .	62
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเกี่ยวกับความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และความสุขสบายของผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลาม.....	65
4	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม	66
5	คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามความสุขสบาย.....	120
6	คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ	122
7	คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	124
8	คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามอาการซึมเศร้า	125

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	11

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคมะเร็งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาไม่หายขาดได้ (National Cancer Institute [NCI], 2015 a) โดยเฉพาะโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตลุกลามไปสู่อวัยวะใกล้เคียงหรืออวัยวะอื่นได้ (พิสมณฑล คุ่มทวีพร, 2558) จากสถิติองค์กรระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์มะเร็งทั่วโลกประจำปี ค.ศ. 2018 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคนต่อปี และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2040 หรืออีก 22 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากถึง 29.5 ล้านคน (International Agency for Research on Cancer of World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานสถิติมะเร็งระดับประเทศช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 เป็น 126,555 ราย (หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะที่ 3 หรือ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดงต่าง ๆ อันเกิดจากผลของการพัฒนาเซลล์มะเร็งหรือโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการรายงานของงานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ระหว่าง พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 2,590 ราย 2,457 ราย และ 2,834 รายต่อปีตามลำดับ เมื่อพิจารณาระยะของโรคที่ตรวจพบในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 มากถึงร้อยละ 53.1 สาเหตุเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรคมักไม่มีอาการแสดงที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ ไม่มาพบแพทย์ในระยะแรก ๆ (ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์, 2557) ร่วมกันนโยบายของภาครัฐเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตามมาตรฐานสากล ยังไม่สามารถทำได้ทั่วถึง ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย จึงไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานได้ (คณินิจ พงศ์ถาวรภมม, นันทิยา วัฒนา และธีรวิภา คุหะเปรมะ, 2562) ร่วมกับผู้ป่วยบางรายยังไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง ไม่ไปตรวจตามนัด ทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพแล้วก็ตาม (สมปอง พะมุลิตา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ

และวรรณมน ปาพรม, 2562) ด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะเวลาที่ปรากฏอาการหรือมีอาการแสดงที่ชัดเจนแล้วซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มะเร็งได้มีการลุกลามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งการเจ็บป่วยนี้สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่การเจ็บป่วยในระยะใกล้ตายและเสียชีวิตในที่สุด ดังสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 (World Health Organization [WHO], 2018) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในช่วงระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมาระหว่าง พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 77,566 ราย 78,540 ราย และ 80,665 รายต่อปีตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งยังคงเติบโตอย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องได้รับผลกระทบและเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วรวมถึงผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็ง ส่งผลให้เกิดอาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะรับรู้ต่อการเกิดอาการของโรคว่าเป็นภาวะใกล้ตายหรือเสื่อมสภาพ สูญเสียการควบคุมเนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียความเป็นอิสระต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องปรับจิตใจให้ยอมรับกับข้อจำกัดของตนเอง และต้องจัดการกับชีวิตตนเอง (Dong et al., 2016) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวจากความทุกข์ทรมานของร่างกาย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากความคลุมเครือจากผลของการรักษาที่จะได้รับ ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง (Taylor-Ford, 2014) เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ สามารถก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Dégi, 2013) และท้ายที่สุดเมื่อโรคของผู้ป่วยดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนึกถึงความตายของตนเองเกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อถอย และกลัวต่อการพลัดพลากจากบุคคลและสิ่งอันเป็นที่รัก หรือเกิดความขัดแย้งในตนเองในที่สุด ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และสะท้อนถึงการไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความล้มเหลวต่อการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่าภาวะบิบบิ้นทางจิตวิญญาณ (สุริสา เต็มทับ และกิตติกร นิลมานัต, 2560) นอกจากนี้อาการทางด้านจิตใจยังสามารถมีผลกระทบกลับไปทางด้านร่างกายโดยทำให้อาการและอาการแสดงของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น อาการปวด นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก อาการอ่อนเพลีย/ ไม่มีแรง ท้องผูก ไม่อยากอาหารหรือเบื่ออาหาร (นภา ทวีรธรรม, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558) ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องลางานหรือขาดงาน สูญเสียรายได้ สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมต้องกลายเป็นที่ต้องพึ่งพาคู่สมรสคนอื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องกลายเป็นภาระของครอบครัว (Nedjat-Haiem, Carrion, Ell, & Palinkas, 2012)

พลัดพรากจากการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว และถูกแยกจากสังคมในที่สุด (Ribeiro et al., 2016) จำเป็นต้องมาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอันเป็นสถานที่ซึ่งมีสภาวะแวดล้อมแตกต่างไปจากบ้านของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ เช่น เสียงดังที่เกิดขึ้นภายในห้องพักของผู้ป่วยซึ่งเป็นเสียงที่มาจากล้อเข็นทำงานของพยาบาล เสียงการพูดคุยของพยาบาลและเสียงการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยหรือการพูดคุยระหว่างญาติกับผู้ป่วยภายในห้องพักรักษาตัว สภาพที่ต้องนอนพักร่วมกับผู้อื่นที่ไม่คุ้นเคยหรือความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ป่วยอื่น (Tanatwanit, 2011) ทั้งหมดนี้ Kolcaba (2003) ถือเป็นสถานการณ์ความเครียดทางด้านสุขภาพ (Stressful health care situations) เมื่อบุคคลต้องอยู่ในสภาวะความเครียดเหล่านี้ย่อมนำมาซึ่งความไม่สุขสบายต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องช่วยเหลือจัดการความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่สำคัญต้องดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด

ความสุขสบาย หมายถึง ประสบการณ์ความเข้มแข็ง/ แข็งแรงของบุคคลที่เพิ่มขึ้นทันทีทันใด เมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการของบุคคลนั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) กล่าวว่าความสุขสบายของแต่ละบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การบรรเทาอาการ (Relief) หมายถึง การช่วยเหลือบรรเทาอาการที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ได้รับความไม่สุขสบายซึ่งเป็นการช่วยเหลือในระดับแรก 2) ความสุข (Ease) หมายถึง เมื่อได้รับในระดับแรกจะส่งผลให้บุคคลได้รับความสุข และ 3) การหลุดพ้นจากปัญหา (Transcendence) หมายถึง เมื่อบุคคลประสบกับปัญหาจะสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้ด้วยตนเอง และหาวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีอยู่พร้อมที่จะก้าวผ่านปัญหานั้นไปได้ ซึ่งเป็นการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายนั่นเอง โดยความสุขสบายทั้ง 3 ระดับอยู่ภายใต้บริบท 4 บริบท ได้แก่ บริบทด้านร่างกาย (Physical context) บริบทด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual context) บริบทด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural context) และบริบทด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental context) เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Kolcaba, 2003) ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข (Veening & Barendregt, 2015) ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่ดี มีความรู้สึกทางบวก ปราศจากความรู้สึกทางลบ มองโลกในแง่ดี มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น และมีความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ (สิริกานดา กอแก้ว และสุขอรุณ วงษ์ทิม, 2560) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การดูแล และส่งเสริมความสุขสบาย (Comfort intervention) แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสุขสบายเพิ่มขึ้น (Enhanced comfort) อย่างไรก็ตาม Kolcaba (2003) กล่าวว่า การรับรู้ความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

เช่นกัน ซึ่งมีทั้งปัจจัย/ แรงขั้บยับยั้งความสุขสบาย (Obstructing forces) และปัจจัย/ แรงขั้บที่ส่งเสริมความสุขสบาย (Facilitating forces) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นหรือมากที่สุดจึงจำเป็นต้องพิจารณาจัดการหรือส่งเสริมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญและมีผลอย่างมากต่อความสุขสบาย 4 ปัจจัย ได้แก่ อาการปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวโดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายสร้างความไม่พึงประสงค์แก่บุคคล อันเนื่องมาจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายที่ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บ (International Association for the Study of Pain, 2014) สำหรับความปวดที่เกิดในผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เกิดจากการลุกลามหรือการแพร่กระจายของโรคอันเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็ง ทำให้มีการกดเบียดกดทับเส้นประสาทจากก้อนมะเร็ง ส่งผลให้เนื้อเยื่อรอบข้างถูกทำลายจากเซลล์มะเร็งและมีการแพร่กระจายไปยังกระดูก หรือเป็นผลจากการรักษาโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดรังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2556) นอกจากนี้เซลล์มะเร็งจะมีการหลั่งสาร Bradykinin Prostaglandins Serotonin Histamine และ Tumor Necrosis Factor Alpha ออกมาเช่นกัน เกิดการกระตุ้นความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นเองแม้ไม่มีสิ่งมากระตุ้น (Dysesthesia) หรือมีสิ่งมากระตุ้นแม้แต่เพียงเบา ๆ (Allodynia) (Arnstein, 2018) เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นจากตัวรับความรู้สึกปวดจากประสาทส่วนปลายไปยังไขสันหลัง แล้วส่งต่อขึ้นไปยังสมองส่วนทาลามัสเพื่อเกิดเป็นการรับรู้และแปลผลเป็นความปวดเกิดขึ้น (ดวงฤทัย บัวดวง, 2556) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมองว่าความปวดจากโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของชีวิตอย่างมากเนื่องจากเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Get-kong et al., 2010) นอกจากนี้ความปวดที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ส่งผลขัดขวางความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เช่น รู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง ไม่สามารถทำงานบ้านตามปกติได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาคูคนอื่น และยังสามารถในการนอนหลับพักผ่อนลดลง ไม่สามารถไปพบปะบุคคลในสังคมจนเป็นปัญหาที่กระทบต่อสภาวะจิตใจ เช่น แยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Erol et al., 2018) ทำให้ความสามารถในการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว เพื่อนลดลงเป็นสาเหตุทำให้แยกจากสังคม จากการกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าความปวดจากการลุกลามของโรคมะเร็งเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือความไม่สุขสบายที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความปวดจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษาโรคมะเร็ง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน (นภา ทวีรทรง และคณะ, 2558) ซึ่ง Kolcaba (2003) ถือว่าเป็นสภาวะความเครียดทางสุขภาพ (Stressful health care situations) ด้านร่างกายอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความสุขสบาย ดังการศึกษาของ Kim and Kwon (2007) ศึกษาความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 98 ราย พบว่า อาการของโรคมะเร็งได้แก่ อาการปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = -0.54, p < .01$) แม้ว่าปัจจุบัน แม้ว่าปัจจุบันอาการปวดจากมะเร็งส่วนใหญ่สามารถควบคุมได้โดยการใช้การรักษาตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมความปวดก็ยังไม่มีประสิทธิภาพและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม และเวลาที่ไม่เหมาะสมจึงทำให้เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Black, McGlinchey, Gambles, Ellershaw, & Mayland, 2018) นอกจากนี้ความปวดยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Mercadante, Adile, Ferrera, & Casuccio, 2017) จะเห็นได้ว่าความปวดจากโรคมะเร็งคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะระยะลุกลามนี้ ซึ่งความปวดถือว่าเป็นความไม่สุขสบายด้านร่างกายอย่างหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงออกถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ทำให้บุคคลแสดงออกโดยคำหยาบและลงโทษตนเอง มองตนเองว่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่าเกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สิ้นหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นน้อยลง (Beck, 1967) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดได้จากหลายปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งทางด้านบุคคล สังคม และจากการรักษาโรคมะเร็ง (Dauchy, Dolbeault, & Reich, 2013) ได้แก่ การรับรู้ความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิต การแสดงของอาการทางกายจากโรคมะเร็งที่ไม่สามารถควบคุมได้ การวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือแพร่กระจายส่งผลต่อบุคคลในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงของชีวิต นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางอารมณ์ และความรู้สึกลิ้นหวัง (Hopelessness) ถูกแยกจากสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม การรักษาโรคที่จำกัด การได้รับยาเคมีบำบัด โคเรติคสเตียรอยด์เป็นเวลานาน และการใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มที่เป็นพิษต่อระบบประสาท จากสาเหตุข้างต้นส่งผลให้สารสื่อประสาทซีโรโทนินและโดปามีนลดลง ก่อให้เกิดการแสดงออกถึงพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้า (สุวรรณณา อรุณพงศ์ไพศาล, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และสุรพล วีระศิริ, 2560)

จากการกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากหลาย ๆ สาเหตุทั้งพยาธิสภาพของโรค การรักษาที่ได้รับ รวมทั้งสถานภาพทางสังคม

ของแต่ละบุคคล ดังการศึกษาของ Dégi (2013) ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47 และการศึกษาของ Mushtaq et al. (2017) ศึกษาความถี่ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 116 ราย พบว่า ระยะเวลาของโรคมะเร็งที่พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดได้แก่ระยะที่ 3 โดยพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษา ร้อยละ 85 การรักษาโดยเคมีบำบัด ร้อยละ 75 และการรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 48 ส่วนการศึกษาของ จีรวรรณ จบสุบิน (2551) ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 236 ราย พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจะแสดงอาการร้องไห้ หงุดหงิด แยกตัวจากสังคม นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (Zhang, Gary, & Zhu, 2015) ทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง ความบกพร่องทางสติปัญญา คุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีพลดลง (Rooney, Carson, & Grant, 2011) จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นเป็นความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์และจิตใจอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลถึงความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังการศึกษาของ Widyastuti and Nuraini (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขสบายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 95 ราย พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้า โกรธ หงุดหงิดและเฉื่อยชา ความรู้สึกเหล่านี้เป็นสิ่งรบกวนความสุขสบายด้านจิตใจ และการศึกษาของ Kim and Kwon (2007) ศึกษาความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 98 ราย ที่พบว่าสภาวะอารมณ์ทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = .581, p < 0.01$) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นความไม่สุขสบายด้านจิตใจอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมากและยังเป็นปัจจัยที่ลดระดับความสุขสบาย โดยเฉพาะบริบทด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล (Paloutzian & Eillison, 1982) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (NCI, 2015 a) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือก การวินิจฉัยโรคในระยะนี้นำมาซึ่งอาการ และความทุกข์ทรมานที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สิ้นหวัง กลัว และความไม่แน่นอนของอนาคต เป็นตราบาปอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยในระยะนี้จะมองว่าความตายได้มาถึงแล้ว และเป็นความจริงของโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม (Prado et al., 2020) ส่งผลให้เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการรบกวนของระยะโรคที่ลุกลาม (Life threatening) เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณ (Esteves, Roxo, & da Conceição Saraiva, 2015) การมีความเชื่อ

และศรัทธาในศาสนาและนำมาปฏิบัติ และเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจสามารถทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเผชิญกับปัญหาได้ (Paloutzian & Eillison, 1982) และเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต (Prado et al., 2020) ดังการศึกษาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 212 ราย พบว่า ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย จะเห็นได้ว่าการมีความเชื่อและศรัทธาทางศาสนา มีความสำคัญต่อจิตวิญญาณ และเป็นที่พึ่งทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้

การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ประกอบไปด้วยการมีเป้าหมายในชีวิต และการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่าบุคคลจะรับรู้ความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ McClain-Jacobson et al. (2004) ศึกษาความเชื่อ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลุกลาม จำนวน 276 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีความเชื่อในตัวบุคคลจะมีความสุขสบายร้อยละ 68.4 เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ ปุกหุด และทิตยา พุฒิกามิน (2555) ได้ศึกษาผลของการสวมมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการสวมมนต์มีความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ เป็นสุขสงบ สมองปลอดโปร่ง และในขณะที่สวมมนต์จิตใจของผู้สวดเกิดสมาธิ ทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินทำให้เกิดความสุขซึมซาบไปทั่วร่างกาย สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการทางจิตวิญญาณระดับปานกลางถึงสูง (Get-kong et al., 2010; ชนุกร แก้วฉนิ, พิกุล นันทชัยพันธ์ และสุภารัตน์ ลิทธิสมบัติ, 2558) เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยมากขึ้นความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจะมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Pearce, Coan, Herndon, Koenig, & Abernethy, 2012) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลควบคู่กัน กับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตของความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ และความเชื่อที่อยู่ในจิตใจกับความสุขสบาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการดูแลส่งเสริมความผาสุกด้านจิตวิญญาณน่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสบายหรือพึงพอใจได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัว บุตร คู่สมรส เพื่อน บุคคลในองค์กร (House, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน ดังนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของการเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support)

และการสนับสนุนโดยการประเมินตนเอง (Appraisal support) การได้การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาจนทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยต้องแยกออกจากสังคม รายได้ลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง การจ้างงาน รู้สึกการได้รับการสนับสนุนหรือพบปะจากเพื่อนลดลง (Cardoso, Harbeck, Mertz, & Fenech, 2016) จึงต้องการความรักความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น (Krongyuth, Silpasuwan, Viwatwongkasem, & Campbell, 2018) รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลภาวะสุขภาพจากเจ้าหน้าที่บริการทางด้านสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนโดยการประเมินตนเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการเศร้า มีคนรับฟังความคิดเห็น มีคนชื่นชมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจ การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ การพูดคุยถามทุกข์สุขด้วยความเอาใจใส่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สงบ มีสมาธิ เกิดความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อความตึงเครียดลดลงทำให้ความทุกข์ทรมานทางร่างกายลดลงด้วย (Dietrich & Abbott, 2012) ดังการศึกษาของ สายนที วัฒนธรรม, วารี กังใจ และชมนาด สุ่มเงิน (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความ สุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ สุขสบาย ($r = .337, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cheng and Wang (2014) ศึกษาปัจจัยทำนายระดับความ สุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและ ลำคอที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 200 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับ ความสุขสบาย ($r = .285, p < 0.01$) จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ การตอบสนองความต้องการที่ช่วยเพิ่มระดับของความ สุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยเฉพาะบริบทด้านสังคม และวัฒนธรรม แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับ ความสุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งแล้วแต่เป็นการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในโรคมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษา ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความ สุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมกับความ สุขสบายเพื่อหาความสัมพันธ์ ดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนเพิ่มหรือลดระดับความ สุขสบาย จึงคาดว่าจะเป็น มีความสัมพันธ์กับความ สุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม สำหรับโรงพยาบาล มะเร็งชลบุรีเป็น โรงพยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลรักษาโรคมะเร็งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีผู้ป่วย

โรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวนมากมาที่ทำการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรเหล่านี้เพื่อผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้พยาบาลสามารถนำมาเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามให้ได้รับความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความปวดมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในทิศทางลบ
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในทิศทางลบ
3. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในทิศทางบวก
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในทิศทางบวก

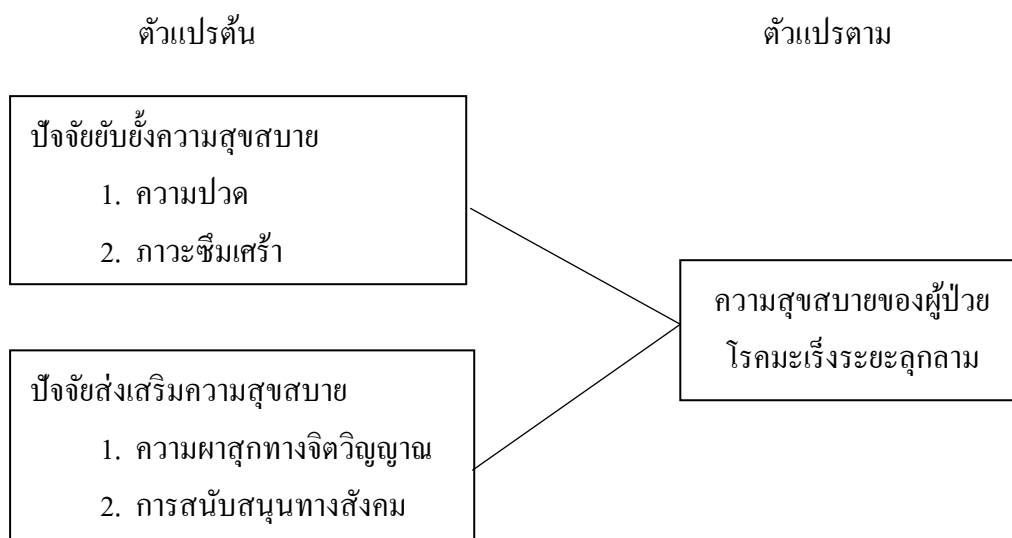
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ที่มองว่าบุคคลเป็นองค์รวมประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Kolcaba (2003) ได้ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ว่าเป็นประสบการณ์ความเข้มแข็ง/ แข็งแรงที่เพิ่มขึ้นทันทีเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการภายใต้บริบท 4 บริบท ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยความต้องการของบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การบรรเทา (Relief) หมายถึง ภาวะที่ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้รับการดูแลและบรรเทาจากพยาบาล ความสุข (Ease) หมายถึง

ภาวะที่มีความสุขและสบายของผู้ป่วย และเกิดความสุขจากการที่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกายไว้ได้ และการหลุดพ้นจากปัญหา (Transcendence) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถอยู่เหนือปัญหาและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ของตนเองได้ แม้ในความเป็นจริงยังคงมีความไม่สุขสบายหลงเหลือหรือปรากฏอยู่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการแสดงของโรคมะเร็งและการรักษาหรืออาการข้างเคียงจากการรักษา โรคมะเร็งที่ได้รับส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจและอารมณ์ ตลอดจนจิตวิญญาณ ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าความสุขสบายถูกคุกคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ (Health care needs) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าสิ่งที่ขัดขวางความสุขสบาย (Obstructing forces) พยาบาลมีหน้าที่เสาะหาหรือประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลเป็นผู้กำหนดการพยาบาลความสุขสบายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการควบคุมตัวแปรภายนอกที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขสบาย (Interacting forces) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า (Intervening variables) การพยาบาลนั้นจึงเรียกว่า การพยาบาลความสุขสบาย (Nursing interventions) หรือสิ่งที่ส่งเสริมความสุขสบาย (Facilitating forces) เมื่อการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่เพียงพอ โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงการพยาบาลที่ได้รับ (Perception) ผลของการพยาบาลที่ได้คือความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น (Enhanced comfort)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจจิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยขัดขวางความสุขสบาย ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยส่งเสริมความสุขสบาย ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสุขสบายและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยปัจจัยคัดสรรที่ศึกษา ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยผลตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 และได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม (Advanced cancer) หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่สามารถสร้างความไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้

ความสุขสบาย หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการความสุขสบาย (Comfort needs) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-วิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดของ Kolcaba (2003) โดยใช้แบบประเมินความสุขสบายฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Tanatwanit (2011)

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่เกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็งหรือเป็นผลจากการรักษาโรคมะเร็งที่ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย ซึ่งประเมินโดยใช้มาตราวัดอาการปวดประมาณค่าแบบตัวเลข (Pain numeric rating scale) ของ Hawker, Mian, Kendzerska, and French (2011)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ดำหนิตนเอง ขาดความสุขและความสนใจในชีวิตประจำวัน ตามแนวคิดของ Zigmond and Snaith (1983) โดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทยของ ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) (โดยใช้เฉพาะแบบสอบถามอาการซึมเศร้า)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มองเห็นความหมาย เป้าหมาย และคุณค่าของชีวิต ร่วมกับการมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในจิตใจ แล้วนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิตและมีความผาสุกในจิตใจ สามารถจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ตามแนวคิดของ Paloutzian and Eilison (1982) โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณฉบับดัดแปลงของ วิไลลักษณ์ ต้นติตระกูล (2552)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว (เช่นสามี ภรรยา บุตร) เพื่อน แพทย์และพยาบาล โดยครอบคลุมด้านอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ทางการเงิน และการสนับสนุนการประเมินตนเอง ตามแนวคิดของ House (1981) โดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ จารุวรรณ ป้อมกลาง (2556)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์สบาย และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาที่สำคัญตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
 - 1.2 ความหมายโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.3 การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง
 - 1.4 อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.5 การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.6 ผลกระทบของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.7 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
2. ทฤษฎีความสุขสบาย
 - 2.1 ความหมายของความสุขสบาย
 - 2.2 การประเมินความสุขสบาย
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์สบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 3.1 ความปวด
 - 3.2 ภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

ปัจจุบัน โรคมะเร็งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จากสถิติองค์การระหว่างประเทศเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์มะเร็งทั่วโลกประจำปี ค.ศ. 2018 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคนต่อปี และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2040 หรืออีก 22 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากถึง 29.5 ล้านคน (International Agency for Research on Cancer of World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานสถิติมะเร็งระดับประเทศช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 เป็น 126,555 ราย ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือในเพศชาย 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด หรือหลอดลม และมะเร็งลำไส้หรือทวารหนัก ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับหรือท่อน้ำดี และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ (หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 3 หรือ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดงต่าง ๆ อันเกิดจากผลของการพัฒนาเซลล์มะเร็งหรือโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม สาเหตุเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรคมักไม่มีอาการแสดงที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน ทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ไม่มาพบแพทย์ในระยะแรก ๆ (จิตพร จตุพรพิพัฒน์, 2557) ร่วมกับนโยบายของภาครัฐเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตามมาตรฐานสากลยังไม่สามารถทำได้ทั่วถึง ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อยจึงไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานได้ (คณินิจ พงศ์ถาวรภมร และคณะ, 2562) และผู้ป่วยบางรายยังไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง ไม่ไปตรวจตามนัด ทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพแล้วก็ตาม (สมปอง พะมุลิลา และคณะ, 2562) ด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะที่ปรากฏอาการหรือมีอาการแสดงที่ชัดเจนแล้วซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มะเร็งได้มีการลุกลามและแพร่กระจายยังอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งการเจ็บป่วยนี้สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่การเจ็บป่วยในระยะใกล้ตายและเสียชีวิตในที่สุด

ความหมายของโรคมะเร็งในระยะลุกลามและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

National Cancer Institute (2015 b) โรคมะเร็ง หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของการแบ่งเซลล์โดยนอกเหนือการควบคุม และสามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อที่อยู่ใกล้เคียง เซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายผ่านระบบเลือดและน้ำเหลือง

มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย (2552) โรคมะเร็ง หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม

National Cancer Institute (2015 a) โรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคมะเร็งที่มีระยะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ในร่างกายและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

American Cancer Society (2016) โรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) โรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะการแบ่งของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเซลล์เหล่านี้สามารถจะลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่ออื่น ๆ โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น การเจริญเติบโตโดยตรงเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง (Invasion) หรืออพยพเคลื่อนย้ายเซลล์ไปยังที่ตำแหน่งไกล ๆ (Metastasis) การเจริญเติบโตแบบไม่เป็นระเบียบของเซลล์นี้อาจมีสาเหตุที่เกิดขึ้นภายหลังหรือเป็นกรรมพันธุ์ โดยการกลายพันธุ์ของ DNA ภายในเซลล์ มีการทำลายข้อมูลของยีนซึ่งเป็นตัวกำหนดหน้าที่ของเซลล์ การเคลื่อนย้ายและการควบคุมความผิดปกติของการแบ่งตัวของเซลล์

รัชนิวรรณ คุณตระกูล, วณิชชา เรืองศรี, อำภาพร นามวงศ์พรหม และพัชรี ยิ้มยิ้ม (2561) ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้อาการและอาการแสดงของโรครุนแรงมากขึ้น

ฉัตรกมล เจริญวิภาดา (2562) โรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะแตกต่างกับมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic cancer) เนื่องจากมะเร็งระยะลุกลามไม่จำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นเสมอไป

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม (Advanced cancer) หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 เป็นระยะที่การแบ่งตัวของเซลล์ที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโต และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ซึ่งการรักษาในระยะนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรครุนแรงมากขึ้น และสามารถสร้างความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยได้

การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง

การจำแนกความรุนแรงและระยะดำเนินของโรคมะเร็งเพื่อวางแผนการรักษาและเพื่อการพยากรณ์โรค สามารถจำแนกได้ 2 แบบ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ดังนี้

1. จำแนกตามลักษณะทางพยาธิวิทยา โดยพิจารณาจากรูปร่างลักษณะของเนื้อเยื่อต้นกำเนิดที่เป็นมะเร็งว่ามีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเซลล์ต้นกำเนิดเพียงใด แบ่งออกเป็น 4 เกรด ดังนี้

เกรด 1 หมายถึง มีการแยกลักษณะของเซลล์ชัดเจน เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ต้นกำเนิดเล็กน้อย (Well differentiated: Low grade)

เกรด 2 หมายถึง มีการจำแนกลักษณะเซลล์ได้บ้าง เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ต้นกำเนิดมากขึ้น (Moderate differentiated: Intermediate grade)

เกรด 3 หมายถึง มีการจำแนกของลักษณะเซลล์น้อย เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ต้นกำเนิดมาก (Poorly differentiated: High grade)

เกรด 4 หมายถึง ไม่มีการจำแนกของลักษณะเซลล์เลย เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถทราบว่าเป็นเซลล์ประเภทใดเลย (Undifferentiated: High grade)

2. จำแนกตามระบบ TMN (TMN Classification system) โดยพิจารณาการแบ่งระยะของโรคมะเร็งด้วยระบบ TMN Categories ครั้งที่ 7 (American Joint Committee on Cancer, 2010) โดยพิจารณาตามองค์ประกอบ ดังนี้ (Gress et al., 2017)

Primary Tumor (T) Categories หมายถึง ขนาดและขอบเขตของตัวก้อนมะเร็ง แบ่งเป็น

TX	ไม่สามารถประเมินขนาดก้อนได้
T0	ไม่พบก้อน
Tis	ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก
T1, T2, T3, T4	ตรวจพบก้อนขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ขนาดเล็กไปจนถึงขนาดใหญ่

Regional Lymph Nodes (N) Categories หมายถึง การแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลือง แบ่งเป็น

Nx	ไม่สามารถประเมินได้ว่าการกระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง
N0	ไม่พบการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง
N1, N2, N3	ตรวจพบการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงตั้งแต่จำนวนและขอบเขตน้อยไปจนถึงมาก

Distant Metastasis (M) Categories หมายถึง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น แบ่งเป็น

M0 ไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น

M1 ตรวจพบมีการกระจายของเซลล์ไปอวัยวะอื่น

การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง อาศัยองค์ประกอบทั้ง 2 ส่วนข้างต้น แล้วจัดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 (ระยะเริ่มต้น) ถึงระยะที่ 3 (ระยะลุกลาม) โดยที่มะเร็งของแต่ละอวัยวะจะมีการกำหนดรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป เป็นการจำแนกตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะการลุกลามของโรคมะเร็ง (Cancer staging) โดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระยะ (Cancer Research UK, 2017) ดังนี้

Stage I หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตอยู่ในขอบเขตเฉพาะเนื้อเยื่อต้นกำเนิด

Stage II หมายถึง เซลล์มะเร็งมีขนาดใหญ่กว่าระยะที่ 1 แต่เซลล์มะเร็งไม่มีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง หรือมีการกระจายของเซลล์ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง

Stage III หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายออกไปยังอวัยวะใกล้เคียง และต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

Stage IV หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายออกไปสู่อวัยวะอื่น

อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามของโรคส่วนใหญ่มักมีอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่เพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านร่างกายที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ และจิตวิญญาณตามมา สำหรับอาการ และอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในทุกระยะความรุนแรงของโรครวมทั้งในระยะลุกลาม มีดังนี้ (National Cancer Institute, 2014)

1. อาการปวด (Cancer pain) พบในผู้ป่วยมะเร็งลุกลามร้อยละ 78.4 (Tai et al., 2016) เกิดได้จากสาเหตุทั้งทางกาย และจิตใจ (ผจงศิริ อุดมสินกุล, 2562) โดยทางกายความปวดเกิดจากการลุกลามของก้อนมะเร็ง การกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่กระดูกหรือกระแสประสาท จากการรักษา เช่น การผ่าตัด การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ การส่องกล้อง เป็นต้น จากความเจ็บปวดทั่วไป เช่น ท้องอืด ท้องผูก แผลกดทับ แผลในปาก เป็นต้น ส่วนสาเหตุด้านจิตใจเกิดจากจิตใจที่เศร้าหมอง ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดหวังในชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เป็นต้น

2. อ่อนเพลีย (Cancer-related fatigue) เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ร่างกาย อารมณ์ และ/ หรือความคิดที่อ่อนล้า เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า หรือหมดแรงเนื่องจากโรคมะเร็งหรือการรักษา โรคมะเร็ง พบได้ร้อยละ 15-99 (O'Higgins, Brady, O'Connor, Walsh, & Reilly, 2018) เป็นอาการ ที่มากที่สุดของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม รองลงมาจากอาการปวด (ÖZÇELİK, GÜZEL, FADİLOĞLU, Aksoy, & Rüşan, 2015) สาเหตุเกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น อายุ เพศ ระยะของ โรค การได้รับยาเคมีบำบัด ปริมาณรังสีที่ได้รับ การเดินทางมารักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซีด ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม คุณภาพการนอนหลับ ความซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการมีโรคร่วม สำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ เกิดจากการมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ และมีการลุกลามไปในระบบต่อมน้ำเหลืองหรือมีการกระจาย ของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายส่งผลให้เกิดการแย่งชิงสารอาหารของร่างกายจาก ก้อนมะเร็ง มีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญ ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร และมีการคั่งของเสียจาก การเผาผลาญก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (กิ่งกาญจน์ อาจเดช, 2554) ส่งผลต่อการทำกิจกรรมหรือ หน้าที่ของผู้ป่วยได้

3. คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) พบได้ประมาณร้อยละ 46 ของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม (Harder et al., 2019) เกิดจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนบริเวณก้านสมองถูกระตุ้นจาก สาเหตุต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งมักพบสาเหตุดังนี้ บริเวณเคโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์ (Chemoreceptor Trigger Zone [CTZ]) ถูกกระตุ้นจากผลข้างเคียงยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง และการกระตุ้นจาก เส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) ทั้งจากในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การอุดกั้นทางเดินอาหาร จากก้อนมะเร็ง ท้องผูกหรือการบีบตัวของลำไส้ลดลง ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นไปยังส่วนของ Vomiting center ซึ่งอยู่ที่สมองส่วน Medulla oblongata ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หากผู้ป่วย ได้รับการช่วยเหลือหรือจัดการ จะทำให้เกิดอาการอื่นตามมา เช่น เบื่ออาหาร ภาวะขาดสารอาหาร และน้ำ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เป็นต้น (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

4. ท้องผูก (Constipation) เป็นอาการที่บอถึงความยากลำบากในการขับถ่ายและความถี่ ในการขับถ่ายลดลง พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 63.5 (Tai et al., 2016) โดยมีสาเหตุ มาจากหลายปัจจัย เช่น จากการได้รับยาบางชนิดที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำโดยเฉพาะยากลุ่ม Opioid จากพยาธิสภาพโรคมะเร็ง เช่น จากตัวก้อนมะเร็งกดเบียดทางเดินอาหารส่วนปลาย และจากวิถีชีวิต และผลกระทบต่อความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เป็นต้น เมื่อเกิดอาการท้องผูก ส่งผลให้เกิดอาการอื่นตามมา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ปวดท้องมาก อูจาระแข็งและถ่ายไม่สุด (Noguera, Centeno, Librada, & Nabal, 2009)

5. เบื่ออาหาร (Loss of appetite) เป็นภาวะที่รู้ความอยากอาหารร่วมกับการที่รับประทานอาหารได้น้อย พบได้ร้อยละ 64.4 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Tai et al., 2016) เป็นผลจากก้อนมะเร็งที่โตมากกว่าปกติ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อก้อนมะเร็งที่ไปกระตุ้นการผลิตของสาร Interleukin 1B และ Leptin มากขึ้นซึ่ง Interleukin 1B เป็นหนึ่งในสารหลักที่เรียกว่า Cytokine ที่ออกฤทธิ์ไปยัง Vagus nerve แล้วส่งผ่านการรับความรู้สึกไปยัง Brain stem และ Hypothalamus ส่วนที่กำหนดความอยากอาหาร Vagus nerve กำหนดความรู้สึกอิ่มในทางเดินอาหาร และอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยตรง Leptin เป็นฮอร์โมนความอิมที่ผลิตจาก Adipocyte cell แล้วถูกส่งผ่านเข้าไปใน Blood brain barrier ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิม ไม่อยากอาหาร รับประทานอาหารน้อยลง และเบื่ออาหารในที่สุด (กนกพร วิสุททธิกุล, 2555) เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ในปริมาณที่น้อยลงพลังงานที่ได้รับจากการเผาผลาญสารอาหารนั้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงจำเป็นต้องมีการสลายนำพลังงานจากกล้ามเนื้อมาใช้ส่งผลให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ มีขนาดเล็กและลีบ เรียกภาวะนี้ว่า Cancer cachexia (Goebel, 2010)

6. การนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Sleep Problem) เป็นการรับรู้ถึงการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ นอนหลับยาก การตื่นบ่อย และมีช่วงเวลาก่อนนอนหลับสั้นลง พบได้ร้อยละ 57.5 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Mercadante et al., 2015) สาเหตุเกิดได้หลายปัจจัย (Trill, 2013) ดังนี้ จากกลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับการลุกลามของก้อนมะเร็ง เช่น อาการปวด ไข้หายใจถี่แรง เป็นต้น จากการรักษาโรคมะเร็ง เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด จากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ยาในกลุ่ม Exogenous corticosteroid และจากการใช้ยา เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาคลายกังวล ยารักษาอาการซึมเศร้า เป็นต้น โดยเฉพาะการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดสารเสพติด ส่งผลให้มีปัญหาการหายใจขณะนอนหลับ เช่น กอดการหายใจ หายใจขณะนอนหลับ การอุดกั้นของทางเดินหายใจขณะนอนหลับ และการหายใจไม่เท่ากันตลอด (Davies, 2019) ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ดี (วันเพ็ญ เทศวิรัช, 2557)

7. วิตกกังวล (Anxiety) เป็นสภาวะอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ กระวนกระวายใจ หวาดกลัว อันเกิดจากเหตุการณ์ล่วงหน้าที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง พบได้ร้อยละ 44 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer, & Bruera, 2009) ผู้ป่วยจะมีความกังวลว่าจะหมดกำลังต่อสู้กับโรคมะเร็ง และการหยุดเคมีบำบัดและการฉายแสงจะทำให้ชีวิตสั้นลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) ซึ่งเป็นภาวะความเครียดทางด้านจิตใจ (Spiritual distress) อย่างหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยเผชิญความวิตกกังวลระยะเวลานาน ๆ ส่งผลให้ต่อการเจ็บป่วยทางจิตจากการเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรงได้ (Mystakidou et al., 2012)

8. สับสนกระวนกระวาย (Confuse) เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ประมาณร้อยละ 50 ของอาการนี้เกิดจากสาเหตุที่แก้ไขได้ และหากไม่แก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และอาจถึงแก่ความตายก่อนเวลาอันสมควร (คาริน จุฑรภัทรพร, ม.ป.ป.)

การรักษาโรคระยะลุกลาม

ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นมีความหลากหลายแนวทางหลากหลายรูปแบบ สำหรับโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยก็พบว่ามีการเจริญเติบโตลุกลามของโรคจนควบคุมไม่ได้ และส่งผลให้รักษาไม่หายขาด การลุกลามของโรคมะเร็งในระยะนี้สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรคในระยะเวลาอันสั้น จึงทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นมีความแตกต่างไปจากการรักษาโรคมะเร็งระยะอื่น ๆ กล่าวคือ การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามจะมีวัตถุประสงค์เน้นเพื่อประคับประคอง บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งและเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดี (ประกาศิต จิรปภา, ธิดิยา เดชเทพพร และชมพร สีตะชนี, 2555) โดยการรักษาพิจารณาจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิและการแพร่กระจายของโรคเป็นหลัก ดังนี้ (ฝ่ายรังสีวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ม.ป.ป.)

1. การผ่าตัด สำหรับโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น การผ่าตัดจะพิจารณาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.1 เพื่อบรรเทาอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งอาจช่วยยืดอายุของผู้ป่วยได้ด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้มีภาวะลำไส้อุดตันและอาการปวดเนื่องจากก้อนมะเร็ง การผ่าตัดเปิดอุ้งหน้าท้องในส่วนที่เหนือต่อบริเวณที่อุดตัน เพื่อระบายอุจจาระออก จะช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ การผ่าตัดใส่ท่อสายยางอาหารในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

1.2 เพื่อหยุดเลือด เช่น ในกรณีที่มีเลือดออกจากทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องเพื่อหาจุดเลือดออกและให้การรักษาโดยการจี้จุดที่มีเลือดออก

1.3 เพื่อป้องกันภาวะกระดูกหัก เช่นในกรณีที่กระดูกอ่อนแอ อาจทำผ่าตัดเพื่อใส่โลหะเข้าไปตามไว้เพื่อป้องกันการหักโดยเฉพาะกระดูกบริเวณต้นขา หรือในกรณีที่มีการหักของกระดูกเกิดขึ้นแล้ว การผ่าตัดจะช่วยบรรเทาอาการปวดและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้งานได้เร็วขึ้นด้วย

2. การฉายแสง โดยใช้รังสีเอกซ์พลังงานสูงเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งเป้าหมายส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดมากกว่า โดยฉายแสงเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งลง

3. การรักษาโดยการให้ยา (Drug therapy) ดังนี้

3.1 ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) อาจให้โดยการฉีด หรือการรับประทาน โดยเมื่อยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วก็จะสามารถไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้จึงเหมาะกับโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกายแล้ว นอกจากนี้ยังสามารถบรรเทาอาการอันเกิดจากตัวโรคได้โดยทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง และอาจช่วยยืดอายุของผู้ป่วยได้

3.2 ฮอโมน (Hormonal therapy) โดยให้ยาที่ออกฤทธิ์หยุดยั้งการทำงานของฮอโมนหรือลดการสร้างฮอโมน เช่น ในโรคมะเร็งเต้านม การให้ยา Tamoxifen เพื่อยับยั้งผลของ Estrogen จะทำให้เซลล์หยุดการเจริญเติบโตทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง หรือในโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นก็มีการใช้ฮอโมนเพศชาย Testosterone เพื่อหยุดการเจริญของเซลล์มะเร็ง

3.3 Bisphosphonates เช่น Pamidronate (ชื่อการค้า Aredia), Zoledronic acid (ชื่อการค้า Zometa) ใช้เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กระดูก เช่น ในกรณีที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งมายังกระดูกหรือในโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Multiple myeloma จะลดอาการปวดและลดการทำลายเนื้อกระดูก

3.4 Targeted therapy จัดเป็นการรักษาวิธีใหม่โดยให้ยาหรือสารที่มีความจำเพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งเท่านั้น เพื่อลดผลที่จะเกิดกับเซลล์ปกติ

จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยทั่วไป เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการดูแล และรักษาไม่ใช่เพื่อการรักษาให้หายจากโรค แต่การรักษาก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นยิ่ง ทั้งนี้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากตัวโรค และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งยังช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยด้วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับระยะเวลาการรักษายาวนานนั้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานได้เช่นกัน

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของระยะของโรคมะเร็งที่ลุกลาม และจากการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต่อโรคน้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ผิดปกติ มีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา และบรรเทาอาการแทรกซ้อนจากโรคมะเร็ง ดังการศึกษาของ Whitney et al. (2017) ศึกษาอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 1 ปีภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จำนวน 25,032 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 71 และการศึกษาของ Mercadante et al. (2017) ศึกษาลักษณะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน

โรงพยาบาล จำนวน 314 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 46.8 ด้วยสาเหตุจากผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดสารเสพติดหรือไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ อาการข้างเคียงจากการรักษาโดยเฉพาะยาเคมีบำบัด ควบคุมอาการของโรคมะเร็ง และการดูแลระยะช่วงสุดท้ายของชีวิต จากการกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานหลาย ๆ ด้านตั้งแต่พยาธิสภาพของโรค การรักษา และการเข้ารับการรักษาคัวในโรงพยาบาลอันเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ต้องแยกจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้ ดังกล่าวต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ปัญหาและผลกระทบที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ ปวด อ่อนเพลีย/ ไม่มีแรง/ เพลีย นอนไม่หลับ ปากแห้ง (นภา ทวีรทรง และคณะ, 2558) เป็นอาการที่เกิดจากโรคมะเร็งเอง และอาการข้างเคียงจากผลการรักษา ดังการศึกษาของการศึกษาของ พรพิมล เลิศพานิช, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคดิวงค์ (2560) ศึกษาประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 83 ราย พบว่า ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการของโรคมะเร็งระยะลุกลามทั้งด้านการรับรู้และความรุนแรงของการ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย/ เพลีย/ ไม่มีแรง กังวล/ กลุ้มใจ นอนไม่หลับ/ นอนหลับยาก ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร ปากแห้ง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลมาจากความรุนแรงของโรค และอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และยังคงทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่ห์หา, วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช และนพดล โสภารัตนาไพศาล (2557) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สี่ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 85 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวด ไอ อ่อนเพลีย/ ไม่มีแรง/ เพลีย การรับรสเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ/ นอนหลับยาก หายใจไม่อิ่ม/ หายใจถี่ ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้การทำหน้าที่ของของผู้ป่วยลดลง กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางกายมากส่งผลทำให้ความสามารถเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยต้องการพักผ่อนหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ภาวะจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลึกซึ้งและอารมณ์ที่เสียสมดุลในชีวิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเผชิญกับอาการ/ รับรู้อาการของโรค หรือความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคในระยะลุกลาม โดยผู้ป่วยจะกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นสามารถนำผู้ป่วยไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอนจากความไม่มั่นใจจากอาการที่เกิดขึ้น หรือการตีความของผู้ป่วยที่หลากหลายสาเหตุจากการคลุมเครือของอาการที่เกิดขึ้นว่าโรคที่ผู้ป่วยเผชิญโรคในภาวะที่สงบหรือก้าวหน้า

ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียความหวัง (Taylor-ford, 2014) ส่วนอารมณ์พบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองอารมณ์ ได้แก่ กลัวการพึ่งพาคนอื่น กลัวการเผชิญความจริง โกรธ วิตกกังวล อารมณ์ไม่มั่นคง และสิ้นหวัง เป็นต้น (Esteves et al., 2015) และเมื่อโรคของผู้ป่วยดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนึกถึงความตายของตนเอง ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และสะท้อนถึงการไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความล้มเหลวต่อการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่าภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ดังการศึกษาของ สุธิสา เต็มทับ และกิตติกร นิลมานิต (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบีบคั้นทางจิตใจกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะท้าย จำนวน 96 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความบีบคั้นทางจิตใจระดับปานกลาง โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ($r = .89, p < .001$)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะเกิดความหว่นกลัวเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร กังวลเกี่ยวกับความผาสุกของครอบครัว ต้องพึ่งพาคนอื่น รวมไปถึงการถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม สาเหตุจากการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง อาการข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็ง และภาพลบทางสังคมที่มอง (Stigma) ส่วนด้านเศรษฐกิจพบว่าโรคมะเร็งในระยะนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลผู้ป่วยต้องลางานหรือออกจากงาน สูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิการรักษาพยาบาลแต่อาจมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและยา อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หากผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบในการหารายได้ของครอบครัว ยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดเกี่ยวกับเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย ดังการศึกษาของ สมปอง พะมุลิตา และคณะ (2562) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวจำนวน 64 ราย พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลให้ผู้ป่วยขาดงาน และขาดรายได้ เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาหนี้สินเนื่องจากการกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินของรัฐหรือกู้เงินนอกระบบ

4. ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะรับรู้ต่อการเกิดอาการของโรคว่าเป็นภาวะใกล้ตายหรือเสื่อมสภาพ จิตใจผู้ป่วยจะถูกรบกวนด้วยความคิดถึงความตาย และการพลัดพรากจากสิ่งที่รัก (มลฤดี กิจทวี, 2552) สูญเสียการควบคุมเนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องปรับจิตใจให้ยอมรับกับข้อจำกัดของตนเอง และต้องจัดการกับชีวิตตนเอง (Dong et al., 2016) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคมามากขึ้นรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจ ดังการศึกษาของ รัตติยา ไชยชมพู, อัมภาพร นามวงศ์, น้ำอ้อย ภัทติวงศ์

เบญจมาศ ปรีชาคุณ และจิตินันท์ อ้วนล้ำ (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 428 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจร้อยละ 75.4 สำหรับผลกระทบด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเป้าหมายในชีวิต เนื่องจากการรบกวนของระยะ โรคที่ลุกลาม (Life threatening) เช่น ความฝันหรือโครงการที่ตั้งเป้าหมายไว้หยุดลง ไม่มีความคิดถึงอนาคต ไม่สามารถที่จะมีบุตรได้ ไม่มีโอกาสเห็นพัฒนาการเจริญเติบโตของบุตร ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และสัมพันธ์ภาพเปลี่ยนแปลง เป็นต้น (Esteves et al., 2015)

5. ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เสียงดังที่เกิดขึ้นภายในห้องพักของผู้ป่วยซึ่งเป็นเสียงที่มาจากล้อเข็นทำงานของพยาบาล เสียงการพูดคุยของพยาบาลและเสียงการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยหรือการพูดคุยระหว่างญาติกับผู้ป่วยภายในห้องพักผู้ป่วย สภาพที่ต้องนอนพักร่วมกับผู้อื่น หรือความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ป่วยอื่น (Tanatwanit, 2011) ขาดความเป็นส่วนตัว และไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ในโรงพยาบาลได้ (Nuraini, Gayatri, & Rachmawati, 2017)

สรุป จากผลกระทบข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง และการรักษาที่ไม่สามารถให้หายขาด (NCI, 2015) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการต่อสู้กับโรค ประสบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งผลต่อความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้/ยังไม่เกิดขึ้น และการรักษาโรคในระยะที่ลุกลาม/แพร่กระจาย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนดูแล และช่วยเหลือกับผลกระทบในด้านต่าง ๆ จากผู้ดูแล ครอบครัว (Brufsky, Ormerod, Bell Dickson, & Citron, 2017) รวมทั้งต้องการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะต้องมีความเข้าใจในปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเป้าหมายหลักในการดูแลรักษาโรคมะเร็งในระยะลุกลามมุ่งการรักษาแบบประคับประคองตามอาการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องเลือกวิธีการที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลต้องประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

1. ความต้องการด้านความรู้ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ได้แก่ ต้องการการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การรักษา การวินิจฉัยโรค การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งความรู้ทางสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแล (Krongyuth et al., 2018) ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง การปรับตัวการเจ็บป่วยของแต่ละคน (Esteves et al., 2015) จากการศึกษาของ ธัญญา ยอดยิ่ง อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัทติวงศ์ (2562) ศึกษาความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 91 ราย พบว่า ผู้ป่วยต้องการความรู้ในระดับมาก ทั้งนี้ต้องการความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป และการศึกษาของ Cardoso et al. (2016) ศึกษาวิวัฒนาการ/ การพัฒนาด้านจิตสังคม อารมณ์ หน้าที่และความต้องการสนับสนุนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จำนวน 1577 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามมีความต้องการสนับสนุนข้อมูลในเรื่องการจัดการอาการข้างเคียงจากโรคมะเร็ง และการรักษา การจัดการอาการข้างเคียง วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุน ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเมื่อการรักษาของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง สภาวะของโรคมะเร็งมีความก้าวหน้ารุนแรงขึ้น และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่เสื่อมถอยลง การให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของ โรคมะเร็งแต่ละคน การดูแลด้วยความรักใคร่เอ็นดู และการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป เป็นต้น (Esteves et al., 2015)

3. ความต้องการด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะนี้มีความต้องการคุณภาพชีวิตเพื่อตอบสนองความพึงพอใจในชีวิต และการดำเนินชีวิตอยู่อย่างคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การมีชีวิตเหมือนคนปกติ ได้รับการเคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความสามารถพึ่งตนเอง (มลฤดี กิจทวี, 2552) ต้องการกำลังใจจากพยาบาล และคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ (ธัญญา ยอดยิ่ง และคณะ, 2562) ดั่งการศึกษาของ พรพรรณ วนวโรดม และคณะ (2552) ศึกษาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล จำนวน 91 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก โดยมีความต้องการด้านจิตใจ 2 ด้าน คือ การมีความหมาย/ เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต เนื่องจากการมีเป้าหมาย และการมีความหมายของชีวิตเป็นความต้องการของบุคคลทุกคนในเรื่องเกี่ยวกับตัวตนของตนเองเพื่อการยอมรับตนเอง ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งของการมีชีวิตอยู่โดยเฉพาะในช่วงเจ็บป่วย การหาเหตุผลเกี่ยวกับความตายและการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และให้คุณค่าแก่ผู้อื่น เป็นความหมายหนึ่งของชีวิตผู้ป่วย

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยต้องการค้นหาความหมายของชีวิต ขณะที่ตนเองเจ็บป่วยโดยมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตวิญญาณ มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองเคารพนับถือ (Mesquita, Chaves, & Barros, 2017) และต้องการการยอมรับของตนเอง กล่าวคือต้องการได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อตนเองโดยไม่เสียความเป็นตัวตนของตนเอง ปฏิบัติด้วยความเคารพและความมีน้ำใจจนกว่าจะสิ้นชีวิต และยังต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง (Vilalta, Valls, Porta, & Viñas, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคร้ายแรงคุกคามชีวิตของประชากรไทยอย่างมาก ซึ่งโรคมะเร็งในระยะลุกลามนี้เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (NCI, 2015 a) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการรักษา และพยาธิสภาพของโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงเน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการอาการ (Symptom management) การดูแลตามอาการ (Supportive care) และการดูแลความสุขสบาย (Comfort care) (NCI, 2017) เพื่อประคับประคอง บรรเทาอาการที่เกิดจากโรคมะเร็งและเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดี (ประกาศิต จิรปภา และคณะ, 2555) สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดย สหสาขาวิชาชีพ (2549) ได้ตั้งเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่าเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีการตายที่ดี ดังนั้นการดูแลความสุขสบายจึงเป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามให้เกิดขึ้นตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามจนถึงการเผชิญกับภาวะใกล้ตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดทฤษฎีความสุขสบายเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

ทฤษฎีความสุขสบาย

ความสุขสบาย (Comfort) เป็นคำที่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาลาตินจากคำว่า Confortaire หรือ Confortare มีความหมายตามรูปศัพท์ว่าทำให้แข็งแรงขึ้นอย่างมาก (Kolcaba, 2003) ความสุขสบายเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่สมัยแรกของการพยาบาล ยุคฟลอเรนซ์ น丁丁เกล ซึ่งเน้นว่า “การพยาบาลจะต้องไม่บกพร่องเรื่องการสังเกต ความสำคัญของการพยาบาลความสุขสบายไม่ได้อยู่ที่พยาบาลมีข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยจำนวนมากเพียงอย่างเดียวแต่ต้องดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งมีความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น” (Nightingale, 1859 อ้างถึงใน Kolcaba, 2003; ยุพิน ถนงค์วิเศษ, 2559)

ต่อมา มีนักวิชาการและนักวิจัยทางการแพทย์หลายท่านที่สนใจ ได้ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ ดังต่อไปนี้

Kemp and Heri (1984) ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีปราศจากความเจ็บปวดหรือมีสิ่งใดที่มารบกวน

Chandler and Drake (1991) ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ การได้รับอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ มีบรรยากาศที่ดี การมีสุขอนามัยที่ดีในเรื่องการออกกำลังกาย การขับถ่าย มีการดูแลความปลอดภัย หรือป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตราย ตลอดจนการได้รับความรัก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Gropper (1992) กล่าวว่า ความสุขสบาย หมายถึง สภาพร่างกายที่มีความผาสุก ปราศจากความเจ็บปวด และเค็ดรื้อน มีความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือจิตวิญญาณ

Morse (1992) ความสุขสบาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ

Bucholtz (1994) กล่าวว่า ความสุขสบาย คือ การทำให้เกิดกำลังใจ ได้รับความสุข สนุกสนาน ทำให้เกิดความหวัง ปราศจากความเสียใจหรือความเจ็บปวด หรือการรู้สึกบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน

Kolcaba and Fisher (1996) กล่าวว่า ความสุขสบาย คือ การทำให้เกิดพลัง โดยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้รับการบรรเทาความทุกข์ ได้รับความสุข และอยู่ในภาวะเหนือปัญหาของตนเอง

Christensen (1999) กล่าวว่า ความสุขสบายเป็นการทำให้เกิดความหวัง มีความสุข และปราศจากความทุกข์ทรมาน และเค็ดรื้อน

Kolcaba (2003) ความสุขสบาย หมายถึงภาวะที่บุคคลเกิดพลังความเข้มแข็ง เมื่อได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้ได้รับความสุข บรรเทาความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดจนเกิดความรู้สึกเป็นสุขได้

จากความหมายความสุขสบายข้างต้นสรุปได้ว่า ความสุขสบาย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลามเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-วิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

Kolcaba เป็นนักวิชาการที่พัฒนาทฤษฎีความสุขสบายโดยการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ แนวคิดความสุขสบายจากผลงานวิชาการต่าง ๆ จนในที่สุดได้จำแนกและนิยามชนิดของความสุขสบายไว้ 3 ชนิด ดังนี้ (Kolcaba, 2003)

1. การบรรเทาความไม่สบาย (Relief) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับความไม่สบายต่าง ๆ ได้รับการดูแลและบรรเทาจากพยาบาล
2. ภาวะที่มีความสุข (Ease) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และเกิดความสงบจากร่างกายที่สามารถรักษาความสมดุลไว้ได้
3. การที่สามารถอยู่เหนือปัญหา/ ความทุกข์ทรมาน (Transcendence) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่เหนือปัญหาโดยไม่รู้สึกรู้ว่าทุกข์ทรมาน แม้จะต้องเผชิญกับความไม่สบายอยู่

โดยความสุขสบายทั้ง 3 ชนิดนี้ อยู่ภายใต้บริบท 4 บริบท ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความสุขสบายทางด้านร่างกาย (Physical comfort) ความสุขสบายทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual comfort) ความสุขสบายทางด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort) และความสุขสบายทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) อธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort) ความสุขสบายที่ร่างกายได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ เช่น การรับรู้ระบบสัมผัส ระบบภูมิคุ้มกัน โรค กลไกการรักษาสมดุลของร่างกาย เป็นต้น
2. ความสุขสบายทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual comfort) เป็นความรู้สึกการรับรู้ในตนเองของบุคคล เช่น การมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง สิ่งที่มีความหมายในชีวิต ลักษณะปัจเจกบุคคล และความต้องการกำลังใจจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ เป็นต้น
3. ความสุขสบายทางด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort) การที่บุคคลมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความเกี่ยวข้องหรือมีความสำคัญต่อชีวิต รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคม เป็นต้น
4. ความสุขสบายทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) ความสุขสบายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกตัวผู้ป่วย เช่น แสง สี เสียง อุณหภูมิ สถานที่ ข้าวของเครื่องใช้ เป็นต้น

ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่าไว้ว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุขสบายถูกคุกคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ (Health care needs) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าสิ่งที่ขัดขวางความสุขสบาย (Obstructing forces) พยาบาลมีหน้าที่เสาะหาหรือประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลเป็นผู้กำหนดการพยาบาลความสุขสบายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการควบคุมตัวแปรภายนอกที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขสบาย (Interacting forces) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า (Intervening

variables) การพยาบาลนั้นจึงเรียกว่า การพยาบาลความสุขสบาย (Nursing interventions) หรือสิ่งที่ส่งเสริมความสุขสบาย (Facilitating forces) เมื่อการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่เพียงพอ โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงการพยาบาลที่ได้รับ (Perception) ผลของการพยาบาลที่ได้คือความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น (Enhanced comfort) ซึ่งความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลลัพธ์ที่ได้รับจากการดูแลอย่างทันทีทันใด ทั้งนี้การดูแลเพื่อสร้างความสุขสบาย เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองแล้วพบว่ามีความสุขสบายเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในอนาคต โดยมีมุ่งมั่นในการทำหน้าที่ของตนเอง ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ (Health-seeking behaviors) ต่อไป

การประเมินความสุขสบาย

ความสุขสบายเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับ ซึ่งแตกต่างกันไป และสามารถประเมินได้หลายวิธี ดังนี้

1. แบบสอบถามความสุขสบายทั่วไป (General Comfort Questionnaire) Kolcaba (1992 อ้างถึงใน Kolcaba, 2003) ได้พัฒนาแบบวัดความสุขสบายทั่วไปนี้ขึ้นมาจากแนวคิดของการมองโครงสร้างของความสุขสบายที่สัมพันธ์กันระหว่างชนิดและบริบทของความสุข โดยแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก จำนวน 20 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 28 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป ตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะเวลานั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ การคิดคะแนนความสุขสบายคิดคะแนนรวมทั้งชุด โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความสุขสบายมาก คะแนนน้อย หมายถึงมีความสุขสบายน้อย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .88 (Kolcaba, 2003)

2. แบบประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Holistic Comfort Questionnaire) แบบสอบถามพัฒนาโดย Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd (2001) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) โดยข้อคำถามเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความสุขสบายและประสบการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการวัดความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยความต้องการความสุขสบาย 3 ชนิด (การบรรเทา, การได้รับความสุข และภาวะเหนือตนเอง) ใน 4 บริบท (ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 6 ระดับ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .98

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ทฤษฎีความสุขสบายให้ความหมายของความสุขสบายตามแนวคิดของ Kolcaba (2003) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความพึงพอใจ สบายใจ และมีความสุขเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการภายใต้บริบท 4 บริบท ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยร่างกายจะมีการหลั่งสารเอนโดรฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข (Veening & Barendregt, 2015) ด้านจิตใจส่งผลให้มีอารมณ์ดี มองโลกในแง่ดี ปราศจากความรู้สึกทางลบ ทำให้บุคคลจะเห็นคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น มีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ (สิริกานดา กอแก้ว และสุขอรุณ วงษ์ทิม, 2560) ส่งผลให้มีสภาวะจิตใจที่สงบ เป็นสุข ยอมรับความจริง มีความเข้มแข็งในจิตใจ (ปณิธร รัตนิล และจิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2559) เมื่อมีความสมดุลของกายและจิตจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีและประสบความสำเร็จในชีวิตร (ทัศนีย์ ขาว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และทิพมาศ ชินวงศ์, 2556)

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการรักษา การใช้ชีวิตอยู่กับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีปัจจัยร่วมส่งเสริมทำให้เกิดมาจากปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขสบายในทางส่งเสริมและยับยั้ง ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนี้ ปัจจัยด้านยับยั้งความสุขสบาย ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยส่งเสริมความสุขสบาย ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความปวด

International Association for the Study of Pain (2014) ได้ให้ความหมายของความปวดคือ เป็นประสบการณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายที่ถูกทำลาย

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2556) ได้ให้ความหมายของความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง (Cancer-related pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็ง หรือเป็นผลจากการรักษาโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเนกรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัด

จากคำนิยามข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าความปวดจากโรคมะเร็ง หมายถึง ประสบการณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่เกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็งหรือเป็นผลจากการรักษาโรคมะเร็งที่ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย

กลไกการเกิดความปวดจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นได้เมื่อก่อนมะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำให้มีการกดเบียด ทับ ทำลายเซลล์ประสาทและเนื้อเยื่อของอวัยวะใกล้เคียงเกิดกลไกความปวดจากโรคมะเร็งดังนี้ เมื่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ประสาทของร่างกายถูกทำลายจะมีการหลั่งสารเคมี เช่น Bradykinin Prostaglandins Serotonin Histamine ออกมา และนอกจากนั้นเซลล์มะเร็งจะมีการหลั่งสารต่าง ๆ เช่น Tumor Necrosis Factor Alpha เกิดการกระตุ้นความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นเองแม้ไม่มีสิ่งมากระตุ้น (Dysesthesia) หรือมีสิ่งมากระตุ้นแต่เพียงเบา ๆ (Allodynia) (Arnstein, 2018) เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นจากตัวรับความรู้สึกปวด (Nociceptor) จะมีการส่งสัญญาณต่อกันเป็นวิถีประสาท (Neuron pathway) ทำให้เกิดกระบวนการแปลงสัญญาณ (Transduction) เป็นเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาทางเคมีในการแปลงสัญญาณให้เป็นกระแสไฟฟ้าเกิดเป็นศักย์ไฟฟ้าขึ้น (Depolarize) จากนั้นจะมีการส่งผ่านสัญญาณ (Transmission) ของกระแสไฟฟ้าในรูปของ Nerve impulse หรือ Nerve action potential จากปลายประสาทตัวรับความรู้สึกปวดไปยังไขสันหลัง โดยเข้าทาง Dorsal horn ไปเชื่อมประสานประสาท (Synapse) ที่ประตู (Gate) บริเวณ Substantia gelatinosa ซึ่งกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกแบ่งผ่านเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-beta) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (A-delta และ C-fiber) จากนั้นกระแสประสาทจะถูกส่งจากไขสันหลังไปยังก้านสมองส่วนกลางทาลามัส (Thalamus) เกิดกระบวนการปรับสัญญาณของกระแสประสาทเป็นความปวด (Modulation) เกิดเป็นการรับรู้ความปวด (Perception) และแปลความรู้สึกปวดที่สมองชั้นนอก (Cerebral cortex) (ดวงฤทัย บัวด้วง, 2556)

ความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็งสามารถพบได้ในระยะใดของโรคก็ได้ กล่าวคือ สามารถพบได้ก่อนการวินิจฉัย ระหว่างรับการรักษา ระยะของการเป็นโรค รวมไปถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ดังการศึกษาของ Van den Beuken-van Everdegen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen, and Janssen (2016) ศึกษาความแพร่หลายและความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 122 งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความปวดภายหลังได้รับการรักษา ร้อยละ 39.3 ระหว่างรับการรักษา ร้อยละ 55.0 และความปวดจากการลุกลามของโรค การแพร่กระจายของโรครวมไปถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ร้อยละ 66.4 สำหรับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งลุกลามพบได้ร้อยละ 78.4 (Tai et al., 2016) ซึ่งเป็นความปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 18.1 และเป็นความปวดระดับปานกลาง ร้อยละ 43.1 (วัชร ต่อณี, 2561) โดยอาจเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือทั้งสองอย่าง รวมทั้งความปวดที่เพิ่มขึ้น

จากความปวดที่มีอยู่เดิมอย่างฉับพลัน เรียกว่าความปวดแทรก (Breakthrough pain) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 79 (Azhar et al., 2019) สำหรับสาเหตุของความปวดจากโรคมะเร็งมีดังนี้ (อังคณา จงเจริญ, 2558)

1. สาเหตุจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง พบได้มากถึง ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งขยายตัว ทำลายเนื้อเยื่อและกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงอวัยวะที่เป็นมะเร็งและอวัยวะข้างเคียง หรือจากการที่ก้อนลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระดูก ทำให้เกิดอาการปวดในกระดูก ตับ สมอ ลำไส้ เป็นต้น
 2. สาเหตุจากการรักษาโรคมะเร็ง พบได้ ร้อยละ 19 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด เกิดจากภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงต่าง ๆ จากการรักษา เช่น อาการปวดหลังผ่าตัดก้อนเนื้อมะเร็งออก การผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผ่าตัดก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอ ผ่าตัดแขนขาเพื่อรักษามะเร็ง อาการปวดจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น เจ็บแสบในปาก เนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ ปวดจากเส้นประสาทบริเวณแขน (Brachial plexopathy) อาการปวดจากได้รับรังสีรักษาเนื่องจากมีพังผืดไปรัดแขนงกลุ่มประสาท หลังการฉายแสงรักษามะเร็งที่บริเวณใกล้เคียงกลุ่มประสาท เช่น อาการปวดขาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ในส่วนที่เลี้ยงโดยประสาทไขสันหลังในระดับต่าง ๆ ภายหลังจากการฉายรังสี
 3. สาเหตุจากภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด เป็นความปวดของร่างกายที่มาจากสิ่งเร้าด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมเป็นเวลานาน เป็นความปวดที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้โดยตรง มักแสดงออกในรูปปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกระเพาะ แต่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์และจิตใจ (อรพินท์ สีขาว, 2560)
- ความปวดเป็นภัยคุกคามสำคัญที่มีผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความปวดจะผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายส่งผลกระทบต่อต้นเหตุเกิดความเจ็บปวด การสามารถในการนอนหลับลดลง ด้านอารมณ์ พบว่ามีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด เศร้า ไม่มีกำลังและสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ด้านสังคม พบว่าความสามารถในการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว เพื่อผ่อนคลายเนื่องจากอาการปวดทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงเป็นสาเหตุทำให้แยกสังคม ด้านหน้าที่ความคิด พบว่าสมาธิและความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง (Knudsen et al., 2012) และด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยให้ความหมายกับชีวิตว่าโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของชีวิตอย่างมากเนื่องจากเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน (กาญจนา เพ็ชรบัญญัติ และทัศนาศูวรรณะปรกรณ์, 2557)

จากการกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าความปวดเป็นความทุกข์ทรมานหรือไม่สุขสบายที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้ ดังการศึกษาของ Erol et al. (2018) ศึกษาประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 16 ราย พบว่า ความปวดที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เช่น รู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง ไม่สามารถทำงานบ้านตามปกติได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาคือคนอื่น และยังมีความสามารถในการนอนหลับพักผ่อนลดลง ไม่สามารถไปพบปะบุคคลในสังคมจนเป็นปัญหาที่กระทบต่อสภาวะจิตใจ เช่น แยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความปวดจึงส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ จากทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) กล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ท่ามกลางภาวะเครียดทางสุขภาพ (Stressful health care situations) ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้น ดังการศึกษาของ Wells, Murphy, Wujcik, and Johnson (2003) ศึกษาความทุกข์ทรมานและการรบกวนต่อชีวิตประจำวันเนื่องจากความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 64 ราย พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมาน ($r = .64, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim and Kwon (2007) ศึกษาความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 98 ราย พบว่า อาการของโรคมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = -0.54, p < .01$)

แม้ว่าปัจจุบันแม้ว่าปัจจุบันอาการปวดจากมะเร็งส่วนใหญ่สามารถควบคุมได้โดยการใช้การรักษาตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมความปวดก็ยังไม่มีประสิทธิภาพและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมและเวลาที่ไม่มีเหมาะสมจึงทำให้เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Black et al., 2018) นอกจากนี้ความปวดยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ดังการศึกษาของ Mercadante et al. (2017) ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 10 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ร้อยละ 70.8 และเข้ารับการรักษาครั้งแรกด้วยสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ร้อยละ 74.8 จะเห็นได้ว่าความปวดจากโรคมะเร็งคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะระยะลุกลามนี้ ซึ่งความปวดถือว่าเป็นความไม่สุขสบายด้านร่างกายอย่างหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่แสดงออกถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติ ทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ทำให้บุคคลแสดงออกโดยตำหนิและลงโทษตนเอง มองตนเองว่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่าเกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สิ้นหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น น้อยลง

Priest (1983) อธิบายถึงความซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงออกถึงความรู้สึกหมดหวังเมื่อ บุคคลไม่สามารถบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงแสดงออกถึงความรู้สึกเศร้าเสียใจจนถึง ซึมเศร้า

เกษม ต้นติผลาชีวะ (2536) ได้ให้ความหมายว่า เป็นอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจ หดหู่ เชื่องช้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดเบื้อชีวิต

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ตำหนิตนเอง ขาดความสุขและความสนใจในชีวิตประจำวัน สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เกิดได้จากหลายปัจจัยเสี่ยงรวมทั้ง ทางด้านบุคคล สังคม และจากการรักษาโรคมะเร็ง (Dauchy et al., 2013) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเครียดของสถานการณ์ชีวิต พันธุกรรม เกี่ยวกับโรคทางด้านจิตเวช บุคลิกภาพส่วนบุคคล การวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งส่งผลต่อบุคคลในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงของชีวิต นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางอารมณ์ และความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness)

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม ได้แก่ การอาศัยอยู่คนเดียว การถูกแยกจากสังคม สถานะ เศรษฐกิจทางการเงินต่ำ ชนกลุ่มน้อย ขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะลุกลามหรือแพร่กระจายของโรคมะเร็ง การรักษาโรคที่จำกัด การแสดงของอาการทางกาย ที่ไม่สามารถควบคุมได้

4. ปัจจัยเสี่ยงด้านการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ การได้รับยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นเวลานาน การใช้ยากันชัก การใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มที่เป็นพิษต่อระบบประสาท เป็นต้น โดยสาเหตุข้างต้นทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ (Inflammation process) จากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ เช่น การรักษาโดยผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา นำไปสู่กระบวนการทำงานของ Damage-associated Molecular Patterns [DAMPs] เกิดการเสียหาย ทำให้ร่างกายเกิดการอักเสบร่างกายจะหลั่งสาร Proinflammatory cytokine เช่น TNF- α , IL-1 เมื่อสารเหล่านี้เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบให้เกิดการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดซีโรโตนิน (Serotonin) และนอร์อะดรีนาลิน (Noradrenaline) เพิ่มขึ้น ส่วนสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) จะลดลง สามารถส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ (Smith, 2015)

ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงที่แตกต่างกันตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าในคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงจนกระทั่งต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (พิชัย อธิฐสกุล และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2558) มีดังต่อไปนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อ
 - 1.1 มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลาและเป็นเกือบทุกวัน
 - 1.2 ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำลดลงอย่างมาก
 - 1.3 เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
 - 1.4 นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ
 - 1.5 ทำอะไรช้าพุดช้า หรือเดินเคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายก็มีหงุดหงิด

กระสับกระส่าย เหมือนรีบเร่ง

- 1.6 อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง
- 1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป มองตนเอง มองโลก มองอนาคตใน

ด้านลบทั้งหมด

- 1.8 สมาธิหรือความคิดความอ่านลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้
- 1.9 คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ หรือบางรายพยายาม

ฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย

2. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านสำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน

3. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพการดำเนินการก้าวหน้าของโรคต่อสภาวะจิตใจ และผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็ง จากสาเหตุข้างต้นส่งผลให้สารสื่อประสาทซีโรโตนินและโดปามีนลดลง ส่งผลให้สมองส่วน Dorsolateral prefrontal cortex, Anterior

cingulate cortex, Ventral striatum, Nucleus acumbens และ Hippocampus ทำงานลดลง ทำให้เกิดการแสดงออกถึงพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้า (สุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2560) ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจลดลง คุณค่าในตนเองลดลง และโคปามีนเป็นสารที่เรียกว่า “สารแห่งพลังขับเคลื่อนชีวิต ไปสู่เป้าหมาย” เมื่อสารชนิดนี้ลดลงผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ได้ (Singminton, 2017) จากการศึกษาของ Dégi (2013) ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า มีอาการของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.5 โดยระยะของโรคที่พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ ระยะที่ 3 และสามารถพบภาวะซึมเศร้าได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษา ร้อยละ 85 ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด ร้อยละ 75 และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 48 (Mushtaq et al., 2017) เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจะแสดงอาการร้องไห้ หงุดหงิด แยกตัวจากสังคม นอนไม่หลับและอ่อนเพลีย (Zhang et al., 2015) การทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ความบกพร่องทางสติปัญญา คุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีพลดลง (Rooney et al., 2011) จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้านี้เป็นสภาวะความเครียดที่กระทบทางด้านสุขภาพ (Stressful health care situations) อย่างหนึ่งซึ่งถ้าไม่ได้รับการจัดการอาจส่งผลถึงความสุขสบายได้

ดั่งการศึกษาของ Widyastuti and Nuraini (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขสบายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 95 ราย พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้า โกรธ หงุดหงิด และเดี๋ยวตาย ความรู้สึกเหล่านี้เป็นสิ่งรบกวนความสุขสบายด้านจิตใจ และการศึกษาของ Kim and Kwon (2007) ศึกษาความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 98 ราย พบว่า สภาวะอารมณ์ทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = .581, p < 0.01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญอยู่กับโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยโรคที่ต้องมีการตรวจหลายขั้นตอน ซึ่งต้องใช้กระบวนการในการรักษาโรคมะเร็งที่ซับซ้อนและยังมีอาการข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการรักษาซ้ำเมื่อพบว่ามีมะเร็งแพร่กระจาย จะส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นความไม่สุขสบายด้านจิตใจอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมากและยังเป็นปัจจัยที่ลดระดับความสุขสบาย โดยเฉพาะบริบทด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน (2550) ให้ความหมายของความผาสุกไว้ว่า ความผาสุก หมายถึง สบาย สงบ ร่มเย็น

สุรินทร์ จิรินรัมย์ (2556) ให้ความหมายของจิตวิญญาณไว้ว่า สิ่งที่อยู่ภายในมีลักษณะรวมไปถึงการหาความหมายและความมุ่งหมาย เช่น การหาความหมายของชีวิตและความตาย สิ่งที่เกิดขึ้นเกินความเข้าใจหรือเหนือเกินธรรมชาติ (Transcendence) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตใจที่ไม่ใช่ร่างกาย และวัตถุสิ่งแวดลอม ความเกี่ยวเนื่องผูกพัน (Connectedness) และคุณค่า (Value)

Paloutzian and Eillison (1982) ได้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล

O'Brien (2008) ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ว่า เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเป็นองค์รวมในบุคคล ที่ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพของตน มองตนด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ภายในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับ

กิตติกร นิลมานิต (2555) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ลักษณะภายในของบุคคล ที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจไปสู่การมีความหมาย เป้าหมาย และความหวังในการดำเนินชีวิตมีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

กนิษฐา ลีทรัพย์ (2557) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่มองเห็นความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าในชีวิต ฟังพอใจในธรรมชาติ ความจริงของชีวิต ฟังพอใจในศาสนาที่ตนเองนับถือ มีสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจที่ทำให้รู้สึกมีพลัง มีชีวิตชีวา มีความหวังในชีวิต ทำให้เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ มีความเสียสละเมตตา กรุณา มีความคิดสร้างสรรค์ ไม่เห็นแก่ตัว ให้ความรักและได้รับความรัก ให้ความไว้วางใจ ให้อภัยต่อตนเองและผู้อื่น

สรุปได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มองเห็นความหมาย มีเป้าหมายและเห็นคุณค่าในชีวิต ร่วมกับมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในจิตใจ แล้วนำมาซึ่งความฟังพอใจในชีวิตและมีความสุขในจิตใจ สามารถจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (NCI, 2015 a) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือก การวินิจฉัยโรคในระยะนี้ นำมาซึ่งอาการ และความทุกข์ทรมานที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สิ้นหวัง ก้าว และความไม่แน่นอนของอนาคต เป็นตราบาปอย่างหนึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยในระยะนี้จะมองว่าความตาย

ได้มาถึงแล้ว และเป็นความจริงของโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม (Prado et al., 2020) ส่งผลให้เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการรบกวนของระยะโรคที่ลุกลาม (Life threatening) เช่น ความฝันหรือโครงการที่ตั้งเป้าหมายไว้หยุดลง ไม่มีความคิดถึงอนาคต ไม่สามารถมีบุตรได้ ไม่มีโอกาสเห็นพัฒนาการเจริญเติบโตของบุตร ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และสัมพันธ์ภาพเปลี่ยนแปลง เป็นต้น เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างหนึ่ง (Esteves et al., 2015) ทำให้ความสามารถในการตระหนักถึงคุณค่าในชีวิตเปลี่ยนแปลง (Meaning of life)

จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวควบคู่ไปกับการจัดการด้านร่างกายและจิตใจเพื่อความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลือในระยษะท้ายของผู้ป่วยดังกล่าวการศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี พิภูล และคณะ (2558) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 267 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 55.8 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในระดับมากถึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูงขึ้น เมื่อจำแนกความต้องการรายด้าน พบว่ามีความต้องการในด้านการเชื่อมโยงศาสนาเป็นสิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ๆ มากที่สุด รองลงมาเป็นการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pearce et al. (2012) ศึกษาความต้องการการดูแลที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 150 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องการการดูแลในด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับความต้องการเชื่อมโยงหรือเชื่อมต่อกับสิ่งที่อยู่เหนือจิตใจ ต้องการใครบางคน สวดมนต์ให้กับตนเอง และต้องการเครื่องมือสื่อสาร (โดยการอ่านหรือดู) เรื่องที่เกี่ยวกับศาสนา และจิตวิญญาณ ตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณตามความต้องการจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าศาสนาและสิ่งที่ยึดถือปฏิบัติมีผลต่อการรับรู้ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จากแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Eillison (1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (The existential well-being) แสดงออกถึงความมีตัวตนและการรับรู้ว่าตัวตนของตนเองนั้นมีคุณค่า บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่รู้เป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิตและให้ความหมายในชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้เป้าหมายของชีวิต (Sense of life purpose) เป็นเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิตของบุคคล รู้ว่าตนเองกระทำสิ่งใด เพื่ออะไร อะไรเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายในชีวิตทำให้บุคคลรู้ว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกแหว่งแกล่นลอย มีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ มองเห็นถึงความหมายของชีวิตตนเอง ว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายชีวิต

1.2 ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Life satisfaction) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความสุขในสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีความพอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตนเองซึ่งช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าในชีวิตของ พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง

2. ความผาสุกจากการมีศาสนาเป็นที่ยึดมั่น (The religious well-being) ศาสนาเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้บุคคลมีที่ยึดเหนี่ยว สร้างเป้าหมายและยึดเหนี่ยวทางจิตใจจนทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ แต่เมื่อมองให้ดีแล้วศาสนายังประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ อีกหลายส่วนที่นอกเหนือจากความศรัทธาแล้วคือ ความสำคัญทางด้านจริยธรรมคุณธรรม นอกจากนั้นศาสนายังก่อให้เกิดวัฒนธรรม จารีตประเพณีให้สังคมได้ ในแง่ของศาสนาที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นมีด้วยกัน 2 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาและนำมาปฏิบัติ เมื่อบุคคลเชื่อในหลักของศาสนาและปฏิบัติตามคำสั่งสอนของศาสนา แนวทางศาสนาแต่ละศาสนาสอนนั้นย่อมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตไว้ว่าสิ่งไหนควรกระทำสิ่งไหนไม่ควรกระทำ

2.2 เครื่องยึดเหนี่ยวและที่พึ่งทางใจในการปรับตัวต่อการเผชิญกับปัญหา เมื่อบุคคลมีที่พึ่งทางใจแล้วอุปสรรคต่าง ๆ ย่อมมีความรุนแรงลดลง ในกรณีที่ไม่มีปัญหาใด ๆ ศาสนาก็อยู่ในฐานะเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้สงบมองโลกในแง่ที่เป็นความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งมีผลอย่างมากในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความผาสุกหรือสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความคิด หรือจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด สิ่งที่มีความยึดมั่นศรัทธา (บ่าเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557) จะเห็นได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความหวัง และความศรัทธาทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต (Prado et al., 2020) ดังการศึกษาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 212 ราย พบว่า ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตาย จะเห็นได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยในระยะลุกลามนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจนกระทั่งถึงการตายดีในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่าบุคคลจะรับรู้ความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ McClain-Jacobson et al. (2004) ศึกษาความเชื่อ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 276 ราย พบว่า ผู้ป่วย

โรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีความเชื่อในตัวบุคคลจะมีความสุขสบาย ร้อยละ 68.4 เช่นเดียวกับ การศึกษาของ พรทิพย์ ปุกหุด และทิศยา พุฒิกามิน (2555) ได้ศึกษาผลของการสวดมนต์บำบัด ต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการสวดมนต์มีความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ เป็นสุขสงบ สมอง ปลอดภัย และในขณะที่สวดมนต์จิตใจของผู้สวดเกิดสมาธิ ทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร เอนโดรฟินทำให้เกิดความสุขซึมซาบไปทั่วร่างกาย และการศึกษาของ Shirkavand, Abbaszadeh, Borhani, and Momenyan (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต และการกลัวความตายในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับความทุกข์ทรมานจาก โรคมะเร็ง จำนวน 185 ราย พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง ($r = 0.28, p = .001$)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าการศึกษาในประเทศไทยปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ ลุกลามส่วนใหญ่มีความต้องการทางจิตวิญญาณระดับปานกลางถึงสูง เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วย มากขึ้นความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจะมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลควบคู่กัน กับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้าน สังคม เพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตของความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่ประกอบไปด้วยการมีเป้าหมายในชีวิต และการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นสิ่งที่ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะลุกลามสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ปัจจุบันยังไม่มี การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ และความเชื่อที่อยู่ในจิตใจกับความสบาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการดูแลส่งเสริม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณน่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายหรือพึงพอใจได้

การสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลในสังคม เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัว บุตร คู่สมรส เพื่อน บุคคลในองค์กร ดังนั้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองได้รับการ ช่วยเหลือ จากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว (เช่น สามี ภรรยา บุตร) เพื่อน แพทย์ และพยาบาล โดยครอบคลุมด้านอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ทางการเงิน และการสนับสนุนการประเมินตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ได้แบ่ง การสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความหวังใจ ความไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่จำเป็นและแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของการเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือ ในเรื่องการเงิน สิ่งของใช้ที่จำเป็น และช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงาน

4. การสนับสนุนโดยการประเมินตนเอง (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การยอมรับในสิ่งที่บุคคลอื่นแสดงออก รวมถึงแรงสนับสนุนที่ช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อม

เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอันเกิดจากผลของการพัฒนาเซลล์มะเร็งของโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยต้องแยกออกจากสังคม รายได้ลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงาน รู้สึกการได้รับการสนับสนุนหรือพบปะเพื่อนลดลง (Cardoso et al., 2016) จึงต้องการความรักความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น (Krongyuth et al., 2018) รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลภาวะสุขภาพจากเจ้าหน้าที่บริการทางด้านสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนโดยการประเมินตนเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการเศร้า มีคนรับฟังความคิดเห็น มีคนชื่นชมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ การพูดคุยถามทุกข์สุขด้วยความเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สงบ มีสมาธิ เกิดความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อความตึงเครียดลดลงทำให้ความทุกข์ทรมานทางร่างกายลดลงด้วย (Dietrich & Abbott, 2012) สอดคล้องกับทฤษฎีความสุขสบาย Kolcaba (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลจะรับรู้ความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการดังการศึกษาของ สายนที วัฒนธรรม และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบาย ($r = .337, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cheng and Wang (2014) ศึกษาปัจจัยทำนายระดับความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 200 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขสบาย ($r = .285, p < .01$) จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้การตอบสนองความต้องการที่ช่วยเพิ่มระดับของความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยเฉพาะบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรม แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งแล้วแต่เป็นการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในโรคมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ระยะลุกลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสบายเพื่อหาความสัมพันธ์ดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนเพิ่มหรือลดระดับความสุขสบาย จึงคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม สำหรับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการศึกษาโรคมะเร็งของภาคตะวันออก และมีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวนมากมาทำการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรเหล่านี้เพื่อผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ พยายามนำมาเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามให้ได้รับความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบาย และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยปัจจัยประกอบด้วย ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม มีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งให้บริการการรักษาพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเบื้องต้นจากผลการตรวจชิ้นเนื้อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ (โดยเฉพาะโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางด้วยรังสีรักษา (รวมทั้งการฝังแร่) เคมีบำบัด และการดูแลตามอาการ (Supportive care)

โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งเห็นควรได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยการรับยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการรักษาตามอาการ แบบผู้ป่วยในจะได้รับเข้ารักษาภายในหอผู้ป่วยสามัญหญิง หรือหอผู้ป่วยสามัญชายที่มีแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทางหอผู้ป่วยสามัญหญิง หอผู้ป่วยสามัญชาย มีการให้ดูแลเฉพาะทางในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น จัดกิจกรรมสมาธิบำบัดแบบ SKT โดยทีมงานวิสัญญีพยาบาลสัปดาห์ละครั้ง มีนักโภชนาการเข้าเยี่ยมประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคองเข้าเยี่ยมประเมินปัญหาและให้คำแนะนำเฉพาะรายในทุกวันในช่วงบ่าย ทางหอผู้ป่วยมีการอนุญาตให้บุคคลใกล้ชิดญาติ เพื่อนบ้าน สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ โดยกำหนดเวลาการเข้าเยี่ยมของญาติในช่วงเวลา 10.00-20.00 น. เนื่องจากการกำหนดช่วงเวลาให้แพทย์เยี่ยมอาการประจำวัน ให้พยาบาลได้ทำหัตถการแก่ผู้ป่วย เช่น การทำแผล การเฝ้าระวังอาการแพ้ยาเคมีบำบัดอย่างใกล้ชิดขณะที่ผู้ป่วยเริ่มการรับยาเคมีบำบัด และการดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย นอกจากนี้ทางหอผู้ป่วยยังมีการอนุญาตให้ญาติใกล้ชิดสามารถโทรศัพท์ติดต่อ หรือสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลมีอากาศที่ถ่ายเทได้สะดวก ปลอดภัย มีที่นั่งพักสำหรับญาติที่มาเยี่ยม มีแผนกการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพ บำบัดจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และสร้างความผ่อนคลายแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ญาติมิตรภาพบำบัด ได้แก่ การจัดโครงการดนตรีบำบัดจากจิตอาสา เช่น วง The HIS World Orchestra วงดนตรีไทยจากกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มพัฒนาสุขภาพชลบุรี เป็นต้น การจัดกิจกรรมเติมพลังใจใส่ใจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ โดยบริการตัดผมฟรีจากช่างผมจิตอาสา และกิจกรรมทำบุญตักบาตรตอนเช้าทุกวันพุธ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่จิตศรัทธามอบสิ่งของเครื่องใช้ อาหาร ขนม และเครื่องคั้นแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้มารับบริการเป็นประจำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยผลตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 และได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ประกอบด้วยหอผู้ป่วย 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยในสามัญหญิง และหอผู้ป่วยในสามัญชาย

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยใน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power analysis version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติหาความสัมพันธ์ Correlation ในการวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 กำหนดค่าอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ .30 (Cohen, 1988) เนื่องจากเป็นค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ในการศึกษาทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (Polit & Beck, 2014) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยผลตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่มีแผนการรักษาให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญหญิง หรือหอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลขคู่หรือเลขคี่ เพื่อกำหนดผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรืออยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่มีเลขท้ายของเลขประจำโรงพยาบาลตามฉลากที่ถูกจับได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วันที่ 1 ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเช้าผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลาก จำนวน 1 ใบ จากฉลาก จำนวน 2 ใบ ที่เขียนคำว่าเลขคู่ หรือเลขคี่กำกับไว้เพื่อเป็นการระบุว่าผู้วิจัยจะศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่ได้เข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย และมีเลขตัวท้ายของเลขประจำโรงพยาบาลเป็นเลขคู่ตามฉลากที่จับได้
2. ผู้วิจัยเข้าพบและประสานกับหัวหน้างานพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย หรือกรณีหัวหน้างานพยาบาลหอผู้ป่วยดังกล่าวติดภารกิจ ผู้วิจัยก็ประสานกับพยาบาลหัวหน้าเวรเช้า เพื่อขอความร่วมมือในการสำรวจเลขประจำโรงพยาบาล (Hospital Number) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยผลตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่ได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชายในขณะนั้นและมีเลขท้ายของเลขประจำโรงพยาบาลตรงตามฉลากที่ถูกจับได้ (ข้อที่ 1) พร้อมทั้งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้างานพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญหรือพยาบาลหัวหน้าเวรทั้ง 2 หอผู้ป่วยอีกครั้งในการประสานกับผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อขออนุญาตผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์กำหนดในการให้ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อรับฟังคำชี้แจง แรงจูงใจ และความประสงค์ของผู้วิจัย และเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัย
3. ในขณะเดียวกันหากมีผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้เข้ารับการรักษาด่วนแบบผู้ป่วยใน (รับใหม่) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลามหรือมีระยะของโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 ในแต่ละวัน ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลหัวหน้าเวรเช้าในแต่ละวันในการสำรวจเลขประจำโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และขออนุญาตผู้ป่วยดังกล่าวให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อรับฟังคำชี้แจง แรงจูงใจ และความประสงค์ของผู้วิจัย และเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน มีจำนวนทั้งสิ้น 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย 3) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินอาการปวด และ 6) แบบสอบถามอาการซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน) สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และลักษณะครอบครัวที่อาศัยในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งของก้อนมะเร็ง วันที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจากการตรวจผลชิ้นเนื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน (วันที่ทำแบบทดสอบ) ครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาลครั้งนี้จนถึงปัจจุบัน (วันที่ทำแบบทดสอบ) เหตุผลที่เข้ารับการรักษามาถึงปัจจุบัน ประวัติการรักษาโรคมะเร็ง โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาอื่น ๆ ที่ได้รับ โดยข้อมูลส่วนที่ 2 นี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลส่วนนี้ด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและอาจสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อความสมบูรณ์ชัดเจนของข้อมูล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย (Hospice Comfort Questionnaire [HCQ]) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วยฉบับภาษาไทยของ Tanatwanit (2011) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย Novak et al. (2001) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย Tanatwanit (2011) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ประกอบด้วยความสุขสบาย 4 ด้าน 3 บริบท ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้สอบถามความสุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 49 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 6 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-6 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ระดับที่ 2 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
ระดับที่ 3 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ระดับที่ 4 หมายถึง	เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้คะแนน	4	คะแนน

ระดับที่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก ให้คะแนน 5 คะแนน

ระดับที่ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก ให้คะแนน 6 คะแนน

การแปลผลคะแนน จากการนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน ในส่วนข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ (Reverse item) จำนวน 12 ข้อคำถาม คือ ข้อ 2, 5, 6, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 30, 32, 34, 38, 39, 40, 43, 45 และ 48 ข้อคำถามเหล่านี้จะได้รับการกลับคะแนนไปในทางตรงกันข้ามก่อนที่จะนำมารวมกับคะแนนข้ออื่น ๆ ที่เหลือ ค่าคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 49-294 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่มากแสดงถึงความสุขสบายที่มาก (Kolcaba, 2003) การแบ่งคะแนนตามหลักอัตรภาคชั้น โดยนำค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2553) แบ่งค่าคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 49-130 หมายถึง มีความสุขสบายน้อย

ช่วงคะแนน 131-212 หมายถึง มีความสุขสบายปานกลาง

ช่วงคะแนน 213-294 หมายถึง มีความสุขสบายมาก

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย Novak et al. (2001) ตรวจสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินความสุขสบายของผู้ป่วย และแบบประเมินความสุขสบายชนิดมาตรวัดด้วยสายตา หรือแบบประเมินความสุขสบายชนิดเส้นตรง ในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่เข้ารับการรักษารั้งแรกกับการรับการรักษาครั้งที่ 2 ได้ค่าสหพันธ์เท่ากับ .45 และ .48 ตามลำดับ และได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี (Test-retest method) ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 38 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .98

Tanatwanit (2011) ได้นำแบบประเมินความสุขสบายของ Novak et al. (2001) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยวิธีการแปลกลับ (Back translation) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญภาษาในด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2 ท่าน และนำแบบประเมินความสุขสบายที่ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยไปศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

ชุดที่ 3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ วิลลิสกัสน์ ดันติตระกูล (2552) โดยปรับปรุงจากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ธนัญญา น้อยเปียง (2545) แบบประเมินความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งสร้างโดย Paloutzian and Eilison (1982) ภายใต้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความผาสุก 2 ด้าน คือ 1) ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 10 ข้อ และ 2) ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 6 หมายถึง เห็นด้วยมาก

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน ค่าคะแนนรวมที่ได้มีค่าตั้งแต่ 20-120 คะแนน มีการแบ่งเกณฑ์ (Ellison, 2006) ดังนี้

คะแนนมากกว่า 60 หมายถึง การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง

คะแนนน้อยกว่า 60 หมายถึง การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย Paloutzian and Eilison (1982) นำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธี Test-retest method ในนักเรียนวิทยาลัยคริสเตียนในรัฐแคลิฟอร์เนีย และมหาวิทยาลัยในรัฐโอคาโฮ จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้าน ดังนี้ ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่กับ .86 ด้านความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนาเท่ากับ .96 และด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่ากับ .93

ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ได้นำเครื่องมือของ Paloutzian and Eilison (1982) แปลเป็นฉบับภาษาไทยและดัดแปลงปรับข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางศาสนาให้เข้ากับแนวคิดทางพุทธศาสนา เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 11 ข้อคำถามและเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 9 ข้อคำถาม เพื่อนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พระภิกษุผู้ทรงคุณวุฒิ 2 รูป อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) ได้เท่ากับ .86 และนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .81

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้ปรับปรุงแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของธนัญญา น้อยเปียง (2545) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง เนื้อหาในข้อคำถามบางข้ออาจกระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย จึงทำการปรับสำนวนภาษาของข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พระภิกษุผู้ทรงคุณวุฒิ 1 รูป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วย

แบบประทับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านศัลยศาสตร์ 1 ท่าน
คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .80 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วย
โรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการ
สนับสนุนทางสังคมของ จารุวรรณ ป้อมกลาง (2556) ดัดแปลงมาจาก วนิดา รัตนานนท์ (2545)
เป็นแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการ
สนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่
การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการเงิน
และการสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ จากแหล่งสนับสนุน ได้แก่ คู่สมรส สมาชิกใน
ครอบครัว เช่น บุตร หลาน พ่อ แม่ พี่ น้อง บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ และพยาบาล
เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อคำถาม ประกอบด้วย
การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อคำถาม (ข้อ 1-4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
จำนวน 3 ข้อคำถาม (ข้อ 5-7) การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการเงิน จำนวน 5 ข้อคำถาม (ข้อ 8-12)
และการสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ จำนวน 3 ข้อคำถาม (ข้อ 13-15) ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย

ระดับคะแนน 2 หมายถึง เป็นจริงเล็กน้อย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง เป็นจริงส่วนใหญ่

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน ค่าคะแนนรวมที่ได้
มีค่าตั้งแต่ 15-60 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน จารุวรรณ ป้อมกลาง
(2556) ดังนี้

คะแนน 15-30 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

คะแนน 31-45 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนน 46-60 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย วนิดา รัตนานนท์ (2545) ได้ศึกษาค้นคว้าจาก
หนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House
(1981) พบบางงานวิจัยของ กฤติกาพร ไยโนตาด (2542) ซึ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่ม
สตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือนจึงนำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
โดยมีการปรับปรุงภาษาที่ใช้เพียงเล็กน้อย จำนวน 11 ข้อคำถาม และผ่านการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 4 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยห้องผ่าตัด 1 ท่าน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 และนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ณ แผนกหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

จากรูรณ ป้อมกลาง (2556) นำแบบสอบถามของ วนิตา รัตนานนท์ (2545) มาดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ โดยการปรับปรุงภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และตัดข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกัน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าห้องให้คำปรึกษาด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) ได้เท่ากับ .86 และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษาครบ จำนวน 30 ราย ณ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

ชุดที่ 5 แบบประเมินความปวด (Pain Numeric Rating Scale) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของความปวดตามความรู้สึกไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวดของ Hawker et al. (2011) แบบประเมินมีข้อคำถามเพียงข้อเดียว วัดโดยใช้เส้นตรงมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มีอาการปวดเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 10 และมีคำกำกับว่า “ปวดมากที่สุด” ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดของตนเอง ณ เวลาปัจจุบันขณะที่ได้รับการประเมิน จากตัวเลขซึ่งเป็นค่าคะแนนที่แสดงถึงความปวด



ไม่มีความปวดเลย

ปวดมากที่สุด

การแปลผลคะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความปวดที่มากขึ้นตามลำดับ แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งระดับความปวดตามเกณฑ์ (Swarm et al., 2013) ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย Alghadir, Anwer, Iqbal, and Iqbal (2018) ได้ทดสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยหาความตรงเหมือน (Convergent validity) ของเครื่องมือสามชนิด ได้แก่ Visual Analog Scale, Numeric Rating Scale และ Verbal Rating Scale พบว่ามีความสัมพันธ์กันดี ดังนี้ Visual Analog Scale และ Numeric Rating Scale ($r = 0.941$), Visual Analog Scale และ Verbal Rating Scale ($r = 0.878$), Numeric Rating Scale และ Verbal Rating Scale ($r = 0.925$) และได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิธีการ Test re-test reliability ของเครื่องมือสามชนิด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม จำนวน 121 ราย ระยะห่างของการวัด 24 ชั่วโมง พบค่าความสัมพันธ์ของทั้งสามเครื่องมือ Visual Analog Scale, Numeric Rating Scale และ Verbal Rating Scale เท่ากับ .97, .95 และ .93 ตามลำดับ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทยของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) (ใช้เฉพาะแบบสอบถามอาการซึมเศร้า) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย Zigmond and Snaitth (1983) พัฒนาและเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1983 ภายใต้นามการขาดความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นกิจกรรมที่น่าพึงพอใจ (Adhedonia) แปลเป็นฉบับภาษาไทย (Hospital Anxiety and Depression Scale [Thai HADS]) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ซึ่งเป็นแบบสอบถามการรับรู้ของบุคคลถึงภาวะที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบสอบถามที่นิยมใช้กันแพร่หลาย มีข้อคำถามที่น้อยและใช้งานง่าย แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามอาการวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่เป็นข้อที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่เป็นข้อที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 ซึ่งสามารถแยกใช้ในการประเมินแต่ละส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ โดยในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 โดยรวมมีค่าคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วงระหว่าง 0-21 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน คะแนนรวมที่ได้มากกว่า หรือเท่ากับ 11 คะแนนแสดงถึงการมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่เป็นความผิดปกติทางจิตเวช มีเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) ดังนี้

คะแนน 0-7 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าต่ำ

คะแนน 8-10 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 11-21 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย Bjelland, Dahl, Haug, and Neckelmann (2002)

ได้ศึกษาความตรงของเครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale โดยการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 747 เรื่อง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยของร่างกายอื่น ๆ ได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) พบความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire แบบประเมินความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory แบบประเมินข้อมูลทางจิตเบื้องต้น SLC-90 Subscale of Anxiety and Depression และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery-Asberg Depression Rating Scale กับแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale พบค่าความสัมพันธ์อยู่ช่วงระหว่าง .60-.80 ซึ่งเป็นลักษณะความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงแข็งแรง

Rodgers, Martin, Morse, Kendell, and Verrill (2005) ได้ศึกษาความเหมาะสมของเครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 110 ราย พบค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ได้แปลแบบประเมินเป็นภาษาไทยโดยการแปลแบบย้อนกลับ (Back-translation) และใช้ในการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย ซึ่งพบว่าเครื่องมือวัดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ดีเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ โดยมีความไว (Sensitivity) ต่ออาการซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 85.71 ส่วนความจำเพาะ (Specificity) ในการวัดอาการซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 91.3 และนำมาคำนวณหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินอาการซึมเศร้าเท่ากับ .83

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความปวดแบบสอบถามอาการซึมเศร้า แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วนำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อความใด ๆ และเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทดสอบความเที่ยงตรง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการศึกษา จำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยทดสอบหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามอาการซึมเศร้า ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94, .93, .92 และ .80 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความปวด ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยการหาความคงที่ (Stability) ด้วยวิธี Test-retest method ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.99 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นตามมาตรฐาน (Polit & Beck, 2017)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามลำดับต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยรหัส 01-08-2561 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เพื่อตรวจสอบจริยธรรมด้านการวิจัย และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยหนังสือเลขที่ 7/ 2019
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลามตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในแต่ละวันในการขออนุญาตผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเพื่อขอให้ผู้วิจัยเข้าพบและผู้ป่วยเข้าพบผู้ป่วยที่อนุญาตเท่านั้น
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ป่วย รับทราบ โดยมีกรอธบายพร้อมเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดต่อผู้ป่วย และการรักษาของแพทย์หรือพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับพร้อมสอบถามการสมัครใจก่อนการเข้าร่วมการวิจัย
4. เมื่อผู้ป่วยตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจและสมัครใจแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานก่อนการเข้าร่วมการวิจัยทุกคน

5. ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยและข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา หรือหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเหนื่อยหอบ ผู้วิจัยคอยให้ความช่วยเหลืออยู่บริเวณใกล้เคียงภายในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือให้การพยาบาลเบื้องต้นและรีบแจ้งอาการแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการเพื่อรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือต่อไป หรือในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดอาการอี้อัดหรือคับข้องใจ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจนั้นออกมา เพื่อนำข้อมูลมาประเมินปัญหาและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเพื่อหาแนวทางในการรักษาต่อไป

6. กลุ่มตัวอย่างมีอิสระอย่างเต็มที่ในการที่จะหยุดพักหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และการรักษาของแพทย์หรือการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

7. ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับและเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัยมีกุญแจล็อกตลอดเวลา ผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ นามสกุล และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลที่ถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์ถูกใส่รหัสผ่านก่อนการเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลจากการสอบถามทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกทำลายภายหลังเผยแพร่ งานวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการวิชาการ และพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคนและได้รับหนังสืออนุมัติการดำเนินงานวิจัยให้ดำเนินการวิจัยภายใน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยเข้าพบ

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากจำนวน 1 ใบ จากสลากจำนวน 2 ใบ ที่เขียนคำว่าเลขคู่ หรือเลขคี่กำกับไว้เพื่อเป็นการระบุว่าผู้วิจัยจะศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่ได้เข้ารับการรักษาคิวในหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย และมีเลขตัวท้ายของเลขประจำโรงพยาบาลเป็นเลขคู่ตามสลากที่จับได้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบและประสานกับหัวหน้างานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย หรือพยาบาลหัวหน้าเวรเช้าเพื่อขอความร่วมมือในการสำรวจเลขประจำโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่ได้รับการรักษาคิวในหอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชายในขณะนั้น พร้อมคัดเลือกผู้ป่วยที่มีเลขตัวท้ายของเลขประจำโรงพยาบาลเป็นเลขคู่ และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการประสานเบื้องต้นกับผู้ป่วยดังกล่าวให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 กรณีมีผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้เข้ารับการรักษาคิวแบบผู้ป่วยใน (รับใหม่) ในแต่ละวัน ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลหัวหน้าเวรเช้าในแต่ละวันในการสำรวจเลขประจำโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งประสานเบื้องต้นกับผู้ป่วยดังกล่าวเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบตามวันเวลาที่ผู้ป่วยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการรักษาสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยในฐานะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการให้ข้อมูลในการวิจัย โดยอธิบายพร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย แก่ผู้ป่วยรับทราบอย่างละเอียด ในการนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และให้การชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ป่วยจนเกิดความพึงพอใจ สำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทุกคนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยนำแบบสอบถามมอบให้กับผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใส่เลขรหัสในแบบสอบถามให้เรียบร้อยก่อนแจกให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามชุดที่ 5 แบบประเมินความปวด และแบบสอบถามชุดที่ 6 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถามทีละชุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 35-45 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ผู้วิจัยดำเนินการตอบแบบสอบถามให้ตามการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ซึ่งพบว่ามียกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 ราย ที่ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของคำตอบในแต่ละข้อของแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างลืมตอบคำถามบางข้อ ผู้วิจัยก็ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามข้อที่ลืมให้ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามทุกชุดของกลุ่มตัวอย่างบรรจุในซองทึบ ปิดผนึก และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างก่อนกลับ

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถามบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ด้วยรหัสส่วนตัว และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนรวมของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน) จำนวน 6 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการเพื่อรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์สบายกับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์เพียร์สัน สำหรับตัวแปรความปวดผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับความสุขสบาย เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าตัวแปรความปวดมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนไม่คงที่ (Homoscedasticity) และไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความปวดและความสุขสบายโดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient (ภาคผนวก ง)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสุขสบาย และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ปัจจัยคัดสรรดังกล่าว ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 จากการตรวจผลชิ้นเนื้อโดยผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 84 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ผลการวิจัยนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนที่ 2 ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (ตารางที่ 1) และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของ
ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($N = 84$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	50.0
หญิง	42	50.0
อายุ ($M = 54.11, SD = 10.17$)		
20-44 ปี (Young adulthood)	14	16.7
45-65 ปี (Middle adulthood)	60	71.4
> 65 ปี (Late adulthood)	10	11.9
สถานภาพสมรส		
คู่	47	56.0
โสด	10	11.9
หย่า	10	11.9
แยกกันอยู่	9	10.7
หม้าย	8	9.5
ศาสนา		
พุทธ	83	98.8
อิสลาม	1	1.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.4
ได้รับการศึกษา	82	97.6
ประถมศึกษา	54	64.3
มัธยมศึกษา	18	21.4
ปวช. ปวส.	4	4.8
อนุปริญญา	1	1.2
ปริญญาตรี	4	4.8
ปริญญาโท	1	1.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	37	44.0
ประกอบอาชีพ	47	56.0
รับจ้าง ลูกจ้าง	27	32.1
เกษตรกรกรรม	9	10.7
ค้าขาย	7	8.3
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	3.6
อื่น ๆ (ได้แก่ พนักงานบริษัทเอกชน อบต.)	2	2.4
รายได้ของครอบครัว		
ไม่มีรายได้	3	3.6
มีรายได้	81	96.4
< 5,000 บาท	10	11.9
5,000-10,000 บาท	15	17.9
10,001-20,000 บาท	32	38.1
20,001-30,000 บาท	11	13.1
30,001-40,000 บาท	3	3.6
> 40,001 บาท	10	11.9
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	57	67.9
บัตรประกันสังคม	24	28.6
เบิกได้จากราชการ	3	3.6
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
สมาชิกในครอบครัว	84	100.0
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	51	60.7
ครอบครัวขยาย	33	39.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเทียบเท่ากับเพศชายในอัตราส่วนร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-65 ปี (ร้อยละ 71.4) มีอายุเฉลี่ย 54.11 ปี ($SD = 10.17$) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.0 และนับถือศาสนาพุทธมากถึงร้อยละ 98.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษา ร้อยละ 97.6 โดยจบระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 64.3 รองลงมาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 21.4 มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.0 โดยพบว่า มีอาชีพรับจ้าง ลูกจ้าง ร้อยละ 32.1 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย ร้อยละ 10.7 และ 8.3 ตามลำดับ จึงมีรายได้เป็นส่วนใหญ่มากถึงร้อยละ 96.4 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 38 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 17.9 ในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากถึงร้อยละ 67.9 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 28.6 ขณะเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส น้อง และลูกของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว พบได้ร้อยละ 60.7

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($N = 84$)

ข้อมูลของการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ครั้งที่ 1	33	39.3
ครั้งที่ 2	10	11.9
ครั้งที่ 3	10	11.9
ครั้งที่ 4	5	6.0
ครั้งที่ 5	3	3.6
ครั้งที่ 6	6	7.1
≥ 7 ครั้ง	17	20.2
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	17	20.3
มะเร็งลำไส้และทวารหนัก	16	19.0
มะเร็งปอด	13	15.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	12	14.3
มะเร็งปากมดลูก	7	8.3
มะเร็งหลอดอาหาร	7	8.3
มะเร็งเยื่อหุ้มโพรงมดลูก	3	3.6
มะเร็งต่อมลูกหมาก	2	2.4
มะเร็งอื่น ๆ (อย่างละ 1 ราย)*	7	8.3
การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งของก้อนมะเร็ง		
Primary region	41	48.9
Secondary region	34	40.5
Recurrent region	9	10.6
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 3	48	57.1
ระยะที่ 4	36	42.9
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนปัจจุบัน		
< 2 เดือน	10	11.9
2-6 เดือน	33	39.3
7-12 เดือน	14	16.7
13-24 เดือน	8	9.5
≥ 25 เดือน	19	22.6
เหตุผลที่เข้ารับการรักษาปัจจุบัน		
รับยาเคมีบำบัด	49	58.3
รับการฉายรังสี	14	16.7
รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี	15	17.9
การรักษาแบบประคับประคอง	6	7.1

* หมายถึง มะเร็งอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งเยื่อหุ้มโพรงมดลูก มะเร็งอวัยวะ มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่และเยื่อหุ้มโพรงมดลูก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีประวัติการรักษา		
ไม่เคยมี	30	35.7
มี	54	64.3
รับการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดและรังสีรักษา	19	22.6
รับการผ่าตัด	15	17.9
รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	13	15.5
รับการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	5	5.9
รับการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา	2	2.4
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มี	45	53.6
มี (มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค)	39	46.4
โรคความดันโลหิตสูง	23	27.4
โรคไขมันในเลือด	16	19.0
โรคเบาหวาน	10	11.9
ยาอื่น ๆ ที่ได้ (ได้รับยา ≥ 1 ชนิด)		
ยาแก้ปวด (MSS, MST, Kapanol)	21	25.0
ยาโรคความดันโลหิต	20	23.8
ยาโรคไขมันในเลือด	11	13.1
ยาโรคเบาหวาน	8	9.5
ยานอนหลับ	4	4.8

จากตารางที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเป็นครั้งแรก ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ เข้ารับการรักษา มากกว่า 7 ครั้ง ร้อยละ 20.2 ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด ร้อยละ 20.2 เช่น มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งบริเวณโคนลิ้น และมะเร็งหลังโพรงจมูก เป็นต้น รองลงมาเป็นโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ร้อยละ 19.0 และโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 15.5 ทั้งนี้ เซลล์มะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็น Primary region ร้อยละ 48.9 ระยะของโรคมะเร็งที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 3 ร้อยละ 48.9 และรองลงมาระยะที่ 4 ร้อยละ 42.9 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง

มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนปัจจุบันอยู่ในช่วงเวลา 2-6 เดือน มากถึงร้อยละ 39.3 เหตุผลที่เข้ารับการรักษาปัจจุบันในโรงพยาบาลครั้งนี้คือ รับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 58.3 และเคยมีประวัติการรักษาถึงร้อยละ 64.3 ส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดและรังสีรักษา ร้อยละ 22.6 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.6 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.4 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.4 โรคไขมันในเลือด ร้อยละ 19.0 และโรคเบาหวานร้อยละ 11.9 ส่วนยาอื่น ๆ ที่ได้รับส่วนใหญ่ เป็นยาแก้ปวด ร้อยละ 25.0 ได้แก่ Morphine Sulphate Syrup [MSS] Morphine Sulphate Tablet [MST] และ Kapanol รองลงมา คือ ยาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ Amlodipine Enalapril และ Atenolol พบได้ร้อยละ 23.8

ส่วนที่ 2 ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ได้นำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเกี่ยวกับความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($N = 84$)

ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความปวด	2.83	2.81	น้อย
ภาวะซึมเศร้า	5.19	3.56	ต่ำ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	104.23	13.00	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	47.57	7.73	มาก
ความสุขสบาย	225.25	26.25	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในระดับน้อย ($M = 2.83$, $SD = 2.81$) ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ($M = 5.19$, $SD = 3.56$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($M = 104.23$, $SD = 13.0$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 47.57$, $SD = 7.73$) และความสุขสบายอยู่ในระดับมาก ($M = 225.25$, $SD = 26.25$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ

ลูกถาม

ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลูกถาม ได้ถูกทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์สัน พบว่าตัวแปรความปวดมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนไม่คงที่ (Homoscedasticity) และไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) (ภาคผนวก ง) จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความปวดและความสุขสบายโดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient ส่วนตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์สันพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อ (ภาคผนวก ง) ดังนั้นจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์สัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลูกถาม ($N = 84$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	Spearman's Rank	Pearson's	p
	Correlation	correlation	
	(r_s)	(r)	
ความปวด	-.230		< .05
ภาวะซึมเศร้า		-.543	< .01
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ		.566	< .01
การสนับสนุนทางสังคม		.544	< .01

ตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่าความปวด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลูกถาม ($r_s = -.230, p < .05; r = -.543, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลูกถาม ($r = .566, p < .01; r = .544, p < .01$ ตามลำดับ)

สรุปได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีความสุขสบายอยู่ในระดับมาก ($M = 225.25, SD = 26.25$) และมีปัจจัยยับยั้งความสุขสบาย ได้แก่ ความปวด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r_s = -.230, p < .05; r = -.543, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่งเสริมความสุขสบาย ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .566, p < .01; r = .544, p < .01$ ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 จากการตรวจผลชิ้นเนื้อ ได้มาจากการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 84 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 รวมเป็นระยะเวลา 2 เดือน ได้นำเสนอการอภิปรายเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในระดับน้อย ($M = 2.83, SD = 2.81$) ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ($M = 5.19, SD = 3.56$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($M = 104.23, SD = 13.0$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 47.57, SD = 7.73$) และความสุขสบายอยู่ในระดับมาก ($M = 225.25, SD = 26.25$)
2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ความปวด และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r_s = -.230, p < .05$ และ $r = -.543, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .566, p < .01$ และ $r = .544, p < .01$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสบาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม การอภิปรายผลมี 2 ส่วน ดังนี้

ความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีการรับรู้ความสบายอยู่ในระดับมาก ($M = 225.25$, $SD = 26.25$) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มนี้มีความไม่สบายจากความปวดระดับน้อย และภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ แต่กลับได้รับการส่งเสริมความสบายจากการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณดังรายละเอียดต่อไปนี้ ถึงแม้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะที่ 3 หรือ 4 มักจะมีความรุนแรงของโรคในระดับที่รุนแรงมากซึ่งนำมาถึงความไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานอย่างมาก (Kirkova et al., 2010) โดยมีความปวดเป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานมากที่สุดในการศึกษาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ดังการศึกษาของ Get-Kong et al. (2010) ที่ศึกษาประสบการณ์การเผชิญอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 240 ราย ได้พบว่าการเผชิญกับอาการปวดเป็นอาการที่มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด แต่การศึกษานี้กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความไม่สบายในระดับน้อย/ต่ำด้วยสาเหตุที่ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือ บรรเทาความปวด และความทุกข์ทรมาน ดังผลการวิจัยที่พบว่ามีความปวดในระดับต่ำ ($M = 2.83$, $SD = 2.81$) และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M = 5.19$, $SD = 3.56$) อันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากถึง ร้อยละ 25 ได้รับการจัดการความปวดโดยการให้ยาบรรเทาปวดกลุ่มอนุพันธ์ของมอร์ฟีน (ได้แก่ Morphine Sulphate Syrup [MSS], Morphine Sulphate Tablet [MST] และ Kapanol) ซึ่งเป็นยาบรรเทาปวดที่สามารถออกฤทธิ์ความเจ็บปวดที่ระดับรุนแรง (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2556) มีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยยามอร์ฟีนจะจับกับสารกระตุ้น โอปิออยด์รีเซพเตอร์ (Opioid receptor) จึงช่วยลดความปวดของกลุ่มตัวอย่างได้ (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2553) และจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 58.3 และการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ร้อยละ 17.9 จึงมีผลทำให้เซลล์มะเร็งถูกยับยั้งการเจริญเติบโตและถูกทำลายได้ ทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ช่วยลดการกดเบียดที่เส้นประสาท (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) จึงทำให้ลดความปวดลงได้ จากการกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลจากยาบรรเทาปวด และการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด ช่วยให้ความปวดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ

สำหรับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางกายไม่มาก และยังสามารถในการดูแลตนเองได้ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยเกี่ยวกับคะแนนของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ได้มีความสอดคล้องกันคือ ภาวะการเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบต่อความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเพียงแค่ว่าตนเองมีความสามารถในการคิด และทำอะไรซ้ำกว่าปกติเท่านั้น (ภาคผนวก จ หน้า 129) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาร้อยละ 97.6 และยังสามารถประกอบอาชีพได้ร้อยละ 56.0 ทำให้มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-120,000 บาทต่อเดือน ซึ่งยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ จินตนา สุวิทวัส, ศรีเทียน ตรีศศิริตัน และนิตชาธร ภาโนมัย (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลพิเศษบำบัด จำนวน 80 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .188, p = 0.049$) ความสามารถในการดูแลขณะเจ็บป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่เป็นภาระของครอบครัวและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ดังการศึกษาของ Goudarzian, Nesami, Zamani, Nasiri, and Beik (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 380 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบภาวะซึมเศร้า ($r = -.134, p < .05$)

อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำคือการสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.0 โดยมีบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส พี่ น้อง และบุตร แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจิตใจที่ดี โอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าจึงลดลง ดังการศึกษาของ จีรวรรณ จบสุบิน (2551) ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 236 ราย พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงคือแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ จากการกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รายได้ การศึกษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวจึงทำให้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้จากผลของการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยเฉพาะด้านการให้กำลังใจ ความรัก และการเอาใจใส่ดูแล (ภาคผนวก จ หน้า 127) ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ และทางสังคมของผู้ป่วย ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 ซึ่งศาสนาพุทธ ถือว่าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของคนไทย เป็นเครื่องมือที่เชื่อมโยงความฝันแปรของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คำสอนของศาสนาสามารถช่วยปรับวิธีคิดในการมองโลกโดยพุทธศาสนาจะมองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต มีเกิดก็ย่อมมีตายของมนุษย์ทุกคน (เรวัฒน์ เอกวุฒิวงศา, ภาสกร เงามาม, วรรัตน์ สุนทรภา และปริญา วุฒิสาร, 2557) และในทางกลับกันศาสนายังสอนให้มนุษย์ใช้ประโยชน์จากการเจ็บป่วยโดยเสนอแนะให้เห็นว่าสังขารเป็นสิ่งไม่เที่ยง ย่อมมีการแปรสภาพ เมื่อเจ็บป่วยต้องแสวงหาการรักษา แต่ถ้าไม่หายก็ต้องหาวิธียอมรับ ดังการศึกษาของ Prado et al. (2020) ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เผชิญกับการไม่มีทางรักษา จำนวน 11 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้มองว่าความตายเป็นความจริงของการเจ็บป่วยอันเกิดจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม ความศรัทธาและความคิดดังกล่าวได้ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคตได้โดยไม่ทุกข์ ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่านี่คือสภาวะความสุขสบายที่อยู่เหนือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

สรุปกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความสุขสบายในระดับมากเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความไม่สุขสบายจากความปวดในระดับน้อย และภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำและได้รับการส่งเสริมความสุขสบายจากการสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับมาก

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยอธิบายได้ดังนี้

ความปวด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r_s = -.230, p < .05$; $r = -.543, p < .01$ ตามลำดับ) อภิปรายได้จากแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายที่กล่าวว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องอยู่ท่ามกลางภาวะเครียดทางสุขภาพ (Stressful health care situations) ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้นได้ โดยความไม่สุขสบายมีความหมายตรงข้ามกับความสุขสบาย (Kolcaba, 2003) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ความไม่สุขสบาย ได้แก่ ความปวด และภาวะซึมเศร้า

โดยความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดจากการลุกลามของก้อน ไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำให้มีการกดเบียด ทับ ทำลายเซลล์ประสาทและเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้น ๆ ละอวัยวะใกล้เคียง ร่วมกับเซลล์มะเร็งมีการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor Alpha ออกมา จึงทำให้เกิดกลไกความปวดขึ้น (ดวงฤทัย บัวดวง, 2556) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งผลการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดความปวด เช่น Peripheral neuropathy จากยาเคมีบำบัดกลุ่ม vinca alkaloid (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2553) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามยังคงต้องเผชิญกับความเจ็บปวดซึ่งเป็นความไม่สุขสบายด้านร่างกายอย่างหนึ่ง เมื่อมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้นการรับรู้ความสุขสบายย่อมลดลง ดังนั้นความปวดจึงมีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายหรือความสุขสบายเช่นกัน ดังตัวอย่างการศึกษาของ Kim and Kwon (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 98 ราย พบว่า อาการของโรค ได้แก่ ความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = -.54, p < .001$)

สำหรับภาวะซึมเศร้าจัดว่าเป็นความไม่สุขสบายเช่นกัน (Kolcaba, 2003) เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมักเกิดภาวะซึมเศร้าจากอาการทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้จากภาวะแทรกซ้อนจากผลการรักษา เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับผลกระทบทางด้านร่างกายจะสามารถนำไปสู่ผลกระทบทางด้านจิตใจได้เช่นกันดังการศึกษาของ Fitzgerald, Lo, Li, Gagliese, Zimmermann, and Rodin (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอาการทางกายในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 487 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางกาย โดยเฉพาะความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .32, p < .001$) จะเห็นได้ว่าความปวดสามารถส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้จากการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงจากความสามารถในตนเองลดลง ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างยังสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองได้ภาวะซึมเศร้าย่อมมีต่ำหรือความสุขสบายมากสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากการที่ตนเองมีความรู้สึกว้าเหว่ใจ และทำอะไรซ้ำกว่าเดิม (ภาคผนวก จ หน้า 129) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้มีความสัมพันธ์ และกระทบกับความสุขสบายได้ ดังการศึกษาของการศึกษาของ Kim and Kwon (2007) ศึกษาความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 98 ราย ที่พบว่าสภาวะอารมณ์ทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = .581, p < 0.01$) นั่นคือเป็นไปตามการศึกษาที่ผ่านมา

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .566, p < .01$) อภิปรายได้ดังนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะอารมณ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอันเป็นระยะที่ควรนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทางด้าน

จิตวิญญาณอย่างมาก เช่น สิ้นหวัง กลัว และมีความไม่แน่นอนของอนาคต โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจะมองว่าความตายได้ใกล้มาถึงตนเองแล้ว (Prado et al., 2020) ส่งผลให้เป้าหมายในชีวิตและคุณค่าในชีวิตเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลง (Esteves et al., 2015) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิตย่อมนำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือความสุขสบายทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Kolcaba, 2003) โดยการยึดเหนี่ยวทางศาสนาและการปฏิบัติทางศาสนาย่อมนำมาซึ่งความผาสุก/ความสุขสบายทางจิตวิญญาณ (Paloutzian & Eillison, 1982) ซึ่งพบได้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.8 และได้มีความเชื่อตามศาสนาของศาสนาพุทธอย่างมาก โดยเชื่อว่าการทำความดีทำให้เกิดความสุขและได้รับผลดี คำสอนของศาสนาทำให้เกิดความผาสุกและการปฏิบัติธรรมจะช่วยให้ชีวิตสงบและไม่ว้าวุ่น (ภาคผนวก จ หน้า 126) ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .544, p < .01$) ทั้งนี้ก็ปรากฏได้จากแนวคิดทฤษฎีของ Kolcaba ได้ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวที่มีจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความสุขสบายทางด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort) ได้ เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกครอบครัวและบุคลากรทาง การแพทย์อย่างเพียงพอเป็นอดี เช่น การได้รับกำลังใจ ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การเยี่ยมบ้าน และการช่วยเหลืออื่น ๆ จากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการบริการทางการแพทย์ที่สะดวกสบายจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ (ภาคผนวก จ หน้า 127) ซึ่ง Dietrich and Abbott (2012) กล่าวว่ากำลังใจ การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ การพูดคุยถามทุกข์สุขด้วยความเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สงบ มีสมาธิ เกิดความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งคือความสุขสบายชนิดหนึ่ง (Ease) สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับพึงพอใจหรือความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จากผลการศึกษาคั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความสุขสบายในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากมีความปวด และภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยหรือต่ำ แต่กลับมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และที่สำคัญยังพบว่าความปวดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบาย ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความสุขสบายในระดับมาก โดยความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาได้พบว่า ความปวด และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม นั่นคือ ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องเผชิญกับความปวด และภาวะซึมเศร้าซึ่งถือเป็นความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องหาวิธีจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา (เช่น การนวด คนตรีบำบัด การฝึกโยคะ และการกำหนดลมหายใจ) ส่วนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องตระหนักและจัดการ เช่น การจัดกลุ่มคิดปะบ่าบัด และการบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โดยให้ครอบครัวหรือนุคคลใกล้ชิดได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว ร่วมกับส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วย โดยการจัดหาสถานที่ให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วย

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลควรกำหนดนโยบายที่มีความสุขสบายเป็นเป้าหมายของการบริการสุขภาพให้ชัดเจน พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการเพิ่มสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลความสุขสบายให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และญาติ เช่น การจัดการอบรม การสนับสนุนงบประมาณให้เข้าอบรมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษาพยาบาล

ความสุขสบายถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล ดังนั้นควรสอดแทรกแนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย และแนวทางการดูแลส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัว เข้าไปในหลักสูตรการศึกษาด้านการพยาบาลทุกระดับ ในขณะเดียวกัน องค์กรการศึกษาควรจัดหลักสูตรการอบรมการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามให้กับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความปวดในระดับน้อย และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึก (เช่น วิจัยเชิงคุณภาพ) ถึงวิธีการจัดการความปวดที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความปวดระดับต่ำ สำหรับภาวะซึมเศร้าควรศึกษาเชิงลึกถึงสิ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเช่นเดียวกันเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและป้องกันปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

2. จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นควรมีการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

3. จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการรักษา เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และการรักษาตามอาการมีผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเพื่อความชัดเจนในการพิจารณาการส่งเสริมความสุขสบาย ควรศึกษาความแตกต่างความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุททธิกุล. (2555). การจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบภาวะ
เบื่ออาหาร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(3), 8-16.
- กนิษฐา ลิ้มทรัพย์. (2557). *การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิต
และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุคืนแดง เขตดินแดง
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- กฤติยาพร โยโนดาต. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะ
หมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.
2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- กาญจนา เพียรบัญญัติ และทัศนีย์ ชูวรรณะปกรณ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มี
ความเจ็บปวด. *วารสารสภาวิชาชีพไทย*, 7(1), 11-26.
- กึ่งกาญจน์ อาจเดช. (2554). *โปรแกรมการพยาบาลเพื่อจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง
วัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.*
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, นันทิยา วัฒายุ และธีรวิฑูลี คุหะเปรมะ. (2562). ระบบการคัดกรองและ
ป้องกันมะเร็งเต้านมในประเทศไทยในทัศนนะของผู้ให้บริการ. *วารสาร โรคมะเร็ง,
39(3), 77-92.*
- จารุวรรณ ป้อมกลาง. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง
เต้านมระยะหลังการรักษาครบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

- จินตนา สุวิทวัส, ศรีเทียน ตรีศศิรัตน์ และณิตชาธร ภาโนมัย. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(4), 377-382.
- จิรวรรณ จบสุบิน. (2551). ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2554). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. (2562). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองหน่วยงานให้ คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. *กระบี่เวชสาร*, 1(1), 11-21.
- เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และนพดล โสภารัตนาไพศาล. (2557). ประสบการณ์มีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะ IV ที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*. 29(1), 15-28.
- ชนุกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และสุภารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2558). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี (Spiritual needs of persons with cholangiocarcinoma). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 15-18.
- จิติพร จตุพรพิพัฒน์. (2557). รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดวงฤทัย บัวด้วง. (2556). พยาธิสรีรวิทยาของความปวด. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชัสหงส์ และสุภามาศ ผาคิประจักษ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2 ฉบับปรับปรุง* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 495-500). กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- คาริน จุตรภัทรพร. (ม.ป.ป.). *อาการสับสนกระวนกระวายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. เข้าถึงได้จาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/knownledges/doctorpalliative8th>.
- ทัศนีย์ ขาว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และทิพมาศ ชินวงศ์. (2556). ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบความผาสุกในชีวิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 43-53.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญญา ขอดคั้ง, อภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคคิงค์. (2562). ความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(4), 10-19.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). วิธีการที่ถูกต้องและทันสมัยในการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ Research Zone* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- นภา ทวีรทรง, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 21(1), 82-95.
- นิพัทธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(1), 496-507.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเนไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บำเพ็ญจิตร แสงชาติ. (2557). ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการตายดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(1), 147-156.
- ประกาศิต จีรปภา, ธิตยา เฉชเทพพร และชมพร สีตะชนิ. (2555). การรักษาโรคมะเร็ง. ใน สุวรรณิสิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจจิต, ประไพ อริยประยูร และแมนมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 20). กรุงเทพฯ: สันทวิกิจ พรินติ้ง.
- ปิ่นนธร รัตนิล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 31-43.
- ผจงศิริ อุคมสินกุล. (2562). พุทธบูรณาการการกำหนดรู้เวทนาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 15(3), 154-166.

- ฝ่ายรังสีวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (ม.ป.ป.). *ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย: มะเร็งระยะลุกลาม*.
เข้าถึงได้จาก <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=238>
- พรทิพย์ ปุกหุด และทิตยา พุฒิกามิน. (2555). ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวล
และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา. *วารสารสมาคม
พยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 122-130.
- พรพรรณ วณวิโรตม, จำรัก ลัมภเวช, อังกาบ แสนยันต์, ภัทริรา บัวพูล, ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง
และชนากานต์ บุญนุช. (2552). ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความ
ต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล. ใน *โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี
2552 เรื่ององค์การพยาบาลที่ดี...มีดีไซค์: HODTREN* (หน้า 420-434). กรุงเทพฯ: ฝ่ายการ
พยาบาลโรงพยาบาลศิริราช.
- พรพิมล เลิศพานิช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการ
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสมาคม
สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระบรมชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 45-55.
- พิชัย อัญญสุกุล และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). โรคซึมเศร้า. ใน *มาโนช หล่อตระกูล
และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4
ฉบับเรียบเรียง, หน้า 171)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2558). พยาธิสรีรภาพของเนื้องอก. ใน *ดิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา
รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร
(บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 9-10)*. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี กิจทวี. (2552). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มะลิวรรณ กระโพธิ์. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (2552). *ทำความเข้าใจกับโรคมะเร็งกันเถอะ*. กรุงเทพฯ:
มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย.
- ยุพิน ถนัดวิชชัย. (2559). *ทฤษฎีการพยาบาล: ทฤษฎีความสุขสบาย*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เรวัฒน์ เอกวุฒิวงศา, ภาสกร เงามาม, วรรัตน์ สุนทรภา และปริญญา วุฒิสาร. (2557). ชีวิต ความตาย และภาวะใกล้ตาย: มุมมองของศาสนาและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(2), 127-134.
- รัชนิวรรณ คุณระกูล, วณิชชา เรืองศรี, อำภาพร นามวงศ์พรหม และพัชรี ยิ้มยิ้ม. (2561). การพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 189-197.
- รัตติยา ไชยชมพู, อำภาพร นามวงศ์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ เบญจมาศ ปรีชาคุณ และจิตินันท์ อ้วนล้ำ (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 87-99.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมือง การพิมพ์.
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรီ ต่อณี. (2561). *ระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. *วิสัยทัศน์สาร*, 44(1), 1-4.
- วันเพ็ญ เทศวิรัช. (2557). *ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2553). *ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ*. สงขลา: ชานเมือง การพิมพ์.
- สมปอง พะมูลิลา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ และวรรณมน ปาพรม. (2562). สถานการณ์การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 146-154.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *จิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *โรคมะเร็ง: อาการทางจิตเวชและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการ พิมพ์.

- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง*.
นนทบุรี: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.
- สายנית วัฒนธรรม, วารี กังใจ และชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
สุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*,
41(1), 57-63.
- สิริกานดา กอแก้ว และสุขอรุณ วงษ์ทิม. (2560). ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการ
สร้างเสริมความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*,
9(1), 94-104.
- สุธิสา เต็มทับ และกิตติกร นิลมานัต. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบีบคั้นทางจิตใจกับการ
เผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามหรือระยะท้าย: การศึกษาเชิงพรรณนา
แบบตัดขวาง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(4), 313-324.
- สุรินทร์ จิรินรัมย์. (2556). การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณในแนวทางพระพุทธศาสนา.
ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์
มณีทอง, ธนินนิตย์ ลีพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ),
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care (หน้า 237-238). เชียงใหม่:
กลางเวียงการพิมพ์.
- สุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และสุรพล วีระศิริ. (2560). กลุ่มโรคซึมเศร้า.
ใน กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภักย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และพงศธร พหลภักย์
(บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 186). ขอนแก่น: คลังนานา
วิทยา.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน. (2550). *สุข-ผาสุก*. เข้าถึงได้จาก <http://www.royin.go.th/knowledges>.
- หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *Cancer in
Thailand Volume IX*. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์.
- อรพินท์ สีขาว. (2560). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*
(พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ: จามจุรีโปรดักส์.
- อังคณา จงเจริญ. (2558). การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 68-85.
- Alghadir, A. H., Anwer, S., Iqbal, A., & Iqbal, Z. A. (2018). Test-retest reliability, validity, and
minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales
for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal of Pain Research*, 11(1), 851-856.

- American Cancer Society. (2016). *What is advanced cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/advanced-cancer/what-is.html>
- American Joint Committee on Cancer. (2010). *AJCC cancer staging handbook: From the AJCC cancer staging manual*. New York: Springer.
- Arnstein, P. (2018). Adult cancer pain: An evidence-based update. *Journal of Radiology Nursing*, 37(1), 15-20.
- Azhar, A., Kim, Y. J., Haider, A., Hui, D., Balankari, V. R., Epner, M. C., Park, M., Lui, D. D., Williams, J., Frisbee-Hume, S. E., Allo, J. A., & Bruera, E. (2019). Response to Oral Immediate-Release Opioids for Breakthrough Pain in Patients with Advanced Cancer with Adequately Controlled Background Pain. *The oncologist*, 24(1), 125-131.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Floeber Medical Deviation.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Black, A., McGlinchey, T., Gambles, M., Ellershaw, J., & Mayland, C. R. (2018). The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting—a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(91), 1-10.
- Brufsky, A. M., Ormerod, C., Bell Dickson, R., & Citron, M. L. (2017). Understanding the needs of patients with metastatic breast cancer: Results of the make your dialogue count survey. *The Breast Journal*, 23(1), 17-25.
- Bucholtz, J. (1994). Comforting children during radiotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 21(6), 987-994.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chandler, J., & Drake, M. (1991). *Tabbner's nursing care: Theory and practice*. Melbourne: Churchill Living Stone.
- Christensen, B. L. (1999). Comfort, rest, and sleep. In E. O. Kockrow, & B. L. Christensen (Eds.), *Foundation of nursing* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

- Cheng, F., & Wang, W. (2014). Factors influencing comfort level in head and neck neoplasm patients receiving radiotherapy. *International Journal of Nursing Sciences, 1*(4), 394-399.
- Cardoso, F., Harbeck, N., Mertz, S., & Fenech, D. (2016). Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: Results from the Count Us, Know Us, Join Us and Here & Now surveys. *The Breast, 28*, 5-12.
- Cancer Research UK. (2017). *Stage of cancer*. Retrieved from <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/stages-of-cancer>
- Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer, 17*(5), 573-579.
- Dietrich, M., & Abbott, K. V. (2012). Vocal function in introverts and extraverts during a psychological stress reactivity protocol. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 55*(3), 973-987.
- Dauchy, S., Dolbeault, S., & Reich, M. (2013). Depression in cancer patients. *EJC Supplements, 11*(2), 205-215.
- Dégi, C. L. (2013). Psychosocial aspects of cancer in hospitalized adult patients in romania. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 82*, 32-38.
- Dong, S. T., Butow, P. N., Tong, A., Agar, M., Boyle, F., Forster, B. C., Stockler M., & Lovell, M. R. (2016). Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: A semi-structured interview study. *Supportive Care in Cancer, 24*(3), 1373-1386.
- Davies, A. (2019). Sleep problems in advanced disease. *Clinical Medicine, 19*(4), 302-305.
- Ellison, L. L. (2006). A review of the spiritual well-being scale. *NewsNotes, 44*(1), 1-10.
Retrieved from https://mds.marshall.edu/co_faculty/9/.
- Esteves, A., Roxo, J., & da Conceição Saraiva, M. (2015). The lived experience of people with progressive advanced cancer. *British Journal of Nursing, 24*(10), 15-21.
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing, 33*, 28-34.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Fitzgerald, P., Lo, C., Li, M., Gagliese, L., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2015). The relationship between depression and physical symptom burden in advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care, 5*(4), 381-388.
- Gropper, E. I. (1992). Promoting health by promotion comfort. *Nursing Forum, 27*(2), 5-8.
- Get-Kong, S., Hanucharurnkul, S., McCorkle, R., Viwatwongkasem, C., Junda, T., & Ittichaikulthol, W. (2010). Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(3), 219-234.
- Goebel, M. (2010). Anorexia-cachexia syndrome in advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine, 13*(5), 627-628.
- Goudarzian, A. H., Nesami, M. B., Zamani, F., Nasiri, A., & Beik, S. (2017). Relationship between depression and self-care in Iranian patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 18*(1), 101-106.
- Gress, D. M., Edge, S. B., Greene, F. L., Washington, M. K., Asare, E. A., Brierley, J. D., & Gershenwald, J. E. (2017). *Principles of cancer staging: AJCC cancer staging manual* (8th ed., pp.3-30). New York: Springer-Verlag.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis Care & Research, 63*(11), 240-251.

- Harder, S., Herrstedt, J., Isaksen, J., Neergaard, M. A., Frandsen, K., Sigaard, J., Mondrup, L., Jespersen, B. A., & Groenvold, M. (2019). The nature of nausea: Prevalence, etiology, and treatment in patients with advanced cancer not receiving antineoplastic treatment. *Supportive Care in Cancer, 27*(8), 3071-3080.
- International Association for the Study of Pain, (2014). *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Retrieved from http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions.
- International Agency for Research on Cancer of World Health Organization. (2018). *Cancer tomorrow*. Retrieved from <http://gco.iarc.fr/tomorrow/home>.
- Kemp, B., & Heri, A. (1984). *Fundamentals of nursing: Concept and procedures*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Kolcaba, K., & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nurse Quarterly, 18*(4), 66-76.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer.
- Kim, K. S., & Kwon, S. H. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research, 1*(2), 125-135.
- Kirkova, J., Walsh, D., Rybicki, L., Davis, M. P., Aktas, A., Jin, T., & Homsy, J. (2010). Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliative Medicine, 24*(3), 330-339.
- Knudsen, A. K., Aass, N., Heitzer, E., Klepstad, P., Hjermsstad, M. J., & Schippering, W. (2012). European palliative care research collaborative interviews with patients with advanced cancer—another step towards an international cancer pain classification system. *Supportive Care in Cancer, 20*(10), 2491-2500.
- Krongyuth, P., Silpasuwan, P., Viwatwongkasem, C., & Campbell, C. (2018). Needs of patient with advanced stages of cancer in a Thai community. *Journal of Health Research, 32*(5), 342-351.
- Morse, J. M. (1992). Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research, 1*(1), 91-106.
- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E., & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry, 26*(6), 484-486.

- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Panagiotou, I., Roumeliotou, A., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2012). Traumatic experiences of patients with advanced cancer. *Journal of Loss & Trauma, 17*(2), 125-136.
- Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Cartoni, C., & Porzio, G. (2015). Sleep disturbances in patients with advanced cancer in different palliative care Settings. *Journal of Pain and Symptom Management, 50*(6), 786-792.
- Mercadante, S., Adile, C., Ferrera, P., & Casuccio, A. (2017). Characteristics of advanced cancer patients who were readmitted to an acute palliative/ supportive care unit. *Supportive Care in Cancer, 25*(6), 1947-1952.
- Mesquita, A. C., Chaves, É. D. C. L., & Barros, G. A. M. D. (2017). Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: An integrative review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 11*(4), 334-340.
- Mushtaq, R., Ansar, A., Bibi, A., Khurram, H., Ali, J., Islam, A., & Tariq, I. (2017). Frequency of depression among cancer patients. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences, 13*(1), 83-87.
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice & Palliative Care, 18*(3), 170-180. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/104990910101800308>
- Noguera, A., Centeno, C., Librada, S., & Nabal, M. (2009). Screening for constipation in palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine, 12*(10), 915-920.
- Nedjat-Haiem, F. R., Carrion, I. V., Ell, K., & Palinkas, L. (2012). Navigating the advanced cancer experience of underserved Latinas. *Supportive Care in Cancer, 20*(12), 3095-3104.
- National Cancer Institute [NCI]. (2014). *Coping with advanced cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/advanced-cancer>.
- National Cancer Institute [NCI]. (2015 a). *Advanced cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/metastatic-cancer>.
- National Cancer Institute [NCI]. (2015 b). *NCI Dictionary of cancer terms*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/cancer>.

- National Cancer Institute [NCI]. (2017). *Palliative care in cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#what-is-palliative-care>.
- Nuraini, T., Gayatri, D., & Rachmawati, I. (2017). Comfort assessment of cancer patient in palliative care: A nursing perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 1(10), 209-215.
- O'Brien, M. E. (2008). *Spirituality in nursing: Standing on holy ground*. Burlington, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- ÖZÇELİK, H., GÜZEL, Y., FADİLOĞLU, Ç., AKSOY, F., & RÜÇHAN, U. S. L. U. (2015). Determine symptoms experienced by the patients with advanced cancer and the factors affecting them. *Turkish Journal of Oncology*, 30(3), 133-139.
- O'Higgins, C. M., Brady, B., O'Connor, B., Walsh, D., & Reilly, R. B. (2018). The pathophysiology of cancer-related fatigue: Current controversies. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3353-3364.
- Priest, R. (1983). *Anxiety and depression: Practical guide to recovery*. Singapore: P. G.
- Paloutzian, R. F., & Eillison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness, a source book of current therapy, research and therapy* (pp. 224-236). New York: Wiley Interscience.
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20(10), 2269-2276.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prado, E. D., Sales, C. A., Girardon-Perlini, N. M. O., Matsuda, L. M., Benedetti, G. M. D. S., & Marcon, S. S. (2020). Experience of people with advanced cancer faced with the impossibility of cure: A phenomenological analysis. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1-8.

- Rodgers, J., Martin, C. R., Morse, R. C., Kendell, K., & Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(1), 41-53.
- Rooney, A. G., Carson, A., & Grant, R. (2011). Depression in cerebral glioma patients: A systematic review of observational studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 103(1), 61-76.
- Ribeiro, J. P., Cardoso, L. S., Pereira, C. M. S., Silva, B. T., Bubolz, B. K., & Castro, C. K. (2016). Nursing care in oncology hospitalized patients: Diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(4), 5136-5142.
- Swarm, R. A., Abernethy, A. P., Anghelescu, D. L., Benedetti, C., Buga, S., Cleeland, C., & Kamdar, M. M. (2013). Adult cancer pain. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(8), 992-1022.
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509-1514.
- Singminton, M. O. (2017). The way you make me feel. *Phi Kappa Phi Forum*, 97(4), 11.
- Shirkavand, L., Abbaszadeh, A., Borhani, F., & Momenyan, S. (2018). Correlation between spiritual well-being with satisfaction with life and death anxiety among elderlies suffering from cancer. *Journal of General Medicine*, 15(3), 1-7.
- Tanatwanit, Y. (2011). *Comfort as experienced by thai older patient with advanced cancer*. Doctoral dissertation, Faculty of the School of Nursing, The Catholic University of America.
- Trill, M. D. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Supplements*, 11(2), 216-224.
- Taylor-Ford, M. (2014). Clinical considerations for working with patients with advanced cancer. *Journal Clinical Psychological Medicine Settings*, 21(3), 201-213.
- Tai, S. Y., Lee, C. Y., Wu, C. Y., Hsieh, H. Y., Huang, J. J., Huang, C. T., & Chien, C. Y. (2016). Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: Longitudinal assessments of symptoms improvement. *BMC Palliative Care*, 15(32), 151-157.

- Vilalta, A., Valls, J., Porta, J., & Viñas, J. (2014). Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine, 17*(5), 592-600.
- Veening, J. G., & Barendregt, H. P. (2015). The effects of beta-endorphin: State change modification. *Fluids and Barriers of the CNS, 12*(1), 3-4.
- Van den Beuken-van Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management, 51*(6), 1070-1090.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Cancer pain relief: With a guide to opioid availability*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37896/9241544821.pdf;jsessionid=8AE59CC2A1A5AD234F8BB407594E1650?sequence=1>
- Wells, N., Murphy, B., Wujcik, D., & Johnson, R. (2003). Pain-related distress and interference with daily life of ambulatory patients with cancer with pain. *Oncology Nursing Forum, 30*(6), 977-986.
- Whitney, R. L., Bell, J. F., Tancredi, D. J., Romano, P. S., Bold, R. J., & Joseph, J. G. (2017). Hospitalization rates and predictors of rehospitalization among individuals with advanced cancer in the year after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology, 35*(31), 3610-3617.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Widyastuti, D., & Nuraini, T. (2020). The relationship between comfort with the quality of life of cancer patients. *UI Proceedings on Health and Medicine, 4*(1), 53-60.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.
- Zhang, A. Y., Gary, F., & Zhu, H. (2015). Exploration of depressive symptoms in African American cancer patients. *Journal of Mental Health, 24*(6), 351-356.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

คำชี้แจง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามทุกฉบับตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่าน เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อส่งเสริมความสุขสบายต่อไป

โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย

ชุดที่ 3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ชุดที่ 5 แบบประเมินอาการปวด

ชุดที่ 6 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล

นิสิตปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

DATE.....

ID.....

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด หรือเติมคำลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () โสด () หม้าย
 - () คู่ () หย่า
 - () แยกกันอยู่
4. ศาสนา
 - () ศาสนาพุทธ () ศาสนาคริสต์
 - () ศาสนาอิสลาม () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา () ปวช./ ปวส.
 - () ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา () ปริญญาตรี
 - () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
6. อาชีพ
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ เช่น พ่อบ้าน/แม่บ้าน
 - () ประกอบอาชีพ
 - () รับจ้าง ลูกจ้าง () เกษตรกรรม () ค้าขาย
 - () รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

DATE.....

ID.....

7. รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ | <input type="checkbox"/> มีรายได้ | |
| | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 | <input type="checkbox"/> 5,000-10,000 |
| | <input type="checkbox"/> 10,001-20,000 | <input type="checkbox"/> 20,001-30,000 |
| | <input type="checkbox"/> 30,001-40,000 | <input type="checkbox"/> มากกว่า 40,001 |

8. สิทธิการรักษาพยาบาล

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง | <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) |
| <input type="checkbox"/> สังคมสงเคราะห์ | <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> เบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง | |

9. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุความสัมพันธ์..... |
|--------------------------------|---|

10. ลักษณะครอบครัวที่อาศัยในปัจจุบัน

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย |

DATE.....

ID.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะของโรคมะเร็ง
 - () ระยะที่ 3
 - () ระยะที่ 4
3. การวินิจฉัยโรคตามตำแหน่งของก้อนมะเร็ง
 - () Primary region of cancer.....
 - () Secondary region of cancer.....
 - () Recurrence region of cancer.....
4. วันที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจากการตรวจผลชิ้นเนื้อ.....
5. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน.....
6. ครั้งที่เข้ารับการรักษา.....ระยะเวลาดังแต่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
ครั้งนี้จนถึงปัจจุบัน (วันที่ทำแบบทดสอบ).....
7. เหตุผลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน
 - () การผ่าตัด ระบุ.....
 - () เคมีบำบัด
 - () รังสีรักษา
 - () เคมีบำบัดและรังสีรักษา
 - () การรักษาแบบประคับประคอง
8. ประวัติการรักษาโรคมะเร็ง ดังนี้
 - () มี () ไม่มี
 - () การผ่าตัด
 - () เคมีบำบัด
 - () รังสีรักษา
 - () เคมีบำบัดและรังสีรักษา

DATE.....

ID.....

9. โรคประจำตัวอื่น ๆ

() ไม่มี () มี ระบุ.....

10. ยาอื่น ๆ ที่ได้รับ.....

DATE.....

ID.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการปวด

คำชี้แจง กรุณาบอกถึงความเจ็บปวดของท่านในปัจจุบันว่ามีความรุนแรงอยู่ช่วงไหน โดยทำเครื่องหมาย (X) กาทับลงบนเส้นตรงเพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดที่ท่านกำลังมีอยู่ในขณะนี้มากที่สุด



ไม่มีอาการปวดเลย

ปวดมากที่สุด

DATE.....

ID.....

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า

คำชี้แจง อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของความเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะช่วยให้ความช่วยเหลือและดูแลท่านได้อย่างดี แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ

คะแนน

1. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันเคยชอบได้

() เหมือนเดิม	0
()	1
()	2
() เกือบไม่มีเลย	3
2. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ ได้

() เหมือนเดิม	0
()	1
()	2
() ไม่ได้เลย	3
3. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

() ไม่มีเลย	3
()	2
()	1
() เป็นส่วนใหญ่	0
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้ากว่าเดิม

() เกือบตลอดเวลา	3
()	2
()	1
() ไม่เป็นเลย	0

DATE.....

ID.....

5. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ใจ | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม | 0 |

6. ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> มากเท่าที่เคยเป็น | 0 |
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> เกือบจะไม่มีเลย | 3 |

7. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> เป็นส่วนใหญ่ | 0 |
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> น้อยมาก | 3 |

DATE.....

ID.....

ชุดที่ 4 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามที่เกี่ยวกับการมีความหมาย เป้าหมายในชีวิต ความผูกพันและยึดมั่นกับศาสนา ซึ่งมีจำนวน 20 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับใจคุณมากที่สุด โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด การเลือกคำตอบมีความหมาย ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเหมือนข้อความดังกล่าว

ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด (6)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก (1)
1. ฉันเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดีย่อมได้รับผลดี						
2. ฉันรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงามอย่างหนึ่ง						
.....						
.....						
.....						
19. การปฏิบัติธรรมช่วยให้ฉันมีชีวิตที่สงบและไม่ว้าวุ่น						
20. ฉันเชื่อว่าในชีวิตของฉันยังมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้						

DATE.....

ID.....

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นการสอบถามถึงความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณเอง ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบคลุม ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านประเมินเปรียบเทียบ ซึ่งมีจำนวน 15 ข้อคำถาม เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ การเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

- | | | |
|-------------------|---------|---|
| ไม่เป็นจริงเลย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย |
| เป็นจริงเล็กน้อย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย |
| เป็นจริงส่วนใหญ่ | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ |
| เป็นจริงมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด |

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย (1)	เป็นจริงเล็กน้อย (2)	เป็นจริงส่วนใหญ่ (3)	เป็นจริงมากที่สุด (4)
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1. ฉันได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามที่เจ็บป่วย				
.....				
.....				
4. เมื่อเจ็บป่วยฉันมักจะได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติของฉัน				

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย (1)	เป็นจริง เล็กน้อย (2)	เป็นจริง ส่วนใหญ่ (3)	เป็นจริง มากที่สุด (4)
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและ การรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน				
7. ฉันได้รับคำแนะนำและคำตักเตือนจาก บุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง				
สนับสนุนด้านวัตถุดิบทางการเงิน 8. ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน จากบุคคลใกล้ชิด				
12. ฉันได้รับความสะดวกในการใช้บริการ จากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมา โรงพยาบาล				
การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ 13. ฉันได้รับคำยกย่องชมเชย จากบุคคล ใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่าน ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่				
15. ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคคล ใกล้ชิด				

DATE.....

ID.....

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความสบาย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความสบายที่ท่านได้รับการรักษาพยาบาลในขณะนี้ ซึ่งมีจำนวน 49 ข้อ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วย ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นตามแบบสอบถามข้างล่างนี้ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งได้แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่

- ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- ระดับที่ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก
- ระดับที่ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
- ระดับที่ 4 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย
- ระดับที่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- ระดับที่ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

ความสบายของผู้ป่วย	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่างมาก (1)	มาก (2)	เล็กน้อย (3)	เล็กน้อย (4)	มาก (5)	อย่างมาก (6)
1. ขณะนี้ร่างกายของฉันมีการผ่อนคลาย						
2. ฉันมีอาการหายใจลำบาก						
.....						
.....						
.....						
49. สภาพอุณหภูมิภายในห้องนี้พอดีและเหมาะสม						

ภาคผนวก ข
วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

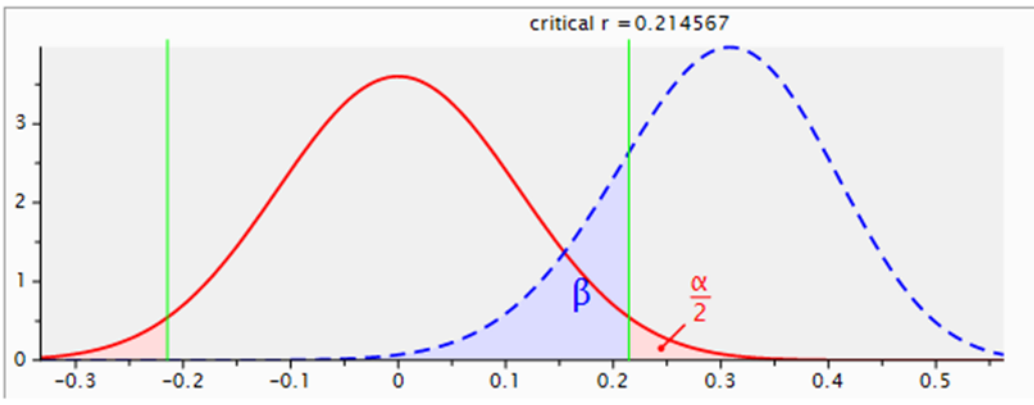
วิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power analysis version 3.1.9.2 (Faul et al., 2009) ซึ่งเป็นโปรแกรม G*power เป็นโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาเมื่อปี 1996 ต่อมามีการพัฒนา G*power 2 และ G*power 3 ในช่วงปี 2003-2007 และล่าสุดมีการพัฒนา G*power 3.1 ในปี ค.ศ. 2009 โปรแกรม G*power เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้งานได้ทั้ง Windows and mac platform ดังนั้นโปรแกรม G*power จึงเป็นโปรแกรมที่ได้รับความนิยมสูงในวงการวิจัย มีวิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างที่ทันสมัย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) และยังเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้นักวิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความน่าเชื่อถือ และสามารถดาวน์โหลดโปรแกรมมาใช้งานได้ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ ศาสตร์เพชร และญาดา นภาพารักษ์, 2562) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติหาความสัมพันธ์ Correlation ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. เลือก Test family เป็น exact
2. เลือก Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model
3. เลือก Type of power analysis เป็น A prio: Compute required sample size-given α , power and effect size
4. ป้อนข้อมูลใน Input Parameters ดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ .30 (Cohen, 1988)
5. คำนวณค่าขนาดตัวอย่าง
6. ผลวิเคราะห์จาก Output Parameters ได้ค่าขนาดตัวอย่าง (Total sample size) เท่ากับ

G*Power 3.1.9.2

File Edit View Tests Calculator Help

Central and noncentral distributions Protocol of power analyses



critical $r = 0.214567$

Test family: Exact

Statistical test: Correlation: Bivariate normal model

Type of power analysis: A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size

Input Parameters

Tail(s): Two

Determine => Correlation ρ H1: 0.3

α err prob: 0.05

Power ($1 - \beta$ err prob): 0.80

Correlation ρ H0: 0

Output Parameters

Lower critical r : -0.2145669

Upper critical r : 0.2145669

Total sample size: 84

Actual power: 0.8003390

Options X-Y plot for a range of values Calculate

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-08-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ อาการปวด อาการซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่คุณวิจัยกำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบประเมินตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง โดยมีแบบประเมินจำนวน 6 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินอาการปวด และแบบสอบถามอาการซึมเศร้า โดยผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัย โดยผู้วิจัยจะให้การชี้แจงจนเกิดความพึงพอใจในข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 35-45 นาที กรณีผู้ร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกตอบคำตอบด้วยตัวเอง

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และสามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับความสุขสบายในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิสามารถ
 ตบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการได้รับการบริการ
 ที่ท่านจะได้รับแต่อย่างใด ขณะดำเนินการตอบแบบสอบถามหากท่านมีความผิดปกติทางด้าน
 ร่างกาย เช่น มีอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเหนื่อย ผู้วิจัยจะคอยช่วยเหลือให้การพยาบาล
 เบื้องต้นและรีบแจ้งอาการแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการต่อไป หรือหากท่านรู้สึกอึดอัดใจหรือ
 คับข้องใจที่จะตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถแจ้งกับผู้วิจัยได้โดยตรง และสามารถที่จะพูดคุย
 เกี่ยวกับความรู้สึกแก่ผู้วิจัยได้ และมีอิสระอย่างเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจาก
 การวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการได้รับการบริการที่ท่านจะได้รับ
 เช่นกัน

ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและสิ่งใด ๆ ที่อาจ
 อ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บ
 อย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บใน
 คอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์
 ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่
 ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะ
 ผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว
 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามเพื่อขอคำอธิบาย
 เพิ่มเติมได้จากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล ซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียงภายในหอผู้ป่วยได้
 ตลอดเวลา หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาว จุฬาลักษณ์
 อินทะนิล หมายเลขโทรศัพท์ 094-989-0924 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดฉิมชัย
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102851 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่าน

นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล
 ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วย
โรคมะเร็งระยะลุกลาม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิต)

ภาคผนวก ง

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร
และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
ในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2554; Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

1. ตัวแปรหรือข้อมูลทั้งสองตัวอยู่ในมาตราอัตราภาคชั้น (Interval) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio)

2. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มประชากร

3. ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายแบบปกติ

โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการกระจายแบบปกติหรือไม่ มีการตั้งสมมติฐาน ดังนี้

H_0 = ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

H_1 = ข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ

โดยการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test ของตัวแปรแต่ละตัว ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ความสุขสบาย	.054	84	.200 [*]	.990	84	.748
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.115	84	.008	.928	84	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.058	84	.200 [*]	.974	84	.084
ภาวะซึมเศร้า	.100	84	.038	.950	84	.003
ระดับความปวด	.212	84	.000	.860	84	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

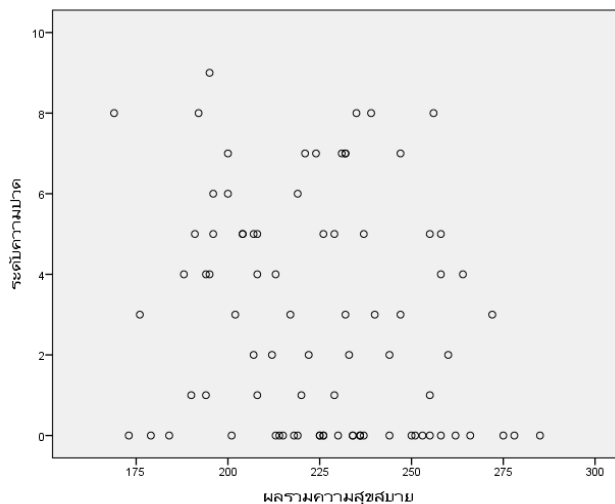
a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง พบว่า ค่า *P*-value (Sig) ของตัวแปรความสุขสบาย และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov เท่ากับ .200 และ .200 ได้ค่า Shapiro-Wilk test เท่ากับ .748 และ .084 ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ข้อมูลของตัวแปรทั้งสองตัวมีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

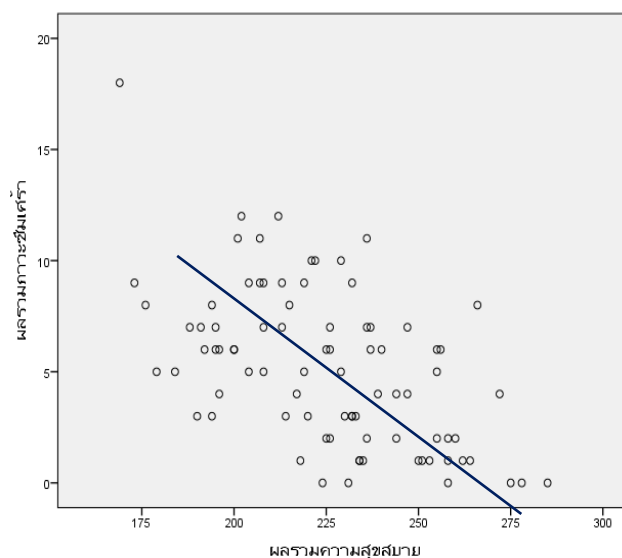
4. มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

Homoscedasticity หมายถึงที่ระดับค่า ๆ หนึ่งของตัวแปรที่ 1 จะมีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากัน หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน

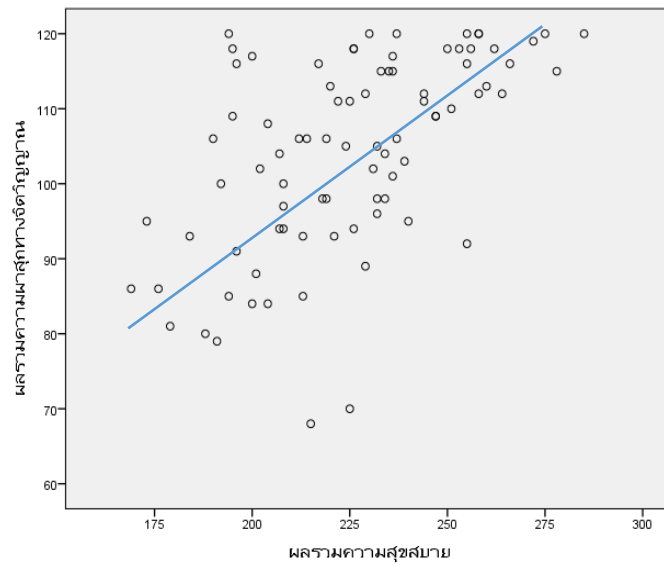
5. ตัวแปรที่ทดสอบทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Test of linearity) สามารถทดสอบได้จากการพิจารณา Scatterplot ได้ผลดังนี้



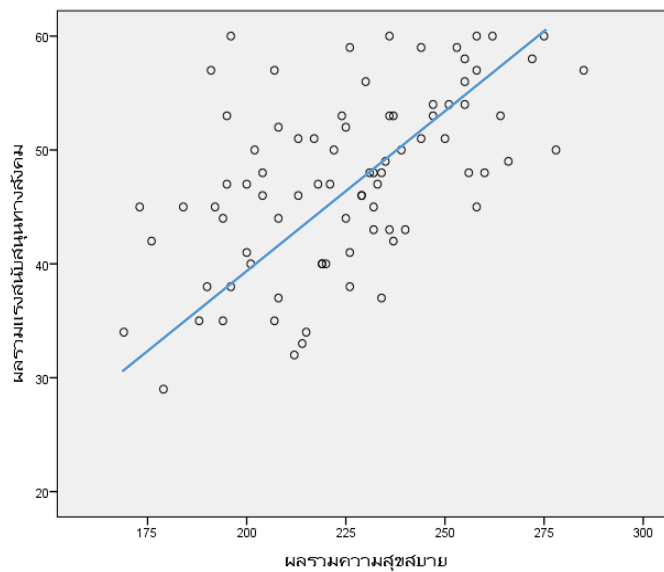
จากภาพเป็นการกระจายข้อมูลระหว่างตัวแปรความปวดและความสุขสบาย พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวมีการกระจายตัวไม่เท่ากันและไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง



จากภาพเป็นการกระจายข้อมูลระหว่างตัวแปรภาวะซึมเศร้าและความสุขสบาย พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวมีการกระจายตัวเท่ากันและมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง



จากภาพเป็นการกระจายข้อมูลระหว่างตัวแปรความพึงพอใจทางจิตวิญญาณและความ
สุขสบาย พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวมีการกระจายตัวเท่ากันและมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง



จากภาพเป็นการกระจายข้อมูลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและความ
สุขสบาย พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวมีการกระจายตัวเท่ากันและ มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

Correlations

		ความสุขสบาย	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	การสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า	ความปวด
ความสุขสบาย	Pearson Correlation	1	.566**	.544**	-.543**	-.222*
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.042
	N	84	84	84	84	84
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.566**	1	.480**	-.371**	-.046
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.001	.675
	N	84	84	84	84	84
แรงสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	.544**	.480**	1	-.353**	-.029
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.001	.797
	N	84	84	84	84	84
ภาวะซึมเศร้า	Pearson Correlation	-.543**	-.371**	-.353**	1	.198
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.001		.071
	N	84	84	84	84	84
ระดับความปวด	Pearson Correlation	-.222*	-.046	-.029	.198	1
	Sig. (2-tailed)	.042	.675	.797	.071	
	N	84	84	84	84	84

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติหาความสัมพันธ์ของ Spearman's Rank Correlation Coefficient ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

Correlations

			ความ สุขสบาย	ความผาสุก ทางจิต วิญญาณ	การ สนับสนุน ทางสังคม	ภาวะ ซึมเศร้า	ความ ปวด
Spearman's rho	ความสุขสบาย	Correlation Coefficient	1.000	.576**	.539**	-.523**	-.230*
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.035
		N	84	84	84	84	84
	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Correlation Coefficient	.576**	1.000	.505**	-.403**	-.088
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.427	
	N	84	84	84	84	84	
การสนับสนุนทางสังคม	Correlation Coefficient	.539**	.505**	1.000	-.357**	-.044	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.001	.691	
	N	84	84	84	84	84	
	ภาวะซึมเศร้า	Correlation Coefficient	-.523**	-.403**	-.357**	1.000	.205
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.	.062	
	N	84	84	84	84	84	
ความปวด	Correlation Coefficient	-.230*	-.088	-.044	.205	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.035	.427	.691	.062	.	
	N	84	84	84	84	84	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ภาคผนวก จ

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยรายชื่อเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยรายข้อเรียงจากมากไปหาน้อย

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามความสุขสบาย

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. พยายามที่คุณแลฉันได้สนับสนุนและให้กำลังใจฉัน	5.43	0.85
2. ฉันมีความสามารถที่จะพูดคุยสนทนากับบุคคลที่ฉันรักได้	5.35	0.98
3. ฉันรู้สึกชีวิตของฉันมีคุณค่าในขณะนี้	5.33	0.73
4. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นที่รักของทุก ๆ คน	5.27	0.71
5. ฉันมีความเชื่อและศรัทธาอย่างแรงกล้าต่อสิ่งที่ฉันเคารพ นับถือ	5.21	0.98
6. ฉันได้ค้นพบความหมายในชีวิตของฉัน (หรือฉันรู้สึกว่า ชีวิตฉันมีความหมาย)	5.21	1.04
7. ฉันมีความพอใจกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวฉัน	5.20	0.67
8. ความเชื่อของฉันช่วยให้ฉันมีความสุขทางใจ	5.15	0.84
9. ฉันมีคนที่ให้ความสำคัญ และเอื้ออาทรต่อความรู้สึก ของฉัน	5.15	1.07
10. ฉันมีความพึงพอใจกับสัมพันธภาพส่วนตัวของฉันที่มี อยู่	5.11	0.77
11. ห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว	5.10	1.21
12. ฉันรู้สึกว่าฉันถูกทอดทิ้งและโดดเดี่ยว	5.02	1.33
13. ฉันชอบให้ห้องนี้มีความเงียบสงบ	5.01	0.98
14. ฉันเข้าใจ ยอมรับ และสามารถปรับตัวอยู่กับความ เจ็บปวดด้านร่างกายที่เกิดขึ้น	5.01	0.89
15. เมื่อคิดย้อนไปในอดีตที่ผ่านมา ฉันคิดว่าฉันมีชีวิตที่ดี	4.99	1.22
16. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้รับการช่วยเหลือใด ๆ	4.98	1.30
17. ฉันคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้คุ้มครองและให้กำลังใจฉัน	4.98	1.22
18. ฉันมีความรู้สึกที่ดีเพียงพอที่จะทำบางสิ่งบางอย่าง สำหรับตัวฉันเอง	4.96	0.98

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
19. ห้องที่ฉันอยู่มีบรรยากาศสดชื่น ไม่มีกลิ่นเหม็นใด ๆ	4.94	1.33
20. ฉันรู้สึกมีความสุข	4.92	1.06
21. สภาพอุณหภูมิภายในห้องนี้พอดีและเหมาะสม	4.89	1.22
22. บรรยากาศในห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกซึมเศร้า	4.87	1.29
23. ฉันสามารถบอกผู้ที่เกี่ยวข้องว่า อะไรเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ฉันต้องการ	4.85	1.20
24. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในที่นี้เป็นแรงกระตุ้นช่วยทำให้ฉันเกิดความรู้สึกดี ๆ	4.83	1.05
25. เพื่อน ๆ ของฉันให้กำลังใจฉัน โดยการส่งบัตรแสดงความคิดถึงหรือโทรศัพท์พูดคุยกับฉัน	4.80	1.34
26. ฉันมีความเป็นส่วนตัวอย่างเพียงพอ	4.79	1.01
27. ฉันรู้สึกซึมเศร้า	4.76	1.43
28. เก้าอี้และเตียงทำให้ฉันบาดเจ็บ (เช่น ปวดเมื่อย แผลกดทับและความไม่สุขสบายอื่น ๆ)	4.75	1.42
29. ฉันได้รับการพึ่งพาจากบุคคลอื่นเมื่อฉันต้องการ	4.64	1.35
30. ขณะนี้ร่างกายของฉันมีการผ่อนคลาย	4.62	0.69
31. สถานะจิตใจของบุคคลที่ฉันรักมีส่วนทำให้ฉันรู้สึกแย่หรือมีอาการเลวลง	4.55	1.40
32. ความเจ็บปวดของฉันรุนแรงเกินกว่าที่ฉันจะอดทน	4.46	1.26
33. ฉันมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน	4.44	1.50
34. ฉันมีอาการหายใจลำบาก	4.40	1.41
35. ฉันกำลังมีความสุขสบายด้านร่างกายในขณะนี้	4.40	1.37
36. ฉันสามารถนอนหลับได้อย่างสนิทและเพียงพอ	4.39	1.43
37. ฉันคิดว่าไม่มีใครเข้าใจฉัน	4.37	1.41
38. ฉันกำลังมีความรู้สึกผิด	4.37	1.55
39. ฉันรู้สึกมีก๊าซ/ น้ำภายในช่องท้อง ซึ่งทำให้ฉันมีอาการแน่นอึดอัดไม่สุขสบาย	4.30	1.61

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
40. ฉันมีความหวาดกลัวในสิ่งกำลังเกิดขึ้น	4.30	1.74
41. ฉันมีความยากลำบากในการพักผ่อน (ไม่สามารถพักผ่อนได้ตามปกติ)	3.81	1.57
42. ฉันคิดกังวลอยู่กับความไม่สุขสบายของฉันตลอดเวลา	3.79	1.62
43. ฉันเคยมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ฉันรู้สึกไม่สุขสบาย	3.73	1.62
44. ฉันชอบอยู่ที่นี้	3.68	1.75
45. ฉันรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่แห่งนี้ (ในห้องพัก/โรงพยาบาล)	3.65	1.65
46. ฉันมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัวของฉัน	3.50	1.76
47. ปากและผิวหนังของฉันมีอาการแห้งมาก	3.44	1.50
48. ฉันต้องการพบแพทย์ที่ดูแลฉันบ่อยมากขึ้นกว่าที่ฉันได้รับขณะนี้	2.93	1.53
49. ฉันต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่มากกว่าที่ฉันได้รับในขณะนี้	2.61	1.52

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันเชื่อว่าการทำความดีจะทำให้ชีวิตฉันพบกับความสุขได้	5.62	0.72
2. คำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ฉันพบกับความผาสุกได้	5.54	0.70
3. ฉันเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดีย่อมได้รับผลดี	5.44	1.03

ตารางที่ 6 (ต่อ)

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
4. ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเป็นหนทางสู่ความสงบที่แท้จริงของชีวิต	5.44	0.76
5. การสวดมนต์หรือทำสมาธิ ทำให้ฉันมีความอึดใจ	5.39	0.74
6. การปฏิบัติธรรมช่วยให้ฉันมีชีวิตที่สงบและไม่วุ่น	5.33	0.81
7. ความศรัทธาต่อคำสอนของศาสนาช่วยให้ฉันมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น	5.33	0.85
8. ฉันรู้สึกที่ชีวิตเป็นประสบการณ์ที่งดงามอย่างหนึ่ง	5.32	0.88
9. ฉันรู้สึกว่าฉันยังมีความหวังในชีวิต	5.32	0.88
10. ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีคุณค่า	5.31	0.96
11. ความศรัทธา ยึดมั่นในศาสนา ช่วยทำฉันไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว	5.30	0.86
12. ฉันหวังว่าชีวิตจะมีความสุขมากขึ้นในอนาคต	5.11	1.10
13. ฉันรู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่ออะไร/ เพื่อใคร	5.07	1.43
14. ฉันเชื่อว่าผลจากการทำความดีที่ผ่านมา จะช่วยให้ฉันไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	5.07	1.09
15. ฉันรู้สึกว่าฉันมีที่พึ่งทางใจ	5.07	1.05
16. ฉันเชื่อว่าในชีวิตของฉันยังมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้	5.12	1.08
17. ฉันรู้สึกว่าฉันมีความรื่นรมย์ในชีวิต	4.74	1.11
18. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์และเป็นที่ยิ่งพอใจมาก	4.95	1.11
19. ฉันมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับอนาคตของฉัน	4.90	1.09
20. ฉันรู้สึกว่ามีความสุขและสงบในชีวิต	4.85	1.13

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันได้รับความกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจขณะเจ็บป่วย	3.55	0.60
2. ฉันได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามที่เจ็บป่วย	3.54	0.66
3. ฉันได้รับความสะดวกในการใช้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมาโรงพยาบาล	3.51	0.63
4. ฉันได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการพาไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.40	0.80
5. เมื่อเจ็บป่วยฉันมักจะได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติของฉัน	3.39	0.74
6. ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลการมาตรวจตามนัด หรือ ในกรณีฉุกเฉินจากบุคลากรทางการแพทย์	3.37	0.69
7. ฉันได้รับความหวังใจจากบุคคลใกล้ชิดในยามที่เจ็บป่วย หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การบีบมือเบา ๆ	3.36	0.78
8. ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิด	3.27	0.70
9. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน	3.13	0.77
10. ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรค	2.98	0.87
11. ฉันได้รับคำแนะนำและคำตักเตือนจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	2.92	0.89

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
12. ฉันได้รับคำยกย่องชมเชย จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่	2.85	0.81
13. ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลใกล้ชิด	2.82	1.07
14. ความคิดเห็นและความสามารถของฉันเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์	2.81	0.82
15. ฉันได้รับความช่วยเหลือในด้าน สิ่งของตลอดจนเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็นจากบุคคลใกล้ชิด	2.64	1.01

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยรายข้อ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามอาการซึมเศร้า

คำถาม	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันรู้สึกว่าคุณเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้ากว่าเดิม	1.07	0.75
2. ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ	0.82	0.86
3. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	0.81	0.68
4. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันเคยชอบได้	0.81	0.92
5. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้	0.61	0.79
6. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ ได้	0.58	0.81
7. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	0.49	0.70

ภาคผนวก ข

แบบรายงานการพิจารณาจริยธรรม
และสำเนาจดหมายขอใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

Selected Factors Related to Comfort of Advanced Cancer Patients

ชื่อนิสิต นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล

รหัสประจำตัวนิสิต 59910183

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 08 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ 4 จากผลการตรวจชิ้นเนื้อ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 84 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 7 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ สธ ๐๓๑๒.๑/๐๗๓๓๓

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

๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการ

๒. เอกสารรับรอง ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ตามที่นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม" ให้กับคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน พิจารณานุญาต นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินโครงการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองจากคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มาด้วยแล้ว และหากมีการปรับแก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้นักวิจัยแจ้งคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และรายงานความก้าวหน้าของโครงการต่อคณะกรรมการหลังจากดำเนินการ ทุกเดือนมกราคมของทุกปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอัศวิน จิตนุยานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

งานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี กลุ่มงานเทคโนโลยี

โทร. ๐-๓๘๔๕-๕๖๓๒-๖ ต่อ ๑๔๖

โทรสาร. ๐-๓๘๔-๕๕๐๕๙



**ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
(ภาษาอังกฤษ)	SELECTED FACTORS RELATED TO COMFORT OF ADVANCED CANCER PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล
รหัสโครงการ	7/2562
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	25 มกราคม 2562
วันที่หมดอายุ	24 มกราคม 2563

คณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัยดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม *อภิสิทธิ์ ใจในดวง*
(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ โชคชัยธรรม)
ประธานคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน

ลงนาม *UM*
(นายอัศรรุาน จิตนุยานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



Certificate of Approval
From
Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital
No. 7/2019

Protocol	SELECTED FACTORS RELATED TO COMFORT OF ADVANCED CANCER PATIENTS
Protocol Number	No. 7/2019
Principal Investigator	Miss Julaluck Intanin
Affiliation	Faculty of Nursing Burapha University
Research Site	Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand
Document Approved	- Research Project - Research Subject Information Sheet - Consent form - Case record form
Date of Approval	January 25, 2019
Date of Expiration	January 24, 2020

The prior mentioned document have been reviewed and approved by Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice.

Signature..... Orapin Chokchaitam.....

(Orapin Chokchaitam, D.S)
Chairman, Ethics Committee
Chonburi Cancer Hospital



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐
โทร. ๐๒-๒๐๑-๑๕๒๕ โทรสาร ๐๒-๓๔๕-๗๒๕๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๕/ ๖๕๖๖
วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยนางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิล นิสิต
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้
แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาขึ้นโดย ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ประกอบการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ
ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ฯ โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ได้พิจารณาแล้ว
เห็นว่าเป็นประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม”

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
03066
วันที่ 12 ส.ค. 2561
เวลา 11.34.44



ผู้อำนวยการ

ที่ สธ ๐๓๑๒.๑/๕๖๖๕

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๓๐๐ หมู่ ๒ ตำบลเสม็ด
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
๒๐๐๐๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ส่งข้อมูลสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖/๒๑๔๐ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๑ เรื่อง ขอข้อมูลเพื่อประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม” ของนางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิต นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นั้น

ในการนี้ งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้ดำเนินการจัดทำข้อมูลสถิติผู้ป่วยใน(IPD) ที่มีโรคมะเร็งในระยะที่ ๓ และระยะที่ ๔ ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนเมษายน - เดือนกันยายน ๒๕๖๑ เพื่อประกอบการเก็บข้อมูลในการดำเนินงานวิจัย ของนางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิต ทางอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอัครฐาน จิตนุยานนท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทนในฐานะ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เรียน คณบดี

ด้วย โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ขอส่งข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ตั้งแต่เดือนเมษายน-เดือนกันยายน ๒๕๖๑ เพื่อประกอบการเก็บข้อมูลในการดำเนินงานวิจัย นางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิต

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรสำเนาแจ้งงานบัณฑิตศึกษา ทราบ เพื่อแจ้งนิสิตทราบ

วสสน/ ๑๒ ส.ค. ๖๑

**หมายเหตุ ทางโรงพยาบาลได้ส่งข้อมูลผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ของนางสาวจุฬาลักษณ์ อินทะนิต เรียบร้อยแล้ว

ทรงพ/ดาเนินพจนนพ

๑๒ ค.ค.๖๑

งานสารสนเทศการแพทย์ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ
โทร. ๐ ๓๘๔๕ ๕๖๓๒ - ๖ ต่อ ๑๕๘
โทรสาร ๐ ๓๘๔๕ ๕๐๕๙

- ทรงพ
- แจงงานบัณฑิตศึกษา
แจว นริศ
๑๕ ค.ค.๖๑